Piendamó, 23 OCT 2026

Señor:
WILLIAM GERARDO PATIÑO GALINDES
MEDICO GENERAL
Dirección: CL 82 N # 9 – 97 Río Verde
Email: pwilliam82@hotmail.com
Celular: 3124239423

Asunto: Invitación presentación de Propuesta

Atento Saludo;
En atención al estudio previo el cual se anexa, cuyo objeto es:
Prestar servicios profesionales como Médico para integrar el equipo multidisciplinario para adelantar el procedimiento de certificación de discapacidad y de Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad de la unidad de atención en salud de Cajibío.

La propuesta debe contener las mejores condiciones en:

VALOR A CONTRATAR:
El valor estimado del contrato es de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS PESOS ($6.915.600, oo)**.

PLAZO DE EJECUCION:

El plazo de ejecución del contrato será de un (01) mes contado a partir de la firma del acta de inicio.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:
1. Estar inscrito en el directorio nacional de Certificadores de Discapacidad, base del Ministerio de Salud y Protección Social que contiene los datos de identificación, localización y contacto de los profesionales de la salud y los trabajadores sociales que han aprobado un proceso de formación o complementación del talento humano como certificadores de discapacidad.

2. Asistir cumplidamente a las sesiones programadas del equipo multidisciplinario

3. Asegurarse de que la persona solicitante comprende de qué se trata la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, que la información que de este se derive y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y que esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas.

4. Informarle al solicitante o excepcionalmente a la persona de apoyo la posibilidad de solicitar una segunda opinión, así como las condiciones para ello, en caso de no estar de acuerdo con el dictamen.

5. Informarle al solicitante o excepcionalmente a la persona de apoyo, los siguientes aspectos, asegurándose de que comprende dicha información, para lo cual, de ser necesario, hará uso de los apoyos y ajustes razonables que requiera:
a. El resultado del procedimiento de certificación de discapacidad y las razones en que este se fundamenta.
b. Que dicho resultado se registró en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, únicamente como soporte de la realización de la valoración clínica multidisciplinaria.

6. Cumplir con los términos para realizar el procedimiento de certificación de discapacidad y la entrega del resultado, el cual no exceder de diecisiete (17) días hábiles posteriores al establecimiento del cumplimiento de la documentación e información entregada para la solicitud.

7. En cada de procedimiento de certificación de discapacidad deberá diligenciar completamente el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, cuyo pantallazo será soporte del pago de la actividad.

La Propuesta debe entregarse en medio físico, debidamente firmado en la siguiente dirección: Calle 4 No.5-78 Barrio la inmaculada Piendamó Cauca, ventanilla única. Sede Administrativa ESE CENTRO 1.

Atentamente,

Dr. RAMIRO ANTONIO NAVIA DIAZ
Gerente

Proyectó: Ricardo Chara López
Revisó: Ricardo Chara López