DATOS GENERALES	
FECHA DE SOLICITUD:	**AGOSTO DE 2020**
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE:	**SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES.**
REQUERIMIENTO CONTRACTUAL:	**GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO.**

SOLICITUD DE PROCESO CONTRACTUAL

ESTUDIOS PREVIOS

A continuación, se presentan los estudios previos requeridos conforme a lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015; para adelantar el proceso de selección consagrado en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del citado decreto y la consecuente celebración de los contratos requeridos para la prestación del servicio de salud a los usuarios y beneficiarios (Artículo 163 de la Ley 100 de 1993) del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Para la elaboración de los Estudios Previos se dio aplicación a lo establecido en los numerales 7 y 12 (Modificado por el Art. 87 de la Ley 1474 de 2011) del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, el Art. 8° de la Ley 1150 de 2007, Art. 10 de la Ley 1712 de 2014, los Arts. 2.2.1.1.1.7.1 y 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015 y demás normas complementarias y concordantes.

En desarrollo de la normativa enunciada, los estudios y documentos previos, estarán conformados por los documentos definitivos que sirvan de soporte para la elaboración del proyecto de pliego de condiciones y de los contratos, de manera que los proponentes o los eventuales contratistas respectivamente, puedan valorar adecuadamente el alcance de lo requerido por la Entidad, así como la distribución de riesgos que se propone.

1. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA ENTIDAD PRETENDE SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN.

1.1. NATURALEZA JURÍDICA DEL FONDO

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es un Establecimiento Público del nivel nacional, creado por el Artículo 1 del Decreto Ley 1591 de 1989, bajo la naturaleza de un establecimiento público, actualmente adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a su objeto como establecimiento público, el artículo 2 del Decreto Ley 1591 señaló que debe: i) Manejar las cuentas relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones señaladas en el inciso 1 del artículo 7 de la Ley 21 de 1988, y ii) Organizar y administrar las prestaciones asistenciales a que tengan derecho los empleados y los pensionados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia en Liquidación.

Por su parte el Artículo 3 del Decreto Ley 1591 estableció que en desarrollo de su objeto el Fondo cumpliría en lo pertinente para este concepto las siguientes funciones:

a) Pagar las pensiones legales y convencionales de los ex empleados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia;
b) Atender las demás prestaciones económicas y asistenciales de las personas a que se refiere el literal anterior; (…)

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Así mismo, el Artículo 4 del Decreto Ley 1591 dispone que *"Los servicios que le correspondan atender al Fondo deberán prestarse a través de contratos celebrados con terceros. En consecuencia, la planta de personal que adopte será la estrictamente necesaria para el cumplimiento de sus funciones administrativas y las derivadas del proceso de contratación".*

De lo expuesto se tiene que el Fondo fue creado como un establecimiento público para cumplir las funciones previstas en la ley, entre las que se destaca la de organizar y administrar las prestaciones económicas y asistenciales a que tengan derecho los empleados y los pensionados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia en Liquidación. No obstante, los servicios que le corresponde atender deberán ser contratados con terceros, de lo cual se sigue que el Fondo no es el prestador de tales servicios, sino simplemente el contratante de estos.

Como puede verse, las funciones que se atribuyen al Fondo corresponden al cumplimiento de obligaciones que la misma ley le asigna, las cuales se encuentran directamente relacionadas con administrar los recursos públicos para cumplir funciones que son típicamente administrativas (atender las prestaciones económicas a los afiliados o la efectividad de un derecho fundamental -garantizar la prestación del servicio médico asistencial a los afiliados-, entre otras).

Para cumplir con las aludidas funciones, los recursos asignados al Fondo se ejecutan a través de la contratación estatal, para que sean terceros los encargados de la atención correspondiente (Artículo 4 del D.L. 1591 de 1989), lo que significa que en manera alguna el Fondo está encargado de la prestación de tales servicios.

Así mismo, el Fondo bajo el sistema general de seguridad social en salud creado por la Ley 100 de 1993, específicamente el artículo 236, reglamentado por los Decretos 1890 de 1995 y 489 de 1996, funciona como EPS Adaptada en Salud, encargada de organizar y administrar las prestaciones asistenciales a las que tengan derecho los pensionados de las extintas Ferrocarriles de Colombia y Puertos de Colombia y a su grupo familiar, conforme a lo establecido en el artículo 4 del Decreto 488 de 1996.

Sin embargo, los estatutos del Fondo, en concordancia con el D.L. 1591, no le dan el carácter de prestador del servicio médico – asistencial, puesto que su función se limita exclusivamente a administrar y atender tales prestaciones mediante contratos celebrados con terceros, en los cuales actuará como entidad contratante sujeto a las normas de la contratación estatal.

Es preciso resaltar que, en la regulación sobre las EPS, la Ley 100 de 1993 no establece una norma especial relacionada con el régimen jurídico aplicable a su contratación, razón por la cual el régimen jurídico aplicable para el Fondo como establecimiento público en materia contractual corresponde al estatuto general de contratación pública.

Por lo tanto, se tiene que el Fondo continúa con su naturaleza original de establecimiento público, bajo el régimen de derecho público que rige este tipo de entidades descentralizadas, incluido lo referente a los contratos que celebra, conforme a la ley de su creación y sus estatutos, puesto que de conformidad con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1980, el Fondo no cuenta con autorización de funcionamiento como EPS.

> *"Artículo 3. Proceso de transformación y autorización de funcionamiento. Las entidades a que se refiere el artículo primero de este Decreto podrán ser transformadas en Entidades Promotoras de Salud por la autoridad estatal competente, y serán autorizadas para funcionar como tales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, con sujeción a lo previsto en el presente artículo.*
> *La transformación deberá realizarse a más tardar el 23 de diciembre de 1995, de conformidad con lo establecido en el inciso 1º del artículo 236 de la Ley 100 de 1993 (…) "*

Dado que el Fondo no adelantó ninguna de las modificaciones legales, estatutarias y reglamentarias para transformase en una de las EPS reguladas por la Ley 100 de 1993, actualmente, funciona como entidad adaptada en salud, pues cumplió con los requisitos exigidos para adaptarse al nuevo SGSSS, en los aspectos técnicos y jurídicos, lo que le permitió obtener la autorización por parte del Gobierno Nacional para continuar cumpliendo sus funciones, en los términos del artículo 236 de la Ley 100 de 1993.

Lo anterior llevó a la expedición del Decreto 489 de 1996, *"Por el cual se autoriza a unos fondos del sector público, para continuar prestando servicios de salud en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995",* así:

> *"Artículo 1. Autorizar a los Fondos del sector público que a continuación se relacionan, para que continúen prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidades*

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995:
(…)
3. Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C.

Parágrafo. Los Fondos a que se refiere el presente artículo, sólo podrán continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a las respectivas entidades y dependencias en la fecha de iniciación de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que se puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquéllas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados".

En consecuencia, al Fondo como entidad contratante le corresponderá adelantar la actividad contractual desde los estudios previos y la estructuración del proceso de selección correspondiente, hasta la liquidación, si es el caso, bajo las normas de la contratación pública, y por supuesto cumplir con las obligaciones que como contratante se hayan estipulado en el contrato, sin que en momento alguno este proceso le lleve a asumir la prestación de los servicios médico asistenciales de sus afiliados o beneficiarios, los cuales estarán a cargo del contratista.

1.2. REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia debe garantizar la prestación de los servicios integrales de salud, con sujeción al Plan de Beneficios en Salud (PBS), al Plan de Atención Convencional (PAC) y a los Programas de Promoción y Prevención de acuerdo con la ruta de Promoción y Mantenimiento (PYM), con destino a los afiliados y beneficiarios definidos en la Ley.

Frente a lo anteriormente mencionado, debe tenerse en cuenta que al ser el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, una EPS Adaptada en Salud, debe dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 de 2016, *por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parle 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud*.

Bajo esta regulación entonces, el Fondo en su operación deberá cumplir y demostrar condiciones de habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 682 de 2018, dentro de estas condiciones, el numeral 3 – capacidad científica, menciona que *(…) deberán demostrar que cuentan con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud, verificable a través de:*

(…)
3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud.

Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1 del presente Capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

En lo referente a la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, se regirá por lo dispuesto en la normatividad vigente.
(…)

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Las condiciones para la autorización y la habilitación anteriormente mencionadas están definidas en la Resolución 2515 de 2018, y en el Manual de criterios para la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, el cual en el numeral 9 establece los estándares que deben cumplir las EPS para la autorización, habilitación y permanencia, en el criterio 9.1 Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud. En la misma se hace referencia a la Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

De esta manera, se reitera que el Fondo tiene la responsabilidad de velar porque los procesos de atención a sus afiliados se brinden en condiciones de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad y resolutividad, debiendo para ello conformar y gestionar redes de prestadores de servicios de salud, sobre las cuales imparten instrucciones propias y acordes con el modelo de atención, en procura que dichos procesos garanticen la calidad esperada en la prestación de los servicios y los resultados en salud, bajo un enfoque de gestión integral del riesgo para la población afiliada a su cargo.

De acuerdo con las responsabilidades descritas, el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, ha contratado históricamente la prestación de los servicios de salud a través de la celebración de contratos con terceros para cubrir el servicio en cuatro (4) regionales bajo un esquema de operación que consiste en que el contratista seleccionado por la Entidad cuenta con un porcentaje de red propia y la red adicional requerida para completar la cobertura es contratada por este bajo su administración y coordinación, concentrándose la responsabilidad en un solo contratista por regional, los cuales se encuentran próximos a culminar su plazo de ejecución.

Por esta razón, se hace necesario acudir a las normas que rigen las diferentes modalidades de selección previstas para contratar, conforme lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, la Ley 1882 de 2018, el Decreto 1082 de 2015, y demás normas concordantes, como un mecanismo idóneo para suplir la necesidad antes esbozada, a través de un proceso de selección abreviada para la contratación de servicios de salud

1.3. DEFINICIÓN TÉCNICA DE LA NECESIDAD

El Fondo debe disponer de los medios necesarios para garantizar la prestación de los servicios de salud con oportunidad, accesibilidad, disponibilidad, integralidad, continuidad, calidad, idoneidad profesional y satisfacción a todos sus afiliados y beneficiarios de tal manera que se cumpla con el deber legal establecido.

Para suplir la necesidad prevista, el Fondo requiere seleccionar uno o varios contratistas, personas naturales o jurídicas con la idoneidad, experiencia, capacidad jurídica, financiera y técnica que demanda el desarrollo del presente objeto contractual, de acuerdo con la naturaleza del servicio, la cuantía del mismo y los requisitos determinados previamente en la ley que rige esta materia.

El Fondo dentro de su necesidad y en cumplimiento de la Resolución 1441 de 2016, debe cumplir con la organización de redes integrales para la atención en salud de su población en la totalidad de municipios donde tenga usuarios afiliados, lo anterior con el fin de garantizar la integralidad de la atención de los usuarios y disminuir los tiempos de atención de los usuarios.

Por lo anterior se requiere que el futuro contratista cuente con una red integral de prestadores de servicios de salud, que garantice el acceso integral a los servicios de salud que soliciten nuestros usuarios, de tal manera que se disminuya la mortalidad y morbilidad evitable y se logre mejorar sus condiciones de vida.

1.3.1. POBLACIÓN USUARIA

El Fondo tiene actualmente treinta y siete mil seiscientos cuarenta (37.640) usuarios que corresponden a los pensionados y sus grupos familiares de las extintas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Puertos de Colombia, número que podrá variar de conformidad con el comportamiento demográfico (muertes y nacimientos).

1.3.1.1. DISTRIBUCIÓN REGIONAL

La entidad no presta directamente los servicios de salud, pero en su rol de asegurador, debe garantizarle la prestación a los 37.640 afiliados que se encuentran distribuidos en 20 departamentos y 78 municipios a lo largo y ancho de Colombia, así las

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

cosas, el servicio está segmentado por regionales, con el fin de facilitar su seguimiento y aglomeración de servicios de acuerdo con la necesidad de los usuarios, así:

Tabla 1. Distribución poblacional por región. 2020

REGIONAL	AFILIADOS
MAGDALENA: Magdalena, Atlántico, Bolívar y Cesar.	15.274
PACÍFICO: Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Caldas, Cauca, Nariño	10.003
CENTRAL: Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Huila, Caldas y Bogotá D.C.	7.821
ANTIOQUIA: Antioquia, Santander y sur del Cesar	4.542
Total general	**37.640**

Fuente. Base de datos afiliaciones FPSFN. 2020

La población usuaria en cada municipio se encuentra clasificada en consonancia con los tres tipos de ámbitos territoriales reconocidos como urbano, rural y disperso de conformidad con el numeral 5.4 de la resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la política de Atención Integral en Salud”. Resulta notorio al observar la Tabla que se desarrolla a continuación, que el 80% de los afiliados al Fondo residen en centros urbanos.

Tabla 1. Distribución de la población afiliada según ámbito territorial.2020

REGIONAL	POBLACIÓN AFILIADA			TOTAL
	URBANA	RURAL	DISPERSA	
MAGDALENA: Magdalena, Atlántico, Bolívar y Cesar.	13.834	1.440	0	15.274
PACIFICO: Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Caldas, Cauca, Nariño.	6.385	486	3.132	10.003
CENTRAL: Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Huila, Caldas y Bogotá D.C.	6.886	935	0	7.821
ANTIOQUIA: Antioquia, Santander, Sur del Cesar	3.156	1.386	0	4.542
TOTAL	**30.261**	**4.247**	**3.132**	**37.640**

Fuente. Base de datos afiliación FPSFN. 2020

La especificidad de la distribución poblacional por regional se encuentra en el Anexo No. 01 del estudio previo Comportamiento Poblacional.

1.3.1.2. PUNTOS DE ATENCIÓN DEFINIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

Dando cumplimiento a lo definido en las Convenciones Colectivas de Trabajo de las extintas empresas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia, se han definido los Puntos de Atención de la población asegurada, que corresponden a las ciudades y municipios en los cuales se debe garantizar la prestación de los servicios de salud por parte de los contratistas.

Los puntos de atención definidos por el Fondo se encuentran organizados en las cuatro regionales establecidas y se relacionan a continuación:

Tabla No. 03. Puntos de Atención de población asegurada al FPSFCN por regional
REGIONAL MAGDALENA

No.	PUNTO DE ATENCION	AFILIADOS	AMBITO TERRITORIAL
1	Barranquilla	4.724	Urbano
2	Bosconia	73	Alta ruralidad
3	Cartagena	4.540	Urbano
4	Chiriguana	47	Alta ruralidad
5	Cienaga	511	Alta ruralidad
6	Curumani	39	Alta ruralidad
7	Fundacion	73	Alta ruralidad

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

8	Monteria	1	Urbano
9	Puerto Colombia	568	Alta ruralidad
10	Santa Marta	4.463	Urbano
11	Soplaviento	128	Alta ruralidad
12	Valledupar	106	Urbano
13	Zona Bananera	1	Alta ruralidad
TOTAL		**15.274**	

REGIONAL PACIFICO

No.	PUNTO DE ATENCION	AFILIADOS	AMBITO TERRITORIAL
1	Armenia	240	Urbano
2	Buenaventura	2.922	Zona Dispersa
3	Buga	97	Alta Ruralidad
4	Cali	5.113	Urbano
5	Cartago	121	Urbano
6	Dagua	192	Alta Ruralidad
7	Manizales	113	Urbano
8	Palmira	277	Urbano
9	Pasto	17	Urbano
10	Pereira	199	Urbano
11	Popayan	85	Urbano
12	Tulua	220	Urbano
13	Tumaco	210	Zona Dispersa
14	Yumbo	139	Alta Ruralidad
15	Zarzal	58	Alta Ruralidad
TOTAL		**10.003**	

REGIONAL CENTRAL

No.	PUNTO DE ATENCION	AFILIADOS	AMBITO TERRITORIAL
1	Ambalema	16	Alta ruralidad
2	Bogota	3.856	Urbano
3	Cachipay	11	Alta ruralidad
4	Chiquinquira	87	Urbano
5	Choconta	68	Alta ruralidad
6	Duitama	55	Urbano
7	Facatativa	843	Urbano
8	Fusagasuga	149	Alta ruralidad
9	Girardot	848	Urbano
10	Guaduas	10	Alta ruralidad
11	Honda	38	Alta ruralidad
12	Ibague	346	Urbano
13	La Dorada	450	Urbano
14	La Mesa	73	Alta ruralidad
15	Mariquita	197	Alta ruralidad
16	Moniquira	7	Alta ruralidad

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

17	Natagaima	31	Alta ruralidad
18	Neiva	190	Urbano
19	Puente Nacional	34	Alta ruralidad
20	Sogamoso	39	Urbano
21	Tunja	102	Urbano
22	Utica	58	Alta ruralidad
23	Villavicencio	70	Urbano
24	Villeta	108	Alta ruralidad
25	Zipaquira	135	Alta ruralidad
TOTAL		**7.821**	

REGIONAL ANTIOQUIA SANTANDER

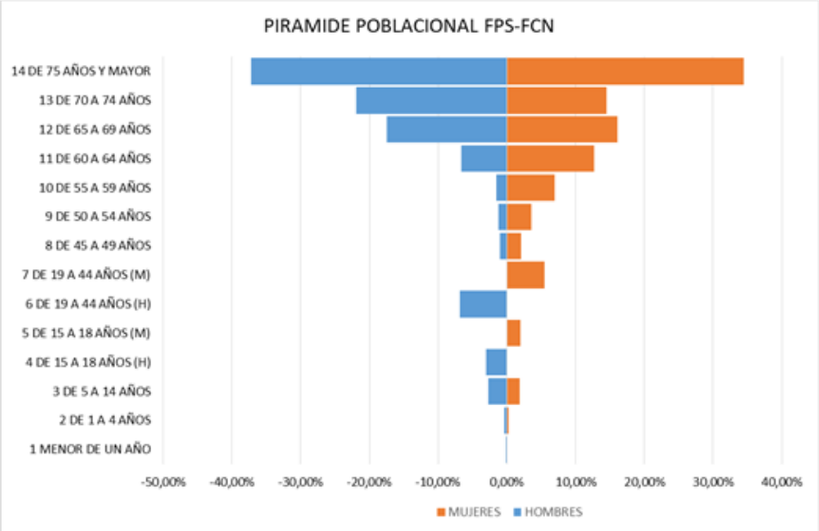
No.	POUNTO DE ATENCION	AFILIADOS	AMBITO TERRITORIAL
1	Aguachica	144	Urbano
2	Amaga	38	Alta ruralidad
3	Barbosa	74	Alta ruralidad
4	Barrancabermeja	259	Urbano
5	Bello	542	Alta ruralidad
6	Bucaramanga	1.403	Urbano
7	Caldas	77	Alta ruralidad
8	Caracoli	59	Alta ruralidad
9	Cisneros	127	Alta ruralidad
10	Copacabana	100	Alta ruralidad
11	Cucuta	5	Urbano
12	Fredonia	13	Alta ruralidad
13	Gamarra	38	Alta ruralidad
14	Girardota	43	Alta ruralidad
15	Medellin	1.311	Urbano
16	Pailitas	16	Alta ruralidad
17	Pamplona	2	Urbano
18	Pelaya	15	Alta ruralidad
19	Piedecuesta	8	Alta ruralidad
20	Puerto Berrio	179	Alta ruralidad
21	Puerto Nare	4	Alta ruralidad
22	Puerto Wilches	12	Alta ruralidad
23	Sabana De Torres	26	Alta ruralidad
24	San Gil	32	Urbano
25	Tamalameque	15	Alta ruralidad
TOTAL		**4.542**	

1.3.1.3. PIRAMIDE POBLACIONAL

En cuanto a la composición poblacional según sexo y edad, la figura No. 01 revela una pirámide estrecha en la base y amplia en la cima, indicando un predominio de personas ubicadas en el ciclo vital conocido como vejez.

Figura No. 01. Pirámide Poblacional de los usuarios del Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles de Colombia.2020

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.



Fuente: Base de Datos afiliación FPSFN a Abril 30 de 2020.

Complementando el análisis anterior, se observa que la mayor concentración de población se encuentra por encima de los cincuenta años, representando el 87,39% de la población total del Fondo, en cuanto al sexo hay una supremacía de mujeres que constituyen el 60,46% del total poblacional y al combinar las variables de edad con el sexo las mujeres por encima de 50 años ocupan el 53,4%, del total de la población.

La estructura demográfica descrita, genera un impacto en la forma de prestación de los servicios de salud y obliga a los prestadores a emplear esquemas multimodales de atención, puesto que una población longeva con las comorbilidades propias de la edad, demanda mayor número de servicios, que en apego al carácter de derecho fundamental consagrado en Ley estatutaria de la salud, debe ser atendida.

La pirámide poblacional de cada una de las regionales se encuentra en el Anexo No. 01 del estudio previo – Comportamiento Poblacional.

1.3.1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA POR GRUPOS DE EDAD

En la Tabla No. 04 se observa una distribución de la población usuaria por grupos etarios, con una concentración de población en personas mayores de cincuenta (50) años y predominio de mujeres en la mayoría de los grupos quinquenales.

Tabla No. 04 Distribución por grupos etarios y por regional 2020

GRUPO ETAREO	AFILIADOS	%
Menor De Un Año	22	0,06
De 1 A 4 Años	123	0,33
De 5 A 14 Años	824	2,19
De 15 A 18 Años (H)	447	1,19
De 15 A 18 Años (M)	449	1,19
De 19 A 44 Años (H)	1.020	2,71
De 19 A 44 Años (M)	1.238	3,29
De 45 A 49 Años	625	1,66
De 50 A 54 Años	1.000	2,66
De 55 A 59 Años	1.815	4,82
De 60 A 64 Años	3.872	10,29
De 65 A 69 Años	6.252	16,61
De 70 A 74 Años	6.574	17,47

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

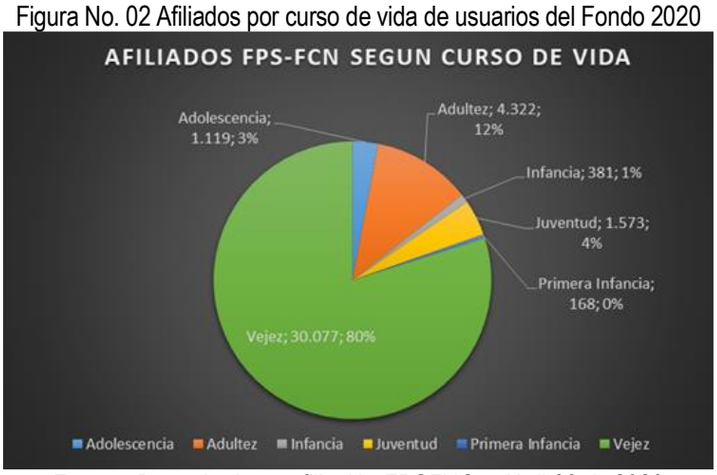
De 75 Años Y Mayor	13.379	35,54
TOTAL GENERAL	**37.640**	**100**

Fuente: Base de datos afiliación FPSFNC a Abril 30 de 2020.

1.3.1.5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA POR CURSO DE VIDA.

El Fondo en armonía con la Política de Atención Integral en Salud, organizó su población según el curso de vida, este enfoque permite al prestador adaptar la oferta de servicios a las particularidades específicas de cada etapa vital (primera infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores) y confiere la posibilidad a cada uno de los actores involucrados en la cadena de atención de nuestros usuarios, planificar los servicios de salud de manera coherente con las necesidades de la población objeto y los entornos que el individuo frecuenta (Hogar, escolar, laboral).

Figura No. 02 Afiliados por curso de vida de usuarios del Fondo 2020

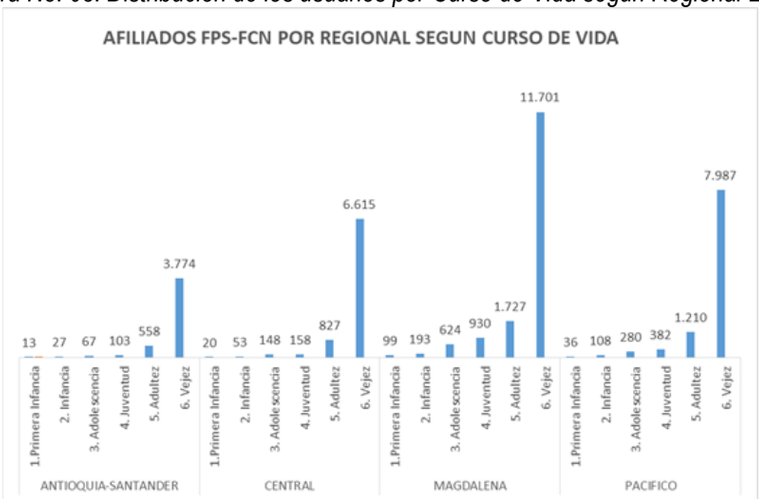


Fuente: Base de datos afiliación FPSFNC a Abril 30 de 2020

La Figura No. 02 presenta los datos globales de los usuarios del Fondo, así: Primera Infancia de 0 a 5 años, Infancia de 6 a 11 años, Adolescencia de 12 a 17 años, Juventud de 18 a 28 años, Adultez de los 29 a los 59 años, Vejez de 60 años y más, en los cuales se ratifica que el mayor número de usuarios se encuentran ubicados en la vejez.

La distribución regional de la población usuaria del Fondo según el curso de vida se expresa en la Figura No. 03, así:

Figura No. 03. Distribución de los usuarios por Curso de Vida según Regional 2020



Fuente: Base de datos afiliación FPSFNC a Abril 30 de 2020

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

El comportamiento poblacional detallado por regional, departamento y municipios se encuentran en el Anexo No. 01 del estudio previo – Comportamiento Poblacional.

1.4. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS USUARIOS DEL FONDO

Los datos que alimentaron el comportamiento epidemiológico tienen su fuente de información en las estadísticas en salud que remiten los prestadores que integran la red de servicios del Fondo, resultados de la auditoria a la cuenta de alto costo y los archivos de Registro de Prestación Individual de Servicios (RIPS), que a su vez sirvieron de insumo para el estudio de suficiencia de UPC, que el Fondo presentó al Ministerio de Salud y Protección Social en la vigencia 2019.

El estudio del comportamiento epidemiológico de los afiliados y beneficiarios del Fondo, comprende el análisis de morbilidad de los usuarios por regional, el cual se presenta en los ámbitos de consulta externa, hospitalización, urgencias y siniestración de alto costo.

Para su determinación se utilizaron las primeras diez (10) causas por subagrupación de diagnósticos, de acuerdo con el CIE-10, y se establecieron los primeros cinco (05) diagnósticos por cada subgrupo a nivel nacional, tal como se encuentra establecido en el Anexo No. 02 del estudio previo – Comportamiento epidemiológico.

1.4.1. CONSULTA EXTERNA

Se enlistan las diez principales causas de atención en consulta externa:

1º Causa: Enfermedades de los órganos de los sentidos.
2º Causa: Enfermedades cardiovasculares.
3º Causa: Enfermedades musculo – esqueléticas.
4º Causa: Condiciones Orales.
5º Causa: Enfermedades genitourinarias.
6º Causa: Condiciones Neuro – psiquiátricas.
7º Causa: Desordenes Endocrinos.
8º Causa: Enfermedades Digestivas.
9º Causa: Diabetes Mellitus.
10º Causa: Infecciones Respiratorias.

A nivel general, en el ámbito de consulta externa se evidencia un predominio de enfermedades de los órganos de los sentidos, pero por su naturaleza y variedad de Diagnósticos, no son susceptibles de incluirla dentro de un programa.

En segundo lugar, tenemos las enfermedades cardiovasculares, patologías que por la carga de morbilidad que contienen, la declaratoria como prioridad en salud pública en los términos de la Ley 1355 de 2009, lo incapacitante de sus secuelas, el desequilibrio financiero que supone para el sistema de seguridad social que no se adopten las medidas necesarias para evitar su progresión y el número de casos registrados en la población afiliada al Fondo, se constituyen en condiciones de salud sujetas de prelación por parte de la aseguradora y su red de prestadores.

