PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL
INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN

Barranquilla, Atlántico, 02 de marzo de 2026

Doctora,
Jacqueline Rojas Solano
Directora Regional
Despacho de Dirección

Asunto: Evaluación Técnica Proceso de Contratación de Mínima Cuantía. No. MC-ATL-0016-2026

Con toda atención me dirijo a usted Dra. Jacqueline Rojas Solano, directora regional, en su calidad de ordenadora 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: 25/02/2026

1. **PROPONENTES:**

Se presentaron tres (3) proponentes tal como se detalla a continuación:

No.	OFERENTES	NIT	REPRESENTANTE LEGAL	CÉDULA	FECHA Y HORA PRESENTACIÓN
1	Laboratorio Médico Echavarria S.A.S	890906793-0	Simón Echavarría Uribe	1.017.155.875	24/02/2026 3:57:38 PM
2	Laboratorio clínico kheneyzir fayad S.A.S.	800.107.006 - 7	Kheneyzir Fayad Yaneth	22.726.952	25/02/2026 8:14:05 AM
3	Servicios médicos olimpus I.P.S. sociedad por acciones simplificada	800.033.723 - 0	Mayerlin del Carmen Vásquez cárdenas	64.868.828	25/02/2026 8:20:54 AM

2. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Los proponentes presentaron las siguientes ofertas económicas:

2.1 Oferente Laboratorio Médico Echavarria S.A.S.:

OFERTA ECONOMICA

Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL ATLANTICO

ITEM	CODIGO SOAT	CODIGO CUPS	NOMBRE DEL EXAMEN	VALOR UNITARIO TOPE SOAT 2026	VALOR UNITARIO OFERTADO
1	19006	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 97.364	$ 24.703
2	19017	903801	ACIDO URICO	$ 25.552	$ 4.108
3	19334	903866	ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]	$ 115.529	$ 4.918
4	19036	903803	ALBUMINA	$ 15.501	$ 6.450
5	19139	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]	$ 194.123	$ 32.640
6	19933	903867	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	$ 39.721	$ 4.918
8	N/A	903003	BICARBONATO	$ 49.130	$ 45.830
9	19170	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 20.587	$ 5.517
10	19177	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA	$ 32.455	$ 12.743
11	19177	903810	CALCIO POR COLORIMETRÍA	$ 32.455	$ 3.689
12	19237	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	$ 38.389	$ 5.924
13	19241	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	$ 45.170	$ 9.650
14	19242	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 46.624	$ 4.807
15	19497	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MI	$ 19.618	$ 3.051
16	19267	907002	COPROLOGICO	$ 15.016	$ 2.906
17	19283	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	$ 35.119	$ 7.713
18	19290	903895	CREATININA EN SUERO	$ 21.919	$ 3.353
19	19332	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	$ 26.884	$ 5.924
20	N/A	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	$ 52.006	$ 48.513
21	19977	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACIO	$ 8.695	$ 7.377
22	20301	898015	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA CER	$ 43.838	$ 26.380
23	19875	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 81.137	$ 6.371
24	19731	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MO	$ 13.684	$ 9.742
25	19394	906910	FACTOR REMATOIDEO [RA] CUANTITATIVO POR NEFE	$ 39.721	$ 31.410
26	19436	903016	FERRITINA	$ 87.434	$ 17.214
27	19454	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 27.853	$ 7.050
28	19465	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	$ 30.638	$ 4.460
29	19480	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]	$ 46.624	$ 10.060
30	19490	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE	$ 22.888	$ 3.353
31	19522	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFIA	$ 83.801	$ 21.238

