PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

Barranquilla, Atlántico, 17 de febrero de 2025

Doctora,
Jacqueline Rojas Solano
Directora Regional
Despacho de Dirección

Asunto: Evaluación Técnica Proceso de Contratación de Mínima Cuantía. No. MC-ATL-0009-2025

Con toda atención me dirijo a usted Dra. Jacqueline Rojas Solano, directora regional, en su calidad de delegataria del gasto, con el propósito de presentar la evaluación de carácter Técnico en el marco del proceso del asunto, así:

FECHA DE CIERRE DEL PROCESO: 11/02/2025

1. **PROPONENTES:**

Se presentaron dos proponentes tal como se detalla a continuación:

No.	OFERENTES	NIT	REPRESENTANTE LEGAL	CEDULA	FECHA Y HORA PRESENTACIÓN
1	MAXIVISION S.A.S. IPS.	802.019.914 - 1	Mario Alberto Neuman Zambrano	72.151.939	11/02/2025 8:20 AM
2	INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.	802.000.955 - 8	Humberto Ernesto Scorza Cure	8.707.808	11/02/2025 9:42 AM

2. **EVALUACIÓN ECONÓMICA**

Los proponentes presentaron las siguientes ofertas:

FORMATO OFERTA ECONÓMICA

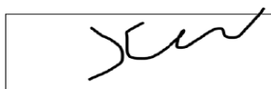
ITEM	SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO EN PESOS ($) tomando en cuenta la Resolución 0824 de 2022
1	Consulta por oftalmología	UNIDAD	1	$19.000
2	Control por oftalmología	UNIDAD	1	$19.000
3	Consulta por oftalmología subespecializada	UNIDAD	1	$19.000
TOTAL OFERTA PRECIOS UNITARIOS EN PESOS				$57.000
				OFERTA en ISS incrementado máximo hasta el % indicado en Resolución 0824 de 2022
4	Estudio de campo visual central o periférico computarizado	UNIDAD	1	ISS + 15 %
5	Recuento de células endoteliales	UNIDAD	1	
6	Ecografía ocular modo A y B	UNIDAD	1	
7	Biometría ocular	UNIDAD	1	
8	Capsulotompia asistida	UNIDAD	1	
9	Iridotomía	UNIDAD	1	
10	Tonografpia ocular con pruebas provocativas	UNIDAD	1	
11	Paquimetría	UNIDAD	1	

Firma del representante legal

Nombre o Razón Social del Proponente: Maxivision Sas Ips

Nit: 802019914-1
Nombre del Representante Legal que firma: Mario Alberto Neuman Zambrano

FORMATO OFERTA ECONÓMICA				
ITEM	SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO EN PESOS ($) tomando en cuenta la Resolución 0824 de 2022
1	Consulta por oftalmología	UNIDAD	1	$ 22,900
2	Control por oftalmología	UNIDAD	1	$ 22,500
3	Consulta por oftalmología subespecializada	UNIDAD	1	$ 22,900
TOTAL OFERTA PRECIOS UNITARIOS EN PESOS				$ 68,300
				OFERTA en ISS incrementado máximo hasta el % indicado en Resolución 0824 de 2022
4	Estudio de campo visual central o periférico computarizado	UNIDAD	1	ISS + 10%
5	Recuento de células endoteliales	UNIDAD	1	
6	Ecografía ocular modo A y B	UNIDAD	1	
7	Biometría ocular	UNIDAD	1	
8	Capsulotompia asistida	UNIDAD	1	
9	Iridotomía	UNIDAD	1	
10	Tonografpia ocular con pruebas provocativas	UNIDAD	1	
11	Paquimetría	UNIDAD	1	



Firma del representante legal
Nombre o Razón Social del Proponente: INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.
Nit: 802.000.955-8
Nombre del Representante Legal que firma: HUMBERTO ERNESTO SCORZA CURE
C. C. Nº 8.707.808

RESULTADO EVALUACIÓN ECONÓMICA: En atención al requerimiento efectuado por la entidad, el proponente allegó matriz de desagregación de los ítems en que fue requerido, en aras de justificar sus precios de la siguiente forma:

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	PRECIO OFERTADO	COSTO DEL SERVICIO			GASTOS GRLS	IMPRE-VISTOS	UTILIDAD
			EQUIPO	PERSONAL	INSUMOS			
			5.0%	30.0%	3.0%	8.0%	1.5%	
1	Consulta por oftalmología	$ 22,900	$ 1,145	$ 6,870	$ 687	$ 1,832	$ 344	$ 12,022
2	Control por oftalmología	$ 22,500	$ 1,125	$ 6,750	$ 675	$ 1,800	$ 338	$ 11,812
3	Consulta por oftalmología subespecialízada	$ 22,900	$ 1,145	$ 6,870	$ 687	$ 1,832	$ 344	$ 12,022

Para mayores detalles revisar el anexo Análisis económico de las ofertas.

