FAC-S-2026-058532-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 3, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2026-058532-CI del 20 de marzo de 2026 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-2-SECOM-ESM 4031-ESSAL

Señor Coronel
RAFAEL EDUARDO RUBIO REYES
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-2
Villavicencio, Meta.

Asunto: Evaluación Tecnica proceso 008-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM2ESM4031-2026

En atención a la Resolución de Nombramiento 002 del 17 de marzo de 2026 por medio de la cual fui designado como Evaluador Técnico del proceso de Mínima cuantía N.º 008-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM2ESM4031-2026 cuyo objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD, INCLUYENDO CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS, EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, PARA USUARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES - ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 500018403182.

Respetuosamente me permito enviar al Señor Coronel Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor del CACOM-2, el resultado de la evaluación técnica realizada al oferente como se relaciona a continuación:

ITEM	CUMPLE SI	CUMPLE NO
EXPERIENCIA: El oferente deberá adjuntar máximo TRES (03) certificaciones de experiencia y/o copia de contratos ejecutados con entidades públicas y/o privadas en objetos relacionados al del presente proceso contractual, emitida por la entidad contratante, en las que se certifique la realización del objeto contractual, cuya sumatoria sea IGUAL O SUPERIOR A 31.41 SMMLV. •Objeto del contrato •Entidad contratante •Dirección •Teléfonos •Monto del contrato •Tiempo de ejecución •Fecha de inicio y fecha de finalización •Nombre y firma de la persona natural o jurídica contratante debidamente autorizado y/o Ordenador del Gasto.	X	

•Fecha de expedición de la certificación. •Nombre o razón social de la empresa contratista. •NIT del contratista o Número de Cedula (Según aplique). • Número del contrato, para contratos estatales u oficiales		
Certificado de habilitación en salud vigente de cada uno de los servicios ofertados, con sede en la ciudad de Villavicencio. La habilitación deberá estar vigente durante todo el plazo de ejecución del contrato.	X	
Certificación expedida por la ARL que acredite la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	
Presentar Sistema de Gestión Calidad	X	
Póliza de responsabilidad civil para clínicas y hospitales VIGENTE	X	
Presentar brochure o portafolio de servicios relacionando: equipos y/o capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el registro de prestadores de servicios de salud de la Secretaria de Salud del Departamento del Meta, líneas telefónicas disponibles, horarios de atención para los usuarios.	X	
Programa de seguridad del paciente	X	
Certificado de Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante el ente correspondiente	X	
ANEXOS	SI	NO
ANEXO 2 FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE El oferente deberá diligenciar y firmar dicho anexo por el representante legal de la empresa que presenta la oferta o quien haga sus veces	X	
ANEXO 3 FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El oferente deberá diligenciar y firmar dicho anexo por el representante legal de la empresa que presenta la oferta o quien haga sus veces	X	

ANEXO 4 FORMULARIO DE OFRECIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS El oferente deberá diligenciar y firmar dicho anexo por el representante legal de la empresa que presenta la oferta o quien haga sus veces	X	

De acuerdo a lo anterior se concluye que el proponente HOSPITAL DE LA GENTE SAS identificado con NIT 901.421.601.-1 , cumple con los requisitos tecnicos establecidos en el pliego electronico.

Técnico Cuarto JAVIER SUAREZ HENAO
Técnico Agendamiento Y Central De Citas

AT. CASTELLANOS / CONTRA

Elaboró: T4. SUAREZ / ESSAL Revisó: T4. SUAREZ / ESSAL Aprobó:T4. SUAREZ / ESSAL