32	19304	902210	HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO	$ 37.904	$ 11.737
33	19542	906221	Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-C	$ 131.151	$ 85.847
34	19547	906223	Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] *	$ 164.938	$ 26.715
35	19559	906225	Hepatitis C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] & *	$ 185.283	$ 35.546
36	19911	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) ULTRA	$ 120.252	$ 33.087
37	19774	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 177.533	$ 56.784
38	N/A	903605	IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONA	$ 22.767	$ 21.238
39	19698	903854	MAGNESIO	$ 35.119	$ 24.480
40	19722	903026	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA	$ 69.269	$ 14.084
41	19749	903856	NITROGENO UREICO (BUN) EN SUERO	$ 18.286	$ 3.912
42	19097	906441	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI	$ 108.748	$ 20.657
43	19792	903859	POTASIO	$ 54.132	$ 8.942
44	N/A	903065	PRO - PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (NT- PRO BI	$ 85.796	$ 80.034
45	19806	906913	PROTEINA C REACTIVA AUTOMATIZADO	$ 77.020	$ 16.432
46	19868	907009	SANGRE OCULTA (MATERIA FECAL) DETERMINACIÓN	$ 11.396	$ 11.395
47	19935	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 136.359	$ 36.552
48	19886	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR & EN SU	$ 24.220	$ 6.483
49	19891	903864	SODIO	$ 44.807	$ 6.148
50	N/A	903043	TEST DE ALIENTO (UREA C13) A HELICOBACTER PYLOR	$ 632.513	$ 190.000
51	19958	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO(P	$ 53.647	$ 10.211
52	19827	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	$ 55.222	$ 8.099
53	19917	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	$ 91.067	$ 16.432
54	19940	903868	TRIGLICÉRIDOS	$ 25.552	$ 5.589
55	19948	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	$ 89.493	$ 33.422
56	19775	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARI	$ 24.220	$ 8.384
57	19966	901236	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	$ 99.908	$ 30.851
58	19878	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *	$ 131.151	$ 24.368
59	19981	903703	VITAMINA B 12	$ 200.905	$ 34.875
60	19981	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI	$ 200.905	$ 48.624
			VALOR TOTAL	**$ 4.702.360**	$ 1.292.939

Firma Representante Legal

NOTA:	El valor de la oferta económica, se determinará con la sumatoria de los ítems 1 al 62. Éstos valores no pueden superar el valor unitario tope Soat por ítem

2.2 Oferente Laboratorio clínico kheneyzir fayad S.A.S.:

FORMATO OFERTA ECONÓMICA

ITEM	SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR UNITARIO
1	Análisis de Sangre	UN	1	ISS + incrementado hasta 35 %	ISS + incrementado hasta 35 %
2	Análisis de Orina	UN	1	ISS + incrementado hasta 35 %	ISS + incrementado hasta 35 %
3	Análisis de otros fluidos corporales	UN	1	ISS + incrementado hasta 35 %	ISS + incrementado hasta 35 %
				TOTAL	

Nombre o Razón Social del Proponente: LABORATORO CLINICO KHENEYZIR FAYAD SAS
Nit: 800.107.006 - 7
Nombre del Representante Legal que firma: YANETH KHENEYZIR FAYAD
C. C. Nº 22.726.952



2.3 Oferente Servicios médicos olimpus I.P.S. sociedad por acciones simplificada:

FORMATO OFERTA ECONÓMICA

ITEM	SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR UNITARIO
1	Análisis de Sangre	UN	1	ISS + incrementado hasta_15_ %	ISS + incrementado hasta__15__ %
2	Análisis de Orina	UN	1	ISS + incrementado hasta_15_ %	ISS + incrementado hasta__15__ %
3	Análisis de otros fluidos corporales	UN	1	ISS + incrementado hasta_15_ %	ISS + incrementado hasta__15__ %
				TOTAL	**50.000.000**

Nombre o Razón Social del Proponente: SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS
Nit: 800.033.723-0
Nombre del Representante Legal que firm MAYERLIN DEL CARMEN VASQUEZ CARDENAS
C. C. Nº 64.868.828



NOTA: En caso de que el proponente no indique número en el % de incremento, se entenderá que su ofrecimiento es por la tarifa ISS.

RESULTADO EVALUACIÓN ECONÓMICA:

1. La oferta de menor valor fue presentada por el proponente **SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S. RESULTADO: CUMPLE.**

2. La segunda oferta de menor valor fue presentada por el proponente **LABORATORIO CLÍNICO KHENEYZIR FAYAD S.A.S. RESULTADO: CUMPLE.**

3. El formato de oferta económica presentado por el proponente LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRIA S.A.S. no se ajusta al proporcionado por la Entidad en los documentos del proceso. Es de resaltar que, en los estudios previos del proceso de selección, en el numeral criterios para seleccionar la oferta más favorable, se señaló lo siguiente: *"La oferta económica debe estar diligenciada de acuerdo formato correspondiente que va anexo."*

   Por tanto, el proponente incurre en la causal de rechazo nro. 22 señalada en el anexo a la invitación pública: *"Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.".*

3. EVALUACIÓN TÉCNICA

REQUISITOS DE CARÁCTER TÉCNICO	SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S	LABORATORIO CLÍNICO KHENEYZIR FAYAD S.A.S.	LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRIA S.A.S
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**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
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.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
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.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.”.***

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.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
Presentar el pantallazo de habilitación e inclusión en el registro especial de prestadores, REPS, para el distrito de Barranquilla.	**CUMPLE.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
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.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
Deberán contar con un mínimo de dos (2) sedes habilitadas en la ciudad de Barranquilla para prestar el servicio.	**SUBSANAR** El proponente no allegó con su oferta la identificación de las dos (2) sedes habilitadas para prestar el servicio en la ciudad de Barranquilla.	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.”.***

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 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.	**CUMPLE.**	**CUMPLE.**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
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.**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***

CONCLUSIÓN	El proponente deberá **SUBSANAR** los requisitos técnicos señalados**.**	El proponente **CUMPLE** con los requisitos técnicos señalados**.**	El proponente **NO CUMPLE** Por concretarse causal de rechazo No 22 del anexo a la invitación pública: 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***

4. REQUISITOS AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

REQUISITOS HABILITANTES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S**	**LABORATORIO CLÍNICO KHENEYZIR FAYAD S.A.S.**	**LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRIA S.A.S**
Certificar que en la atención médica los equipos se encuentran debidamente calibrados (si aplica)	**CUMPLE.**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
Entregar copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicio de salud.	**CUMPLE.**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
Entregar copia de la licencia de seguridad y salud del personal responsable de la empresa prestadora de servicio de salud.	**CUMPLE.**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***

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 la etapa contractual relacionados con el CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTALES. Formato No. 05	**CUMPLE.**	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
Opción 1:1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST. Formato 4. 2. Fotocopia de cédula, Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización y/o Curso de 20 Horas y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional del responsable del SG-SST. 3. Certificación de autoevaluación de estándares mínimos emitido por ARL. Opción 2: 1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST. Formato 4. 2. Fotocopia de cédula, Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización y/o Curso de 20 Horas y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional del responsable del SG-SST. 3. Certificación de autoevaluación emitida por Ministerio de Trabajo del año inmediatamente anterior - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019. **Nota: Para las opciones 1 y 2 incluir el respectivo plan de mejora de acuerdo a la autoevaluación de estándares mínimos	Opción 1: 1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST. Formato 4. **CUMPLE** 2. Fotocopia de cédula. **CUMPLE.** 3. Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización y/o Curso de 20 Horas y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional del responsable del SG-SST. **SUBSANAR:** Si bien el proponente allega con su oferta certificado del curso de SG-SST de 20 horas, se evidencia que dicho documento fue expedido el 9 de mayo de 2022. En consecuencia, al haber transcurrido más de tres (3) años desde su emisión, el mismo se encuentra vencido y no cumple con el requisito de vigencia exigido.	**CUMPLE**	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***

aplicables; si el puntaje obtenido es menor al 85%	4. Certificación de autoevaluación de estándares mínimos emitido por ARL. **CUMPLE.**		
CONCLUSIÓN	El proponente deberá **SUBSANAR** los requisitos SST señalados.	El proponente **CUMPLE** con los requisitos técnicos señalados**.**	El proponente **NO CUMPLE** Por concretarse causal de rechazo No 22 del anexo a la invitación pública: 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica***

5. EXPERIENCIA.

EXPERIENCIA	SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S	LABORATORIO CLÍNICO KHENEYZIR FAYAD S.A.S.	LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRIA S.A.S
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. 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 dos (02) certificaciones de máximo dos (02) contratos.	**SUBSANAR** El proponente aporta acta de liquidación del contrato nro. CO1.PCCNTR.6169848 de 2024 suscrito con la Dirección Regional Atlántico del SENA, cuyo plazo de ejecución corresponde a 1 año y 19 días. Por tanto, no se acredita la totalidad de los dos años requeridos en el requisito de experiencia.	**SUBSANAR.** Si bien el proponente allega con su oferta certificaciones de experiencia, estos no evidencian experiencia en la prestación de los servicios enunciados en la ficha técnica, es decir, laboratorios clínicos.	No se evalúa por concretarse causal de rechazo numero 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica.***
CONCLUSIÓN	El proponente deberá **SUBSANAR** los requisitos de experiencia señalados.	El proponente deberá **SUBSANAR** los requisitos de experiencia señalados.	El proponente **NO CUMPLE** Por concretarse causal de rechazo No 22 del anexo a la invitación pública: 22: ***Cuando se omita, modifique, adicione, suprima o altere uno o varias de ítems, descripciones o cantidades de la oferta económica***

ESPACIO EN BLANCO

FIRMA EVALUADOR TÉCNICO

Nombre: Elizabeth Tuberquia Vanegas

Cargo: Coordinador del Servicio Médico Asistencial (SMA)

Apoyo a la evaluación: Daniela Fernanda Guerra Charris – Auditora SMA.

Apoyo evaluación aspectos ambientales y de SST: Karol Sulay Urrea Polo

Apoyo evaluación aspectos ambientales y de SST: Blanca Isabel Muñoz Carbonó