ALCALDÍA DE FLORENCIA	CÓDIGO A2. P05.F03	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN
	VERSIÓN 1.0	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS (CPSP y de AG)	PÁGINA: 1 de 5

Ciudad y fecha	FLORENCIA, NOVIEMBRE 2026
Lugar	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Hora	05:10 PM
Asunto	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL, APOYO PSICOSOCIAL, PAUTAS DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN LAS JORNADAS DE SENSIBILIZACIÓN ORIENTADAS A MITIGAR EL EMBARAZO EN NIÑAS EN EL MUNICIPIO.
Valor	$10.000.000 M/CTE.

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

Nombre y apellidos	Funcionario*	Cargo	Contratista*	Objeto del contrato
LUZ DARY MURILLO GOMEZ	X	SECRETARIA DE SALUD		

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES	
Carta de presentación de la propuesta						
Hoja de Vida en formato SIGEP debidamente diligenciada y validada			X		Código de Validación:	
Fotocopia del documento de identidad			X		CC X C CE No. 40.768.167	
Fotocopia título de formación exigido			X		Programa académico Institución Educativa F/expedición	PSICOLOGO UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA 30/03/2012
Fotocopia acta de grado			X		Acta de grado No. F/expedición	6 30/03/2012
Fotocopia de la Tarjeta Profesional			X		No.	127860
Fotocopia título de formación en postgrado		X			Programa académico Institución Educativa	N/A N/A

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Fotocopia del acta de grado del título de postgrado		X			Acta de grado No. N/A F/expedición N/A
Registro Único Tributario			X		40.768.167 - 3
Certificado Paz y Salvo Municipal			X		22/10/2026
Certificaciones que acrediten experiencia			X		Presenta Si X No ; Numero 3
Certificaciones que acrediten formación exigida			X		Presenta Si X No ; Numero 1
Certificado de Salud Pre Ocupacional			X		Presenta Si X No ; Fecha 27/02/2026
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente			X		F/Expedido 08/10/2026 Vigente SI Registra inhabilidades o sanciones Si / No X
Verificación de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. Vigente			X		F/Expedido 08/10/2026 Vigente SI Reportado como responsable fiscal Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente			X		F/Expedido 08/10/2026 Vigente SI Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas			X		F/Expedido 08/10/2026 Tiene medidas correctivas en firme Si / 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		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
CPS 223	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO.	11	03	2026	09	06	2026	X				X			2	21
CPS 155	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO.	01	03	2025	31	05	2025	X				X			3	
CPS 604	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DESARROLLAR ACTIVIDADES PROFESIONALES COMO PSICOLOGO.	03	09	2024	31	12	2024	X				X			3	28
CPS 527	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DESARROLLAR ACTIVIDADES PROFESIONALES COMO PSICOLOGO.	14	08	2024	01	09	2024	X				X				18
CPS 213	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A DESARROLLAR ACTIVIDADES PROFESIONALES COMO PSICOLOGO.	03	09	2024	31	12	2024	X				X			3	29
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														1 AÑO - 2 MESES - 6 DIAS		

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
1 AÑO - 2 MESES - 6 DIAS	x		N/A			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
PSICOLOGO	x		x		UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA	30/03/2012	

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

4. VERIFICACIÓN PROPUESTA TÉCNICA Y ECONOMICA. A2. P05.F03

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	