

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICACION IDONEIDAD	VERSION 2	CODIGO FR-CON-06	Aprobado 31/08/2017
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 14/07/2020	Revisado Calidad	Aprobado: Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

**LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS**

C E R T I F I C A :

Que, en el marco del objeto a contratar “**SERVICIO DE MANTENIMIENTO, ACTUALIZACION, SOPORTE, CAPACITACION, USO DEL SOFTWARE Y PAQUETE DE TIMBRADO A TRAVES DEL SOFTWARE EN NUBE “SC PROSOFT” ADQUIRIDO POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS**” de los requisitos establecidos en el Estudio Previo de idoneidad y experiencia que se describen a continuación, así:

JUSTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE SELECCIÓN	De conformidad con lo dispuesto en el manual de contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Local de San Martín de los Llanos y teniendo en cuenta que se trata de contratar el servicio mantenimiento de software en nube “SC PROSOFT”, la selección del contratista se desarrollará mediante la modalidad de CONTRATACION DIRECTA, en el marco del numeral 18.3 del Acuerdo N.º 006 de 2023. Lo anterior, teniendo en cuenta que el valor cotizado no sobrepasa los 128 SMMLV. En ese sentido, se realiza la presente invitación directa a presentar oferta a una persona natural y/o jurídica, además de los demás requisitos exigidos en el presente estudio, en razón que no se requiere la obtención de varias ofertas. El contratista deberá acreditar los siguientes requisitos:
	a) IDONEIDAD: PERSONA JURIDICA con certificado de existencia y representación emitido por la cámara de comercio, y tenga registrado las actividades CIIU relacionadas con el objeto contractual. Además de ello, que no cuente con inhabilidades ni conflicto de intereses para suscribir contratos con la E.S.E Hospital local de San Martín de los Llanos, con la capacidad jurídica para suscribir contratos y que cuente con la titularidad del software. EXPERIENCIA: Se requiere que cuente como mínimo con un (01) contrato celebrado con entidad pública o privada relacionada con el objeto contractual, para lo cual deberá aportar copia del contrato y liquidación.

Dirección. Calle 4 No. 7 – 34 Barrio Camoa – San Martín de los Llanos
Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87
Correo Electrónico. Email: administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICACION IDONEIDAD	VERSION 2	CODIGO FR-CON-06	Aprobado 31/08/2017
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 14/07/2020	Revisado Calidad	Aprobado: Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

Que, una vez revisado los documentos se constata que **SC PROSOFT SAS**, con NIT N.º 900.448.596-6, representada legalmente por **GABRIEL ENRIQUE BOHORQUEZ CASTAÑO** identificado con cedula de ciudadanía N.º 17.329.215 de Villavicencio, conforme a lo estipulado en la cámara de comercio aportada, motivo por el cual, CUMPLE con la capacidad, idoneidad y experiencia solicitada, para ejecutar el objeto contractual, de acuerdo con los documentos aportados en la propuesta.

Dado en San Martín de los Llanos, el día treinta (30) de enero del dos mil veintiséis (2026).


CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
Subgerente

Digitó: Angie Lizeth Gutiérrez Cardozo	Revisó: Cristian Felipe Suarez Aguilar	Aprobó: Cayetano Páez Saavedra
Cargo: Profesional CPS	Cargo: Subgerente	Cargo: Gerente