En tercer lugar, se encuentran las enfermedades musculo esqueléticas que por su variedad diagnostica no es prioritaria incluirla dentro de un programa.

Como cuarto lugar están las condiciones orales y en quinto lugar las enfermedades genitourinarias y dentro de los diagnósticos importantes de este grupo se encuentra la insuficiencia renal crónica.

1.4.2. URGENCIAS

Se enlistan las diez principales causas de atención en urgencias:

1º Causa: Enfermedades cardiovasculares.
2º Causa: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras.
3º Causa: Enfermedades musculo – esqueléticas.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

4º Causa: Enfermedades genitourinarias.
5º Causa: Enfermedades de los órganos de los sentidos.
6º Causa: Infecciones respiratorias.
7º Causa: Enfermedades digestivas.
8º Causa: Persona en contacto con los servicios de salud para la investigación y exámenes.
9º Causa: Enfermedades respiratorias.
10º Causa: Enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el ámbito de urgencias, se evidencia predominio de las enfermedades cardiovasculares, con su precursora hipertensión arterial, en segundo lugar los traumatismos, envenenamiento, en tercer lugar están las enfermedades musculo esqueléticas que por su naturaleza y variedad diagnostica no es prioritario incluirla dentro de un programa, como cuarto lugar están enfermedades genitourinarias, que dentro de los diagnósticos importantes de este grupo está la insuficiencia renal crónica, y en quinto lugar están las enfermedades de los órganos de los sentidos.

1.4.3. HOSPITALIZACIÓN

Se enlistan las diez principales causas de hospitalización:

1º Causa: Enfermedades cardiovasculares.
2º Causa: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras.
3º Causa: Enfermedades genitourinarias.
4º Causa: Enfermedades musculo – esqueléticas.
5º Causa: Enfermedades digestivas.
6º Causa: Enfermedades de los órganos de los sentidos.
7º Causa: Persona en contacto con los servicios de salud para la investigación y exámenes (noclas OMS-OPS).
8º Causa: Enfermedades respiratorias.
9º Causa: Condiciones Neuro – psiquiátricas.
10º Causa: Infecciones respiratorias.

En el ámbito de hospitalización se evidencia un predominio de las enfermedades cardiovasculares, con su precursora hipertensión arterial, de la cual deriva enfermedades del corazón y vasos sanguíneos, en segundo lugar las enfermedades por traumatismos, en tercer lugar están las genitourinarias, que incluye la insuficiencia renal, en cuarto lugar están las enfermedades musculo esqueléticas y en quinto lugar se encuentran las enfermedades digestivas.

A manera de conclusión previa, en los ámbitos de urgencia y hospitalización la primera causa de morbilidad son las enfermedades Cardiovasculares, mientras en el ámbito de Consulta Externa se constituye en la segunda causa.

1.4.4. ALTO COSTO

Se debe tener en cuenta que de acuerdo al decreto 2699 de 2007 que creó la Cuenta de Alto Costo, le corresponde al Ministerio de la Protección Social determinar las enfermedades ruinosas y catastróficas (alto costo) y en la resolución 3974 de 2009 (33) se considera conveniente atender criterios de selección y priorización tales como: Su importancia relativa en la carga de enfermedad del país; El carácter permanente o crónico de la enfermedad; La disponibilidad o el actual desarrollo de guías de atención integral; Las posibilidades de prevención de la enfermedad; El costo de la enfermedad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Resolución 2565 de 2007 (34) y la resolución 3974 de 2009 establecen con fines de ajuste por la Cuenta de Alto Costo, una lista de patologías consideradas de alto costo a saber: Enfermedad Renal Crónica; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Cáncer de estómago; Cáncer de colon y recto; Cáncer de próstata; Leucemia linfoide aguda; Leucemia mieloide aguda; Linfoma Hodgkin; Linfoma no Hodgkin; Epilepsia; Artritis reumatoide; VIH/SIDA.

Actualmente, la población afiliada al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, en una gran mayoría de usuarios ya tienen una patología de base que sin un tratamiento adecuado puede llegar a padecer una patología del Alto Costo

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Enfermedad renal crónica (ERC) es la primera enfermedad de Alto Costo, y sus patologías de base son Diabettes Mellitus e Hipertensión Arterial, se reporta de manera anual según resolución 2463 de 2014, lo que permite realizar un seguimiento a los usuarios de manera nominal.

Luego de la auditoría por parte de la Cuenta de Alto Costo, los resultados obtenidos por la entidad en la evaluación del reporte de pacientes con indicadores adecuados de acuerdo con el manual de Reporte de la resolución 2463 de 2014 fueron:

- **HIPERTENSIÓN Y DIABETES**

Conforme a la información extraída de la caracterización poblacional (CAPO) para el año 2019, en las siguientes tablas se especifica el comportamiento de las patologías precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), hipertensión y diabetes, dentro de este total de pacientes (21.046):

Tabla No.5 Pacientes con hipertensión y diabetes

REGIONAL	PACIENTES	% POBLACIÓN
Magdalena	8012	40%
Pacifico	5621	28%
Central	4318	22%
Antioquia - Santander	2095	10%
TOTAL GENERAL	20046	100%

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

- **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

Los grupos de riesgo de la ERC se consideran a partir de estadio 3, así las cosas, la distribución por grupo estaría así:

Tabla No.7 Distribución de Pacientes con enfermedad renal crónica por estadio

REGIONAL	ESTADIO 3	ESTADIO 4	ESTADIO 5	TOTAL
Magdalena	3205	804	130	4139
Pacifico	2305	382	32	2719
Central	1814	112	25	1951
Antioquia - Santander	1006	154	18	1178
			TOTAL GENERAL	**9987**

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

La incidencia cruda por cada 100 habitantes en Colombia está en promedio en el 7,20%, para el caso del Fondo la incidencia cruda está en el 25, 15%, equivalente a un 358,12% más que el promedio nacional

- **CÁNCER**

En el reporte de cáncer solicitado a las entidades obligadas a compensar a través de la resolución 247 de 2014 se tienen un numero alto de casos distribuidos por regional de la siguiente manera:

Tabla No.8 Distribución de usuarios con Cáncer

REGIONAL	PACIENTES
Magdalena	764
Pacifico	114
Central	197
Antioquia - Santander	161
TOTAL GENERAL	1236

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

El estándar nacional por cada 100 habitantes en Colombia corresponde al 0.04% sobre la población asegurada, para el caso del Fondo la población con cáncer equivale al 4, 01% de los usuarios asegurados.

- **ARTRITIS REUMATOIDE**

La Artritis reumatoidea es solicitado su reporte a través de la resolución 1393 de 2015, los resultados auditados por la cuenta de alto costo arrojan que hay una alta concentración de pacientes en la regional Magdalena, no obstante, lo anterior en todas la regionales se tienen pacientes distribuidos de la siguiente manera:

Tabla No.9 Distribución de usuarios con artritis reumatoide

REGIONAL	PACIENTES
Magdalena	180
Pacifico	51
Central	55
Antioquia - Santander	32
TOTAL GENERAL	318

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

- **HEMOFILIA Y OTRAS COAGULOPATÍAS**

Siendo una enfermedad de extraña afectación a la población, el reporte se establece a través de la resolución 123 de 2015, en el cual se evidencian dos casos distribuidos de la siguiente manera:

Tabla No.10 Distribución de usuarios con Hemofilia y otras Coagulopatías

REGIONAL	FACTOR VIII	FACTOR IX	OTRAS COAG
Magdalena	1	0	1
Pacifico	0	0	2
Central	0	1	1
Antioquia - Santander	0	0	0
TOTAL GENERAL	1	1	4

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

- **HEPATITIS C**

Actualmente, se tienen identificados cuatro (04) casos de pacientes con Hepatitis C en la Regional Magdalena. En las demás regionales no se presentan casos.

Tabla No. 11 – Distribución de usuarios con Hepatitis C

REGIONAL	PACIENTES
Magdalena	4
Pacifico	0
Central	0
Antioquia - Santander	0
TOTAL GENERAL	4

Fuente: Cuenta Alto Costo 2017

- **VIH**

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Reporte establecido según la resolución 4725 de 2011 modificada parcialmente por la resolución 273 de 2019; a pesar de ser un numero pequeño de pacientes con VIH, el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, tiene pacientes en todas las regionales distribuidos de la siguiente manera:

Tabla No. 12 – Distribución de usuarios con VIH

REGIONAL	PACIENTES
Magdalena	31
Pacifico	17
Central	10
Antioquia - Santander	7
TOTAL GENERAL	65

Fuente Cuenta de Alto Costo – 2019

1.5. SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD A LOS QUE TIENEN DERECHO LOS USUARIOS DEL FONDO

El Fondo, debe garantizar a sus usuarios la prestación del servicio integral de salud de conformidad con lo establecido en el plan de beneficios en salud (PBS), el plan de atención convencional (PAC) y las acciones definidas en las rutas de atención integral definidas, priorizadas y las que se adapten por el Fondo según lo especificado en el Anexo No. 03 Modelo de Atención en Salud.

Dichos servicios deben ser prestados a los pensionados y beneficiarios del Fondo, los cuales se brindan de conformidad con el tipo de afiliación de que se trate, así:

- **Usuarios que tienen derecho SOLO al Plan de Beneficios en Salud – PBS:** A estos usuarios se les prestarán los servicios incluidos en el plan de beneficios en salud del régimen contributivo y estarán identificados en la base de datos con servicios PBS. La información de los beneficios de cada uno de los afiliados deberá ser consultada por los contratistas en el Anexo No. 05 Prestación de Servicios de Salud del estudio previo, que en todo caso es concordante con lo preceptuado en la Resolución 5857 de 2018 y demás normatividad vigente aplicable. Para su atención el Contratista deberá verificar su estado de afiliación en la base de datos provista por el Fondo. En la siguiente tabla se presenta la distribución de estos usuarios por regional.

Tabla No. 13 Distribución de usuarios que SOLO tienen derecho al PBS por Regional.

REGIONAL	AFILIADOS
Magdalena	255
Pacifico	155
Central	148
Antioquia- Santander	59
TOTAL GENERAL	**617**

Fuente: Base de datos afiliación FPSFNC a abril 30 de 2020.

- **Usuarios que tienen derecho al PBS y el Plan de Atención Convencional – PAC:** A estos usuarios se les prestarán los servicios incluidos en el plan de beneficios en salud del régimen contributivo, así como a los beneficios adicionales fijados en el plan de atención convencional (PAC), de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en las respectivas convenciones colectivas, los cuales se detallan en el Anexo No. 05 - Prestación de Servicios de Salud. Estos usuarios estarán identificados en la base de datos con servicios PAC, para su atención el Contratista deberá verificar su estado de afiliación en la base de datos provista por la entidad.

Tabla No. 14 Distribución de usuarios con derecho al PBS y PAC por Regional.

REGIONAL	AFILIADOS
Magdalena	15.019
Pacifico	9.848

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Central	7.673
Antioquia-Santander	4.483
TOTAL GENERAL	**37.023**

Fuente: Base de datos afiliación FPSFNC a abril 30 de 2020.

- A todos los usuarios, sin distinción, se les deberá realizar todas las actividades definidas en las Normas Técnicas de Protección Específica y Detección Temprana y las Rutas de Atención Integral definidas priorizadas y las que se adapten por el Fondo, dando cumplimiento a todas las actividades, intervenciones y procedimientos establecidos en la normatividad vigente, en los anexos de este documento y los que se definan por ajuste de normatividad Anexo No. 04 Rutas de Atención Integral FPSFCN.

Nota: Los beneficios del PBS y las actividades de promoción y prevención están descritos en las normas legales vigentes, las especificaciones del plan de atención convencional – PAC, se describen en su totalidad en el Anexo No. 05 Prestación de Servicios de Salud, y las actividades de las RIAS priorizadas por el Fondo en el Anexo No 04.

Además de lo anterior, la prestación de los servicios de salud a los usuarios del Fondo se realizará conforme a lo establecido en el Anexo No. 05 Prestación de Servicios de Salud a usuarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

1.6. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

El Fondo, desarrolló un modelo de atención en salud para los afiliados y beneficiarios que busca darles una atención integral y continua, para lo cual se definió un marco estratégico basado en la atención primaria en salud, la gestión integral del riesgo, el autocuidado, el enfoque diferencial territorial y poblacional y el enfoque de medicina familiar y comunitaria.

Basado en estas estrategias y guardando coherencia con los lineamientos de la política nacional de atención integral en salud promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo adoptó un modelo de salud único que debe ser implementado en todo el territorio nacional donde se cuenta con puntos de atención, dicha adecuación debe guardar consonancia con las particularidades de cada región según sus características demográficas, epidemiológicas, culturales, carga de enfermedad, acceso y disponibilidad de servicios.

De acuerdo con lo anterior, el modelo de atención integral en salud busca ajustarse en sus componentes operativos a las diferencias poblacionales y territorios donde se establecen puntos de atención de los afiliados y beneficiarios.

Los detalles del Modelo de Atención integral en Salud se encuentran en el Anexo No. 03 – Modelo de Atención en salud.

2. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR, CON SUS ESPECIFICACIONES, AUTORIZACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS REQUERIDOS PARA SU EJECUCIÓN Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR.

2.1. OBJETO DEL CONTRATO:

GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO.

2.1.1. ALCANCE DEL OBJETO:

Para garantizar el servicio integral de salud, el contratista deberá prestar una atención integral que comprende tres (3) tipos de servicios a los afiliados y beneficiarios del Fondo, a saber: i) Plan de Beneficios en Salud (PBS); ii) Plan de Atención Convencional (PAC), y iii) Acciones de Promoción y Prevención (de conformidad con las Rutas Integrales de Atención que

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

han sido priorizadas y determinadas para gestión del FPS).

El futuro contratista garantizará la prestación en forma integral y continua de los servicios de salud contemplados en la organización de la red integral de prestadores de servicios de salud en los componentes primario y complementario, de conformidad con las condiciones definidas en los documentos y anexos que conforman el presente proceso de selección.

Así mismo, deberá garantizar la prestación del servicio de salud en los puntos de atención establecidos por el Fondo, que son los sitios definidos para la atención de los usuarios; según los lineamientos para la conformación de redes en los componentes primario y complementario, utilizando los mecanismos del protocolo de referencia y contra referencia establecido, en cumplimiento de los principios de continuidad y complementariedad en el servicio.

Adicionalmente, se compromete a hacer efectivos todos los derechos que en materia de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y costos se establecen en dichos planes.

Las condiciones aquí descritas son obligatorio cumplimiento y serán objeto de un proceso de interventoría sistemática interna y externa por parte de la entidad y de seguimiento por parte de los usuarios delegados de las asociaciones de pensionados y veedurías de servicios de salud, quienes participan en los Comités de Seguimiento de Servicios de Salud creados por el Fondo según la reglamentación definida.

2.2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

La prestación del Servicio Integral de Salud deberá garantizar la implementación del Modelo de Atención en Salud establecido para los usuarios del Fondo, descrito en el Anexo No. 03 además de cumplir con los estándares prescritos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la atención en salud.

A continuación, se determinan los aspectos técnicos más relevantes a tener en cuenta para la presentación de la propuesta:

2.2.1. ACCESO Y OPORTUNIDADES DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PLANES DE BENEFICIOS

Para brindar atención integral a la totalidad de usuarios del Fondo que se encuentran distribuidos en dieciocho (18) departamentos y setenta y seis (76) municipios llamados puntos de atención, distribuidos en cuatro (4) regionales geográficamente establecidas, el contratista debe presentar la Red Integral de Servicios, para garantizar la cobertura del acceso oportuno en el componente primario y complementario, según la regional que le sea adjudicada en todos los puntos de atención establecidos.

De esta manera, el oferente debe conformar una red de prestación de servicios de salud en la regional seleccionada, que garantice todos los servicios requeridos para los usuarios en todos los puntos de atención establecidos por el Fondo, cumpliendo con los servicios del componente primario y complementario.

El contratista deberá adecuar la prestación del servicio de salud a lo definido por el Fondo en el Modelo de Atención para los diferentes grupos de edad y población según el curso de vida, en especial a los grupos de la tercera edad, conforme a las particularidades del territorio y sus núcleos poblacionales, aplicando enfoque diferencial tratándose de entornos urbanos, rurales o de alta dispersión acorde a las necesidades y problemas que los aquejan, los cuales se encuentran descritos en los Anexos No. 01 (Comportamiento Poblacional) y Anexo No. 02 (Comportamiento Epidemiológico) del estudio previo.

De igual forma, el contratista deberá garantizar en su totalidad los diferentes planes de beneficios definidos, a los afiliados y beneficiarios, los cuales deberán ser integrados a los esfuerzos territoriales en materia de Planificación, según lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y los contenidos definidos para la planificación territorial del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, articulando acciones con los Planes departamentales y Locales de salud, lo cual permitirá la gestión integral del riesgo en salud de los usuarios del Fondo.

Adicionalmente, se deja constancia que el Fondo por ser entidad adaptada en salud, está exento de la portabilidad en los términos del Decreto 1683 de 2013.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

2.2.2. CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL.

Con el fin de realizar una efectiva gestión del riesgo de la población a cargo se hace necesario caracterizar la población, para lo cual se parte de la información demográfica y epidemiológica de la población afiliada y se recolecta la información complementaria y del estado de salud de los afiliados y familias mediante la aplicación de la Ficha Familiar y Comunitaria que incluye la declaratoria del estado de salud, con la cual el Fondo realiza la Caracterización Poblacional de EAPB (CAPO).

A partir de esta información, se identifica el riesgo de la población afiliada para construir la gestión del riesgo en salud de los afiliados, priorizando las necesidades y problemas en su población, contrastándolas con las prioridades establecidas por el MSPS y con el análisis de la situación de salud territorial (ASIS) realizados por las direcciones territoriales de salud, en la que se identifican, conocen y priorizan las necesidades generales de la población que habita en el territorio.

La Ficha Familiar y Comunitaria es un instrumento para el levantamiento de la información epidemiológica y del estado de salud individual, que permite la toma de decisiones y seguimiento de las acciones que buscan el bienestar en el contexto individual, familiar y colectivo de la población asegurada por el Fondo, identifica a la familia a partir de la comunidad de la cual hace parte, incluyendo la ubicación político-administrativa, geográfica y de riesgo en que se encuentra el usuario, su vivienda, entorno, características de los miembros de la familia en cuanto a diferentes variables demográficas y sociales.

La información resultante es la base para la implementación de la Gestión Integral del Riesgo, pues permite que las acciones colectivas e individuales se formulen y desarrollen a partir de un análisis situacional ajustado a la realidad, condicionando la conformación y el esquema de operación de las redes integrales de servicios de salud.

Dados los requerimientos anteriormente presentados, es necesario que el oferente tenga en consideración dentro de la operación de la prestación de los servicios de salud, la responsabilidad de la captura de la información de la Ficha Familiar y Comunitaria de Caracterización Poblacional de los usuarios del Fondo, para lo cual debe tener garantizados los siguientes aspectos:

a. El o los prestadores de servicios de salud que realizan el proceso de captura de la información, de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 3512 de 2019, la adscripción libre por parte del usuario a una IPS para su atención ambulatoria de la red de prestadores organizada y conformada para que (…) se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud (…), se realizará en las IPS primaria de cada usuario.
b. El contratista debe disponer los procesos para la gestión de la información incluyendo los recursos humanos y técnicos requeridos para la captura, procesamiento y disposición de los datos de la ficha de caracterización poblacional para el FPS.
c. El contratista debe disponer los procesos para garantizar el tratamiento de la información y la protección de datos de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012.
d. El contratista debe realizar los procesos para la transferencia y envío de la información recolectada de cada uno de los usuarios al FPS, garantizando la completitud y la calidad de los datos recolectados.

Los plazos requeridos de captura de la información al inicio de la operación en la regional correspondiente, garantizando que se cumplan los tiempos y los mecanismos definidos por el Fondo para lograr que el 100% de la población a cargo esté cubierta con este proceso de captura.

2.2.3. REDES INTEGRALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.2.3.1. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La conformación y organización de la red integral de prestadores de servicios de salud se refiere a la organización funcional de los servicios para la atención de las diferentes necesidades de la población usuaria del Fondo, incluyendo todos los puntos de atención definidos para cada regional. Por lo anterior, el Fondo establece los criterios para la conformación y organización de la red y los principios que soportan la metodología de medición de la demanda requerida por cada tipo de servicio, con la cual se establece la disponibilidad, suficiencia y articulación de la red integral de prestadores de servicios de salud para cada punto de atención y regional, la cual deberá ser presentada con la oferta para la respectiva regional y garantizada durante

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

toda la ejecución del contrato.

Por lo anterior se incluye:

- Análisis y planificación de los requerimientos de la demanda: se refiere a la especificación de las necesidades de la población a cargo, para lo cual el Fondo incluye el Anexo No. 01 (Comportamiento Poblacional), Anexo No. 02, (Comportamiento Epidemiológico), Anexo No. 05 (Prestación de Servicios de Salud) y Anexo No. 07 (Demanda Efectiva – Frecuencias De Uso – Disponibilidad De Red A Ofertar), del estudio previo, que se constituyen en la línea de base con la cual se realiza el análisis correspondiente, con lo anterior deberán considerarse los siguientes aspectos:

    - Población afiliada: Según los datos incluidos en el Anexo No. 01 del estudio previo.
    - Determinación de las capacidades de atención: Se refiere a la especificación por cada uno de los servicios de la demanda máxima a atender en términos de las actividades de protección específica y detección temprana, especificadas por los riesgos universales (sexo y edad), lo correspondiente a consulta externa, consultas de urgencias, urgencias con observación, hospitalización y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
    - Análisis de la disponibilidad de los servicios de salud de la red existente en la regional objeto de oferta, incluyendo el análisis de los mismos a nivel geográfico de acuerdo con la ubicación de la población afiliada en la regional.
    - Análisis de servicios de acceso primario para la población en el municipio: el proponente deberá determinar la disponibilidad de los siguientes servicios de salud en el territorio: urgencias o consulta prioritaria, consulta externa de medicina general, consulta por medicina familiar, consulta de odontología general, enfermería, detección temprana – alteraciones en el adulto (mayores de 45 años).

De acuerdo con la Suficiencia de Red solicitada por cada punto de atención y departamento, el oferente debe definir la oferta de red, en la cual se debe organizar la Red de Prestadores en la Regional correspondiente, en todos los puntos de atención donde debe prestar los servicios de salud, incluyendo los servicios que hacen parte del Componente Primario y Complementario y demás servicios requeridos para la atención de la población afiliada, así como la disponibilidad exigida para determinados servicios

De igual manera, dentro de la ejecución del contrato, el Fondo verificará el cumplimiento de la suficiencia y disponibilidad de servicios y definirá los ajustes que deban ser realizados para garantizar la disponibilidad de la red requerida para la atención de los usuarios y la oportunidad de la prestación de los servicios de salud en cada punto de atención, informando al contratista las modificaciones de la red que deben ser realizadas por este, debidamente soportadas en los cálculos anteriormente establecidos, y definiendo el plazo para que el contratista haga los ajustes y remite el reporte correspondiente.

El Fondo realizará la actualización del análisis de suficiencia con base en los datos de atenciones, servicios y procedimientos de la población afiliada y oportunidad de prestación de los servicios y solicitará al contratista los ajustes de red de servicios de salud requeridos para garantizar las atenciones requeridas por los afiliados, ajustes que deben ser realizados por el contratista dentro de los plazos fijados.

2.2.3.2. COMPONENTE PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO

La prestación de servicios de salud a cargo del Fondo se encuentra ajustada al esquema de redes integrales de servicios de salud (RIPSS) según la reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y los postulados de la Ley Estatutaria de la Salud, con el fin de brindar a los usuarios atención continua e integral conforme a las necesidades de la población afiliada, definir la suficiencia y disponibilidad requerida en cada territorio, e identificar los déficits de oferta que deban ser cubiertos con estrategias extramurales de atención y lograr la articulación entre los actores que la Gestión Integral del Riesgo demanda.

De acuerdo con lo definido en las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIPSS), la red debe estar conformada de acuerdo con el Componente Primario y Componente Complementario, en cada uno de los cuales se definen los servicios que deben ofertarse y prestarse en cada punto de atención establecido por el Fondo.

El Componente Primario consiste en la organización y despliegue de servicios acorde a las necesidades de la población en cada punto de atención, aportando en la intervención individual y comunitaria de los riesgos en salud, prestando los servicios

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

de baja complejidad y los servicios de consulta externa básica especializada según el comportamiento epidemiológico de la entidad, para resolver los eventos más frecuentes.

De igual manera, dentro del Componente Primario se establecen los servicios puerta de entrada que deben ser garantizados en todos los puntos de atención y que no pueden ser remitidos a otras localidades salvo no existencia de los mismos habilitados en el punto. Estos servicios corresponden a urgencias o consulta prioritaria, consulta externa de medicina general, consulta por medicina familiar, consulta de odontología general, enfermería, detección temprana – alteraciones en el adulto (mayores de 45 años).

Los servicios incluidos en el Componente Primario se encuentran definidos en el Anexo No. 06 Servicios Componente Primario y Complementario RIPSS, los cuales deberán:

a. Los servicios del Componente Primario, incluidos los de puerta de entrada definidos anteriormente deben estar disponibles en cada uno de los puntos de atención en el componente primario de la red.
b. Cuando los servicios no se encuentren en el punto de atención, deberá determinar el punto de atención más cercano dentro de la regional donde se prestará el servicio.
c. Se deberá determinar la población potencial atendida por punto de atención y regional, incluyendo las frecuencias de uso y atenciones esperadas, por cada uno de los servicios que conforman el componente primario.

Con el fin de garantizar la atención integral de los usuarios del Fondo, el contratista deberá contar en todos los puntos de atención con una IPS Primaria de atención de los usuarios, que se constituye en el punto de contacto primario entre el prestador, el individuo y la familia, y en donde se realizan todas las acciones tendientes a garantizar la salud de la población a su cargo, el control del riesgo, el direccionamiento de la atención y su derivación a la Red Complementaria de servicios de salud de ser necesario, es la puerta de acceso a la red de servicios. Las IPS primarias deberán contar con los servicios de puerta de entrada en todos los puntos de atención, consulta externa de medicina general, consulta por medicina familiar, consulta de odontología general, enfermería, detección temprana – alteraciones en el adulto (mayores de 45 años); y en las ciudades capitales y con más de mil (1.000) usuarios afiliados deberán incluir los servicios de toma de muestras de laboratorio clínico, suministro de medicamentos, detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años), detección temprana - cáncer de cuello uterino y detección temprana - cáncer de seno

El Componente Complementario incluye los servicios necesarios para el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad y demás servicios requeridos por la población, adicionales al Componente Primario. Su objetivo es garantizar la atención de la demanda de servicios derivada de los niveles básicos en servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios incluidos en el Componente Complementario se encuentran definidos en el Anexo No. 06 Servicios Componente Primario y Complementario RIPSS.

Las consideraciones para el componente complementario son las siguientes:

a. Ofertar los servicios del componente complementario de acuerdo a los requerimientos de la población en todos los puntos de atención de la regional.
b. En los casos que no se encuentre disponibilidad de un servicio en el punto de atención determinará la disponibilidad en el punto de atención más cercano de la regional o en el departamento donde se oferta el mismo.
c. Se deberá determinar la población potencial atendida por punto de atención y regional, incluyendo las frecuencias de uso y atenciones esperadas, por cada uno de los servicios que conforman el componente complementario.

La completitud de la red corresponde al 100% de los servicios determinados por la FPS a ser ofertados en cada una de las regionales

De igual manera, para los servicios de mayor demanda de usuarios de servicios de salud se establecen horas de disponibilidad exclusiva para la atención de servicios de salud que deben ser ofertadas por el oferente y garantizadas durante toda la prestación de servicios de salud, que se establecen Anexo No. 07 Demanda Efectiva – Frecuencias de uso – Disponibilidad de red a ofertar.