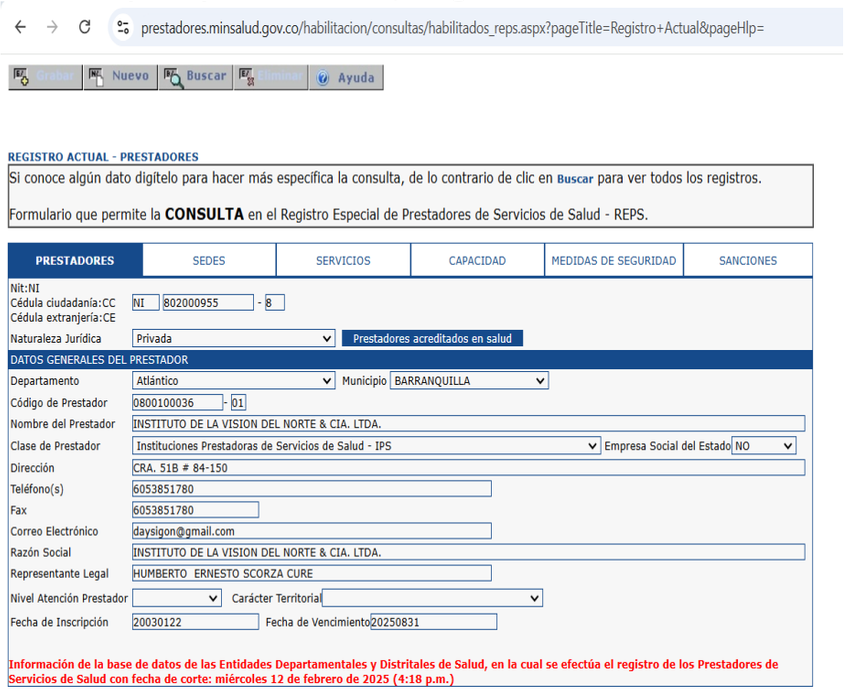
RESULTADO: CUMPLE

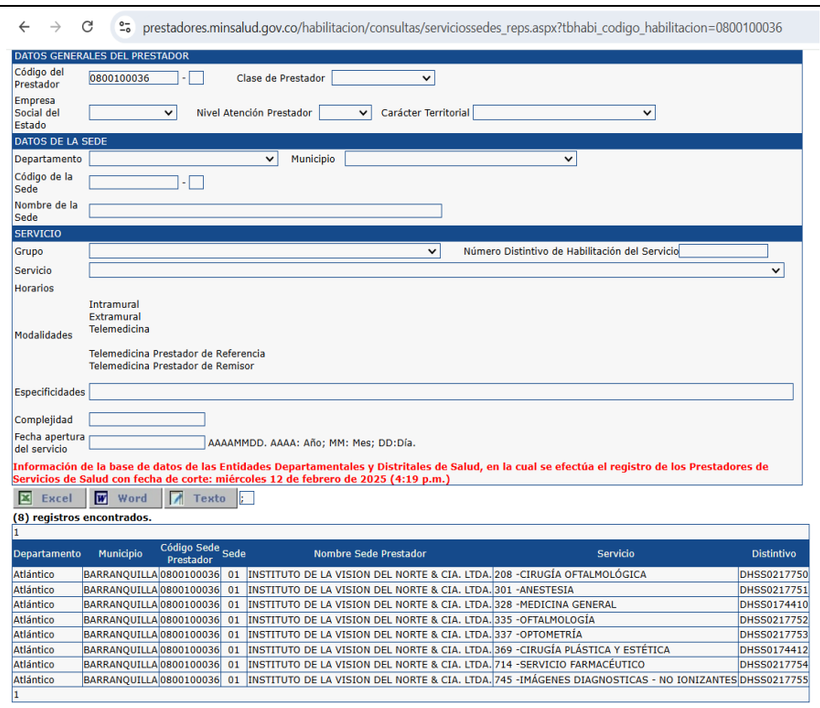
Se consolidará la evaluación de los demás aspectos de la propuesta allegada por **INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.**

OFERTA DE MENOR VALOR

1. EVALUACION TECNICA

REQUISITOS DE ORDEN TÉCNICO	INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.
Anexar documento firmado por el representante legal donde conste la atención preferencial y oportuna a pacientes del SENA, según lo concertado con el paciente o su familiar y previa autorización del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Atlántico.	**CUMPLE.**

Anexar copia de Certificado de Habilitación de los servicios de salud del distrito de Barranquilla. Conforme al cumplimiento de lo exigido para la prestación de servicios ofertados en el objeto de la invitación y ficha técnica de acuerdo con el registro de habilitación vigente según decreto 1011 de 2006 y resolución 3100 de 2019.	**CUMPLE.**
Certificar por escrito firmado por el proponente y/o representante legal que se tiene socializado el manual de seguridad del paciente, según la oferta de servicios, durante el proceso de atención, verificable por el SENA.	**CUMPLE.**
Certificar por escrito firmado por el proponente y/o representante legal condiciones de comodidad y confort antes y durante el proceso de atención, verificable por el Sena.	**CUMPLE.**
Presentar el pantallazo de habilitación e inclusión en el registro especial de prestadores, REPS, para el distrito de Barranquilla.	**CUMPLE.** **Aporta pantallazo REPS, de igual forma se consulta:** 

	 DATOS GENERALES DEL PRESTADOR Código del Prestador: 0800100036 - Clase de Prestador Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial DATOS DE LA SEDE Departamento: Municipio Código de la Sede: - Nombre de la Sede SERVICIO Grupo: Número Distintivo de Habilitación del Servicio Servicio Horarios Modalidades: Intramural, Extramural, Telemedicina, Telemedicina Prestador de Referencia, Telemedicina Prestador de Remisor Especificidades Complejidad Fecha apertura del servicio: AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día. Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 12 de febrero de 2025 (4:19 p.m.) Excel Word Texto (8) registros encontrados. 1 Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | DHSS0217750 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 301 -ANESTESIA | DHSS0217751 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0174410 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 335 -OFTALMOLOGÍA | DHSS0217752 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 337 -OPTOMETRÍA | DHSS0217753 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | DHSS0174412 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0217754 Atlántico | BARRANQUILLA | 0800100036 | 01 | INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0217755 1
Certificar por escrito firmado por el proponente y/o representante legal el nombre completo, cargo y contacto del funcionario asignado para conjuntamente solucionar barreras en el proceso de atención de nuestros beneficiarios.	**CUMPLE.**
Los proponentes interesados en participar en el presente proceso deberán anexar a la propuesta CERTIFICACIÓN ESCRITA de la persona o personas que estarán a cargo de las solicitudes, asignación de citas, procedimientos, trámites administrativos y requerimientos en general del SMA del SENA Regional, de tal forma que se de tratamiento diferencial y prioritario a la entidad contratante. La certificación debe indicar nombre del funcionario, correo institucional, cargo, teléfono fijo y teléfono celular. Además, deberá especificar en caso de cualquier ausencia quién será su reemplazo. Cualquier cambio se debe informar de	**CUMPLE.**

inmediato a la Coordinación del Servicio Médico con los datos necesario para establecer el contacto. La certificación de oportunidad deberá ser suscrita por el Representante Legal y si durante la ejecución del contrato no se cumple será causal para imponer multas, previo cumplimiento del debido proceso establecido por la Ley.	
El proponente presta carta donde autoriza la realización de visita técnica durante la etapa de evaluación por parte del comité evaluador en caso de considerar necesario.	**CUMPLE.**
El proponente deberá presentar mínimo una (1) hoja de vida de los profesionales con los que cuenta para la prestación de los servicios de la ficha técnica.	**CUMPLE.**

Resultado evaluación técnica: CUMPLE

2. REQUISITOS AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. CUMPLE

REQUISITOS HABILITANTES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.
Certificado de implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (Formato No. 4)	**CUMPLE.**
Certificar que en la atención médica los equipos se encuentran debidamente calibrados	**CUMPLE.**
Entregar copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicio de salud.	**CUMPLE.**
Entregar copia de la licencia de seguridad y salud del personal responsable de la empresa prestadora de servicio de salud.	**CUMPLE.**
Entregar copia del manual de bioseguridad	**CUMPLE.**
1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y Responsable del SG-SST 2. Fotocopia de cédula, Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización Curso de 20 Horas y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional Responsable del SG-SST. 3.Evaluacion de estándares mínimos y respectivo plan de acción de acuerdo a la aplicación de estándares mínimos aplicables - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019.	**CUMPLE. El proponente presentó la subsanación a que había lugar.**
Carta de compromiso proveniente del representante legal, mediante la cual se compromete a una vez suscrito el contrato, entregará toda la documentación establecida como requisitos de	**CUMPLE.**

la etapa contractual relacionados con el CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTALES.	

