PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL
INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN

Barranquilla, Atlántico, 17 de marzo de 2026

Doctora,
Jacqueline Rojas Solano
Directora Regional
Despacho de Dirección

Asunto: Evaluación Técnica Proceso de Mínima Cuantía. No. **MC-ATL-0020-2026**

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: 13/03/2026

1. **PROPONENTES:**

Se presentaron dos proponentes tal como se detalla a continuación:

No.	OFERENTES	NIT	REPRESENTANTE LEGAL	CEDULA
1	MAXIVISION S.A.S. IPS.	802.019.914 - 1	Mario Alberto Neuman Zambrano	72.151.939
2	INSTITUTO DE LA VISION DEL NORTE & CIA. LTDA.	802.000.955 - 8	Humberto Ernesto Scorza Cure	8.707.808

2. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Los proponentes presentaron las siguientes ofertas:

MaxiVisión

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	$22.000
2	Control por oftalmología	UNIDAD	1	$22.000
3	Consulta por oftalmología subespecializada	UNIDAD	1	$22.000
	TOTAL OFERTA PRECIOS UNITARIOS EN PESOS			**$66.000**
				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 + 9 %
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: 802.019.914-1

Nombre del Representante Legal que firma: Mario Alberto Neuman Zambrano

C. C. Nº 72.151.939 de Barranquilla

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	$ 22,500
2	Control por oftalmología	UNIDAD	1	$ 22,100
3	Consulta por oftalmología subespecializada	UNIDAD	1	$ 22,100
TOTAL OFERTA PRECIOS UNITARIOS EN PESOS				$ 66,700
				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 + 9%
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

OFERENTE MENOR VALOR	RESULTADO
MAXIVISION S.A.S. IPS	***JUSTIFICAR PRECIO***: Se observa que la oferta de menor valor se encuentra dentro de los límites de la Resolución 0824 de 2022. **Sin embargo, procede la entidad a realizar Requerimiento por presunto precio artificialmente bajo:** En observancia de la Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en Procesos de Contratación CC-EICP-GI-27 de Colombia Compra Eficiente, la cual sugiere que para procesos de selección con menos de cinco (5) propuestas se implemente la siguiente metodología: (…) *Cuando la Entidad Estatal recibe menos de 5 ofertas debe solicitar aclaración a los proponentes cuyas ofertas sean menores o iguales al 20% del costo total estimado por la Entidad Estatal*(...) Conforme al cuadro anterior se identifican **3 ítems con descuentos que superan el 20% respecto de las tarifas de la Resolución 0824 de 2022**, motivo por el cual se requiere al proponente para que presente justificación por escrito y en detalle sobre los precios ofertados la cual deberá estar soportada

	a través de matriz de desagregación de precios el valor ofertado para los ítems: **CONSULTAS POR OFTALMOLOGÍA, CONTROL POR OFTALMOLOGÍA, CONSULTA POR OFTALMOLOGÍA SUBESPECIALIZADA**. **Respecto a cada ítem** deberá realizar la siguiente desagregación antes de impuestos: Precio ofertado = Costo del bien, servicio u obra (insumos, equipos, personal) + gastos generales + imprevistos + utilidad El proponente deberá presentarlo dentro del término de traslado del informe. *Para mayores detalles revisar el anexo Análisis económico de las ofertas.*