Cada proponente considerando la ubicación geográfica en el entorno municipal, departamental y regional donde se encuentran definidos los puntos de atención de los usuarios, deberá ofertar y garantizar durante la ejecución la red integral

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

de prestación de servicios, que cumpla con las condiciones establecidas en la normatividad vigente aplicable, en el presente documento y lo dispuesto en el Modelo de Atención del Fondo expresado en el Anexo No. 03 del estudio previo. Esta red debe cumplir con los servicios exigidos en la disponibilidad y suficiencia definidos en los anexos de este documento.

El proponente deberá ofertar una red integral de prestadores de servicios de salud que garantice todos los servicios del componente primario y componente complementario para todos y cada uno de los puntos de atención exigidos para la regional objeto de oferta.

2.2.3.3. FARMACIAS

El Proponente deberá garantizar la organización funcional para la disposición y entrega oportuna de medicamentos dentro de la red integral en todos los puntos de atención que conforman la regional a la que se presente y donde se presten los servicios de salud. Lo anterior, deberá garantizar:

- Farmacia Principal en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional.
- Farmacia de Apoyo en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional.
- Farmacia de 24 horas en todos los puntos de atención de más de 400 usuarios.
- Farmacia de dispensación de medicamentos controlados en todas las capitales de departamento puntos de atención, definiendo el procedimiento de entrega de medicamentos para los usuarios que no residen en estas localidades.
- Farmacia de dispensación de medicamentos de alto costo en todas las capitales de departamento puntos de atención, definiendo el procedimiento de entrega de medicamentos para los usuarios que no residen en estas localidades.

De igual manera, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los parámetros definidos por el Fondo para la prestación de los servicios de salud, el contratista deberá implementar el mecanismo de entrega excepcional de medicamentos que cuente con el procedimiento de entrega domiciliaria de medicamentos en los casos establecidos, para lo cual el Proponente deberá incluir en la oferta la descripción del mecanismo de entrega excepcional de medicamentos, incluyendo la entrega domiciliaria, anexando para cada punto de atención de la regional, el procedimiento, persona responsable y los recursos humanos y logísticos que se utilizarán.

2.2.3.4. CARACTERIZACIÓN DE LA RED PARA EVENTOS ESPECÍFICOS EN SALUD

El oferente deberá especificar la organización y conformación funcional de los servicios de salud para la atención de la población, describiendo en ella las redes de eventos específicos o sobre un componente de la red para cada punto de atención ofertado, en los siguientes aspectos:

- Red de urgencias: Los prestadores de servicios de salud, que la conforman en el departamento y regional y describir la organización funcional, incluyendo lo correspondiente al subsistema de comunicaciones y de transporte.
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención integral en cáncer.
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención de enfermedades de alto costo
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención de enfermedades huérfanas.

Los prestadores de los servicios de estas redes específicas serán reportados en los Formatos de Reporte de Componente Primario y Complementario de red prestadora de servicios de salud, especificando en la casilla correspondiente que ese servicio forma parte de la red integral correspondiente.

Se establece que, para soportar estas redes específicas en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, se deberán marcar en las columnas de Red para Eventos específicos, los servicios que forman parte de cada una de estas redes.

Las redes para eventos específicos en salud se deben ofertar en todos los puntos de atención de la Regional objeto de la oferta.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Para la ejecución del contrato, una vez adjudicado el presente proceso, el contratista deberá garantizar estas redes para eventos específicos en salud con los profesionales y servicios definidos a través de programas con equipos multidisciplinarios de acuerdo con lo definido en las rutas de atención integral, guías de práctica clínica y medicina basada en la evidencia, lo cual será definido por el Fondo.

2.2.3.5. RED ALTERNA

El oferente deberá garantizar una red alterna que contenga todos los servicios y prestadores de servicios de salud, que deberá operar en los casos que se requieran con el fin de minimizar los problemas de acceso y oportunidad dentro de la red integral de prestadores de servicios de salud.

Esta red deberá operar principalmente en los siguientes casos:

- Cambios en la demanda asociada a emergencias, desastres, brotes epidémicos, u otras afectaciones en la población, que aumenten la demanda de servicios
- Cambios en la Oferta: cierre de prestadores, afectación de capacidad instalada, talento humano u otras novedades.

El contratista deberá presentar los procedimientos que establece para la contratar con otros prestadores que no hacen parte de la red en los casos que requiera activar la contingencia sobre la prestación de los servicios de salud.

En todos los casos el contratista deberá garantizar la totalidad de los servicios requeridos y ordenados a los usuarios, bien sea a través de la red principal, o de la red alterna cuando se requiera.

2.2.3.6. COORDINACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE LA RED DE PRESTADORES DE LA REGIONAL

Para la regional donde se realiza la presentación de la propuesta, el oferente deberá presentar en un documento suscrito por el representante legal, la planificación y el desarrollo de los procesos necesarios para la prestación de los servicios de salud a sus afiliados en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad.

Cada oferente debe contar con una Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red, cuya función es soportar la operación de la red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS) en la regional objeto de oferta, para brindar a los afiliados del Fondo una atención en salud en condiciones adecuadas.

Cada oferente deberá presentar un esquema organizacional para soportar la gestión operativa y funcional para los afiliados en la regional, teniendo en consideración los puntos de atención de esta población definidos por el Fondo, las funciones básicas que debe cumplir dicha unidad son las siguientes:

a. Operación de la red conformada, organizada y presentada para la prestación de los servicios de salud en la regional, garantizando la integralidad en la prestación de los servicios de salud a su población afiliada.
b. Gestionar la prestación de los servicios de salud para la población afiliada, garantizando la articulación con la gestión de autorizaciones y la remisión de los pacientes en los casos que se requiera.
c. Realizar el seguimiento y evaluación de la suficiencia y completitud de la red para la atención de los afiliados, desde el punto de atención hacia la atención especializada requerida
d. Determinar y garantizar el reporte de los indicadores de calidad, de gestión del riesgo y desempeño de la red de prestadores en los periodos requeridos y realizar el seguimiento y evaluación de la RIPSS de prestación de servicios de salud que permita al Fondo la verificación.
e. Reportar los cambios o novedades presentadas en los prestadores de servicios de salud que conforman la red al FPS y una vez estos sean autorizados por la entidad realizar los trámites definidos por la normatividad vigente (Resolución 3100 de 2019) para garantizar que todas las IPS cumplan la normatividad de habilitación.
f. Realizar los informes y reportes requeridos por el FPS en lo correspondiente a los resultados de la gestión de la prestación de los servicios de salud en los momentos que estos sean requeridos.

Esta Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red debe contar como mínimo:

- El equipo que conforma la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red, donde debe existir en cada

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

regional con un coordinador de la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red que debe ser un Profesional en áreas de salud o administrativas con posgrado en áreas de salud pública o administración en salud o epidemiologia o auditoria en salud, con experiencia mínima de tres (03) años en cargos de administración de red de prestadores o afines. Adicionalmente determinará el equipo de soporte administrativo, financiero y asistencial para el cumplimiento de las funciones, determinando de manera específica las funciones de cada uno de los miembros del equipo para el desarrollo de las funciones generales de la unidad.

- La definición de las acciones necesarias para alcanzar lo que ha sido planificado y el logro de los objetivos previstos para la atención en salud de la población a cargo, en términos operativos. Como tal, en este punto, se deben especificar los diferentes requerimientos para la puesta en operación de cada uno de los procesos y procedimientos.
- Los procesos para garantizar comunicación con los diferentes afiliados dentro de la regional, definiendo los recursos de comunicación y tecnológicos dispuestos y los mecanismos para su disposición para los afiliados.
- Manual de Funciones del Coordinador de la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red.
- Documento que describa los procesos, mecanismos, instrumentos y metodologías para la operación de la unidad, la articulación con las demás áreas requeridas dentro de la prestación de los servicios, el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de la red, así como su evaluación.
- Sistema de información definido para la operación de la RIPSS que permita realizar para cada IPS incluida en la red la relación de los servicios ofertados con códigos CUPS y tarifas pactadas, el seguimiento y análisis de prestación de servicios, el cálculo de indicadores de calidad, el seguimiento a vigencia de la habilitación, los indicadores de seguimiento y evaluación y los demás datos requeridos para la gestión de la red.

De igual manera, en el Anexo No. 10 LISTADO MAESTRO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD se definen los indicadores de seguimiento y evaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.

2.2.3.7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

El contratista deberá implementar en todos los procesos de prestación de servicios de salud a los usuarios el Protocolo de Referencia y Contra referencia definido por el Fondo de Pasivo Social que se incluye en el Anexo No. 09 Protocolo de Referencia y Contra referencia.

Los requisitos que deberá cumplir el contratista para el sistema de referencia y contrarreferencia son los siguientes:

- ✓ Equipo a cargo del proceso de referencia y contra referencia en la regional, dejando explicito el esquema organizacional de la regional, el departamento y los puntos de atención incluyendo Responsable del Proceso de Referencia y Contra referencia de la Regional, que debe ser un profesional con experiencia y conocimiento en procesos de referencia y contra referencia, y los responsables del Proceso de Referencia y Contra referencia en cada departamento y punto de atención En el caso de no contar con equipo en el municipio especificar los mecanismos de comunicación con los niveles departamentales y regionales. Adicionalmente, presentar los perfiles y funciones de cada uno de los miembros que realizan la operación del sistema.
- ✓ Procesos y procedimientos para el manejo de referencia y contra referencia definidos de acuerdo con los lineamientos del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales, describiendo la forma como a nivel operativo desarrollan las actividades previstas.
- ✓ Procesos y procedimientos determinados para la derivación oportuna de los afiliados en los casos que requieran atenciones de mayor complejidad en el componente complementario en la regional y cuando la oferta de servicios no se encuentre disponible o sea insuficiente, a través de la referencia adecuada a la localidad más cercana que cuente con el servicio.
- ✓ Procesos y procedimientos determinados para la contrarreferencia de los afiliados en los casos que se requiera una atención en el componente primario de la red.
- ✓ Procesos, procedimientos y actividades determinados por el operador para la atención de urgencias de la población a cargo en todos los puntos de atención y su remisión a un mayor nivel de complejidad cuando se requiera.
- ✓ Red de urgencias conformada por punto de atención, departamento y regional definiendo la interacción de los diferentes servicios de urgencias según el nivel de complejidad.
- ✓ Red de transporte por punto de atención, departamento y regional definiendo las empresas operadoras en cada punto de atención y su articulación para cubrir toda la regional.
- ✓ Red de comunicaciones por punto de atención, departamento y regional, donde se describa la disponibilidad Call

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Center Nacional de Atención y Orientación a Usuarios, incluyendo la ubicación, los procesos de comunicación y la disponibilidad de equipo humano y técnico para su operación.

- ✓ Proceso, procedimientos y actividades para articular el sistema de referencia y contra referencia del proponente con lo definido por el CRUE de cada departamento o distrito, en el contexto de la normatividad vigente.
- ✓ Procesos, procedimientos y actividades para garantizar la disponibilidad de la información de las actividades de referencia y contra referencia de los usuarios, especialmente lo relacionado con la remisión de usuarios en casos de urgencias según lo definido en la Circular 001 de 2020 de Supersalud.
- ✓ Definición del Sistema implementado para el análisis de la disponibilidad de camas en los diferentes niveles de atención de la regional para la remisión de pacientes.

El proponente deberá anexar a la propuesta el documento donde se contenga cada uno de los apartados señalados anteriormente, de manera puntual y teniendo en cuenta los lineamientos del documento de referencia y contra referencia del Fondo.

Una vez sea adjudicado el contrato, el proponente adjudicatario, deberá contar con un Call Center Nacional de Atención y Orientación a Usuarios integrado con las otras regionales, tal como se describe en este documento, el cual deberá realizar las funciones de Centro Regulador de Urgencias del Fondo a nivel nacional para la recepción y trámite de las solicitudes de atención de urgencias de IPS fuera de la red de prestadores de servicios de salud y los procesos de referencia y contra referencia derivados de estas atenciones según lo definido en la normatividad vigente.

2.2.4. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 4 de la Resolución 3202 de 2016, el objetivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, consiste en regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

Así mismo, el artículo 11 de la norma en cita determinó que las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, entidades obligadas a compensar, los regímenes de excepción y regímenes especiales implementarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente acto administrativo, las RIAS "Para la Promoción y Mantenimiento de la Salud" y la "Materno Perinatal" según lo determinado por la resolución 3280 del 2018 se deberá implementar dentro de los dieciocho (18) meses siguientes la expedición de la presente resolución, implementarán las que respondan a las prioridades en salud definidas en los planes territoriales de salud.

Con base en este mandato y las prioridades de atención definidas por el Fondo, resultado del análisis del comportamiento epidemiológico de nuestra población, el Fondo determinó la implementación de las siguientes RIAS:

- Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: Para la totalidad de los usuarios del Fondo, incluyendo Programa de Salud Oral.
- Ruta Materno Perinatal: Deberá ceñirse a lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 y su anexo técnico.
- Ruta para población con riesgo o presencia de alteraciones Cardio - Cerebro - Vascular - Metabólicas, incluyendo Programa de Enfermedades Respiratorias Crónicas y Nefroprotección.
- Ruta para población con riesgo o presencia de cáncer de mama y cáncer de cérvix, incluye Programa de Cáncer de Próstata.
- Ruta de Salud Mental y Consumo Sustancias Psicoactivas.
- Ruta de Violencia, Accidentes, Agresiones y Traumas.

La implementación de la RIAS priorizadas por el Fondo será de obligatorio cumplimiento por parte de los contratistas de servicios de salud en todos los puntos de atención de la Regional desde el inicio del contrato y en concordancia con lo establecido en el Anexo No. 03 – Modelo de atención en salud del estudio previo y Anexo No. 04 Rutas de atención integral FPSFCN.

De igual manera, para la implementación y seguimiento de cada Ruta de Atención se han definido hitos e indicadores mínimos, que deben ser cumplidos por el prestador de servicios de salud en la atención de la población afiliada, y que se constituyen requisitos para el pago de los servicios de salud, acorde con la modalidad de pago definida. Estos hitos e indicadores están

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

descritos en los documentos soporte de la implementación de cada ruta de atención en el Anexo No. 04.

Al igual deberá identificar dentro de la conformación y organización de la red integral de prestadores de servicios de salud, los prestadores de servicios de salud para cada punto de atención que soportan la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, marcando en el Formato No. 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud en la columna correspondiente a cada ruta, los servicios que van a soportar la prestación de la misma. Anexo No. 06 Servicios Componente Primario y Complementario RIPSS.

En caso de requerirse, por disposición normativa o por perfil epidemiológico del Fondo, la implementación de RIAS adicionales a las priorizadas por el Fondo, el contratista deberá realizar su adopción e implementación conforme a los lineamientos definidos por el Fondo y dentro de los tiempos estipulados.

2.2.5. INCENTIVOS

En concordancia con lo establecido en el Modelo de Atención del Fondo (Anexo No. 03 del estudio previo); el futuro contratista deberá implementar estrategias, mecanismos e instrumentos para la generación de incentivos tanto económicos como no económicos orientados a los usuarios para el cuidado de su salud, al talento humano en salud que participa de la atención y a las instituciones prestadores de servicios de salud.

En cuanto a los incentivos dirigidos a los usuarios, se pueden emplear estrategias tales como:

- Despacho de medicamentos al domicilio del afiliado.
- Promoción de la participación comunitaria en salud.
- Servicios extramurales de atención.
- Servicios prioritarios para grupos de riesgo.
- Entre otros.

Mejorando así la percepción de los usuarios a los servicios de salud prestados, logrando mayor adherencia a los planes instaurados por los equipos de salud en las diferentes fases de atención.

Frente a los reconocimientos dirigidos al talento humano que presta servicios de salud, pudiéndose adoptar como política por los contratistas en su red propia o fomentando su aplicación en la red, en aras del mejoramiento en la calidad de la atención y la fidelización del personal asistencial, se pueden emplear:

- Reconocimiento Laboral en tiempo.
- Reconocimiento Laboral en salario.
- Reconocimiento Laboral en condiciones de trabajo.
- Formación Continua.
- Fortalecimiento de Capacidades y Competencias.
- Estabilidad Laboral.
- Entre otras.

Por último, el contratista deberá promover la remuneración por incentivos basados en resultados en salud, lo cual deriva en una relación asegurador – prestador más equilibrada, en la cual los dos agentes obtienen beneficios en términos económicos y de calidad de atención en salud de la población.

2.2.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El contratista deberá diseñar, desarrollar e implementar en conjunto con los contratistas de las demás regionales una herramienta tecnológica robusta, diseñada a través de módulos, que le permita al Fondo activar y desactivar módulos de acuerdo a su importancia y/o atención en las diferentes IPS que intervienen en la atención asistencial de los usuarios, esta deberá ser implementada preferiblemente sobre SharePoint, el almacenamiento en bases de datos robustas como SQL.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

A través de la herramienta se deberá efectuar el registro, gestión y reporte de toda la información relacionada con la prestación del servicio, conforme los criterios descritos en las siguientes disposiciones normativas:

NORMA	AUTORIDAD
Resolución 3539 de 2019	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 1552 de 2013	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 1604 de 2013	Ministerio De Salud y protección social
Decreto 682 de 2018	Gobierno Nacional
Decreto 682 de 2018	Ministerio De Salud y protección social
Circular 008 de 2018	Superintendencia Nacional de Salud
Resolución 2463 de 2014	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 4725 de 2011 modificada parcialmente por la Resolución 273 de 2019	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 123 de 2015	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 247 de 2014	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 1393 de 2015	Ministerio De Salud y protección social
Resolución 5264 de 2017	Ministerio De Salud y protección social
Las demás que la complementen, adicionen o modifiquen	

Desde el inicio de la ejecución del contrato y de manera prioritaria, se efectuarán reuniones conjuntas con la totalidad de los contratistas a efectos de definir de manera articulada la arquitectura de la solución tecnológica y el cronograma de desarrollo e implementación, el cual deberá ser aprobado por la supervisión y/o interventoría del contrato, para lo cual es obligación del contratista contar con el recurso experto en la materia y con el respaldo de una casa de desarrollo de software en salud.

Durante la vigencia de los contratos la solución será administrada conjuntamente por el contratista y el Fondo para lo cual se deberá garantizar los roles de consulta y administración de manera ilimitada y estará a cargo de los contratistas en conjunto el soporte, mantenimiento y actualización de la solución.

La titularidad del desarrollo tecnológico será del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia por lo cual una vez finalizada la vigencia del contrato podrá hacer los ajustes, modificaciones y desarrollos adiciones que se consideren necesarios.

Entre tanto se efectúa el proceso de desarrollo e implementación que no podrá ser superior a 4 meses contado a partir de la suscripción del acta de inicio, los contratistas pondrán a disposición del Fondo la información requerida en su condición de contratante de los servicios, la solicitada por los organismos de Inspección, Vigilancia y Control y la de obligatorio reporte a través de los aplicativos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Entes Territoriales y demás Actores que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la interventoría/auditoría externa que tendrá el contratista durante la ejecución del contrato.

El proceso de diseño, desarrollo, implementación, soporte, mantenimiento y actualización no generará valores facturables a la entidad y hace parte de la infraestructura mínima necesaria para la prestación del servicio.

El oferente deberá presentar un oficio suscrito por el representante legal a través del cual manifieste su compromiso irrevocable de cumplir lo relacionado en el presente numeral.

El contratista debe cumplir a cabalidad con los procesos informáticos desde la actualización, validación, organización, administración y transferencia de datos y disposición de la información que se requiera para la implementación del Modelo de Atención del Fondo, que incluye la caracterización, la definición de grupos de riesgo, las rutas priorizadas implementadas, el componente primario y complementario de la red de servicios, el recurso humano, los procesos de atención al usuario, entre otros, de acuerdo a las necesidades de información que requiera la entidad para el análisis en salud.

Los contratistas pondrán a disposición del Fondo la información requerida en su condición de contratante de los servicios, la solicitada por los organismos de Inspección, Vigilancia y Control y la de obligatorio reporte a través de los aplicativos dispuestos

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

por el Ministerio de Salud y Protección Social, Entes Territoriales y demás actores que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la interventoría/auditoría externa que tendrá el contratista durante la ejecución del contrato.

El Fondo podrá solicitar información adicional requerida en cualquier momento durante la ejecución del contrato, definimiento las características, plazos, formatos y soportes requeridos, para lo cual el contratista deberá realizar los ajustes que permitan su disponibilidad o entrega con la suficiente antelación conforme a la periodicidad de reporte.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Fondo podrá acceder, a través de sus equipos, a los sistemas de información (plataforma), con los que cuenta el contratista para conocer y analizar la información de prestación de servicios de salud de la población asegurada, por lo cual el contratista deberá suministrar a la entidad los usuarios de consulta con los permisos suficientes de acuerdo con las necesidades de auditoría, inspección, supervisión del contrato y consulta de información, según lo definido en este documento.

Para garantizar la atención, seguimiento y calidad de la prestación de los servicios de salud a la población usuaria del Fondo, el contratista deberá contar con un sistema de información que tenga los componentes mínimos, los cuales deben ser soportados con la oferta y que son:

2.2.6.1. MODULO DE VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO

El contratista debe contar con un sistema que permita la consulta de la base de datos actualizada del Fondo de Pasivo Social en línea por todas las IPS de la red de prestadores, así como la consulta del Plan de Beneficios de cada usuario para garantizar una atención adecuada.

2.2.6.2. SOFTWARE DE SEGUIMIENTO A IMPLEMENTACIÓN DE RIAS Y DE USUARIOS CRÓNICOS

El contratista debe contar con un sistema que permita la consolidación de la información de caracterización individual y estado de salud de cada uno de los usuarios afiliados entregada por el Fondo, incluyendo como mínimo los siguientes datos:

- Edad.
- Sexo.
- Ciclo vital.
- Ubicación geográfica.
- Enfoque diferencial: Incluyendo Tipo de Discapacidad.
- Diagnósticos de Patologías crónicas: HTA, Diabetes MellitusINsulino y No Insulinodependiente, EPOC, Asma, SAHOS, Enfermedad Renal Cronica con su estadio.
- Patologías de alto costo.
- Patologías de Salud Mental.
- Medicamentos de uso permanente.
- Datos de hospitalizaciones por sus patologías crónicas.
- Clasificación del Riesgo según lo definido en el Modelo de Atención del FPSFCN.
- Definición de Ruta de Atención según su clasificación del riesgo y patologías crónicas.
- Relación de las actividades que debe realizar a cada usuario según la clasificación del riesgo y las RIAS definidas.

Con base en la información suministrado por el Fondo, el contratista deberá contar con un software que permita, a partir de la clasificación del riesgo anterior de cada usuario, y la definición de las Rutas de Atención Integral, definir la periodicidad de las intervenciones a realizar a cada usuario. De igual manera, capturar las actividades realizadas, y el seguimiento y cumplimiento de las metas de atención por cada afiliado y por cada ruta, así como el desempeño de los hitos e indicadores de cada ruta de forma trimestral y anual.

2.2.6.3. HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, el Contratista deberá contar con historia clínica sistematizada en todos los puntos de atención de usuarios de la regional que contenga toda la información requerida para el seguimiento de los usuarios. De igual manera, los servicios que se presten por profesionales de la salud en red externa deberán estar conectados con el

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

sistema de historias clínicas del contratista para garantizar la disponibilidad de toda la información en la historia clínica única de cada afiliado.

Para la implementación de las RIAS priorizadas por el Fondo, dentro de los seis (6) meses siguientes el contratista deberá adaptar sus sistemas de historias clínicas para incluir toda la información requerida para la definición de las actividades de cada usuario según el perfil de riesgo, y para el reporte y captura automática de las actividades realizadas.

El contratista deberá garantizar los accesos a las historias clínicas en el número definido por el Fondo en cada regional para garantizar las actividades de auditoria y seguimiento de la atención de los usuarios asegurados en tiempo real. Estos accesos se realizarán de forma permanente y remota por parte de los funcionarios delegados y definidos por el Fondo.

2.2.6.4. SOFTWARE DE ASIGNACIÓN DE CITAS

El contratista debe contar con un software que garantice el procedimiento de asignación de citas vía presencial, telefónica (call center) e internet, desde la solicitud por parte del usuario hasta la asignación del mismo, realizando el registro sistematizado y automático de todo el procedimiento y de los datos mínimos para el reporte de la información de asignación de citas entre los que se encuentran: (i) la identificación del usuario y datos de contacto, (ii) la fecha en que el usuario solicita la cita, (iii) la fecha en que el usuario solicita le sea asignada la cita; (iv) la fecha para la cual se asigna la cita; (v) la institución prestadora de servicios de salud donde se asigna la cita, identificándola con el código del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; (vi) el ámbito de atención de la cita.

Este sistema debe garantizar la disponibilidad de agendas abiertas de citas de medicina general, especializada y odontología según lo definido en la normatividad vigente, lo cual será verificado por la auditoría del Fondo

Para el caso de citas que requieren remisión de otro servicio, el sistema debe permitir el cargue de la orden escaneada por parte del usuario para el trámite no presencial de la cita, generando un registro de cargue para el usuario.

Los datos mínimos que debe contener este sistema son los establecidos por el Fondo para sustentar la información de la Resolución 1552 de 2013 y los demás necesarios para el seguimiento de la prestación de los servicios de salud que se definen en el Formato de INFORMACIÓN PARA EL REPORTE DE CITAS - RES 1552 MAYO DE 2013 que se incluye en el Anexo No. 05 Prestación de Servicios de Salud y debe permitir la descarga automática de la información en la periodicidad establecida y cuando sea requerida em forma adicional por el Fondo.

El contratista deberá garantizar los accesos al sistema de asignación de citas en el número definido por el Fondo en cada regional para garantizar las actividades de auditoria y seguimiento de la atención de los usuarios asegurados en tiempo real. Estos accesos se realizarán de forma permanente y remota por parte de los funcionarios delegados y definidos por el Fondo.

2.2.6.5. SOFTWARE DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

El contratista debe contar con un software que garantice el procedimiento de radicación y generación de órdenes de servicios de salud en línea, bien sea por solicitud presencial, telefónica (call center) e internet, realizando el registro sistematizado y automático de todo el procedimiento, para todos los servicios ambulatorios y quirúrgicos, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que requieren orden de servicios. Este sistema debe generar de forma automática la fecha de radicación de la orden de servicios y el número consecutivo de radicación que debe ser suministrado al usuario.

Para todos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y demás complementarios de baja complejidad, el sistema debe permitir la generación de las órdenes al proveedor externo directamente desde la consulta, sin requerir autorización posterior.

Para la implementación de este sistema se debe garantizar lo establecido en el Protocolo de Referencia y Contra referencia del Fondo así:

> *"Si se trata de una especialidad en el mismo punto de atención donde reside el usuario prestada directamente por el contratista, este debe dirigirse al sitio de asignación de citas de la localidad con la respectiva remisión y solicitar la cita con la especialidad o servicio al que se remitió. No se requiere autorización previa por parte del Contratista y/o del Fondo para la referencia.*

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Si se trata de una especialidad existente en la localidad en red externa o en una localidad de mayor complejidad, el usuario se dirigirá a la Coordinación Médica del Contratista o al Área de Atención al Usuario en la localidad, entregando el formato de referencia, para que esta oficina realice la consecución de la cita y entregue la respectiva orden, debidamente diligenciada para su atención. En ningún caso se aceptará que sea el usuario quien deba realizar este trámite.

Para todos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y demás complementarios de baja complejidad, deberán generarse las órdenes al proveedor externo directamente desde la consulta, sin requerir autorización posterior. Solamente podrá requerirse trámite de autorización para los servicios de mediana y alta complejidad, así como los servicios y procedimientos de alto costo, aplicando las disposiciones para trámite de autorización establecidas en este documento.

Las órdenes de remisión a servicios en red externa deberán ser entregadas en el momento de presentación del usuario, de lo contrario, se implementarán canales de remisión electrónicos, que permitan el acceso del usuario a las mismas sin realizar desplazamientos innecesarios a los puntos de atención.

Igualmente, la orden expedida por el contratista contendrá la información necesaria para que el usuario pueda acudir directamente a la IPS donde será atendido, sin tener que realizar trámites previos en la localidad a la cual fue remitido.

El Contratista tendrá la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud de mediana y alta complejidad, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso la expedición y remisión de las autorizaciones podrá exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización. De igual forma, el Contratista contará con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación. Este sistema será evaluado en forma permanente por el equipo de auditoría del Fondo, para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el (Artículo 125 de la Ley 019 de 2012 - Ley Antitramites).

Para la remisión a servicios de mayor complejidad, dentro o fuera del punto de atención del usuario, se deberán respetar en todos los casos los tiempos de asignación de citas o realización de procedimientos definidos en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo (MIAS FPSFCN)".

El sistema debe permitir el cargue de la orden escaneada por parte del usuario para el trámite no presencial del servicio generando un registro de cargue para el usuario con fecha y número de radicación automático.

Todas las órdenes de servicio deberán generarse dentro de los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización

En el caso de que la orden de servicios no sea generada de forma inmediata a la radicación de la solicitud por parte del usuario, el sistema deberá contar con un mecanismo de remisión de la misma por medios electrónicos para su descarga por parte del usuario vía página web o correo electrónico

Para el caso de servicios quirúrgicos, una vez radicada la orden por parte del usuario se deberán cumplir todos los procedimientos definidos anteriormente, incluyendo la generación automática de la fecha y numero de radicado. Una vez radicada la orden, y dentro de los cinco días siguientes, se deben generar las ordenes de laboratorios prequirúrgicos requeridos (siempre que no sean de baja complejidad que no requieren autorización) y las citas de valoración prequirúrgica requeridas

Los datos mínimos que debe contener este sistema son los establecidos por el Fondo para sustentar la información de la Resolución 256 de 2016 y los demás necesarios para el seguimiento de la prestación de los servicios de salud que se definen en el Formato de INFORME RESOLUCIÓN 256 AUTORIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD que se incluye en el Anexo No. 05 y debe permitir la descarga automática de la información en la periodicidad establecida y cuando sea requerida em forma adicional por el Fondo.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

El contratista deberá garantizar los accesos al sistema de autorización de servicios en el número definido por el Fondo en cada regional para garantizar las actividades de auditoria y seguimiento de la atención de los usuarios asegurados en tiempo real. Estos accesos se realizarán de forma permanente y remota por parte de los funcionarios delegados y definidos por el Fondo.

2.2.6.6. NEGACIÓN DE SERVICIOS

El contratista debe implementar el procedimiento de negación de servicios de salud para aquellos servicios que se encuentran excluidos del PBS y PAC según el tipo de plan de cada usuario y según lo establecido en el Anexo No. 05.

Una vez diligenciado el Formato de Negación de Servicios de Salud, el contratista deberá diligenciar la información en el software de Negación de Servicios de Salud con todos los datos requeridos para el reporte de información de negación de servicios de la resolución 3539 DE 2020 establecido en el Anexo No. 05.

2.2.6.7. SOFTWARE FORMULACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS

El contratista debe contar con un software de registro de formulación y entrega de medicamentos en línea en todas las farmacias de la red, principales de apoyo y especiales, que permita realizar de forma sistematizada el procedimiento de suministro de medicamentos. Este sistema deberá estar en línea con los inventarios de farmacia, para permitir la validación de la existencia de los medicamentos formulados y la generación automática de los medicamentos pendientes.

De igual manera, debe contar con un módulo para la aplicación del mecanismo de entrega excepcional de medicamentos definido en la Resolución 1604 de 2013, generando de forma automática el registro de los medicamentos entregados y pendientes, incluyendo la fecha del pendiente y el número de consecutivo por cada medicamento, el cual será entregado al usuario, así como la decisión del usuario sobre la entrega posterior de los medicamentos pendientes.

Teniendo en cuenta que el documento soporte para comprobar la entrega de los medicamentos es la fórmula con firma de recibido del usuario o acudiente y fecha de recepción, el contratista deberá contar con un sistema de archivo escaneado de la totalidad de las fórmulas despachadas, que permita la ubicación de los soportes para auditoria y seguimiento por parte del Fondo y de los entes de control (Circular 001 de 2020 de Supersalud)

Los datos mínimos que debe contener este sistema son los establecidos por el Fondo para sustentar la información de la Resolución 1604 de 2013 y los demás necesarios para el seguimiento de la prestación de los servicios de salud que se definen en el Formato de registro entrega de medicamentos resolución 1604 DE 2013 que se incluye en el Anexo No. 05, y debe permitir la descarga automática de la información en la periodicidad establecida y cuando sea requerida em forma adicional por el Fondo.

El contratista deberá garantizar los accesos al sistema de formulación y entrega de medicamentos en el número definido por el Fondo en cada regional para garantizar las actividades de auditoria y seguimiento de la atención de los usuarios asegurados en tiempo real. Estos accesos se realizarán de forma permanente y remota por parte de los funcionarios delegados y definidos por el Fondo.

2.2.6.8. SEGUIMIENTO PACIENTES HOSPITALIZADOS

El contratista deberá contar con un software de seguimiento a pacientes hospitalizados en línea, que debe permitir el diligenciamiento en tiempo real del seguimiento del usuario por parte de los auditores de concurrencia.

Este software deberá contar como mínimo con la siguiente información:

- Datos de identificación del usuario
- Datos de identificación de IPS hospitalaria
- Datos del ingreso: (a) Fecha de ingreso, (b) Vía de ingreso, (c) Diagnóstico de ingreso
- Datos del seguimiento diario: (a) Fecha de seguimiento, (b) Servicio de hospitalización, (c) Diagnostico ajustado, (d) Resumen breve de la historia clínica diaria, (e) Exámenes, Intervenciones o Actividades Pendientes, (f) Exámenes, Intervenciones o Actividades realizadas.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- Datos del egreso: (a) Fecha de egreso, (b) Diagnóstico de egreso principal (c) diagnósticos de egreso asociados (d) Estado al egreso (Vivo-Muerto), (e) Destino
- Seguimiento post egreso: (a) Fecha de cita de control post egreso, (b) Procedimientos ordenados al egreso y fecha de autorización y realización.

Esta información deberá ser descargada en archivo de Excel para el análisis y seguimiento de la misma en el Formato definido por el Fondo.

El contratista deberá garantizar los accesos al sistema de formulación y entrega de medicamentos en el número definido por el Fondo en cada regional para garantizar las actividades de auditoria y seguimiento de la atención de los usuarios asegurados en tiempo real. Estos accesos se realizarán de forma permanente y remota por parte de los funcionarios delegados y definidos por el Fondo.

2.2.6.9. RADICACIÓN Y SEGUIMIENTO PQRS

El contratista debe contar con un software en el cual se maneje todo lo correspondiente a las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y/o sugerencias, que se proyecta como un módulo claro, completo y veraz; que facilite la verificación de información y trámite en tiempo real, razón por la cual debe contener como mínimo:

- Un primer filtro de verificación de la división a la que se encuentra suscrito el peticionario y/o afectado, para que de esa manera desde un inicio se comparta la información con las personas encargadas del trámite en cada una de las divisiones.
- La posibilidad de realizar verificación y reporte de todos los movimientos en los cuales se ha visto inmersa la PQRSD, siendo importante desde la fecha y hora en la que se informa, todo el trámite que cursa, hasta el oficio de respuesta total definitiva.
- La manera de generar un reporte de las PQRD recibidas, en el cual se especifiquen la mayor cantidad de datos posibles del usuario y de su solicitud. Esto, preferiblemente que se pueda exportar a un formato Excel. El reporte deberá contener nombre e identificación de peticionarios y/o afectados con sus correspondientes identificaciones, seguidos de dirección, números de contacto, motivo de la PQRD y todo el trámite por el que ha cursado, especificando cada uno de sus movimientos.
- Cantidad de PQRSD recibidas por día y por mes tanto del aplicativo de la Supersalud como de las Divisiones con sus respectivas graficas.
- Clasificación de las PQRSD según el tipo de queja con sus respectivas graficas.
- Informe de la cantidad de PQRSD por División con sus respectivas graficas.
- Cuadro comparativo entre periodos del mismo año y de años anteriores de las PQRSD con sus respectivas graficas.
- Informe del término de respuesta de cada PQRSD, es decir que se debe conocer cuantos días duro el trámite de la respuesta definitiva de la PQRSD con sus respectivas graficas.
- El espacio para realizar una búsqueda eficaz de los reportes de la herramienta, en el que sea posible encontrar la/s PQRSD teniendo cualquiera de los datos que la involucre.

Lo anterior, brindará a los colaboradores y funcionarios encargados de su manejo, una amplitud en la visión del trámite de las PQRSD, ya que la herramienta permitirá un reporte continuo del trámite que cursan, lo que a su vez genera un apersonamiento de los trámites y proporciona a la Entidad un mejor y eficiente manejo de la herramienta.

Así mismo, permitirá al Coordinador de Atención al Usuario del contratista generar de manera automática los informes semanales y mensuales de acuerdo con lo definido en este documento y en los demás que forman parte integral del proceso de contratación.

2.2.6.10. MODULOS PARA FUNCIONAMIENTO DE PLATAFORMA MIPRES Y RECOBROS A ADRES POR SERVICIOS NO INCLUIDOS EN PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD

Para el adecuado funcionamiento de la plataforma MIPRES para la prescripción de servicios excluidos de los planes de beneficios y los ordenados por fallos de tutela, el contratista deberá contar con el recurso humano y los módulos establecidos para la dispensación y entrega de estos servicios en los documentos del MIPRES por el Ministerio de Salud, teniendo en

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

cuenta que las IPS de la red serán actividades como proveedores de estos servicios por parte del Fondo.

Para garantizar el cumplimiento de estas actividades, el oferente deberá informar el nombre de la persona delegada por el Representante Legal para realizar la administración de los perfiles específicos de dispensadores de servicios no incluidos en Planes de beneficios. De igual manera, deberá soportar la existencia de los Módulos de:

- Consulta de Direccionamiento,
- Programación de Dispensación,
- Consulta de Programación de Dispensación por dispensador
- Registro de Dispensación por dispensador
- Registro de Suministro Entregado por proveedor

Una vez adjudicado el contrato, el Contratista deberá realizar la activación de los usuarios dispensadores y la implementación del procedimiento conforme a la normatividad vigente para garantizar la entrega oportuna de los servicios ordenados por fallo de tutela y los prescritos excluidos de los planes de beneficios, según los lineamientos definidos por el Fondo.

2.2.6.11. SISTEMAS DE CAPTURA DE INFORMACIÓN DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO QUE PERMITAN LA INTEROPERABILIDAD CON SISCAC

La Cuenta de Alto Costo lanzó SISCAC, la plataforma de interconexión del sistema de salud. • SISCAC es la plataforma dispuesta por la Cuenta de Alto Costo, para que las IPS y EPS puedan registrar y validar en tiempo real la información de los pacientes de alto costo. • SISCAC está enmarcada en la calidad del reporte, la oportunidad y la gestión del riesgo.

Durante el último año, la Cuenta de Alto Costo –CAC- ha trabajado de manera alineada y estratégica con el Ministerio de Salud y Protección Social y otros actores del sistema de salud en el desarrollo y puesta en marcha de SISCAC, un sistema de interconexión que facilita y agiliza flujo de datos de las personas con enfermedades de alto costo entre los prestadores de servicios de salud, los aseguradores, las entidades de gobierno y la Cuenta de Alto Costo, entre otros, de manera que se puedan tomar decisiones en tiempo real que se traduzcan en una mayor calidad de la atención y por ende, en más equidad.

Esta iniciativa está alineada con el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por la Equidad” que le propone al país la meta de “ser referente internacional en materia de sostenibilidad, ciencia, tecnología e innovación (CTI), emprendimiento y turismo”.

SISCAC es una solución escalable pensada en los usuarios, que tiene la gestión del riesgo como eje fundamental en el manejo de cohortes, con el objetivo de que el registro y la validación de la información sean en tiempo real, y a la vez sea un canal de comunicación seguro entre IPS y EPS. Su interfaz es sencilla, intuitiva y con estándares de usabilidad, además cuenta con diversidad en el modelo de uso, lo que permite adaptarse a las características tecnológicas de cada entidad en el país.

La ausencia de sistemas de información robustos que mejoren la toma de decisiones genera errores en el seguimiento de los pacientes, ya que se busca que mejore el seguimiento y la evaluación, que nos permita aprendizaje y mejoramiento.

SISCAC está implementada sobre SharePoint, el almacenamiento en bases de datos de SQL y Mongo DB al igual que los servicios cognitivos para inteligencia artificial y Power BI se encuentran en la nube de Azure, los cuales son servicios de Microsoft. SISCAC.

Los oferentes deberán tener cualquier plataforma para el procesamiento de la información en el seguimiento de pacientes de las diferentes patologías de Alto Costo y su cargue de información, debe permitir el transporte de datos en archivo plano (.txt) separado por tabuladores.

2.2.7. ATENCIÓN AL USUARIO

Teniendo en cuenta que uno de los primeros contactos de los usuarios con el SGSSS se realiza a través de los Prestadores de Servicios de Salud, se hace necesaria la integración de los procesos de Atención al Usuario de la red de prestadores con los definidos por el Fondo.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Así las cosas, el proponente deberá contar con tecnologías de la información y las comunicaciones que permitan el empleo de canales y herramientas que añaden modalidades de atención, además de la presencial, a través de las cuales el usuario realiza trámites como asignación de citas, consulta de resultados, reciba orientación e información acorde con sus necesidades, modificaciones de red, cancelación de citas y demás servicios requeridos. De igual manera, el contratista debe contar con medios para la radicación, trámite y seguimiento de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias presentadas directamente por los usuarios en sus sedes.

Los recursos físicos, tecnológicos y el talento humano dispuesto por el contratista dentro de su sistema de atención al usuario, deben estar alineados con un doble propósito, el de alcanzar el mayor nivel de satisfacción posible y proteger los derechos de las personas que demandan los servicios de salud asistenciales, adicionalmente analizar la información proveniente del usuario como instrumento que permita el mejoramiento de sus procesos.

El prestador de los servicios de salud, contará con el personal idóneo para la atención a los usuarios del Fondo, que acudan las IPS primarias, con el fin de satisfacer cada uno de los requerimientos hechos por los ciudadanos y brindándoles atención integral en salud.

Para la ideal prestación del servicio de salud, el trato digno y la satisfacción de los usuarios, el prestador deberá cumplir con lo establecido en la Circular externa 008 de 2018, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto a las condiciones de infraestructura y los elementos que debe haber en las oficinas de Atención al Ciudadano, para lo cual el Contratista deberá contar con:

- Una oficina física para la atención de usuarios de manera personalizada en las localidades con más de 500 usuarios, con personal suficiente para una atención oportuna; y en las localidades de menos de 500 usuarios se deberá contar con una persona delegada para atención al usuario en la IPS primaria, con un horario establecido que sea de conocimiento de los usuarios, que podrá ser un funcionario del nivel asistencial de atención primaria que cumpla unos tiempos para la labor de atención a los usuarios.
- Estar debidamente identificada.
- Rampas y puertas de acceso que permitan el ingreso de personas en condición de movilidad reducida, sillas de ruedas o coches.
- Silla de ruedas.
- Baños públicos debidamente dotados con lavamanos, elementos de aseo y accesibles a personas en condición de movilidad reducida.
- Digiturno que permita medir los tiempos de atención en las localidades de más de 500 usuarios.
- Garantizar el derecho a la intimidad de los usuarios, contando con los cubículos o espacios determinados que aseguren la privacidad y no divulgación de la información que el usuario está entregando.
- Contar con buzón de sugerencias en todos los puntos de atención, que deberá ser abierto semanalmente por el coordinador local, diligenciando el “Formato de Acta de Apertura de Buzón”, definida por el Fondo.
- Sillas proporcionales al número de usuarios que acuden a las instalaciones de la oficina de Atención al Usuario.
- Contar con buena iluminación, buena ventilación, y los elementos tecnológicos para el buen desarrollo de las funciones de las personas a cargo de la atención personalizada, de manera que no imponga carga a los usuarios, tales como: computadores con acceso a internet, impresora, fotocopiadora.

El Fondo de Pasivo Social busca garantizar la prestación de los servicios de salud de sus usuarios a través de la transparente y libre elección de sus derechos en materia de salud, para ello es necesario articular de manera armónica procesos comunes y de interés para los afiliados del Fondo, en ese sentido, a continuación, se señalan insumos con los que los proponentes deberán contar y presentar al Fondo.

2.2.7.1. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este ítem es fundamental, siempre que permite al Fondo conocer los procedimientos establecidos por los contratistas para la atención a usuarios, y brindar información veraz a los afiliados que así lo requieran para lo anterior el oferente deberá incluir en la propuesta los procedimientos establecidos. De igual manera, el contratista durante la ejecución del contrato reportar las modificaciones que eventualmente realicen a los mismos.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

2.2.7.2. AGENDAMIENTO DE CITAS

Es esencial que los proponentes cuenten con programas de asignación de citas a los usuarios del Fondo, que deben contar con acceso al Fondo a los programas dispuestos para asignación de citas, de tal manera que pueda verificar la capacidad y oportunidad en el agendamiento de citas a sus afiliados.

2.2.7.3. PROTOCOLOS O PROCEDIMIENTOS PARA RECEPCIÓN, RADICACIÓN Y TRÁMITE DE SOLICITUDES

En aras de garantizar la correcta prestación de los servicios de salud a sus afiliados y de gestionar de manera oportuna las solicitudes realizadas por los usuarios ante las IPS, el FPS – FNC, requiere conocer los procedimientos establecidos por los oferentes para la recepción, radicación y trámite de solicitudes allegadas a sus puntos de atención, y de esa manera hacer un seguimiento efectivo, que permita atender y resolver de manera satisfactoria las inquietudes de sus afiliados. Para dar cumplimiento a este requerimiento, el proponente adjuntará a la propuesta los procedimientos a que haya lugar. Este seguimiento permitirá la retroalimentación de los aspectos que generan inconformidad a los usuarios del servicio y posibilitará la toma de acciones de mejora respecto a los mismos.

Dentro de los protocolos o procedimientos que el oferente deberá presentar al Fondo, debe estar señalada su política, misión, visión y demás conceptos que evidencien el alcance y objetivo de las actividades desarrolladas por la Oficina de Atención al Ciudadano, así las cosas, deberán aportarse los formatos que deriven de los documentos que se establecen a continuación, además de aportar los mismos:

- Política de servicio al ciudadano
- Protocolos establecidos de atención al ciudadano.
- Cartilla de deberes y derechos

En concordancia con lo anterior, dentro de los documentos requeridos antes, deben estar claramente establecidos los requisitos que debe reunir cada usuario para solicitar ante la IPS cualquiera de los procedimientos médicos allí señalados.

2.2.7.4. REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO MENSUALES

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, ejerciendo su función como garante de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y de su satisfacción respecto a los mismos, organizará reuniones mensuales entre las responsables de atención y gestión de PQRSD del contratista, los Médicos Especialistas y Auditores del Fondo en cada regional y el Grupo Interno de Trabajo de Atención al Ciudadano de esta entidad, para realizar seguimiento de los temas que generan inconformidad en los usuarios, plantear soluciones y oportunidades de mejora a los mismos y socializar temas de interés que influyan en la mejora de los procesos de ambas partes, por ello, el oferente deberá anexar a la propuesta un documento mediante el cual se compromete a participar de las reuniones de seguimiento mensual que la entidad organice.

2.2.7.5. LÍNEAS DE COMIUNICACIÓN DIRECTA

El proponente deberá anexar a la propuesta un directorio con las líneas telefónicas de las personas encargadas de trámite de PQRSD, con la finalidad de que desde el FPS – FNC se mantenga contacto permanente para facilitar la gestión y solución inmediata a casos que lo ameriten respecto a quejas interpuestas a través de la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud y PQRSD interpuestas en alguno de los puntos de atención del Fondo a nivel nacional.

2.2.7.6. RECURSO HUMANO DE ATENCIÓN AL USUARIO

- **COORDINADOR DE ATENCIÓN AL USUARIO**

Será el encargado de resolver las diferentes solicitudes realizadas por el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles proyectados a una coordinación cercana al usuario que permita la total satisfacción de los afiliados.

Para lo cual desarrollará las siguientes actividades:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- ✓ Cumplir de manera efectiva la misión, visión, política y objetivos de calidad y la ejecución del proceso en que interviene en razón del cargo.
- ✓ Dirigir las acciones en materia de atención al ciudadano, mediante la supervisión y seguimiento del proceso de atención de usuarios.
- ✓ Coordinar la atención de las peticiones, consultas, reclamos y sugerencias de los usuarios.
- ✓ Verificar y hacer seguimiento a los derechos de petición presentados por los usuarios.
- ✓ Verificar la respuesta de las peticiones, consultas, reclamos, sugerencias y derechos de petición, verificando la respuesta oportuna y de fondo de los mismos.
- ✓ Realizar verificación y seguimiento del registro de las quejas, reclamos, peticiones que presenten los usuarios ante los diferentes funcionarios, con el fin de garantizar el registro adecuado y ordenado de la información y sus respectivas respuestas.
- ✓ Realizar seguimiento diario a los derechos de petición presentados por los usuarios ante la Superintendencia Nacional de Salud, remitidas por el Fondo, para garantizar la respuesta oportuna y de fondo de los mismos.
- ✓ Coordinar con el equipo la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuarios definidas por el Fondo, con el fin de conocer los niveles de aceptación de los servicios, y el reporte adecuado de la información, así como la tabulación de los resultados para generar los informes de manera mensual para remitir al Fondo según los formatos y directrices establecidos.
- ✓ Consolidar y presentar los informes técnicos y cuadros estadísticos sobre atención de quejas y reclamos, encuestas de satisfacción y demás información de atención al ciudadano solicitados por el Fondo.
- ✓ Elaborar y realizar análisis y seguimiento a los indicadores de gestión de atención al ciudadano y trámite de solución y respuesta de PQRSD, y demás actividades del área de Atención al Ciudadano.
- ✓ Establecer los planes de mejora que se requieran para el servicio de atención al ciudadano y trámite de quejas, peticiones y reclamos, con el fin de contribuir a la optimización del servicio y a la respuesta oportuna de los requerimientos de los usuarios y de los entes de control, en conjunto con los Médicos Especialistas y Auditores del Fondo.
- ✓ Verificar la implementación de las medidas correctivas que se implementen y realizar los informes y retroalimentación al Fondo según lo definido.
- ✓ Asistir a las reuniones y comités de seguimiento de servicios de salud citadas por los Médicos Especialistas y Auditores del Fondo.
- ✓ Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo del área de atención al ciudadano, así como las respectivas evidencias de las actividades desempeñadas para que sean remitidas al Fondo.
- ✓ Garantizar la confidencialidad, el cuidado, manipulación y conservación de las bases de datos suministradas por el Fondo, por lo cual el contratista deberá suscribir un acuerdo de confidencialidad con el encargado.

- **PERSONAL DE ATENCIÓN AL USUARIO**

El contratista contará con personal en las oficinas de atención al usuario, quienes desarrollarán las siguientes actividades:

- ✓ Realizar la atención y asesoría de los usuarios que consulten en las instalaciones de la IPS.
- ✓ Asesorar de manera real y objetiva a los usuarios con relación a sus necesidades.
- ✓ Promover en el área de atención al usuario la atención al cliente y a sus familiares con un alto nivel de efectividad, eficacia y eficiencia.
- ✓ Orientar, verificar, informar, y dar asesoría general en requerimientos a protocolos de servicios de manera presencial y telefónica.
- ✓ Gestionar soluciones a las distintas situaciones que presenten los usuarios con respecto al servicio de salud y que requieran una solución inmediata para garantizar la oportuna prestación del servicio.
- ✓ Informar al Coordinador de Atención al Ciudadano sobre contratiempos relacionados con atención.
- ✓ Registrar las actividades de seguimiento y novedades de la atención de usuarios.
- ✓ Realizar el registro de las PQRSD en el software de radicación y seguimiento de PQRSD de la IPS, hasta la respuesta final y de fondo, registrando toda la información requerida para el análisis de las PQRSD, para permitir el análisis de la información en tiempo real.
- ✓ Informar el estado de las solicitudes de los usuarios, así como la documentación requerida para los procesos de manera clara y escrita; aclarando las dudas del usuario al respecto.
- ✓ Aplicar las encuestas de satisfacción de usuarios de acuerdo con las directrices dadas por el Coordinador de Atención

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

al Ciudadano.

- ✓ Garantizar la confidencialidad, el cuidado, manipulación y conservación de las bases de datos suministradas por el FPS, por lo cual el contratista deberá suscribir un acuerdo de confidencialidad con el encargado.

En los puntos de atención que no cuentan con Oficina de Atención al Usuario, las actividades anteriores las debe realizar la persona delegada para atención al usuario en la IPS primaria, cumpliendo todas las funciones y garantizando la disponibilidad de la información requerida para el seguimiento de las actividades de atención al usuario y trámite de PQRSD.

Mensualmente el Coordinador de Atención al Usuario del contratista enviará un consolidado, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Oficina de Atención al Ciudadano del Fondo en la ciudad de Bogotá de las PQRSD y tutelas que reciba por parte de los usuarios en cada uno de sus puntos de atención, el cual deberá contener como mínimo la siguiente información:

- Fecha de recepción de la PQRSD o tutela.
- Nombre del usuario que presentó la PQRSD o tutela.
- Motivo en que se fundamenta la PQRSD o tutela.
- Tipo de servicio que motiva la PQRSD o tutela.
- Lugar de recepción de la PQRSD o tutela.
- Trámite realizado para resolver la PQRSD o Tutela.
- Fecha de respuesta de la PQRSD o tutela.

De igual manera, de forma mensual, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente, reportará el Informe Consolidado de las PQRSD y tutelas, recibidas en la IPS por los diferentes canales de atención dispuestos para este fin; que debe contener un análisis donde se identifiquen las cinco primeras causas por las que los ciudadanos presentan PQRSD y tutelas. Este informe contenderá la siguiente información:

- El número de PQRSD y tutelas recibidas por cada punto de atención.
- Un cuadro comparativo de las PQRSD y tutelas recibidas por servicios por cada punto de atención, informando si fueron resueltas dentro del término, fuera de termino y las que continúan pendientes de dar respuesta al ciudadano.
- Tabular las 5 primeras causas de la presentación de PQRSD y Tutelas por localidad y departamento.

Igualmente, de forma mensual en la misma fecha anterior, deberá remitir la información correspondiente a las actividades de las oficinas de atención al usuario y de los funcionarios de atención al usuario en los puntos de atención que no cuentan con oficina, especificando el número de visitas diarias atendidas por punto de atención y departamento y anexando los tickets de soporte Cescaneados,

El Fondo definirá el Formato de Reporte de Información de PQRSD y tutelas presentados por los usuarios directamente.

Las oficinas de atención al usuario en localidades de más de 500 usuarios deberán estar funcionando a más tardar dentro de los quince días posteriores al inicio del contrato. De igual manera, los funcionarios encargados de atención al usuario en localidades de menos de 500 usuarios deberán se reportados a la Coordinación Médica correspondiente, informando horario y sitio de atención dentro de los quince días siguientes al inicio del contrato.

2.2.7.7. CALL CENTER REGIONAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

Cada contratista deberá contar con un Call Center Regional, que tenga distintos canales de atención para el apoyo en la socialización de información y atención a los usuarios sobre teléfonos y ubicación de las IPS de la red de prestadores del servicio de salud, derechos y deberes de los usuarios, asignación automática de citas solicitadas y consecución a través de un operador, cancelación de citas asignadas, estado de órdenes de servicios y demás trámites administrativos relacionados con la prestación de servicios de salud.

Este call center deberá contar con líneas telefónicas locales y gratuitas a nivel nacional, atención web, virtual y chat, de tal manera que los usuarios puedan satisfacer sus dudas y obtener información veraz y unificada sobre trámites de prestación de servicios de salud y administrativos de la red de prestadores.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

El call center debe contar como mínimo con:

- Coordinador de call center.
- Área de ubicación específica para el call center.
- Personal capacitado en atención de call center.
- Software call center que permita realizar el registro de todos los trámites realizados y la auditoria de los mismos.
- Líneas telefónicas locales y gratuitas nacionales.
- Red comunicaciones que permita el ingreso de mutillamadas simultaneas.

Para soportar este requisito, el oferente deberá aportar copia del contrato en el cual se detallen específicamente las condiciones anteriores. En caso de ser propio anexar documento en el que se presenten las condiciones anteriores, incluyendo nombres y contratos de los funcionarios.

2.2.8. CALL CENTER NACIONAL DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A USUARIOS DEL FONDO

Con el fin de dar cumplimiento a la disponibilidad de Mecanismos de Atención al Usuario y Trámites Administrativos de Servicios de Urgencias 24 horas al día, los proponentes a quienes se les adjudiquen los contratos en las regionales, deberán disponer en forma conjunta de un único Call Center Nacional para los tramites definidos:

- Orientación para el acceso al servicio por parte de los usuarios.
- Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, para recepción de información de atención inicial de urgencias y de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias en IPS fuera de la red, con el cual deberán articular los procesos y procedimientos enmarcados en el sistema de referencia y contra referencia conforme a la normatividad vigente.
- Aplicación de los procedimientos establecidos en el Decreto 4747 de 2008 y la Resolución 3047 de 2008 en lo referente a la Atención Inicial de Urgencias y Autorización de Servicios Posteriores a la Atención Inicial de Urgencias.

Este call center deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Funcionamiento 24 horas al día todos los días del año.
- Contar con línea telefónica gratuita nacional para todos los puntos de atención definidos
- por el Fondo.
- Médico Auditor de disponibilidad permanente 24 horas al día todos los días del año, para la evaluación de las solicitudes de urgencias y servicios posteriores remitidas por las IPS de acuerdo con lo definido en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 y demás normas vigentes en la materia.
- Contar con un sistema de fax y correo electrónico para la recepción de la documentación relacionada con la atención inicial de urgencias conforme a la normatividad vigente.
- Procedimiento definido para la recepción, tramite y respuesta del informe de atención inicial de urgencias establecido en el Artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, que será remitido por las IPS que atiendan urgencias de usuarios afiliados al Fondo, utilizando el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008 a las direcciones de correo electrónico y/o fax definido para tal fin.
- Procedimiento definido para la recepción, tramite y respuesta de las solicitudes autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias que deben ser remitidas en el formato establecido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008.

Para el trámite del procedimiento de atención inicial de urgencias y de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias se aplicará lo definido por el Fondo.

Para el cumplimiento de este requisito, el oferente deberá anexar a la propuesta un documento de compromiso de garantizar la disponibilidad conjunta con los demás contratistas del Call Center Nacional Único del Fondo, que cumpla con las condiciones definidas en el presente documento, el cual deberá funcionar de forma permanente y sin interrupciones durante la ejecución del contrato.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Una vez legalizado el contrato, los contratistas aportarán copia del contrato suscrito con el Call Center firmado por los representantes legales de las cuatro regionales dentro de los diez (10) días posteriores al inicio del contrato, fecha en la cual deberá estar en funcionamiento.

2.2.9. COMITÉS DE SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El Fondo garantiza la participación ciudadana mediante mecanismos que permiten que los usuarios se involucren en los procesos de seguimiento a la prestación de servicios de salud, mediante la realización de Comités, a los cuales los contratistas deberán comparecer de manera obligatoria, con el fin de analizar las dificultades de salud presentados en cada regional y asumiendo los compromisos y las decisiones para dar respuesta a las necesidades expresadas por los usuarios.

Dentro de los compromisos que debe cumplir el contratista se incluyen:

- Participar en todos los comités locales de seguimiento de servicios de salud de la regional citados por el Fondo. A estos Comités debe asistir el Coordinador Local del Contratista para las localidades que cuentan con este recurso, y el Coordinador Regional para aquellas, donde por el número de usuarios no se requiere este recurso.
- Participar en los comités de seguimiento regionales en la sede donde indique el Fondo, a la cual deberá asistir como mínimo el Coordinador Regional y los demás funcionarios que el Fondo cite de acuerdo a las necesidades del servicio
- Ajustarse a la reglamentación sobre el desarrollo y participación en los Comités de Seguimiento de Servicios de Salud que expida el Fondo.
- Garantizar la logística para la realización de los comités programados por el Fondo, incluyendo lugar adecuado con capacidad para el número de asistentes según el tipo de Comité y los demás recursos requeridos para garantizar su realización.

Estos comités serán reglamentados por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

2.2.10. SOCIALIZACIÓN DE RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Una vez adjudicado el contrato, el contratista deberá socializar la red de prestadores a los usuarios mediante la realización de una cartilla que incluye los deberes y derechos del usuario y la red de prestadores.

Para la definición del contenido de las cartillas y la metodología de entrega de las mismas a los usuarios se realizará una reunión de contratistas y Fondo dentro de los diez días posteriores al inicio del contrato, en la cual se establecerán los aspectos logísticos para el desarrollo de esta obligación.

En casos de modificaciones de la red primaria o complementaria del contratista, previa autorización y verificación por parte del Fondo, deberá publicarse a través de los diferentes canales de comunicación establecidos con los usuarios para que tengan conocimiento de dicha novedad en un término no mayor a diez días siguientes a la aprobación por parte del Fondo.

2.2.11. AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO

El Contratista deberá permitir el acceso y suministrar toda la información relacionada con la ejecución del presente contrato, a los designados para realizar auditoria/interventoría y supervisión del mismo, en todos los ámbitos. De igual manera, el contratista deberá garantizar el acceso a las instalaciones de la red propia y contratada de los designados por el Fondo sin ningún tipo de restricciones.

2.2.12. PROCESO DE EMPALME

El proceso de empalme deberá realizarse de manera previa al inicio de la ejecución de las actividades propias de la prestación del servicio de salud y por lo tanto se llevará a cabo con la mayor antelación posible, de conformidad con los lineamientos y especificaciones técnicas descritas por el Fondo de acuerdo con el Anexo No. 08 – Proceso de empalme, del estudio previo con el fin de no afectar la continuidad en la atención integral de cada usuario. De ser necesario, este podría ser ajustado teniendo en cuenta las características de cada uno de los usuarios en la regional.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

La fecha de inicio estimada del contrato se prevé para el 01 de octubre de 2020, razón por la cual el proponente adjudicatario tendrá la responsabilidad de adoptar todas las medidas administrativas, logísticas y demás para el desarrollo del proceso de empalme de tal manera que se garantice el inicio de la operación en el tiempo establecido.

Así mismo, el contratista queda obligado a la finalización del contrato a realizar el correspondiente empalme, para lo cual dispondrá de mínimo treinta (30) días previos al vencimiento del plazo so pena de que la entidad pueda hacer efectiva la póliza de garantía de cumplimiento.

2.3. CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS

De acuerdo con el clasificador de bienes y servicios de Naciones unidas – UNSPSC, de la página web http://www.colombiacompra.gov.co/Clasificacion, el servicio objeto del presente proceso de selección se encuentra identificado en el clasificador de bienes y servicios UNSPSC, como se indica a continuación:

UNSPSC	**85101700**	
GRUPOS	F	Servicios
SEGMENTOS	85	Servicios de Salud
FAMILIAS	10	Servicios integrales de salud
CLASES	17	Servicios de administración de salud

UNSPSC	**85121700**	
GRUPOS	F	Servicios
SEGMENTOS	85	Servicios de Salud
FAMILIAS	12	Práctica médica
CLASES	17	Servicios de prestadores especialistas de servicio de salud

UNSPSC	**85101500**	
GRUPOS	F	Servicios
SEGMENTOS	85	Servicios de Salud
FAMILIAS	10	Servicios integrales de salud
CLASES	15	Centros de salud

UNSPSC	**85111600**	
GRUPOS	F	Servicios
SEGMENTOS	85	Servicios de Salud
FAMILIAS	11	Prevención y control de enfermedades
CLASES	16	Prevención y control de enfermedades no contagiosas

3. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

3.1. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA se obliga para con **EL FONDO**, a cumplir las siguientes obligaciones:

GENERALES

1. Cumplir el objeto contractual a cabalidad, teniendo en cuenta lo señalado en los documentos que forman parte integral del contrato y los anexos técnicos.
2. Velar por el bienestar y la preservación del mejor estado de salud de los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

3. Cumplir con la implementación del Modelo de atención definido por el Fondo, en concordancia con la Política integral de salud definida por el gobierno nacional.
4. Garantizar a los usuarios del Fondo el acceso integral, oportuno y de calidad a los servicios de salud
5. Cumplir con la prestación de servicios en todos los niveles de atención de servicios de salud, adecuándolos según las poblaciones y los territorios (urbano, rural y disperso)
6. Cumplir con las obligaciones contractuales que asuma con sus subcontratistas y demás proveedores vinculados a la prestación del servicio integral de salud, en forma oportuna de manera tal que los servicios no sufran afectación.
7. Cumplir con los estándares de calidad de los servicios integrales de salud y acatar los procedimientos para la auditoría e indicadores de gestión establecidas por el Fondo.
8. Garantizar la actualización, validación, administración, organización, transferencia y disposición de las bases de datos relacionadas con la administración y prestación de los servicios de salud, con oportunidad, confiabilidad y calidad de los datos, establecidos en la normatividad vigente o solicitada, por los organismos de vigilancia y control y por el Fondo.
9. Dar respuesta oportuna a todas las comunicaciones y requerimientos que sean formulados por el Fondo, durante la prestación del servicio de salud.
10. Asumir el pago de todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana.
11. Asumir el pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones de carácter laboral del personal que contrate para la ejecución del contrato, lo mismo que el pago de honorarios, los impuestos, transporte, gravámenes, aportes, parafiscales y servicios de cualquier género que establezcan las leyes colombianas y demás erogaciones necesarias para la ejecución del contrato.
12. Asumir por cuenta y riesgo, los gastos en que deba incurrir para garantizar la correcta ejecución del contrato, en los casos en que se presenten deficiencias en el desarrollo por estimación defectuosa o demoras en la prestación del servicio integral de salir, por causa del personal contratado o subcontratado.
13. Informar oportunamente a la Entidad sobre cualquier irregularidad que se presente en la ejecución contractual
14. Obrar con buena fe, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse durante la ejecución del contrato.
15. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho.
16. Cumplir el Código de Ética y de Buen Gobierno de la Entidad y aplicar el contenido de los mismos en la ejecución del contrato.
17. Acatar las directrices dadas por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
18. Realizar el proceso de empalme al terminar el contrato, disponiendo de mínimo quince (15) días posteriores al vencimiento del plazo.
19. Guardar confidencialidad de la totalidad de la información que el Fondo con fundamento en las obligaciones que se asuman en virtud del contrato.

ESPECÍFICAS

1. Adaptar el modelo de atención, definido por el Fondo a las necesidades y características del territorio en el que se encuentren los usuarios conforme la categorización de urbano, alta ruralidad y disperso, así como a las características diferenciales de la población a la que pertenezcan los afiliados y beneficiarios del Fondo.
2. Aportar copia del contrato suscrito con el Call Center firmado por los representantes legales de las cuatro regionales dentro de los diez (10) días posteriores al inicio del contrato, fecha en la cual deberá estar en funcionamiento, una vez suscrito el contrato.
3. Caracterizar a cada usuario del Fondo mediante la aplicación de la ficha familiar, para identificar y priorizar su riesgo individual.
4. Identificar y priorizar las zonas según las características del territorio y de las poblaciones para la prestación de los servicios de salud.
5. Identificar y priorizar los grupos de riesgo de los usuarios del Fondo de acuerdo con el resultado de la caracterización.
6. Desarrollar proyectos de innovación conforme a la caracterización de usuarios del Fondo que mejoren los modelos de atención y prestación de servicios de salud.
7. Gestionar el riesgo técnico de salud de los usuarios mediante la articulación con el Fondo y las entidades territoriales.
8. Implementar las rutas integrales de atención en salud priorizadas por el Fondo conforme a los lineamientos descritos en los documentos de Modelo de Atención Integral del FPSFCN y RIAS desde el inicio del contrato.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

9. Garantizar la prestación de los servicios de salud definidos en el Plan de Beneficios según la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Garantizar la prestación de los servicios de salud reconocidos en el Plan de Atención Convencional, respetando lo pactado en todas las convenciones colectivas.
11. Garantizar la prestación de forma integral de los servicios de salud contemplados en todos sus niveles de complejidad.
12. Garantizar en los casos que se requiera la atención integral de pacientes en Programa de Atención Domiciliaria, Hospitalización en Casa según lo ordenado por el Médico Tratante y lo definido por el Fondo.
13. Garantizar durante todo el periodo de ejecución del contrato la red de instituciones prestadoras de servicios de salud principal (Componente Primario y Complementario) y alterna (Componente Primario y Complementario) ofertada y las capacidades disponibles para los usuarios del Fondo.
14. Garantizar la red de prestadores de servicios ofertada y una vez sea Habilitada por el Fondo deberá solicitar autorización previa para cualquier cambio de red al Fondo.
15. Realizar el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, por el equipo interdisciplinario definido en el presente documento, expidiendo los correspondientes certificados de discapacidad
16. Cumplir con los componentes del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud, en cuanto a instalaciones, auditorias, atención a los usuarios, capacitaciones para garantizar la provisión de los servicios de manera integral.
17. Garantizar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
18. Realizar los ajustes de red principal en sus Componentes Primario y Complementario una vez el Fondo valide el Estudio de Suficiencia de Red.
19. Realizar el cobro de cuotas moderadoras y copagos para los usuarios que no tengan Plan de Atención Convencional según los montos establecidos por el Fondo y realizar el reporte de información de acuerdo al Formato establecido y en la periodicidad definida.
20. Pagar oportunamente a las IPS los servicios contratados para la atención de los usuarios del Fondo. En caso de retardo injustificado el Fondo podrá girar directamente los recursos a las IPS con cargo a los recursos del contrato.
21. Pagar los servicios médicos de urgencias que le sean prestados a los afiliados y beneficiarios del Fondo cuando se encuentren por fuera de la regional.
22. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato, todo el personal idóneo y calificado de nivel directivo, profesional, técnico y de soporte administrativo y operativo que sea necesario para el óptimo desarrollo del mismo.
23. Documentar ante el Fondo las actividades administrativas del talento humano, en la que se incluyan: perfiles, roles, responsabilidades, procesos de selección, inducción general y específica, reinducción, capacitación continua de todo su personal cuando sea requerido por el Fondo.
24. Reportar al Fondo la información requerida por los sistemas de información en los tiempos y formas exigidos por entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, entes territoriales.
25. Entregar toda la información en medio digital y física que se desprenda de los servicios prestados y las actividades desarrolladas al Fondo en los tiempos que la entidad requiera.
26. Manejar la historia clínica de los pacientes de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1981 y el Decreto 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan y garantizar al FONDO el acceso a las mismas durante la ejecución del contrato y al finalizar el mismo entregarla con sus anexos según las condiciones que defina el Fondo.
27. Permitir el acceso a las personas que determine el Fondo a la información y la infraestructura para la supervisión, auditoría o interventoría en la prestación de los servicios.
28. Cumplir con la elaboración, envío y entrega de todos los reportes requeridos por el Fondo en cumplimiento de sus funciones y obligaciones y las adicionales que se presenten durante la ejecución del contrato.
29. Presentar en los primeros cinco (5) días de cada mes el informe de afiliados fallecidos durante el periodo inmediatamente anterior a la fecha del reporte.
30. Garantizar la disponibilidad de la línea de atención e información a usuarios y autorización de urgencias 24 horas del Plan de Beneficios y establecer un mecanismo de enlace para coordinar las urgencias de los usuarios a nivel nacional.
31. Realizar los reportes de la información de la Cuenta de Alto Costo conforme a lo definido en la normatividad vigente, cargando en las plataformas establecidas los soportes de las atenciones realizadas y soportar las auditorias técnicas que realicen la Cuenta de Alto Costo y Entes de Control.
32. Llevar registro independiente de las actividades realizadas, medicamentos e insumos suministrados a los usuarios

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

que corresponden al Plan de Beneficios y al Plan de Atención Convencional.

33. Facturar al FONDO, dentro de los tiempos y condiciones establecidos en el presente contrato, bajo las exigencias fijadas. Para tal efecto junto con la respectiva factura mensual, EL CONTRATISTA, se compromete a certificar, a través de su representante legal y el revisor fiscal, el estado de cumplimiento y pago de las obligaciones contraídas con sus subcontratistas y demás proveedores vinculados a la prestación de los servicios integrales de salud.

34. Disponer las áreas físicas, personal y demás recursos necesarios para la recepción, manejo y custodia de la totalidad de las historias que se encuentran en medio físico entregadas en el proceso de empalme

35. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Facturas de Urgencias por servicios prestados por IPS fuera de la red según lo definido en el Procedimiento establecido por el Fondo.

36. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Reembolsos a Usuarios por atenciones no prestadas oportunamente por el Contratista según lo definido en el Procedimiento establecido por el Fondo.

37. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Recobros por Servicios y Tecnologías No Cubiertas en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC según lo definido en la normatividad vigente y el Procedimiento establecido por el Fondo.

38. Dar cumplimiento a la entrega de servicios y tecnologías de salud y otros ordenados por fallos de tutela al Fondo según el Procedimiento establecido por el Fondo.

39. Entregar copia de la historia clínica, cuando sea solicitada por el usuario o su representante legal, sin que esto genere ningún costo adicional para el mismo.

40. Todas las demás obligaciones que el supervisor y el auditor o interventor impartan para la correcta ejecución del contrato o que emanen de la ley debido a la naturaleza del servicio que se presta.

41. Recepción, trámite y autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos

42. Definir la obligatoriedad del contratista de asumir el pago de la totalidad de obligaciones que por concepto de urgencias y otras prestaciones de servicios de salud sean radicadas en el Fondo posterior a la liquidación del contrato, generadas por servicios prestados durante la vigencia del contrato, aplicando el procedimiento de auditoria de facturas de servicios de salud establecido.

43. Enviar un consolidado dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Oficina de Atención al Ciudadano del Fondo en la ciudad de Bogotá de las PQRSD y tutelas que reciba por parte de los usuarios en cada uno de sus puntos de atención.

44. Remitir informe dentro de los cinco primeros días de cada mes con el consolidado de las PQRSD y tutelas, recibidas en la IPS por los diferentes canales de atención dispuestos para este fin; que debe contener un análisis donde se identifiquen las cinco primeras causas por las que los ciudadanos presentan PQRSD y tutelas.

45. Permitir el acceso y suministrar toda la información relacionada con la ejecución del presente contrato, a los designados para realizar auditoria/interventoría y supervisión del mismo, en todos los ámbitos.

46. Garantizar el acceso a las instalaciones de la red propia y contratada de los designados por el Fondo sin ningún tipo de restricciones.

3.2. OBLIGACIONES DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA:

EL FONDO se obliga para con **EL CONTRATISTA** a:

1. Realizar acciones de vigilancia a la prestación de los servicios objeto de la presente contratación.

2. Realizar monitoreo, evaluación y retroalimentación de los casos atendidos por el prestador.

3. Hacer seguimiento de acciones de promoción y mantenimiento. por entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social y entes territoriales en los tiempos que requieran dichos entes, se deberá entregar una copia de cada uno de los reportes enviados al Fondo.

4. Supervisar que el servicio prestado por el contratista cumpla con todos los requerimientos establecidos.

5. Definir los procedimientos de calidad, indicadores de gestión y las reglas para la evaluación de desempeño.

6. Efectuar a través del funcionario designado para ejercer la Supervisión y el auditor o interventor del contrato, la verificación del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación, SENA e ICBF), como requisito previo para el desembolso del pago y liquidación del contrato.

7. Informar al contratista los procedimientos de calidad, indicadores de gestión y las reglas de evaluación de desempeño.

8. Realizar evaluación de desempeño sobre la prestación del servicio integral de salud.

9. Dar aplicación al modelo de gestión, procedimientos de calidad y auditoría médica, indicadores de gestión y las reglas para la evaluación de desempeño.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

10. Cancelar el valor del contrato en los términos y plazos establecidos en el presente documento.
11. Cumplir con las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte integral.
12. Suministrar toda la información y colaboración requerida para el desarrollo del objeto contractual.
13. Suscribir las actas y documentos que se requieran en virtud del presente contrato.
14. Expedir el certificado de Registro Presupuestal del contrato.
15. Aprobar la garantía única que en debida forma constituya EL CONTRATISTA.
16. Suministrar al CONTRATISTA la información requerida para el desarrollo del objeto contractual.
17. Cumplir con las demás obligaciones que sean necesarias e inherentes para lograr el adecuado desarrollo y cumplimiento del objeto del presente contrato.

4. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del contrato será contado a partir de la suscripción del acta de inicio y hasta el 31 de julio de 2022, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

La vigencia del contrato será desde su perfeccionamiento y hasta los seis (6) meses siguientes a la finalización del plazo de ejecución.

5. LUGAR DE EJECUCIÓN / SITIO DE ENTREGA

El lugar de ejecución del contrato será en el territorio nacional donde se encuentren ubicados los usuarios y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

6. CONTRATO A CELEBRAR

Compraventa [ ], Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión [ ],

Suministro [ ], arrendamiento [ ], Comodato [ ], Obra [ ], Contrato Interadministrativo [ ],

Convenio Interadministrativo [ ], Otro [X] indique cual: Contrato de Prestación de Servicios de Salud.

JUSTIFICACIÓN:

El presente proceso de selección y el contrato que se llegue a celebrar se regirán por la Ley Colombiana y en especial, por las normas contenidas en la Constitución Política de Colombia, en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1882 de 2018 y sus Decretos Reglamentarios, la legislación tributaria, las Resoluciones internas de la Entidad y demás normas que las modifiquen o adicionen, así como por los documentos que conforman el presente proceso, el pliego de condiciones, sus anexos, formatos, adendas y demás documentos que sobre la materia se expidan durante el desarrollo del proceso de selección, y en lo que no esté particularmente regulado en ellas, o en este documento, por las normas legales comerciales y civiles vigentes que sean pertinentes.

El Artículo 4 del Decreto No. 1591 del 18 de julio de 1989 establece que "*los servicios que le corresponda atender al Fondo deberán prestarse a través de contratos celebrados con terceros. En consecuencia, la planta de personal que adopte será la estrictamente necesaria para el cumplimiento de sus funciones administrativas y las derivadas del proceso de contratación*".

En cumplimiento de lo anterior, el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, requiere contratar los servicios de personas jurídicas, para realizar las actividades anteriormente mencionadas relacionadas con la prestación del servicio integral de salud a los usuarios y beneficiarios del Fondo, de conformidad con los anexos técnicos, estructura y calidad establecida y los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás entidades encargadas de vigilar la prestación de dicho servicio.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Consecuentemente se hace necesario adelantar todos los trámites precontractuales y contractuales que conlleven a la suscripción de un contrato de prestación de servicios de salud con una persona natural o jurídica que proporcione el servicio requerido de acuerdo con las obligaciones y especificaciones técnicas ya enunciadas.

Aunado a lo anterior, la Entidad ha previsto convocar a un proceso de selección, tal como lo establece el literal c del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, mediante la modalidad de SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Teniendo en cuenta el objeto de la contratación y la cuantía con la que dispone el Fondo, garantizando a través de esta modalidad, la escogencia de la oferta más favorable de conformidad con los parámetros legales definidos para tal efecto.

De acuerdo con la Ley Colombiana, las normas actualmente vigentes se presumen conocidas por todos los PROPONENTES que participen en el presente proceso de selección.

7. FORMA DE PAGO

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia pagará mediante la modalidad de pago global prospectivo por la totalidad de los servicios de atención que requieren los afiliados al Fondo, se realizarán pagos mensuales vencidos así:

PROYECCIÓN MENSUAL				
REGIONAL	**PGP MES OCTUBRE – DICIEMBRE 2020**	**PGP MES ENERO – DICIEMBRE 2021**	**PGP MES ENERO – JULIO 2022**	**VARIABLE MES**
MAGDALENA	$5.555.861.716	$5.767.231.620	$5.981.338.846	$462.034.432
PACIFICO	$3.800.935.934	$3.945.548.225	$4.092.029.595	$316.172.108
CENTRAL	$3.040.692.860	$3.156.433.793	$3.273.676.286	$252.959.844
ANTIOQUIA – SANTANDER	$1.773.648.323	$1.841.207.113	$1.909.648.429	$147.557.059
Total general	**$14.171.138.833**	**$14.710.420.751**	**$15.256.693.155**	**$1.178.723.442**

NOTA 1: Esta modalidad de pago genera un fuerte impacto al realizar acciones de promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad, genera también un fuerte incentivo para gestionar el riesgo técnico de morbilidad evitable (mejorando la coordinación, la continuidad y la integralidad de la atención, y realizando acciones de prevención secundaria y terciaria) y el riesgo técnico de utilización (reduciendo la variabilidad en las conductas médicas).

NOTA 2: Los pagos mensuales se someterán a una auditoría – interventoría técnica para determinar el grado de cumplimiento de matrices de cumplimiento de PYP, oportunidad en la atención y demás medidas de evaluación que determine el contratante en la ejecución del contrato. Con el informe del auditor o interventor se procederá a realizar las glosas, descuentos, retenciones o deducciones en el mes siguiente. Para lo anterior el contratista suministrará toda la información, datos, registros o demás requerimientos necesarios para realizar dichas auditorias o interventorías. Es deber del contratista entregar toda la información de forma oportuna.

NOTA 3: En los pagos correspondientes a diciembre de 2020, diciembre de 2021 y el último pago de la vigencia 2022, se realizarán retenciones según el promedio de las glosas, descuentos o deducciones hasta que el Fondo verifique el informe de ejecución del contrato y se descontarán en el mismo mes. El valor promedio que se le retendrá al Contratista será el valor de las glosas u objeciones notificadas en forma oportuna y con apego a la Ley o lo estipulado en el contrato.

NOTA 4: El pago mensual está dado para la prestación de servicios de baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad, alto costo, acciones dentro del PAC y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todas las acciones anteriormente mencionadas se pagarán por regional según el valor mensual por vigencia que se define en la tabla anterior.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

NOTA 5: Se verificará la cantidad de usuarios del fondo y las frecuencias de uso pactadas, si varía la cantidad de usuarios esta automáticamente se ajustará en el pago mensual, esta verificación se realizará durante toda la ejecución del contrato. Se verificará cada cuatro (4) meses durante un periodo de un (1) año las frecuencias de uso y el número de eventos inicialmente dados en el anexo No "FRECUENCIAS DE USO", si estos varían por encima del diez por ciento (10%), el Fondo entrará revisar lo indicado por el contratista y reajustará la fórmula de pago, únicamente se dará lo anterior si se determina que la frecuencia de uso aumentó solo por la severidad de las patologías, para tal caso el contratista deberá aportar toda la información requerida por el contratante para que pueda realizar el estudio y hacer los ajustes necesarios. El ajuste por severidad en la patología nunca podrá ser superior al ocho (8%) del valor mensual. Pasado un año no se volverán a ajustar las frecuencias de uso.

NOTA 6: Los valores establecidos en el cuadro para cada regional corresponde al monto máximo mensual que se podrá pagar por la prestación se servicios de salud respecto de los tres conceptos, PBS, PAC y PYP, los cuales no podrán exceder en ningún evento.

NOTA 7: El valor por región que el proponente seleccionado oferte como descuento en la propuesta económica se sumará al valor variable por región, este valor será utilizado para el pago de acuerdo con la NOTA 5.

8. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE LA SOPORTAN

8.1. MODALIDAD DE SELECCIÓN

De conformidad con la Ley 1150 de 2007, las modalidades de selección son:

1. Licitación Pública _____
2. Selección Abreviada ___X__
3. Concurso de Méritos _____
4. Contratación Directa _____
5. Contratación de Mínima Cuantía _____

8.2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Dando cumplimiento a la normatividad vigente en materia de contratación estatal, el presente proceso de selección se realizará bajo la modalidad de SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Teniendo en cuenta que el objeto del presente proceso de selección es GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO, el presente proceso se enmarca en lo señalado en el literal c del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 el cual establece:

> *"(…) ARTÍCULO 2. DE LAS MODALIDADES DE SELECCIÓN. La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa, con base en las siguientes reglas:*
>
> *"(…) 2. Selección abreviada. La Selección abreviada corresponde a la modalidad de selección objetiva prevista para aquellos casos en que, por las características del objeto a contratar, las circunstancias de la contratación o la cuantía o destinación del bien, obra o servicio, puedan adelantarse procesos simplificados para garantizar la eficiencia de la gestión contractual.*
>
> *(…) Serán causales de selección abreviada las siguientes:*

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

(…) c) Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 1122 de 2007, la celebración de contratos para la prestación de servicios de salud (…)"

Así mismo, el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015, establece como otro proceso de selección abreviada, los contratos de prestación de servicios de salud así: *"La Entidad Estatal que requiera la prestación de servicios de salud debe utilizar el procedimiento de selección abreviada de menor cuantía. Las personas naturales o jurídicas que presten estos servicios deben estar inscritas en el registro que para el efecto lleve el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces".*

De conformidad con el artículo 2.2.1.1.2.2.2 del Decreto 1082 de 2015, para determinar la oferta más favorable para el presente proceso de selección, se tendrá en cuenta la ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o fórmulas, descritos en el pliego de condiciones correspondiente a la PONDERACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

9. ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÒMICO Y DE LOS OFERENTES

Ver Anexo – Análisis del Sector.

10. VALOR ESTIMADO, JUSTIFICACIÓN Y COSTO ASOCIADO A LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

El valor que se estima para la ejecución de los contratos es de **TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS ($351.767.233.314) M/CTE,** incluidos todos los gastos directos, indirectos e impuestos en que deba incurrir el Contratista para el cumplimiento del contrato. El Fondo no contratará por un valor superior al establecido en este Presupuesto Oficial para cada regional.

El valor total del presupuesto por regional es el siguiente:

VALOR PRESUPUESTO OFICIAL TOTAL (POS, PAC, PYP)						
REGIONAL	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**	**AÑO 2021**	**ENERO A JULIO 2022**	**VARIABLE**	**TOTAL CONTRATO**	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**
MAGDALENA	$16.667.585.148	$69.206.779.439	$41.869.371.920	$10.164.757.497	**$137.908.494.003**	$16.667.585.148
PACIFICO	$11.402.807.801	$47.346.578.698	$28.644.207.163	$6.955.786.365	**$94.349.380.027**	$11.402.807.801
CENTRAL	$9.122.078.581	$37.877.205.518	$22.915.734.002	$5.565.116.559	**$75.480.134.661**	$9.122.078.581
ANTIOQUIA-SANTANDER	$5.320.944.970	$22.094.485.353	$13.367.539.003	$3.246.255.297	**$44.029.224.623**	$5.320.944.970
Total general	**$42.513.416.500**	**$176.525.049.008**	**$106.796.852.087**	**$25.931.915.719**	**$351.767.233.314**	**$42.513.416.500**

De las diferentes modalidades de contratación el Fondo determinó la modalidad de "PAGO GLOBAL PROSPECTIVO "- PGP, por las prerrogativas que se mencionan a continuación:

- Incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud.
- Eficiencia en el uso racional de la capacidad instalada del prestador.
- Favorece la sostenibilidad financiera de las aseguradoras al tener un mayor control sobre su estructura de costos.
- Mejora la liquidez de los prestadores al realizarse un pago prospectivo
- Se reducen el número de autorizaciones de servicio para los usuarios.

El Fondo establece el monto para la atención del Plan de Beneficios en Salud (PBS) por regional y total:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

PROYECCION PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD POR REGIONAL						
REGIONAL	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**	**AÑO 2021**	**ENERO A JULIO 2022**	**VARIABLE**	**TOTAL CONTRATO**	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**
MAGDALENA	$8.163.252.944	$34.000.849.849	$20.637.743.024	$5.024.147.665	**$67.825.993.482**	$8.163.252.944
PACIFICO	$5.569.392.387	$23.197.134.235	$14.080.133.213	$3.427.732.787	**$46.274.392.622**	$5.569.392.387
CENTRAL	$4.477.191.050	$18.647.995.069	$11.318.909.141	$2.755.527.621	**$37.199.622.881**	$4.477.191.050
ANTIOQUIA – SANTANDER	$2.635.208.086	$10.975.932.645	$6.662.141.634	$1.621.862.589	**$21.895.144.955**	$2.635.208.086
Total General	**$20.845.044.467**	**$86.821.911.799**	**$52.698.927.012**	**$12.829.270.662**	**$173.195.153.940**	**$20.845.044.467**

El monto para el Plan de Atención Convencional (PAC) por regional y total corresponde a:

PROYECCION PLAN ATENCION CONVENCIONAL POR REGIONAL						
REGIONAL	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**	**AÑO 2021**	**ENERO A JULIO 2022**	**VARIABLE**	**TOTAL CONTRATO**	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**
MAGDALENA	$8.410.711.260	$34.832.436.903	$21.014.474.731	$5.140.609.832	**$69.398.232.726**	$8.410.711.260
PACIFICO	$5.772.357.936	$23.905.860.917	$14.422.450.879	$3.528.053.579	**$47.628.723.310**	$5.772.357.936
CENTRAL	$4.596.855.645	$19.037.591.381	$11.485.414.706	$2.809.588.939	**$37.929.450.672**	$4.596.855.645
ANTIOQUIA-SANTANDER	$2.657.719.315	$11.006.779.031	$6.640.410.503	$1.624.392.708	**$21.929.301.556**	$2.657.719.315
Total general	**$21.437.644.156**	**$88.782.668.231**	**$79.185.246.207**	**$13.102.645.057**	**$176.885.708.264**	**$21.437.644.156**

El valor a contratar para Promoción y Prevención (PyP) será el siguiente por regional y total:

PROYECCION ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION POR REGIONAL						
REGIONAL	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**	**AÑO 2021**	**ENERO A JULIO 2022**	**VARIABLE**	**TOTAL CONTRATO**	**OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020**
MAGDALENA	$93.620.944	$373.492.687	$217.154.164	0	**$684.267.795**	$93.620.944
PACIFICO	$61.057.478	$243.583.546	$141.623.071	0	**$446.264.095**	$61.057.478
CENTRAL	$48.031.886	$191.619.067	$111.410.155	0	**$351.061.108**	$48.031.886
ANTIOQUIA-SANTANDER	$28.017.569	$111.773.677	$64.986.866	0	**$204.778.112**	$28.017.569
Total general	**$230.727.877**	**$920.468.977**	**$535.174.256**	**0**	**$1.686.371.110**	**$230.727.877**

NOTA: La columna correspondiente a VARIABLE es un monto que será empleado para ser pagado al contratista en el evento en que se presente aumento de la severidad de las patologías (incidencia y severidad), previendo la entidad que es posible durante la ejecución de los contratos un aumento del riesgo primario en salud en ca-da una de las regionales. El monto de la VARIABLE corresponde a la diferencia presentada al realizar el cálculo de las frecuencias de uso y tarifarios versus el ingreso estimado por el Fondo de acuerdo a la proyección realizada entre la población, valores aprobados por UPC establecidos en la Resolución 3513 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y recursos aprobados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para las prestaciones del plan de atención convencional, el cual se calculó para cada regional. Durante la ejecución del contrato, a través de los informes de auditoría/interventoría se obtendrán los datos que den cuenta del aumento de las frecuencias de uso por grupo de servicio, lo que implicará costos por encima del valor fijo mensual señalado en el cuadro PROYECCIÓN MENSUAL para cada una de las regionales y que se pagará con los recursos indicados en esta columna de VARIABLE para cada regional. Esta verificación se realizará durante toda la ejecución del contrato teniendo en cuenta lo establecido en la forma de pago.

Para amparar el presente proceso de contratación, la Entidad cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 40120 del 20 de agosto de 2020 y la autorización de vigencias futuras No. 26920 del 29 de julio de 2020

.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11. JUSTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

11.1. REQUISITOS HABILITANTES

Conforme a lo establecido en numeral 1 del artículo 5 de la ley 1150 de 2007 los requisitos habilitantes serán objeto de verificación de cumplimiento bajo un esquema de CUMPLE Y NO CUMPLE.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007 se establecieron como requisitos habilitantes la capacidad jurídica, financiera, operacional, técnica y las condiciones de experiencia mínimos que aquí se establecen.

Los requisitos habilitantes se VERIFICARÁN entregando el siguiente resultado:

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES			
1	Capacidad Jurídica	Verificable	HABILITA
2	Capacidad Financiera	Verificable	HABILITA
3	Capacidad Organizacional	Verificable	HABILITA
3	Condiciones de Experiencia	Verificable	HABILITA
4	Capacidad Técnica	Verificable	HABILITA
		RESULTADO CUMPLE / NO CUMPLE	

La Entidad podrá verificar integralmente la autenticidad, exactitud y coherencia de la totalidad de la información aportada por el proponente, pudiendo acudir para ello a las fuentes, personas, empresas, Entidades Estatales o aquellos medios que considere necesarios para el cumplimiento de dicha verificación.

En caso de faltar alguno de los requisitos habilitantes, estos deberán ser entregados por los proponentes hasta el término de traslado del informe de evaluación señalado en el cronograma del presente proceso de selección para la contratación de servicios de salud.

Serán rechazadas las ofertas de aquellos proponentes que no suministren la información y la documentación solicitada por la entidad estatal hasta el plazo anteriormente señalado.

Durante el término otorgado para subsanar las ofertas, los proponentes no podrán acreditar circunstancias ocurridas con posterioridad al cierre del proceso.

En caso de requerirse aclaraciones sobre los documentos que conforman la propuesta, la Entidad requerirá al proponente y le fijará el plazo dentro del cual deba presentarlas. En el caso de no entregar las aclaraciones dentro del plazo establecido, la oferta será rechazada.

El análisis de los documentos solicitados, no dan derecho a la asignación de puntaje, pero estos conducirán a determinar si el oferente es hábil o no para participar en la convocatoria pública, por lo tanto, el proponente debe acompañar su propuesta con los siguientes documentos:

11.1.1. CAPACIDAD JURÍDICA

La exigencia de la capacidad jurídica del proponente tiene por objeto determinar si las propuestas presentadas dentro del proceso de selección se ajustan a los requerimientos legales que de acuerdo con la naturaleza del contrato deben cumplirse, esto es, la aptitud del proponente de ser titular de derechos y obligaciones y por tanto, de ejercer o exigir los primeros y contraer los segundos en forma personal o a través de su representante legal o apoderado, así como no estar incurso en causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés que le impidan celebrar el contrato:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Este documento deberá ser firmado por el proponente si es persona natural, por el Representante Legal del proponente de la persona jurídica o por el Representante designado en el documento de constitución, si se trata de proponente plural.

El proponente, deberá presentar este documento de acuerdo con el modelo suministrado por la Entidad, podrá transcribirlo u obtenerlo en medio magnético. En cualquier caso, la carta que presente, deberá incluir todas las manifestaciones requeridas por la Entidad.

Quien suscriba la carta de presentación de la propuesta deberá:

- En caso de persona natural, tener capacidad de ejercicio o actuar por intermedio de apoderado.
- En caso de personas jurídicas, tener la calidad de representante legal o apoderado del proponente, con facultad expresa de actuar en nombre y representación del mismo. En este último caso, la facultad de representación debe comprender las de presentar la propuesta, celebrar el contrato (en caso de resultar adjudicatario) y liquidarlo. Además, deberán presentarse cuando sea necesario, las autorizaciones que determine la Ley o los estatutos.

En caso de ser consorcio o unión temporal: Tener la calidad de representante del consorcio o unión temporal, con facultad expresa de actuar en nombre y representación del mismo. Tal facultad de representación debe comprender la de presentar la propuesta, celebrar el contrato (en caso de resultar adjudicatarios) y liquidarlo.

11.1.1.2. ACREDITACIÓN DE LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Los proponentes deberán acreditar su existencia legal mediante los siguientes documentos:

Certificado expedido de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendarios anteriores a la fecha de cierre del proceso, en caso de prórroga del plazo de la presente selección, este certificado tendrá validez con la primera fecha de cierre. Así mismo, deben acreditar la renovación de la matrícula mercantil del año 2020.

El objeto social del oferente debe permitir la actividad, gestión y operación que se solicita en este proceso de contratación y en el contrato que de él se derive.

Así mismo, para contratar la persona jurídica oferente deberá demostrar que su duración no es inferior a la duración del contrato y cinco (05) años más contados a partir de la fecha de liquidación del mismo.

De igual manera, deberá aportar autorización expresa para contratar del órgano social competente, cuando a ello hubiere lugar. El documento de autorización deberá presentarse debidamente suscrito y expedido con anterioridad a la presentación de la propuesta.

En el evento en que en el certificado mencionado no se indiquen las facultades del representante legal o la duración de la sociedad, el proponente deberá presentar el extracto de los estatutos sociales en donde se indiquen las mismas, con el fin de verificar, directamente por parte de la Entidad, estos aspectos.

Cuando el proponente sea persona jurídica sin ánimo de lucro, deberá presentar junto con su propuesta los Estatutos de constitución con sus correspondientes reformas vigentes. Lo anterior, en caso de ser necesario para verificar información que no se pueda constatar con el certificado de existencia y representación legal.

En caso de presentarse la oferta en Consorcio o Unión Temporal, estos documentos deben ser presentados en forma individual por cada uno de los integrantes, los cuales deben cumplir con todos los requisitos aquí enunciados.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.1.3. CERTIFICACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

De conformidad con lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y en concordancia con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el proponente junto con la presentación de su oferta debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, que comprende el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, así como los propios del Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF y las Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda.

Para lo cual, el proponente persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal, con personal vinculado laboralmente debe adjuntar con su propuesta, una certificación en la cual se acredite el pago de los aportes realizados durante por lo menos los seis (6) meses anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso de selección.

En el caso de personas jurídicas, dicha certificación debe venir suscrita por el revisor fiscal de la sociedad, si el proponente de acuerdo con la Ley lo requiere, o en caso contrario la certificación debe venir suscrita por el representante legal de la sociedad proponente.

En el caso de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus integrantes cuando los mismos sean personas jurídicas constituidas en Colombia, deberán presentar en forma independiente dicha certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal respectivo y según corresponda.

El revisor fiscal debe figurar inscrito en el certificado de existencia de representación legal expedido por la Cámara de Comercio.

La Entidad se reserva el derecho de verificar la información certificada por el revisor fiscal o representante legal, según sea el caso, haciendo las respectivas consultas ante las instancias competentes con el fin de establecer si el proponente se encuentra al día con las obligaciones derivadas del sistema de seguridad social y demás aportes a que hubiere lugar.

Si el proponente no tiene más de seis (6) meses de constituido, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución.

Se verificará únicamente la acreditación del respectivo pago a la fecha de presentación de la propuesta, sin perjuicio de los efectos generados ante las entidades recaudadoras por el no pago dentro de las fechas establecidas en las normas vigentes. Para el cumplimiento del aporte en salud, éste se deberá hacer de conformidad con lo establecido en el Decreto 2236 de 1999 y las demás normas que lo regulen.

En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, el proponente deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

En caso de que el proponente no tenga empleados a su cargo, o por cualquier motivo no esté obligado al pago de aportes de seguridad social y parafiscal, así deberá manifestarlo.

11.1.1.4. DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL

Si la oferta es presentada por un Consorcio o una Unión Temporal, se deberá aportar el documento de constitución suscrito por sus integrantes, el cual deberá expresar claramente su conformación, las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos y su responsabilidad, de tal manera que se demuestre el estricto cumplimiento a lo establecido en el artículo 7o. de la ley 80 de 1993. La entidad suministrará un modelo que servirá como guía para la elaboración del documento, el cual deberá contener como mínimo:

- Indicar en forma expresa si su participación es a título de consorcio o unión temporal.
- Identificar a cada uno de sus integrantes: Nombre o razón social, tipo y número del documento de identidad y domicilio.
- Designar la persona, que para todos los efectos, representará el consorcio o la unión temporal. Deberán constar su identificación y las facultades de representación, entre ellas, la de presentar la propuesta correspondiente al proceso

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

de selección y las de celebrar, modificar y liquidar el contrato en caso de resultar adjudicatario, así como la de suscribir la totalidad de los documentos contractuales que resulten necesarios.

- Señalar las reglas básicas que regulen las relaciones entre los miembros del consorcio o la unión temporal y sus respectivas responsabilidades, su participación en la propuesta y en la ejecución del contrato de cada uno de los integrantes de la forma asociativa.
- Señalar en forma clara y precisa, en el caso de la UNIÓN TEMPORAL, los términos y extensión de la participación en la propuesta y en su ejecución y las obligaciones y responsabilidades de cada uno en la ejecución del contrato, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo de la Entidad.
- Señalar la duración del Consorcio o Unión Temporal, la cual no podrá ser inferior a la del plazo de ejecución y liquidación del contrato y cinco (5) años más.

En atención a lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997, los integrantes del Consorcio o Unión Temporal en el documento de constitución y para efectos del pago, en relación con la facturación deben manifestar:

- Si la va a efectuar en representación del consorcio o la unión temporal uno de sus integrantes, caso en el cual debe informar el número del NIT de quien factura.
- Si la facturación la van a presentar en forma separada cada uno de los integrantes del consorcio o la unión temporal, caso en el cual deben informar el número de NIT de cada uno de ellos y la participación de cada uno en el valor del contrato.
- Si la va realizar el consorcio o unión temporal con su propio NIT, caso en el cual se debe indicar el número. Además, se debe señalar el porcentaje o valor del contrato que corresponda a cada uno de los integrantes, el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos.

La Entidad NO acepta propuestas bajo la modalidad de promesa de conformación de Consorcios o Uniones Temporales.

Conforme a lo establecido en el artículo 9 de la ley 80 de 1993 una vez celebrado el contrato no podrá haber cesión del mismo entre los miembros que integren el consorcio. Cuando se trate de cesión a terceros, se requerirá de la autorización previa, expresa y escrita de la Entidad.

11.1.1.5. COMPROMISO DE TRANSPARENCIA.

El proponente deberá aportar con su propuesta, el Formato (Compromiso de Transparencia), debidamente diligenciado.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser, además, suscrita por cada uno de los integrantes que lo conforman.

11.1.1.6. ANTECEDENTES FISCALES, DISCIPLINARIOS, JUDICIALES Y RNMC.

- **VERIFICACIÓN DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES.**

El proponente deberá aportar copia del certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República no mayor a 30 días, sin perjuicio de que el Fondo realice la verificación directamente, del proponente persona natural, del representante legal y la persona jurídica del proponente persona jurídica y cada uno de sus integrantes cuando el mismo sea un consorcio o una unión temporal.

Lo anterior, en cumplimiento del artículo 60 de la Ley 610 de 2000, por medio del cual se establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías, que exige como requisito indispensable para nombrar, dar posesión o celebrar cualquier tipo de contrato con el Estado, verificar que la correspondiente persona, no se encuentra reportada en el boletín de responsables fiscales que publica la Contraloría General de la República,

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- **VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE SANCIONES Y CAUSAS DE INHABILIDAD (SIRI) DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.**

El proponente deberá aportar copia del certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación no mayor a 30 días, sin perjuicio de que el Fondo realice la verificación directamente, del proponente persona natural, del representante legal y la persona jurídica del proponente persona jurídica y cada uno de sus integrantes cuando el mismo sea un consorcio o una unión temporal.

Es requisito indispensable para la presentación de la propuesta que la persona jurídica y su representante legal, o la persona natural o los miembros del proponente plural y sus representantes que participen en el proceso de selección no se encuentren reportados en el SIRI, de conformidad con lo previsto en el artículo 1 de la Ley 1238 de 2008.

- **VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES JUDICIALES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – POLICÍA NACIONAL.**

De conformidad con lo previsto en el artículo 94 del Decreto Ley 0019 de 2012 y con el fin de verificar los antecedentes judiciales del proponente (representante legal de persona jurídica o consorcio o unión temporal), se deberá aportar copia del certificado de antecedentes judiciales expedidos por la Policía Nacional no mayor a 30 días, sin perjuicio de que el Fondo realice la verificación directamente del proponente persona natural o su representante legal o cada uno de los miembros del proponente plural.

- **CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC**

Es requisito indispensable para la presentación de la propuesta que la persona jurídica y su representante legal, o la persona natural o los miembros del proponente plural que participen en el proceso de selección no se encuentren reportados en el RNMC. Para lo cual se deberá anexar certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas que para el efecto lleva la Policía Nacional, correspondiente a la persona natural oferente o al representante legal de la persona jurídica, con una fecha no mayor a 30 días, contados desde la presentación de la propuesta.

11.1.1.7. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.3.1.2 del Decreto 1082 de 2015, los proponentes podrán otorgar como mecanismos de cobertura del riesgo cualquiera de las garantías establecidas por la citada norma, siempre y cuando se cumplan los requisitos señalados para cada una de ellas en la mencionada reglamentación y la respectiva garantía además cumpla con la información mínima requerida en el presente numeral.

En el evento en que el proponente opte por constituir una póliza de seguros ésta deberá cumplir con los requisitos del presente numeral y deberá ser expedida por una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, así mismo, el costo de la prima de la garantía será por cuenta del proponente.

La garantía debe ser tomada a nombre del proponente, persona jurídica o de la razón social que figura en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o su equivalente, sin utilizar sigla, a no ser que el certificado de la Cámara de Comercio o su equivalente establezca que la firma podrá identificarse con la sigla.

En el caso de proponentes plurales debe ser tomada a nombre del consorcio o unión temporal (indicando todos sus integrantes y el porcentaje de participación) y no a nombre de su representante. Los nombres deben señalarse de la misma forma como figuran en el certificado de existencia y representación legal, expedido por la autoridad competente, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.3.1.4 del Decreto 1082 de 2015.

La garantía deberá constituirse de la siguiente manera:

- **Valor de la garantía de seriedad de la oferta:** Diez por ciento (10%) del valor del presupuesto oficial estimado para la regional en la que se presenta.
- **Vigencia:** Ciento veinte (120) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre del proceso.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- **Constituirse a favor de:** FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA con NIT 800.112.806-2.
- Citarse claramente que se está garantizando la seriedad de la propuesta presentada para participar en el proceso. El texto de la garantía deberá indicar textualmente el número, año y objeto del proceso.
- Firmarse por la aseguradora y por el oferente.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 2.2.1.2.3.1.6 del Decreto 1082 de 2015, la garantía de seriedad de oferta deberá cubrir los siguientes eventos:

- La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta cuando el plazo para la Adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prórroga sea inferior a tres (3) meses.
- El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.
- La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
- La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

En el evento en que la Entidad amplíe la fecha de cierre del proceso de selección, el proponente deberá ampliar la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta de tal suerte que la vigencia de la misma cubra el plazo total establecido en este numeral.

La Garantía de seriedad, una vez seleccionado el contratista, podrá ser reclamada por los proponentes o sus representantes o apoderados en la siguiente forma:

- Por el seleccionado, una vez aprobada la garantía única que ampare el contrato suscrito.
- Los demás oferentes podrán reclamarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la adjudicación del proceso de selección en la Entidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1882 de 2018, el cual modifica el Parágrafo 1 y se incluyen los parágrafos 3, 4, y 5 del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, ***"La no entrega de la garantía de seriedad junto con la propuesta no será subsanable y será causal de rechazo de la misma".***

11.1.1.8. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES – RUP

En virtud de lo contemplado por el inciso segundo del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012, el Fondo no solicitará la presentación del registro único de proponentes – RUP.

Por lo anterior, la entidad procederá a verificar la capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera y organizacional de los proponentes, de conformidad con las especificaciones descritas en el presente documento.

11.1.1.9. CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El proponente persona natural o jurídica y cada uno de los integrantes del consorcio o la unión temporal, cuando el proponente sea plural, debe presentar certificación en la cual se acredite bajo la gravedad de juramento, no estar incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad ni conflicto de interés alguno, que le impida ser contratista del Estado y ejecutar el contrato que surja del presente proceso de selección, de conformidad con las previsiones de la Ley 80 de 1993, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas concordantes.

Para el cumplimiento del presente requisito la Entidad establecerá un Formato adjunto al Pliego de Condiciones.

11.1.1.10. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO – RUT

El proponente o los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, deberán presentar la copia del Registro Único Tributario – RUT expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia – DIAN, con fecha de expedición no mayor a un (1) año.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.1.11. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Se deberá anexar copia de la cédula de ciudadanía del proponente, persona natural, o del representante legal de la persona jurídica y en caso de consorcio o unión temporal cada uno de sus integrantes anexará copia de la cédula de ciudadanía de su representante legal respectivo.

11.1.1.12. CERTIFICACIÓN BANCARIA

Se deberá presentar certificación bancaria del proponente o de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses. Dicho documento deberá indicar el nombre del titular, el número y tipo de cuenta y el nombre de la entidad financiera.

11.1.1.13. HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DEL PROPONENTE

El proponente deberá allegar con la propuesta la Hoja de Vida de la Función Pública, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 190 de 1995, al establecer que: *"Todo aspirante a ocupar un cargo o un empleo público, o a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración deberá presentar ante la unidad de personal de la correspondiente entidad, o ante la dependencia que haga sus veces, el formato único de hojas de vida debidamente diligenciado en el cual consignará la información completa que en ella se solicita".*

11.1.1.14. MANIFESTACIÓN DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO O EFECTIVIDAD DE LAS GARANTÍAS

El proponente deberá relacionar en un documento, las multas y demás sanciones por incumplimiento que le hayan impuesto como contratista dentro de los últimos cinco (05) años, derivadas del incumplimiento de las obligaciones contenidas en el contrato respectivo, las cuales pueden haber sido impuestas directamente por la entidad contratante, ya sea pública o privada, así como los actos administrativos mediante los cuales se les haya hecho efectivas las garantías constituidas para respaldar los contratos.

En caso de consorcios o uniones temporales, todos y cada uno de los integrantes deberán presentar dicho documento.

11.1.2. CAPACIDAD FINANCIERA

El Fondo habilitará la capacidad financiera y patrimonial del proponente que asegure a la entidad la ejecución sin riesgos económicos del objeto a contratar, para lo cual debe cumplir con los siguientes rangos financieros.

Para que la propuesta sea admitida, se deben cumplir los indicadores aquí descritos, para lo cual aportarán los documentos que a continuación se relacionan:

- Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo con corte a 31 de diciembre de 2019 comparativo a 31 de diciembre de 2018 certificados, dictaminados y con las revelaciones a los estados financieros.
- Relación de estado de cuentas por cobrar a clientes por edades de vencimiento.
- Relación de pasivos de proveedores por edades de vencimiento.
- Certificación de obligaciones mercantiles de más de 360 días, suscrito por el Representante Legal y Revisor Fiscal si aplica.
- Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, en caso de modificación se deben reportar los cambios en 15 días hábiles al Fondo del Pasivo Social. Certificado de vigencia de inscripción y de antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores no mayor de 30 días.
- Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentarse los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

La fortaleza financiera del proponente se medirá de la siguiente manera:

11.1.2.1. PATRIMONIO

El Patrimonio reportado por el oferente en su Estado de Situación Financiera, se debe encontrar por encima del sesenta por ciento (60%) del valor que registra el Capital Social, según corresponda, de acuerdo con la naturaleza jurídica del proponente.

Para proponentes individuales, la fórmula aplicable será la siguiente:

Patrimonio Mínimo = Patrimonio x 100 / capital Social.

Para el caso de proponentes conjuntos, a fin de calcular el cumplimiento de este indicador, se sumarán las razones financieras de cada uno de los integrantes del proponente conjunto con la siguiente fórmula:

Patrimonio Mínimo = (Patrimonio total entidad. 1 + Patrimonio total entidad 2.+ ….+ Patrimonio total entidad N) x 100 / (Capital entidad 1 + Capital entidad 2+.....+ Capital entidad N .)

Ninguno de los miembros de un proponente conjunto puede presentar dentro de sus estados financieros un saldo de la cuenta patrimonio inferior al 50% de la Cuenta de Balance que registra el Capital Social, de conformidad las Normas Internacionales NIIF PyMES Sección 2. 22 Patrimonio, Sección 22.3, sección 22.7.

11.1.2.2. NIVEL DE ENDEUDAMIENTO:

Es una razón que nos indica la propiedad que tienen los terceros sobre la empresa. El resultado deberá ser menor o igual a 65%.

En el caso de proponentes individuales, el endeudamiento se calculará mediante la siguiente fórmula:

Pasivo Total x 100/Activo total

En el caso de proponentes conjuntos, para calcular el cumplimiento del indicador, se suman las razones financieras de cada uno de los miembros que lo conforman y se aplicará la siguiente fórmula:

(Pasivo Total entidad 1 + Pasivo Total entidad. 2 + …..+Pasivo Total entidad N.) X 100 /(Activo Total entidad 1 + Activo Total entidad 2+..... + Activo Total entidad N).

11.1.2.3. LIQUIDEZ:

Será evaluada mediante la prueba ácida. Este indicador mide la capacidad de la empresa para cancelar sus obligaciones corrientes (corto plazo) sin depender de la venta de sus inventarios.

El resultado de este indicador, debe ser mayor o igual a uno punto dos (> o = 1.2) y se aplicará la siguiente fórmula:

Activo Corriente – Inventarios / Pasivo Corriente

Para el caso de proponentes conjuntos, a fin de calcular el cumplimiento del indicador, se sumarán las razones financieras indicadas de cada miembro que lo conforma y se aplicará la siguiente fórmula:

(Activo Corriente – Inventarios entidad. 1) + (Activo Corriente - Inventarios entidad 2) +….+(Activo Corriente - Inventarios entidad N) / (Pasivo Corriente entidad 1 + Pasivo Corriente entidad 2+.....+ Pasivo Corriente entidad N).

11.1.2.4. CAPITAL DE TRABAJO:

Entendido como activo corriente menos pasivo corriente, no podrá ser inferior al valor de un pago mensual correspondiente al presupuesto oficial establecido para la zona o región correspondiente. Se calcula mediante la siguiente formula:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Activo Corriente – Pasivo Corriente

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los capitales de trabajo de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Activo Corriente entidad 1 + Activo Corriente entidad 2+.....+Activo Corriente entidad N) – (Pasivo corriente entidad 1 + pasivo corriente entidad 2+.....+Pasivo Corriente entidad N). Sumatoria de activos corrientes menos sumatoria de pasivos corrientes.

11.1.2.5. ENDEUDAMIENTO A CORTO PLAZO (MENOR DE UN AÑO) / VENTAS:

Indica la proporcionalidad del nivel de endeudamiento de corto plazo sobre las ventas.

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán las razones financieras de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Endeudamiento corto plazo entidad 1+Endeudamiento corto plazo entidad 2+…+ Endeudamiento corto plazo entidad N / Ventas entidad 1+ Ventas entidad 2+...+ Ventas entidad N)

El indicador no podrá ser superior al 60%

11.1.2.6. MARGEN EBITDA (EVALUACIÓN ANTES DE IMPUESTOS, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES)

Utilidad operacional + depreciaciones + amortizaciones.

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los conceptos de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Utilidad operacional (o pérdida) + depreciaciones +amortizaciones prop1)+ (Utilidad operacional (o pérdida)+depreciaciones+ amortizaciones prop 2) (etc).

El EBITDA deberá ser mayor que 0. (>0).

11.1.3. CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

Para que la propuesta sea admitida, se debe cumplir el siguiente indicador:

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO – RP

RP= Utilidad operacional / Patrimonio	**Igual o Superior a 7%**

NOTA 1: En caso de consorcios o unión temporal, la capacidad financiera y de organización del proponente, será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los conceptos de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Utilidad Neta entidad 1+ Utilidad Neta entidad 2 +……+ Utilidad Neta entidad N) / (Patrimonio entidad 1 + Patrimonio entidad 2 +…+Patrimonio entidad N)

En todo caso, la capacidad de organización no podrá ser inferior a la mínima requerida en el presente numeral. .

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Para que la propuesta sea admitida, se debe cumplir el siguiente indicador: RENTABILIDAD DEL ACTIVO– RA

RA= Utilidad Operacional / Activo Total	**Igual o Superior a 4%**

NOTA 1: En caso de consorcios o unión temporal, la capacidad financiera y de organización del proponente, será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los conceptos de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Utilidad Operacional de la entidad 1+ Utilidad Operacional entidad 2 +……+ Utilidad Operacional entidad N) / (Total Activo entidad 1 + Total Activo entidad 2 +…+ Total Activo N)

En todo caso, la capacidad de organización no podrá ser inferior a la mínima requerida en el presente numeral.

11.1.4. CONDICIONES DE EXPERIENCIA

11.1.4.1. EXPERIENCIA GENERAL DEL PROPONENTE

- El proponente podrá acreditar la experiencia con mínimo una (1) y máximo tres (3) certificaciones de contratos que se hayan celebrado durante los últimos cinco (05) años.
- Las certificaciones presentadas para efectos de la acreditación de experiencia deberán ser de contratos que tengan como mínimo un porcentaje de ejecución a satisfacción del 50%.
- En la certificación deberá evidenciar la información del número de población asignada por municipio.
- El objeto contractual debe estar relacionado con la prestación de servicios de salud.
- Pueden haber sido celebrados con entidades públicas o privadas.
- La sumatoria del valor de los contratos incluido IVA, deberá corresponder a un valor igual o superior al veinte por ciento (20%) del valor del total del presupuesto, sin pago variable correspondiente a la regional a la que se presenta, es decir:

REGIONAL	20% DEL PRESUPUESTO SIN PAGO VARIABLE
MAGDALENA	$25.548.747.301
PACIFICO	$17.478.718.732
CENTRAL	$13.983.003.620
ANTIOQUIA - SANTANDER	$8.156.593.865

Para los proponentes conjuntos, el requisito se cumplirá al verificar la sumatoria de la experiencia de los miembros que lo conforman, de acuerdo con el porcentaje de participación. Sin embargo, cada miembro del consorcio o unión temporal deberá aportar al menos una certificación de experiencia.

11.1.4.2. EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

Dentro de las certificaciones aportadas para acreditar la experiencia del numeral anterior, el proponente deberá acreditar experiencia específica en **alguno de los dos** criterios:

- CRITERIO TERRITORIAL: Cobertura de salud en mínimo el 80% de los municipios que conforman la regional a que pretende atender, en los últimos cinco (05) años; **O**
- CRITERIO POBLACIONAL: Haber atendido una población que geográficamente se comprenda dentro de la regional a la cual se presenta y que el número de esta población corresponda como mínimo al 60% del equivalente a la cantidad de usuarios de la respectiva regional.

Para los proponentes conjuntos, esta condición podrá acreditarse por cualquiera de los miembros que lo conforman.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.4.3. DOCUMENTOS VÀLIDOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA REQUERIDA

Los documentos aportados deben contener la siguiente información: Objeto, entidad contratante, teléfono, dirección, nombre del contratista si se ejecutó en unión temporal o consorcio identificar los integrantes y su porcentaje de participación; fecha de iniciación, fecha de terminación o porcentaje de ejecución, valor ejecutado del contrato y firma de la persona competente, así:

- Para contratos públicos, por el ordenador del gasto de la entidad contratante o el funcionario competente.
- Para contratos privados suscritos con personas jurídicas, por el representante legal de la empresa contratante, o la persona delegada para suscribirlo.
- Para contratos privados suscritos con personas naturales, por la misma persona natural con quien se suscribió el contrato.

En caso de existir discrepancias entre dos (2) o más documentos aportados por el Proponente, podrá aportar uno o algunos de los documentos que se establecen a continuación con el fin de complementar la información solicitada. Los mismos deberán estar debidamente diligenciados para la acreditación de experiencia y se tendrá en cuenta el orden de prevalencia establecido a continuación:

- Acta de liquidación.
- Acta de entrega, terminación final o de recibo definitivo o parcial siempre que se haya ejecutado al menos el 50% del contrato y conste en dicho documento debidamente suscrita por quien esté en capacidad y obligación de hacerlo.
- Certificación de experiencia expedida con posterioridad a la fecha de terminación o en la que se ha ejecutado el 50% del contrato, debidamente suscrita por quien esté en capacidad y obligación de hacerlo.
- Acta de inicio o la orden de inicio. La misma sólo será válida para efectos de acreditar la fecha de inicio.

Para efectos de acreditación de experiencia entre particulares, el Proponente deberá aportar adicionalmente todos los documentos que se describen a continuación:

- Certificación de facturación expedida con posterioridad a la fecha de terminación o en la que se ha ejecutado el 50% del contrato, emitida por el revisor fiscal o contador público del Proponente que acredita la experiencia, según corresponda con la copia de la tarjeta profesional del contador público o revisor fiscal (según corresponda) y certificado de antecedentes disciplinarios vigente, expedido por la Junta Central de Contadores, o los documentos equivalentes que hagan sus veces en el país donde se expide el documento del profesional. O
- Copia de la declaración del impuesto a las ventas (IVA) del Proponente o alguno de sus integrantes correspondiente al periodo de ejecución del contrato.

Para la acreditación de experiencia de subcontratos, cuyo contrato principal fue suscrito con particulares, se aplicarán las disposiciones establecidas para la acreditación de experiencia con particulares.

Para la acreditación de experiencia de los contratos derivados de contratos suscritos con Entidades Estatales el Proponente deberá aportar los documentos que se describen a continuación:

- Certificación del subcontrato expedida con posterioridad a la fecha de terminación o en la que se ha ejecutado el 50% del subcontrato, la cual debe encontrarse debidamente suscrita por el representante legal del contratista del contrato principal. Así mismo, debe contener la información requerida en el presente Pliego de Condiciones para efectos de acreditación de la experiencia.
- Certificación expedida por la Entidad Estatal del contrato principal del cual se derivó el subcontrato.

Dicha certificación debe contener la información requerida para acreditar experiencia y la siguiente:

- Para los subcontratos, las actividades subcontratadas solo serán válidas para el subcontratista cuando ambos se presenten al Proceso de Contratación.
- En todo caso, la experiencia será válida para quien efectivamente haya ejecutado las actividades exigidas.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Para acreditar experiencia con contratos públicos, en caso de no tener la certificación, el proponente podrá presentar copia del contrato con la firma de ambas partes y certificación de facturación expedida con posterioridad a la fecha de terminación o en la que se ha ejecutado el 50% del contrato, emitida por el revisor fiscal o contador público del Proponente que acredita la experiencia, según corresponda con la copia de la tarjeta profesional del contador público o revisor fiscal (según corresponda) y certificado de antecedentes disciplinarios vigente, expedido por la Junta Central de Contadores, o los documentos equivalentes que hagan sus veces en el país donde se expide el documento del profesional. O Copia de la declaración del impuesto a las ventas (IVA) del Proponente o alguno de sus integrantes correspondiente al periodo de ejecución del contrato.

Para los contratos ejecutados con el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, no se requiere la presentación de certificaciones toda vez que el fondo puede verificar la información directamente, sin embargo si el proponente quiere hacerlos valer como experiencia, deberá aportar la copia completa del documento contractual y manifestar expresamente que los pretende hacer valer como experiencia

No se admitirán auto – certificaciones.

El Fondo se reserva el derecho de verificar durante la evaluación y hasta la adjudicación la información aportada por el proponente y solicitar los soportes que considere convenientes tales como: copias de los contratos, facturas de venta, copia de los medios de pago, actas suscritas, actas de liquidación, estados financieros, copia del pago de impuestos o cualquier otro.

11.1.4.4. EXPERIENCIA ADQUIRIDA A TRAVÉS DE FIGURAS PLURALES

Cuando el contrato que se pretende acreditar como experiencia haya sido ejecutado en Consorcio o Unión Temporal, el documento que presente para demostrarla deberá mencionar el porcentaje de participación del integrante, con el fin de determinar el cálculo del valor a considerar para el cumplimiento de este requisito.

Cuando el contrato que se aporte para la experiencia haya sido ejecutado por un Consorcio o Unión Temporal, y dos (2) o más de sus integrantes conformen un Proponente Plural para participar en el presente proceso, dicho contrato se entenderá aportado como un (1) solo contrato y se tendrá en cuenta para el aporte de la experiencia la sumatoria de los porcentajes de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal que ejecutaron el contrato y que están participando en el presente proceso

11.1.5. CAPACIDAD TÉCNICA

11.1.5.1. REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Con la prestación de servicios de salud bajo el esquema de redes integrales el Fondo se ajustará a la reglamentación que sobre el tema ha emitido el Ministerio de Salud y Protección Social, materializar los postulados de la Ley Estatutaria de la Salud, brindando a los usuarios atención continua e integral conforme a las necesidades de la población afiliada, identificar los déficits de oferta en cada territorio que deban ser cubiertos con estrategias extramurales de atención y lograr la articulación entre los actores que la Gestión Integral del Riesgo demanda.

El oferente deberá ofertar una red integral de prestadores de servicios de salud que garantice todos los servicios incluidos en el Componente Primario y Componente Complementario para cada uno de los puntos de atención establecidos en la regional objeto de la oferta.

Se definen como puntos de atención las ciudades y municipios establecidos por el Fondo en este documento para la atención de los usuarios asegurados, los cuales están organizados en las cuatro regionales, y en los cuales se deben garantizar los servicios de componente primario y complementario.

Cada proponente, considerando la ubicación geográfica en el entorno municipal, departamental y regional donde se encuentran afiliados los usuarios, deberá contar con una red integral de prestación de servicios, que cumpla con las condiciones establecidas en la normatividad vigente aplicable, y lo dispuesto en el Modelo de Atención del Fondo expresado en el Anexo No. 03 del estudio previo. Para la conformación de la Red de Prestadores las condiciones que deberá cumplir y soportar son:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.5.1.1. COMPONENTE PRIMARIO DE ATENCIÓN

Consiste en la organización y despliegue de servicios acorde a las necesidades de las comunidades, aportando en la intervención individual y comunitaria de los riesgos en salud, prestando los servicios de baja complejidad y los servicios de consulta externa básica especializada según el comportamiento epidemiológico de la entidad, para resolver los eventos más frecuentes.

Los servicios definidos en el Componente Primario se definen en el Anexo No. 06 Servicios Componente Primario y Componente Complementario.

El oferente deberá ofertar todos los servicios del Componente Primario para cada punto de atención definido por el Fondo en la regional objeto de la oferta. Este requisito se entenderá cumplido con la oferta de la totalidad de los servicios del Componente Primario para cada punto de atención de la regional ofertada.

La conformación y organización del Componente Primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, deberá ser presentada por el oferente diligenciando el Formato dispuesto para tal fin, el cual se encuentra con su respectivo instructivo. Para el diligenciamiento del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud se debe diligenciar una hoja de Excel independiente para cada punto de atención de la regional, en la cual se reporta la información de las IPS ofertadas para el Componente Primario de ese punto de atención. El diligenciamiento completo y correcto de la información en el del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud será requisito para la presentación de la oferta y será evaluado para definir el cumplimiento de este requerimiento. En los casos en que el del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud se encuentre inadecuadamente diligenciado, incompleto o que la información no permita identificar las IPS ofertadas de forma adecuada con todos los datos requeridos, se considera no cumplido este requisito y será causal de rechazo de la propuesta.

Para el caso de servicios de Componente Primario que no estén habilitados en un punto de atención pero que están definidos con indispensables, se deberán ofertar mediante la modalidad de servicios extramurales a través de una IPS ubicada en el punto de atención más cercano que lo tenga habilitado. Para la oferta de estos servicios, se deberá diligenciar la IPS que prestará la modalidad de atención extramural, adjuntando el documento de habilitación de servicios extramurales de la IPS ofertada y un documento en el que se definan las actividades, servicios y equipo humano y logístico requerido.

Para los servicios que no se puedan prestar bajo la modalidad extramural (hospitalarios, quirúrgicos y radiología e imágenes diagnósticas, ultrasonido, laboratorio clínico, laboratorio de citologías cérvico uterinas), que deben ser ofertados en todos los puntos de atención, se deberá reportar en el Formato del punto de atención, la IPS que lo prestará en el punto de atención más cercano.

Los servicios no habilitados en el punto de atención que se prestarán por modalidad de servicio extramural o por remisión al punto de atención más cercano, deben ser reportados en el del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud en la hoja del punto de atención en el cual se encuentran los usuarios, aclarando la localidad donde se encuentra habilitado el servicio

Para los servicios en los que se solicita disponibilidad específica, el Oferente deberá ofertar la capacidad instalada para cada servicio para cumplir con esta disponibilidad, diligenciando en el del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud la información de capacidad instalada para cada IPS o profesional ofertado.

Dando cumplimento a la normatividad vigente en el Proceso de Habilitación, todas las IPS ofertadas deberán contar con la habilitación vigente al momento de la presentación de la oferta.

Con el fin de garantizar la atención integral de los usuarios del Fondo, el contratista deberá contar en todos los puntos de atención con una IPS Primaria de atención de los usuarios, que se constituye en el punto de contacto primario entre el prestador, el individuo y la familia, y en donde se realizan todas las acciones tendientes a garantizar la salud de la población a su cargo, el control del riesgo, el direccionamiento de la atención y su derivación a la Red Complementaria de servicios de salud de ser necesario, es la puerta de acceso a la red de servicios. Las IPS primarias deberán contar con los servicios de puerta de entrada en todos los puntos de atención, consulta externa de medicina general, consulta por medicina familiar, consulta de odontología general, enfermería, detección temprana – alteraciones en el adulto (mayores de 45 años); y en las

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

ciudades capitales y con más de mil (1.000) usuarios afiliados deberán incluir los servicios de toma de muestras de laboratorio clínico, suministro de medicamentos, detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años), detección temprana – cáncer de cuello uterino y detección temprana - cáncer de seno

Los documentos soporte de la Red del Componente Primario son:

- Diligenciamiento completo y correcto del del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, incluyendo una hoja independiente para cada punto de atención de la regional ofertada, en la cual se incluye la totalidad de los servicios del Componente Primario ofertados
- Habilitación de servicios: Cada institución de prestación de servicios debe tener permanentemente los servicios habilitados según la normatividad vigente aplicable. Para dar cumplimiento a este requisito, el Proponente deberá anexar para cada Prestador el reporte del REPS impreso, donde conste la fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada. Una vez adjudicado el Contrato, el Contratista deberá garantizar la vigencia de la habilitación de los servicios de forma permanente.
- Promesas de Contrato: El proponente deberá aportar copia física y digital de la promesa de contrato suscrita con cada una de las IPS que conformará su componente primario, sujeta a la adjudicación del presente proceso de selección. Dando cumplimiento a la normatividad vigente, Decreto 4747 de 2007 y demás normatividad vigente aplicable, las promesas deben incluir como mínimo:

    a. Objeto del contrato: Especificando la atención de la población del FPSFCN en cumplimiento de la selección abreviada para la contratación de servicios de salud No. 001 de 2020.
    b. Término de duración.
    c. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
    d. Información general de la población objeto
    e. Servicios contratados: Relación de los servicios con el código correspondiente y la capacidad instalada para cada servicio
    f. Mecanismos y forma pago.
    g. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
    h. Periodicidad en la entrega de información relacionada con la prestación de servicios de salud y definidas por el FPSFCN
    i. Cláusula que establezca: *"La prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista".*

Sin perjuicio de lo anterior, se deberá establecer en la promesa como condición la adjudicación del presente proceso de selección, y tendrán quince (15) días contados a partir de la resolución de adjudicación para suscribir el contrato prometido, el cual deberá cumplir con todos y cada uno de los requisitos y condiciones establecidas en el Decreto 4747 de 2007 contenido en el Decreto 780 de 2016 y demás normatividad vigente aplicable, así como lo señalado en el pliego de condiciones.

Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud ofertada sea de propiedad del oferente, se deberá adjuntar declaración de propiedad mediante carta de presentación de la IPS, el cual deberá contener el nombre del representante legal, el nombre de la institución, el número de NIT, el número de Registro especial de la IPS, la ubicación, los servicios ofrecidos (independientes y exclusivos) y la capacidad instalada ofertada para la presente selección., adjunto el respectivo Registro de Habilitación

Con base en el análisis de necesidades de servicios de salud por punto de atención y la definición de la oferta de servicios requerida en la suficiencia de red para atenderlos en condiciones de disponibilidad, suficiencia y oportunidad en las Promesas de Contrato se deberá incluir para cada servicio la capacidad instalada disponible para la prestación del servicio de salud a los usuarios del Fondo.

Adicionalmente, en las promesas de contrato suscritas entre el contratista y las IPS de la red, se deberá incluir una cláusula en virtud de la cual se disponga que la prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista.

El contratista a su vez podrá contratar con terceros los diferentes servicios que requiere para conformar sus componentes primario y complementario, bajo las modalidades de contratación y pago descritas en la normatividad vigente, excepto por capitación.

En las promesas de contrato que celebre, debe establecerse claramente los mecanismos de pago involucrados y los resultados en salud esperados, definiendo los instrumentos y metodologías para el seguimiento a lo previsto en dicha promesa.

Las promesas de contrato que no contengan la totalidad de la información requerida en el citado Decreto y la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo no cumplen los requisitos exigidos y no serán válidas.

No se tendrán en cuenta para efectos de la comprobación de la red y su evaluación:

- Los Formatos 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud inadecuadamente reportados, modificados, incompletos o no claros: Siendo causal de rechazo de la oferta;
- Los servicios reportados en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud que no se encuentren reportados de forma adecuada, no tengan completa la información solicitada: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos
- Los servicios que no se reporten en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud
- Los prestadores y servicios de salud que no incluyan copia del REPS impreso, donde conste la fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada.
- Las promesas de contratos que no cumplan con todos los requisitos exigidos, incluyendo la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo o presenten inconsistencias: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos.

Nota: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por la Unión Temporal o el Consorcio.

11.1.5.1.2. COMPONENTE COMPLEMENTARIO

Incluye los servicios necesarios para el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad y demás servicios requeridos por la población, adicionales al Componente Primario. Su objetivo es garantizar la atención de la demanda de servicios derivada de los niveles básicos en servicios de mediana y alta complejidad.

Los servicios definidos en el Componente Primario se definen en el Anexo No. 06 Servicios Componente Primario y Componente Complementario.

El oferente deberá ofertar todos los servicios del Componente Complementario para cada punto de atención definido por el Fondo en la regional objeto de la oferta. Este requisito se entenderá cumplido con la oferta de la totalidad de los servicios del Componente Complementario para cada punto de atención de la regional ofertada.

La conformación y organización del Componente Complementario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, deberá ser presentada por el oferente diligenciando el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, el cual se encuentra con su respectivo instructivo. Para el diligenciamiento del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud se debe diligenciar una hoja de Excel independiente para cada punto de atención de la regional, en la cual se reporta la información de las IPS ofertadas para el Componente Primario y el Componente Complementario de ese punto de atención. El diligenciamiento completo y correcto de la información en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud será requisito para la presentación de la oferta y será evaluado para definir el cumplimiento de este requerimiento. En los casos en que el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud se encuentre inadecuadamente diligenciado, incompleto o que la información no permita identificar las IPS ofertadas de forma adecuada con todos los datos requeridos, se considera no cumplido este requisito y será causal de rechazo de la propuesta.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

La totalidad del Componente Complementario se debe ofertar en los puntos de atención definidos en la regional, garantizando siempre que los servicios existentes en cada punto de atención sean contratados con la red existente en este. Los servicios de Componente Complementario que no estén habilitados en un punto de atención se deberán prestar en los puntos de atención más cercanos donde se encuentren habilitados.

Para los servicios en los que se solicita disponibilidad específica, el Oferente deberá ofertar la capacidad instalada para cada servicio para cumplir con esta disponibilidad, diligenciando en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud la información de capacidad instalada para cada IPS o profesional ofertado.

Dando cumplimento a la normatividad vigente en el Proceso de Habilitación, todas las IPS ofertadas deberán contar con la habilitación vigente al momento de la presentación de la oferta. De igual manera, la Capacidad Instalada Ofertada para cada servicio debe garantizar la disponibilidad para la atención de los usuarios del Fondo conforme a la normatividad vigente de Redes Integrales de Servicios de Salud.

Los documentos soporte de la Red del Componente Complementario son:

- Diligenciamiento completo y correcto del Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, incluyendo una hoja independiente para cada punto de atención de la regional ofertada, en la cual se incluye la totalidad de los servicios del Componente Primario ofertados
- Habilitación de servicios: Cada institución de prestación de servicios debe tener permanentemente los servicios habilitados según la normatividad vigente. Para dar cumplimiento a este requisito, el Proponente deberá anexar para cada Prestador el reporte del REPS impreso, incluyendo fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada. Una vez adjudicado el Contrato, el Contratista deberá garantizar la vigencia de la habilitación de los servicios de forma permanente.
- Promesas de Contrato: El proponente deberá aportar copia física y digital de la promesa de contrato suscrito con cada una de las IPS que conformará su componente complementario, sujeta a la adjudicación del presente proceso de selección. Dando cumplimiento a la normatividad vigente, Decreto 4747 de 2007 y demás normatividad vigente aplicable, las promesas deben incluir como mínimo:

    a. Objeto del contrato: Especificando la atención de la población del FPSFCN en cumplimiento de la selección abreviada para la contratación de servicios de salud No. 001 de 2020.
    b. Término de duración.
    c. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
    d. Información general de la población objeto
    e. Servicios contratados: Relación de los servicios con el código correspondiente y la capacidad instalada para cada servicio.
    f. Mecanismos y forma pago.
    g. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
    h. Periodicidad en la entrega de información relacionada con la prestación de servicios de salud y definidas por el FPSFCN
    i. Cláusula que establezca*: "La prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista*".

Sin perjuicio de lo anterior, se deberá establecer en la promesa como condición la adjudicación del presente proceso de selección, y tendrán quince (15) días contados a partir de la resolución de adjudicación para suscribir el contrato prometido, el cual deberá cumplir con todos y cada uno de los requisitos y condiciones establecidas en el Decreto 4747 de 2007 contenido en el Decreto 780 de 2016 y demás normatividad vigente aplicable, así como lo señalado en el pliego de condiciones.

Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud ofertada sea de propiedad del oferente, se deberá adjuntar declaración de propiedad mediante carta de presentación de la IPS, el cual deberá contener el nombre del representante legal, el nombre de la institución, el número de NIT, el número de Registro especial de la IPS, la ubicación, los servicios ofrecidos

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

(independientes y exclusivos) y la capacidad instalada ofertada para la presente selección., adjunto el respectivo Registro de Habilitación

Con base en el análisis de necesidades de servicios de salud por punto de atención y la definición de la oferta de servicios requerida en la suficiencia de red para atenderlos en condiciones de disponibilidad, suficiencia y oportunidad en las Promesas de Contrato se deberá incluir para cada servicio la capacidad instalada disponible para la prestación del servicio de salud a los usuarios del Fondo.

Adicionalmente, en las promesas de contrato suscritas entre el contratista y las IPS de la red, se deberá incluir una cláusula en virtud de la cual se disponga que la prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista.

El contratista a su vez podrá contratar con terceros los diferentes servicios que requiere para conformar sus componentes primario y complementario, bajo las modalidades de contratación y pago descritas en la normatividad vigente, excepto por capitación.

En las promesas de contrato que celebre, debe establecerse claramente los mecanismos de pago involucrados y los resultados en salud esperados, definiendo los instrumentos y metodologías para el seguimiento a lo previsto en dicha promesa.

Las promesas de contrato que no contengan la totalidad de la información requerida en el citado Decreto y la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo no cumplen los requisitos exigidos y no serán válidas.

No se tendrán en cuenta para efectos de la comprobación de la red y su evaluación:

- Los Formatos 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud inadecuadamente reportados, modificados, incompletos o no claros: Siendo causal de rechazo de la oferta;
- Los servicios reportados en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud que no se encuentren reportados de forma adecuada, no tengan completa la información solicitada: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos
- Los servicios que no se reporten en el Formato 10 de Oferta de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud
- Los prestadores y servicios de salud que no incluyan copia del REPS impreso, donde conste la fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada
- Las promesas de contratos que no cumplan con todos los requisitos exigidos, incluyendo la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo o presenten inconsistencias: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos

Nota: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por la Unión Temporal o el Consorcio.