Resultado evaluación ambiental y de SST: CUMPLE. El proponente efectuó la subsnaación respectiva.

3. EXPERIENCIA.

EXPERIENCIA	INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.
Los proponentes deberán anexar a la propuesta la acreditación de dos (2) años de experiencia en el ejercicio de la prestación de los servicios enunciados en la ficha técnica. Para acreditar la experiencia, los proponentes deberán anexar cualquiera de las dos opciones: • OPCIÓN 1: Copia de contrato junto con el soporte de ejecución y cumplimiento, para el cual podrán anexar cualquiera de las siguientes opciones: acta de liquidación, o acta de recibido a satisfacción; donde conste la celebración y la ejecución de objetos relacionados al del proceso de contratación. Sin perjuicio de lo anterior, la entidad podrá verificar la experiencia directamente con el contratante. • OPCIÓN 2: Certificación de contrato suscrito por el ordenador del gasto o representante legal o quien haga sus veces El solo hecho de anexar la copia del contrato no garantiza la ejecución a satisfacción del mismo, por lo cual el oferente debe anexar el documento soporte para dar cumplimiento con el requisito de experiencia. Si dicho documento soporte no es aportado, la entidad requerirá al oferente en un tiempo máximo de un día hábil para ser subsanado, si vencido el plazo no es aportado el documento se evaluará este factor como NO CUMPLE. Tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos correspondientes que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá anexar mínimo una, máximo cuatro (4) certificaciones de máximo cuatro (4) contratos. La experiencia se acreditará a través de certificaciones que deberán contener la siguiente información: a) Expedida en papel membretado. b) Nombre y/o razón social del Contratante (Dirección y Teléfono) c) Nombre y/o razón social del Contratista d) Dirección y número de teléfono del contratante. e) Número del contrato (si tiene) f) Objeto del contrato g) Valor del Contrato (si el contrato se encuentra en ejecución el valor ejecutado) h) Fecha de suscripción, inicio (día, mes y año) y fecha de terminación (día, mes y año) i) Fecha de expedición de la certificación (día, mes y año) j) Nombre y firma de quien expide la certificación. k) Si se trata de un Consorcio o de una Unión Temporal se debe señalar el nombre de quienes lo conforman, adicionalmente se debe indicar el porcentaje de participación de cada uno de sus miembros. l) Si la certificación incluye varios contratos, se debe identificar en forma precisa si son contratos adicionales al principal o son contratos nuevos, indicando en cada uno de ellos sus plazos, valor. La calificación puede ser individual o general. Funcionario competente para expedir certificaciones: El representante legal o persona natural con quien se firmó el contrato. No se aceptarán certificaciones suscritas por supervisores o interventores externos a la Entidad contratante.	**CUMPLE**

Se admiten actas de liquidación, siempre y cuando se pueda corroborar toda la información anterior. No se admiten certificaciones de subcontratistas, copias de facturas u órdenes de pago ni copias de contratos etc. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, en la certificación se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, la cual será tomada para verificar la experiencia solicitada. Si se recibe más de tres certificaciones, El SENA Regional Atlántico sólo tendrá en cuenta las tres de mayor valor, que cumpla con los requisitos exigidos. El SENA se reserva el derecho de verificar durante la evaluación la información aportada por el proponente y a fin de corroborar la misma, podrá solicitar durante el proceso de evaluación soportes que considere convenientes tales como: certificaciones, copias de contrato, actas de liquidación, estados financieros, copia de pago de impuestos, etc. ***CRITERIO DIFERENCIAL MIPYMES:*** *Como forma de generar incentivos, los proponentes que acrediten la condición de MIPYME, podrán acreditar la experiencia a través de máximo cinco (5) contratos celebrados y ejecutados con entidades públicas y/o privadas para acreditar el tiempo de experiencia requerido.*	

Resultado evaluación experiencia: CUMPLE

CONCLUSIÓN: El proponente INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA. CUMPLE los requisitos del proceso, luego de presentar justificación de precios y subsanación de requisitos señalados.

FIRMA EVALUADOR TÉCNICO
Nombre: John Harold Goenaga Barrios
CC. 72333396
Cargo: Coordinador del Servicio Médico Asistencial (SMA)
Apoyo a la evaluación: Daniela Fernanda Guerra Charris – Auditora SMA