Verificación experiencia e idoneidad

Requisitos que debe cumplir el aspirante a contratista de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión con el Municipio de Obando (V)

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A SUSCRIBIR	
Tipo:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN A POBLACIONES VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE OBANDO, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, FORTALECIMIENTO DE ESPACIOS PROTECTORES, PARTICIPACIÓN EN SALUD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE OBANDO – VALLE DEL CAUCA
Valor del contrato:	$ 94.376.500,00 M/CTE
Dependencia solicitante:	SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
Nombre del Supervisor:	CRISTINA ZAPATA PIÑEROS
Cargo del Supervisor:	SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

REQUISITOS DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA EXIGIDOS PARA PRESTAR EL SERVICIO

Requerimientos Técnicos Mínimos:

- - **PERSONA JURIDICA**: Debe anexar el certificado de existencia y representación legal expedida por la cámara de comercio, en donde acredite que su objeto social permite ejecutar el objeto contractual o acreditar experiencia similar. Adicionalmente y cuando se requiera, debe garantizar la disponibilidad del recurso humano, técnico y logístico necesario para cumplir con el objetivo propuesto - Se requiere personal profesional y técnico en:

Recurso humano	Cantidad
Profesional en Áreas Sociales o Administrativas.	1
Profesional en Áreas Sociales o Psicología.	1
Profesional en Áreas Sociales o Trabajo Social.	1
Profesional en Áreas Sociales o Salud.	1

- **PERSONA NATURAL:** conforme a las necesidades y al alcance del objeto contractual, debe acreditar título profesional en áreas sociales, de la salud o administrativas, con tarjeta o matrícula profesional cuando la ley la exija, y experiencia relacionada acreditada mediante mínimo dos (2) contratos ejecutados con objeto similar. Cuando la ejecución simultánea de las actividades lo requiera, deberá garantizar la disponibilidad del equipo de apoyo señalado en el cuadro anterior.

Verificación experiencia e idoneidad

Tarjeta Profesional	*No aplica*

IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE A CONTRATISTA	
Nombre:	CORPORACION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA GESTION EMPRESARIAL CORPSIGE
Identificación (N.I.T o C.C.)	900.734.400-8

ESTUDIO DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		
Concepto	**Evidencia Aportada Hoja de Vida y Certificaciones**	**Cumple**
Formación	CUMPLE	X
Experiencia	CUMPLE	X
Tarjeta profesional	*No aplica*	X

La verificación de los documentos se realizó en: Medio Magnético [ ] Medio Físico [X]

Cumple con la presentación de los documentos solicitados y con la idoneidad y experiencia requerida para la celebración del contrato. SI [X] NO [ ]

Verificado por:

Original firmado
CRISTINA ZAPATA PIÑEROS
SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL