ALCALDÍA DE FLORENCIA	CÓDIGO A2. P05.F03	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN
	VERSIÓN 1.0	ACTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS (CPSP y de AG)	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			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 DE ENFERMERÍA PARA LIDERAR LA CANALIZACIÓN EFECTIVA DE USUARIOS, ARTICULACIÓN DE REDES COMUNITARIAS/INSTITUCIONALES Y EL SEGUIMIENTO A LA ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DENTRO DE LAS JORNADAS DEL 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.	1.053.823.784
Fotocopia título de formación exigido			X		Programa académico	ENFERMERA
					Institución Educativa	LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
					F/expedición	12/12/2014
Fotocopia acta de grado			X		Acta de grado No.	44
					F/expedición	12/12/2014
Fotocopia de la Tarjeta Profesional			X		No.	1.053.823.784
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

REQUISITO VERIFICADO	A	NA	C	NC	OBSERVACIONES
Registro Único Tributario			X		1.053.823.784 - 1
Certificado Paz y Salvo Municipal			X		22/10/2026
Certificaciones que acrediten experiencia			X		Presenta: Si X / No ; Numero: 5
Certificaciones que acrediten formación exigida			X		Presenta: Si X / No ; Numero: 1
Certificado de Salud Pre Ocupacional			X		Presenta: Si X / No ; Fecha: 24/07/2025
Verificación de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. Vigente			X		F/Expedido: 20/10/2026 — 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: 20/10/2026 — Vigente: SI Reportado como responsable fiscal: Si / No X
Verificación de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional. Vigente			X		F/Expedido: 20/10/2026 — Vigente: SI Tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales: Si / No X
Verificación de certificado de medidas correctivas			X		F/Expedido: 20/10/2026 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
UROCAQ	SERVICIOS PROFESIONALES ENFERMERA JEFE	17	05	2023	21	07	2025	X				X		2	2	5
CPS 0089	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA EJECUTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA EN EL AREA DE ENFERMERIA	04	02	2019	28	09	2019	X				X			7	25
CPS 0335	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA EJECUTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA EN EL AREA DE ENFERMERIA	23	07	2018	14	12	2018	X				X			4	22
CPS 0068	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA EJECUTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA EN EL AREA DE ENFERMERIA	22	01	2018	07	07	2018	X				X			5	16
CORPOMEDICA	ENFERMERA JEFE	23	02	2015	19	01	2018	X				X		2	11	24
TOTAL, TIEMPO DE EXPERIENCIA														**4 AÑOS - 5 MESES - 7 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
4 AÑOS - 5 MESES - 7 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
ENFERMERA	x		x		LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES	12/12/2014	

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	