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 MEDICINA PARA BRINDAR ASISTENCIA, ORIENTACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN LAS JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, Y EL ABORDAJE TÉCNICO DE LAS RUTAS DE SALUD EN VIOLENCIA DE GÉNERO 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.	70.051.730
Fotocopia título de formación exigido			X		Programa académico	MEDICO CIRUJANO
					Institución Educativa	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
					F/expedición	06/07/1979
Fotocopia acta de grado			X		Acta de grado No.	2.480
					F/expedición	06/07/1979
Fotocopia de la Tarjeta Profesional			X		No.	15800/82
Fotocopia título de formación en postgrado		X			Programa académico	N/A
					Institución Educativa	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		70.051.730 - 1
Certificado Paz y Salvo Municipal			X		22/10/2026
Certificaciones que acrediten experiencia			X		Presenta Si X No — Numero 4
Certificaciones que acrediten formación exigida			X		Presenta Si X No — Numero 1
Certificado de Salud Pre Ocupacional			X		Presenta Si X No — Fecha 21/05/2026
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente			X		F/Expedido 13/10/2026 — 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 13/10/2026 — Vigente SI Reportado como responsable fiscal: Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente			X		F/Expedido 13/10/2026 — Vigente SI Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales: Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas			X		F/Expedido 13/10/2026 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 224 DEL 06/03/2025	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO.	11	03	2026	09	06	2026	X				X			2	21
CPS 154	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO.	01	03	2025	31	05	2025	X				X			3	
CPS 605	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO.	03	09	2024	02	12	2024	X				X			3	
CPS 302	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO.	03	04	2024	29	08	2024	X				X			4	26
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														**1 AÑOS - 1 MES - 17 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 AÑOS - 1 MES - 17 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
MEDICO CIRUJANO	x		x		UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	06/07/1979	

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	