3. REQUISITOS TÉCNICOS

REQUISITOS HABILITANTES DE ORDEN TÉCNICO	MAXIVISION S.A.S. IPS
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	**CUMPLE**

de servicios, durante el proceso de atención, verificable por el SENA.	
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:** REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros. Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES Nit:NI Cédula ciudadanía:CC NI 802019914 - 1 Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica: Privada — Prestadores acreditados en salud DATOS GENERALES DEL PRESTADOR Departamento: Atlántico — Municipio: BARRANQUILLA Código de Prestador: 0800100655 - 01 Nombre del Prestador: MAXIVISION S.A.S IPS Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: Dirección: kra 50 Nº 82- 119 Teléfono(s): 3872803 Fax: Correo Electrónico: gerencia.maxivision@gmail.com Razón Social: MAXIVISION S.A.S IPS Representante Legal: MARIO ALBERTO NEUMAN ZAMBRANO Nivel Atención Prestador: — Carácter Territorial: Fecha de Inscripción: 20160819 — Fecha de Vencimiento: 20270430 **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: martes 17 de marzo de 2026 (1:51 p.m.)** Nuevo | Buscar | Ayuda 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: martes 17 de marzo de 2026 (1:51 p.m.)** Excel | Word | Texto **(16) registros encontrados.** 1 Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | DHSS0069859 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 301 -ANESTESIA | DHSS0069860 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0069861 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 335 -OFTALMOLOGÍA | DHSS0069862 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 337 -OPTOMETRÍA | DHSS0069863 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | DHSS0574631 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0069864 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 01 | MAXIVISION S.A.S IPS | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0566996 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 02 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 335 -OFTALMOLOGÍA | DHSS0628890 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 02 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 337 -OPTOMETRÍA | DHSS0706908 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 02 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0692715 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 03 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0695398 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 03 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 335 -OFTALMOLOGÍA | DHSS0695399 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 03 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 337 -OPTOMETRÍA | DHSS0695400 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 03 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | DHSS0695401 Barranquilla | BARRANQUILLA | 0800100655 | 03 | MAXIVISION S.A.S. IPS | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0695402 1
Certificar por escrito firmado por el proponente y/o representante legal el	**CUMPLE**

nombre completo, cargo y contacto del funcionario asignado para conjuntamente solucionar barreras en el proceso de atención de nuestros beneficiarios.	
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**
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**
Anexar todos los formatos solicitados por la entidad.	**CUMPLE**

RESULTADO: El proponente CUMPLE los requisitos técnicos señalados.

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

REQUISITOS HABILITANTES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	MAXIVISION S.A.S. IPS
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**
Presentar certificación de que el prestador del servicio implementa el "Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades." En caso de que aplique.	**CUMPLE**
Carta de compromiso proveniente del representante legal, mediante la cual se compromete a una vez suscrito el contrato, entregará toda la documentación establecida como obligaciones de la etapa contractual relacionados con el CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTALES. Formato No. 05	**CUMPLE**
Opción 1: 1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST **Formato No. 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	**SUBSANAR.** El proponente presenta Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y responsable del SG-SST Formato No. 4, ***sin embargo, deberá presentar:***

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 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 aplicables; si el puntaje obtenido es menor al 85%*	1. Fotocopia de cédula, Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización y/o Curso de 20 Horas, Certificación de autoevaluación de estándares mínimos emitido por ARL **y/o** Certificación de autoevaluación emitida por Ministerio de Trabajo del año inmediatamente anterior - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019. **Ya que no fue aportado con la oferta.**

RESULTADO: El proponente SUBSANAR los requisitos ambientales y de sst.

5. EXPERIENCIA.

EXPERIENCIA	MAXIVISION S.A.S. IPS
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	**CUMPLE**

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. 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: El proponente CUMPLE con la experiencia requerida

CONCLUSIÓN: El proponente deberá ACLARAR sus precios conforme con lo especificado en esta evaluación, y SUBSANAR los requisitos técnicos señalados.

FIRMA EVALUADOR TÉCNICO
Elizabeth Tuberquia Vanegas
Coordinadora del Servicio Médico Asistencial SENA Regional
Apoyo a la evaluación: Daniela Fernanda Guerra Charris- Auditora SMA
Apoyo evaluación aspectos ambientales y sst: Karol Urrea Polo- Dinamizador Regional Ambiental y Energético
Blanca Isabel Muñoz Carbonó - Profesional de Higiene y Seguridad Industrial HySI