Ciudad y fecha	FLORENCIA, AGOSTO 2026
Lugar	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Hora	10:00 A.M.
Asunto	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, EDUCACIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.
Valor	$11.600.000 M/CTE.

1. **VERIFICACIÓN JURÍDICA.** La realiza:

Nombre y apellidos	Funcionario*	Cargo	Contratista*	Objeto del contrato
SANDRA LILIANA VALLEJO RODRIGUEZ	X	SECRETARIA DE SALUD MUNICIAL		

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Carta de presentación de la propuesta	X		X		
Hoja de Vida en formato SIGEP debidamente diligenciada y validada	X		X		Código de Validación:
Fotocopia del documento de identidad	X		X		CC: X / C: / CE: No. 40.784.906
Fotocopia título de formación exigido	X		X		Programa académico: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE EN SANEAMIENTO AMBIENTAL Institución Educativa: PONAO F/expedición: 11-12-2021
Fotocopia acta de grado	X		X		Acta de grado No.: ACTA DE GRADO INDIVIDUAL F/expedición: 15-12-2017

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Fotocopia de la Tarjeta Profesional		X			No. N/A
Fotocopia título de formación en postgrado		X			Programa académico N/A; Institución Educativa N/A
Fotocopia del acta de grado del título de postgrado		X			Acta de grado No. N/A; F/expedición N/A
Registro Único Tributario	X		X		40.784.906 - 7
Certificado Paz y Salvo Municipal	X		X		02/07/2026
Certificaciones que acrediten experiencia	X		X		Presenta Si X No; Numero 04
Certificaciones que acrediten formación exigida	X		X		Presenta Si X No; Numero 02
Certificado de Salud Pre Ocupacional	X		X		Presenta Si X No; Fecha 09/03/2024
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente	X		X		F/Expedido 16/06/2026; Vigente; Registra inhabilidades o sanciones: Si / No X
Verificación de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. Vigente	X		X		F/Expedido 16/06/2026; Vigente; Reportado como responsable fiscal: Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente	X		X		F/Expedido 16/06/2026; Vigente; Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales: Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas	X		X		F/Expedido 16/06/2026; Vigente
	X				Tiene medidas correctivas en firme: Si
	X		X		Tiene medidas correctivas en firme: No X

A= aplica **NA** = No Aplica **C** = cumple **NC** = No Cumple

2. VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:

TIPO DE EXPERIENCIA EXIGIDA								TIEMPO			
General		Profesional		Relacionada	X	Docente		Meses		Días	

NO. DE CONTRATO O DE NOMBRAMIENTO	OBJETO/CARGO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN			TIPO DE EXPERIENCIA				RESULTADO		TIEMPO		
		D	M	A	D	M	A	G	P	R	D	C	NC	A	M	D
20240244	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	05	04	2024	04	09	2024			X		X			5	
GOBERNACION DEL CAQUETA	AUXILIAR DEL AREA DE LA SALUD CODIGO 412 GRADO 06	02	11	2018	10	01	2023							4	2	
097	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	21	02	2017	30	12	2017			X		X			10	10
493	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION	15	09	2016	30	12	2016			X		X			3	15
INTEGRA	FUNCIONES DE SANEAMIENTO BASICO REPRESENTADO EN FUMIGACION, DESINFECCION.	01	03	2010	30	12	2010			X		X			10	
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														**6 años - 6 meses – 25 días**		

TIEMPO: D=Día **M**=Mes **A**=Año **EXPERIENCIA: G**=General **P**=Profesional **R**=Relacionada **D**=Docente

RESULTADO, EXPERIENCIA TOTAL EN MESES:

LABORAL (GENERAL)			RELACIONADA			DOCENTE		
TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC	TIEMPO	C	NC
N/A			**6 años - 6 meses – 25 días**	X		N/A		

C = Cumple **NC** = No Cumple

3. VERIFICACIÓN DE FORMACIÓN:

FORMACIÓN EXIGIDA	A	NA	C	NC	ENTIDAD CAPACITADORA	FECHA (DD/MMM/AAA)	INTENSIDAD HORARIA
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	X		X		PONAO	11 de Diciembre de 2021	N/A

A= aplica **NA** = No Aplica **C** = cumple **NC** = No Cumple

4. VERIFICACIÓN PROPUESTA TÉCNICA Y ECONOMICA.

EL proponente invitado presenta una propuesta técnica ajustada a las condiciones de la entidad.

5. RESUMEN:

CRITERIOS VERIFICADOS	C	NC
Capacidad Jurídica	X	
Económico	X	
Educación	X	
Experiencia	X	
Formación	X	
Habilidades	X	
Propuesta técnica	X	

C = Cumple **NC** = No Cumple

6. RECOMENDACIÓN

Por lo anterior, los abajo firmantes, recomiendan suscribir el respectivo contrato de prestación de servicios con el proponente evaluado.

Una vez leída el acta se firma por los participantes en señal de aprobación,

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
LUZ DARY MURILLO GOMEZ	Secretaria de Salud Municipal	