11.1.5.1.3. FARMACIAS

El Proponente deberá garantizar la organización funcional para la disposición y entrega oportuna de medicamentos dentro de la red integral en todos los puntos de atención que conforman la regional a la que se presente y donde se presten los servicios de salud. Lo anterior, deberá garantizar:

- Farmacia Principal en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional.
- Farmacia de Apoyo en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional.
- Farmacia de 24 horas en todos los puntos de atención de más de 400 usuarios.
- Farmacia de dispensación de medicamentos controlados en todas las capitales de departamento definidas como puntos de atención, definiendo el procedimiento de entrega de medicamentos para los usuarios que no residen en estas localidades.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- Farmacia de dispensación de medicamentos de alto costo en todas las capitales de departamento definidas como puntos de atención, definiendo el procedimiento de entrega de medicamentos para los usuarios que no residen en estas localidades.

La farmacia principal y de apoyo deben estar ubicadas en el punto de atención donde se ofertan y en funcionamiento a la fecha de presentación de la oferta. De igual manera, las farmacias de 24 horas, de medicamentos controlados y de medicamentos de alto costo deben estar ubicadas en los puntos de atención exigidos y deben estar funcionando al momento de presentación de la oferta.

Para efectos de la presentación de la red de farmacias, el oferente deberá diligenciar el Formato No. 11 Formato de Reporte de Red de Farmacias dispuesto para tal fin, siendo requisito para la verificación de la información que se adjunte el formato por cada punto de atención debidamente diligenciado. Para soportar las farmacias ofertadas se deben adjuntar los siguientes documentos:

- Diligenciamiento completo y correcto del Formato No. 11 Formato de Reporte de Red de Farmacias, incluyendo una hoja independiente para cada punto de atención de la regional ofertada, en la cual se incluye la totalidad de los servicios de Farmacia ofertados.
- Farmacias no incluidas en IPS: El oferente deberá anexar certificado de existencia y representación legal expedido por el órgano competente o registro de matrícula mercantil, según corresponda al tipo del establecimiento que acredite el firmante y el objeto social de la entidad, en el que esté incluida la venta, distribución o dispensación de medicamentos.
- Servicios farmacéuticos incluidos en IPS: Cada institución de prestación de servicios debe tener permanentemente los servicios habilitados según la normatividad vigente. Para dar cumplimiento a este requisito, el Proponente deberá anexar para cada Prestador el reporte del REPS impreso, incluyendo fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada. Una vez adjudicado el Contrato, el Contratista deberá garantizar la vigencia de la habilitación de los servicios de forma permanente.
- Promesas de Contrato: El proponente deberá aportar copia física y digital de la promesa de contrato suscrito con cada una de las farmacias principal, de apoyo, de 24 horas, de medicamentos controlados y de medicamentos de alto costo, sujeta a la adjudicación del presente proceso de selección.

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, Decreto 4747 de 2007 y demás normatividad vigente aplicable, las promesas deben incluir como mínimo:

a. Objeto del contrato: Especificando la atención de la población del FPSFCN en cumplimiento de la selección abreviada para la contratación de servicios de salud No. 001 de 2020.
b. Término de duración.
c. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
d. Información general de la población objeto
e. Servicios disponibles y contratados: Definiendo claramente si los servicios corresponden a ambulatorios diurnos, ambulatorios con atención 24 horas, ambulatorios con aprobación para dispensar medicamentos controlados, ambulatorios con capacidad para dispensar medicamentos de alto costo y la capacidad instalada para cada servicio.
f. Mecanismos y forma pago.
g. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
h. Periodicidad en la entrega de información relacionada con la prestación de servicios de salud y definidas por el FPSFCN
i. Cláusula que establezca: *"La prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista"*

Sin perjuicio de lo anterior, se deberá establecer en la promesa como condición la adjudicación del presente proceso de selección, y tendrán quince (15) días contados a partir de la resolución de adjudicación para suscribir el contrato prometido, el cual deberá cumplir con todos y cada uno de los requisitos y condiciones establecidas en el Decreto 4747 de 2007 contenido en el Decreto 780 de 2016 y demás normatividad vigente aplicable, así como lo señalado en el pliego de condiciones.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Adicionalmente, en las promesas de contrato suscritas entre el contratista y las farmacias de la red, se deberá incluir una cláusula en virtud de la cual se disponga que la entrega de medicamentos podrá ser autorizada u ordenada directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista.

El contratista a su vez, podrá contratar con terceros los diferentes servicios que requiere para conformar sus componentes primario y complementario, bajo las modalidades de contratación y pago descritas en la normatividad vigente, excepto por capitación.

En las promesas de contrato que celebre, debe establecerse claramente los mecanismos de pago involucrados y los resultados en salud esperados, definiendo los instrumentos y metodologías para el seguimiento a lo previsto en dicha promesa.

No se tendrán en cuenta para efectos de la comprobación de la red y su evaluación:

- Los Formato 11 de Reporte de Red de Farmacias inadecuadamente reportados, modificados, incompletos o no claros: Siendo causal de rechazo de la oferta.
- Los servicios reportados en Formato 11 de Reporte de Red de Farmacias que no se encuentren reportados de forma adecuada, no tengan completa la información solicitada: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos.
- Los servicios que no se reporten en el Formato 11 de Reporte de Red de Farmacias.
- Los servicios farmacéuticos incluidos en IPS que no incluyan copia del REPS impreso, donde conste la fecha de vigencia, servicios habilitados y capacidad instalada o las Farmacias no incluidas en IPS que no anexen el certificado de existencia y representación legal expedido por el órgano competente o registro de matrícula mercantil.
- Las promesas de contratos que no cumplan con todos los requisitos exigidos, incluyendo la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo o presenten inconsistencias: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos.
- Farmacias ofertadas que no se encuentren en el punto de atención para el cual se ofertan o que no estén en funcionamiento al momento de presentar la oferta.

Nota: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por la Unión Temporal o el Consorcio.

Para soportar el cumplimiento de la implementación del Mecanismo De Entrega Excepcional de Medicamentos que incluya el procedimiento de entrega domiciliaria de medicamentos en los casos establecidos, el Proponente deberá incluir en la oferta los documentos que soporten para cada punto de atención de la regional:

- La descripción del mecanismo de entrega excepcional de medicamentos, incluyendo la entrega domiciliaria,
- La definición del procedimiento implementado, el cual debe cumplir los requisitos establecidos en la Resolución 1664 de 2013 y los parámetros definidos en los anexos de prestación de servicios del presente documento
- Cargo de la persona responsable

Descripción de los recursos humanos y logísticos que se utilizarán.

11.1.5.1.4. RED DE INSUMOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El proponente deberá documentar los proveedores de insumos y actividades para soportar los prestadores de servicios de salud, incorporando su organización funcional y la disponibilidad para la población afiliada. Entre los insumos que deberán soportarse se encuentran:

- Insumos y dispositivos médicos: El oferente deberá anexar proveedores de los insumos relacionados a continuación:
    - Suministro de oxigeno
    - Suministro de sistemas CPAP y BPAP

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- Suministro de lentes para anteojos
- Ayudas técnicas o tecnologías de apoyo, movilidad y rehabilitación: Ejemplo Sillas de ruedas, bastones, muletas, etc.
- Equipos de monitoreo de la salud: Glucómetros y suministros

- Bancos de sangre

Para soportar la disponibilidad de estos servicios, se deberá diligenciar la información de los proveedores en el Formato No. 12 Formato de Reporte de Red de Insumos y se deberán adjuntar los documentos soporte, relacionados a continuación:

Promesas de Contrato: El proponente deberá aportar copia física y digital de la promesa de contrato suscrito con cada uno de los proveedores de insumos, sujeta a la adjudicación del presente proceso de selección, que deben incluir como mínimo:

a. Objeto del contrato: Especificando la atención de la población del FPSFCN en cumplimiento de la selección abreviada para la contratación de servicios de salud No. 001 de 2020.
b. Término de duración.
c. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
d. Información general de la población objeto
e. Servicios disponibles y contratados: Definiendo claramente los insumos incluidos
f. Mecanismos y forma pago.
g. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
h. Periodicidad en la entrega de información relacionada con la prestación de servicios de salud y definidas por el FPSFCN
i. Mecanismos de adquisición y entrega de los insumos.
j. Cláusula que establezca: "La prestación de los servicios de salud podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Fondo, sin que para tal efecto se requiera de autorización u orden expresa emitida por parte del contratista, siempre que exista una queja formal presentada por un usuario o evidencia manifiesta de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista

No se tendrán en cuenta para efectos de la comprobación de la red y su evaluación, las promesas de contratos que no cumplan con todos los requisitos exigidos, incluyendo la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo o presenten inconsistencias.

Para soportar la Red de Insumos ofertada se deberán anexar los siguientes documentos:

- Diligenciamiento completo y correcto del Formato No. 12 Formato de Reporte de Red de Insumos
- Promesas de contrato con todos los datos definidos en este numeral

No se tendrán en cuenta para efectos de la comprobación de la red y su evaluación:

- Los Formatos 12 de Oferta de Red de Insumos inadecuadamente reportados, modificados, incompletos o no claros: Siendo causal de rechazo de la oferta;
- Los servicios reportados en el Formato 12 de Oferta de Red de Insumos que no se encuentren reportados de forma adecuada, no tengan completa la información solicitada: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos
- Los servicios que no se reporten en el Formato 12 de Oferta de Red de Insumos
- Las promesas de contratos que no cumplan con todos los requisitos exigidos, incluyendo la especificación de la disponibilidad de servicios ofertados para los usuarios del Fondo o presenten inconsistencias: Calificados como servicios que no cumplen los requisitos.

Nota: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por la Unión Temporal o el Consorcio.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.5.1.5. RED ALTERNA

El oferente deberá garantizar una red alterna que contenga todos los servicios y prestadores de servicios de salud, que deberá operar en los casos que se requieran con el fin de minimizar los problemas de acceso y oportunidad dentro de la red integral de prestadores de servicios de salud.

Esta red deberá operar principalmente en los siguientes casos:

- Cambios en la demanda asociada a emergencias, desastres, brotes epidémicos, u otras afectaciones en la población, que aumenten la demanda de servicios
- Cambios en la Oferta: cierre de prestadores, afectación de capacidad instalada, talento humano u otras novedades.

El contratista deberá presentar los procedimientos que establece para contratar con otros prestadores que no hacen parte de la red en los casos que requiera activar la contingencia sobre la prestación de los servicios de salud.

En todos los casos el contratista deberá garantizar la totalidad de los servicios requeridos y ordenados a los usuarios, bien sea a través de la red principal, o de la red alterna cuando se requiera.

11.1.5.1.6. CARACTERIZACIÓN DE LA RED PARA EVENTOS ESPECÍFICOS EN SALUD

El oferente deberá especificar la organización y conformación funcional de los servicios de salud para la atención de la población, describiendo en ella las redes de eventos específicos o sobre un componente de la red para cada punto de atención ofertado, en los siguientes aspectos:

- Red de urgencias: Los prestadores de servicios de salud, que la conforman en el departamento y regional y describir la organización funcional, incluyendo lo correspondiente al subsistema de comunicaciones y de transporte.
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención integral en cáncer.
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención de enfermedades de alto costo
- Red integral de prestadores de servicios de salud para la atención de enfermedades huérfanas.

Los prestadores de los servicios de estas redes específicas serán reportados por el oferente en los Formatos de Reporte de Componente Primario y Complementario de red prestadora de servicios de salud, especificando en la casilla correspondiente que ese servicio forma parte de la red integral correspondiente. Se establece que, para soportar estas redes específicas, en el Formato 10 de Reporte de Red Integral de Servicios de Salud, se deberán marcar en las columnas de Red para Eventos específicos, los servicios que forman parte de cada una de estas redes. Las redes para eventos específicos en salud se deben ofertar en todos los puntos de atención de la Regional objeto de la oferta.

Para la ejecución del contrato, una vez adjudicado el presente proceso, el contratista deberá garantizar estas redes para eventos específicos en salud con los profesionales y servicios definidos a través de programas con equipos multidisciplinarios de acuerdo con lo definido en las Guías de Práctica Clínica y Medicina Basada en la Evidencia, lo cual será definido por el Fondo.

11.1.5.2. DOCUMENTOS SOPORTE DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS

11.1.5.2.1. PROCESO DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE LA RED DE PRESTADORES DE LA REGIONAL

El oferente deberá presentar el documento que contenga la información requerida para soportar la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red de prestadores de la regional, que debe incluir como mínimo:

- Nombre y hoja de vida del Coordinador de la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red que cumpla los requisitos definidos en este documento, debiendo ser Profesional en áreas de salud o administrativas con posgrado en áreas de salud pública o administración en salud o epidemiologia y auditoria en salud, con experiencia mínima de tres (03) años en cargos de administración de red de prestadores o afines.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- El documento de conformación y constitución de la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red, incluyendo funciones y personal destinado a las actividades propias de esta unidad.
- El Manual de Funciones del Coordinador de la Unidad de Coordinación y Gestión Operativa de la Red.
- El documento que describa los procesos, mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de la red, así como su evaluación.
- Documento que defina los mecanismos y esquemas de seguimiento y evaluación de la gestión de la red y los indicadores definidos.

El Sistema de información definido para la operación de la RIPSS que permita realizar para cada IPS incluida en la red la relación de los servicios ofertados con códigos CUPS y tarifas pactadas, el seguimiento y análisis de prestación de servicios, el cálculo de indicadores de calidad, el seguimiento a vigencia de la habilitación, los indicadores de seguimiento y evaluación y los demás datos requeridos para la gestión de la red

11.1.5.2.2. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

El oferente deberá presentar el documento que contenga la información requerida para soportar lo exigido como definición de Sistema de referencia y contra referencia, que deberá contener como mínimo:

- Nombre del responsable del proceso de referencia y contra referencia de la regional: Personal con experiencia y conocimiento en procesos de referencia y contra referencia, con número de teléfono y correo electrónico.
- Nombre de los responsables del Proceso de Referencia y Contra referencia en cada departamento y punto de atención con número de teléfono y correo electrónico.
- Documento que contenga el Protocolo de manejo de referencia y contra referencia definidos y los procesos administrativos adecuados y oportunos que garanticen la integralidad y continuidad de la atención en salud, incluyendo la definición clara de los mecanismos para garantizar el envío de la contra referencia a la historia clínica del usuario.
- Documento que defina los Procesos, procedimientos y actividades determinados por el operador para la atención de urgencias de la población a cargo en todos los puntos de atención y su remisión a un mayor nivel de complejidad cuando se requiera.
- Documento que defina los Procesos y procedimientos de derivación oportuna de los afiliados en los casos que requieran atenciones de mayor complejidad en el componente complementario en la regional y cuando la oferta de servicios no se encuentre disponible o sea insuficiente, a través de la referencia adecuada a la localidad más cercana que cuente con el servicio.
- Documento de conformación de la red de urgencias conformada por punto de atención, departamento y regional definiendo las IPS que la conforman en cada localidad y la definición de la interacción de los diferentes servicios de urgencias según el nivel de complejidad.
- Documento que defina la Red de transporte por punto de atención, departamento y regional definiendo las empresas operadoras en cada punto de atención y su articulación para cubrir toda la regional.
- Documento que defina la Red de comunicaciones por punto de atención, departamento y regional.
- Documento que establezca el Proceso, procedimientos y actividades para articular el sistema de referencia y contra referencia del proponente con lo definido por el CRUE de cada departamento o distrito, en el contexto de la normatividad vigente.
- Documento que defina los Procesos, procedimientos y actividades para garantizar la disponibilidad de la información de las actividades de referencia y contra referencia de los usuarios, especialmente lo relacionado con la remisión de usuarios en casos de urgencias según lo definido en la Circular 001 de 2020 de Supersalud y el Sistema de información utilizado.

Definición del Sistema implementado para el análisis de la disponibilidad de camas en los diferentes niveles de atención de la regional para la remisión de pacientes.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.1.5.2.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- PLATAFORMA ESTRUCTURA/PERSONALIZADA CON FUNCIONES PROPIAS DEL SECTOR DE SERVICIOS DE SALUD (EPS).

La plataforma del proponente debe ser un software o aplicativo para el manejo específico del sector de servicios de salud.

- TIPO DE PLATAFORMA

La plataforma debe estar desarrollada con estructura Cliente/servidor o plataforma web.

- PLATAFORMA CON MODULOS PERSONALIZABLES Y ESCALABLES

La plataforma del proponente debe estar desarrollada con una arquitectura y/o estructura personalizable y escalable que cumpla con los requerimientos del FPS.

- LICENCIAMIENTO VIGENTE DE LA PLATAFORMA

La plataforma del proponente debe tener licenciamiento vigente de la plataforma, por el término del contrato.

- PLATAFORMA CON MANEJO Y CONTROL DE BASES DE DATOS (MOTOR) ROBUSTAS

La plataforma del proponente debe contener un motor de Bases de datos licenciada, robusta, control de recuperación de la data.

- PLAN DE SEGURIDAD INFORMATICA Y CONTIGENCIA DE LA INFORMACION.

La plataforma del proponente debe tener y garantizar un plan de seguridad, contingencia, respaldo y disponibilidad de la información.

- FUNCIONALIDAD DEL SOFTWARE.

La plataforma que el oferente propone para el desarrollo del proyecto debe contener como mínimo, los siguientes módulos.

- ✓ Módulo de validación de derecho de usuario
- ✓ Módulo de Historia clínica sistematizada.
- ✓ Módulo de asignación de citas
- ✓ Módulo de autorización de servicios
    - Seguimiento pacientes hospitalizados.
- ✓ Módulos para funcionamiento de plataforma MIPRES y recobros a adres por servicios no incluidos en planes de beneficios en salud
- ✓ Módulo de reportes de información o datos de la plataforma.
- ✓ Módulo de RIPS (registro individual de prestación de servicios).

- ENTEGABLES:

El proponente para validar el punto “SISTEMAS DE INFORMACIÓN”, deberá adjuntar los siguientes documentos:

- ✓ Copia del contrato entre el proveedor del software y el proponente y/o licenciamiento vigente.
- ✓ Certificado emitido por proponente (Representante Legal), donde se evidencie que el software o aplicativo cumple con, la Plataforma estructura/personalizada con funciones propias del sector de servicios de salud (eps), el tipo de plataforma, los módulos personalizables y escalables, el licenciamiento vigente de la plataforma, el manejo y control de bases de datos (motor) robustas, el plan de seguridad informática y contingencia de la información y el punto “funcionalidad del software”; en este último punto se debe colocar cada uno de los módulos descritos en este punto.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- ✓ Certificado por parte del proveedor del software donde se evidencie, que el software o aplicativo cuenta con todos los módulos que se describe en el punto "Funcionalidad del software".

11.1.5.2.4. ATENCIÓN AL USUARIO

El oferente deberá reportar la información relacionada con los requerimientos de Atención al Usuario conforme a lo exigido en el presente pliego de condiciones, que debe incluir como mínimo:

- Ubicación de las oficinas físicas para la atención de usuarios de manera personalizada en los puntos de atención con más de 500 usuarios: Nombre de la IPS, dirección, teléfono en la cual se ubicarán estas áreas y organigrama del recurso humano de esta área, las cuales deben contar con:

  - ✓ Estar debidamente identificada.
  - ✓ Rampas y puertas de acceso que permitan el ingreso de personas en condición de movilidad reducida, sillas de ruedas o coches.
  - ✓ Silla de ruedas.
  - ✓ Baños públicos debidamente dotados con lavamanos, elementos de aseo y accesibles a personas en condición de movilidad reducida.
  - ✓ Digiturno que permita medir los tiempos de atención en las localidades de más de 500 usuarios.
  - ✓ Garantizar el derecho a la intimidad de los usuarios, contando con los cubículos o espacios determinados que aseguren la privacidad y no divulgación de la información que el usuario está entregando.
  - ✓ Contar con buzón de sugerencias en todos los puntos de atención, que deberá ser abierto semanalmente por el coordinador local, diligenciando el "Formato de Acta de Apertura de Buzón", definida por el Fondo.
  - ✓ Sillas proporcionales al número de usuarios que acuden a las instalaciones de la oficina de Atención al Usuario.
  - ✓ Contar con buena iluminación, buena ventilación, y los elementos tecnológicos para el buen desarrollo de las funciones de las personas a cargo de la atención personalizada, de manera que no imponga carga a los usuarios, tales como: computadores con acceso a internet, impresora, fotocopiadora.

- Protocolos de Atención al Usuario: Definición de los procedimientos establecidos por los contratistas para la atención a usuarios, y brindar información veraz a los afiliados que así lo requieran.

- Agendamiento de Citas: Anexar la identificación del programa de asignación de citas a los usuarios del Fondo.

- Protocolos o procedimientos para recepción, radicación y tramite de solicitudes: El oferente deberá anexar los procedimientos establecidos para la recepción, radicación y trámite de solicitudes allegadas a sus puntos de atención, y de esa manera hacer un seguimiento efectivo, que permita atender y resolver de manera satisfactoria las inquietudes de sus afiliados.

  Dentro de los protocolos o procedimientos que el oferente deberá presentar al Fondo, debe estar señalada su política, misión, visión y demás conceptos que evidencien el alcance y objetivo de las actividades desarrolladas por la Oficina de Atención al Ciudadano, así las cosas, deberán aportarse los formatos que deriven de los documentos que se establecen a continuación, además de aportar los mismos:

  - ✓ Política de servicio al ciudadano
  - ✓ Protocolos establecidos de atención al ciudadano.
  - ✓ Cartilla de deberes y derechos

  En concordancia con lo anterior, dentro de los documentos requeridos anteriormente deben estar claramente establecidos los requisitos que debe reunir cada usuario para solicitar ante la IPS cualquiera de los procedimientos médicos allí señalados.

- Líneas de comunicación directa: El proponente deberá anexar a la propuesta un directorio con las líneas telefónicas de las personas encargadas de trámite de PQRSD, con la finalidad de que desde el FPS – FNC se mantenga contacto permanente para facilitar la gestión y solución inmediata a casos que lo ameriten respecto a quejas interpuestas a

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

través de la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud y PQRSD interpuestas en alguno de los puntos de atención del Fondo a nivel nacional.

- Recurso Humano de Atención al Usuario:

  - ✓ Coordinador de Atención al Usuario: Nombre y hoja de vida del Coordinador de Atención al Usuario que cumpla los requisitos descritos anteriormente:
  - ✓ Funcionarios de Atención al Usuario: Nombre y hoja de vida de funcionarios de atención al usuario para cada uno de los puntos de atención que cumpla los requisitos definidos anteriormente

11.1.5.2.5. CALL CENTER

El oferente deberá gestionar la implementación de dos (2) call center, uno de carácter nacional y otro a nivel regional.

11.1.5.2.6. CALL CENTER NACIONAL DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A USUARIOS DEL FONDO

El oferente deberá anexar a la propuesta un documento mediante el cual se compromete a garantizar la disponibilidad conjunta con los demás contratistas, de un Call Center Nacional Único del Fondo, que cumpla con las condiciones definidas en el presente documento, el cual deberá funcionar de forma permanente y sin interrupciones durante la ejecución de los contratos.

11.1.5.2.7. CALL CENTER REGIONAL

El proponente deberá gestionar la implementación de un Call center regional; para soportar este requisito, el oferente aportará copia del contrato en el cual se detallen específicamente las condiciones definidas en este documento.

En caso de ser recurso propio, anexar documento en el que se presenten las condiciones establecidas, incluyendo nombres y contratos del personal. El objetivo el call center regional es la asignación de citas, así como la validación de derechos entre otros. Las acciones del call center regional son las definidas por el Fondo.

El documento soporte del call center regional que debe anexar el proponente, debe incluir la definición de todos los aspectos solicitados en las especificaciones técnicas de este documento.

11.1.5.2.8. RECURSO HUMANO DEL PROPONENTE

El contratista deberá contar con un recurso humano administrativo mínimo para el desarrollo del objeto contractual, el cual estará conformado así:

RECURSO HUMANO	PERFIL	CANTIDAD MÍNIMA	DOCUMENTO SOPORTE
Coordinador Regional	Profesional en áreas de la salud con posgrado en áreas de la salud pública o administración en salud o epidemiología o auditoría en salud, con experiencia mínima de cinco (05) años en cargos del nivel directivo o asesor dentro de las instituciones del SGSSS.	Uno (01) por regional, exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Coordinador Local	Profesional en áreas de la salud con posgrado en áreas de la salud pública o administración en salud o epidemiología o auditoría en salud, con experiencia mínima de tres (03) años en cargos del nivel directivo o asesor dentro de las instituciones del SGSSS.	Uno (01) por ciudad de 500 o más usuarios	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Coordinador de red de prestadores de servicios de salud	Profesional en áreas de la salud o administración o ingeniería con posgrado en áreas de la salud pública o administración en salud o epidemiología o auditoría en salud, con experiencia mínima de tres (03) años en cargos de administración de red de prestadores o afines	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Coordinador de referencia y contra referencia	Profesional en áreas de la salud o administración o ingeniería con posgrado en áreas de la salud pública o administración en salud o epidemiología o auditoría en salud, con experiencia mínima de tres (03) años en cargos de administración de autorizaciones de servicios de salud, red de prestadores o afines	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Tecnólogo en sistemas de información	Tecnólogo en sistemas de información en salud con experiencia mínima de tres (03) años en manejo de bases de datos y reporte de información en el sector salud	Uno (01) por regional	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Responsable de procesos de calidad	Profesional en áreas de la salud, administración o ingeniería con experiencia mínima de dos (02) años en el manejo del sistema de garantía de calidad en salud	Uno (01) por regional	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Responsable del proceso de atención al usuario	Profesional en áreas de la salud, administración, ingeniería o áreas sociales con experiencia mínima de tres (03) años en atención al usuario y solución de conflictos	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Personal de atención al usuario	Técnico o Tecnólogo en Salud Pública o Apoyo Administrativo en Salud o en Gestión de Procesos Administrativos en Salud o Auxiliar de Enfermería con experiencia mínima de dos (02) años en servicios de salud relacionada con atención al usuario. un nivel intermedio/avanzado en el manejo del paquete de herramientas de office. Así mismo, obligatoriamente deberá acreditar la aprobación de los cursos correspondientes a: "humanización de los servicios de salud", "atención al usuario" y "protocolo de llamada telefónica", con una anterioridad no mayor a los seis (6) meses al cierre del presente proceso.	Tres (03) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Certificaciones de experiencia - Certificado de aprobación del curso humanización de los servicios de salud. - Certificado de aprobación del curso atención al usuario. - Certificado de aprobación del curso protocolo de llamada telefónica. – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Responsable de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Profesional en áreas de la salud con experiencia mínima de tres (03) años en programas de promoción y prevención	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Responsable de ruta cardio cerebro vascular y metabólica	Profesional en áreas de la salud con experiencia mínima de tres (03) años en programas de riesgo cardiovascular o implementación de RIAS.	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia – - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Responsable de seguimiento de cohortes y consolidación de información de patologías de alto costo	Profesional en áreas de la salud con experiencia mínima de tres (03) años en reporte de patologías de alto costo.	Uno (01) por regional exclusivo para el programa del Fondo	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia - Carta de intención, con manifestación expresa que va a trabajar en la ejecución del contrato en caso de serle adjudicado.
Equipo interdisciplinario para evaluación y determinación de discapacidad	Equipo multidisciplinario de salud que emite el certificado de discapacidad conformado por cinco (05) profesionales con formación en certificación de discapacidad, cada uno de un área diferente, que incluye dos (02) médicos generales o especialistas y mínimo dos (02) profesionales de alguna de las siguientes áreas: fonoaudiología, psicología, enfermería o trabajo social.	Uno (01) por regional	- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. - Fotocopia de diplomas o actas de grado. - Fotocopia de Tarjeta profesional. - Registro profesional. - Impresión del RETHUS (si aplica) - Certificaciones de experiencia

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Para la verificación del recurso humano administrativo, el oferente deberá presentar en la oferta para cada uno de los cargos definidos la hoja de vida del profesional con todos los soportes requeridos

Las actividades que deberá desarrollar cada uno de los perfiles aquí descritos se encuentran relacionadas en el Anexo No. 5 – Prestación de servicios de salud.

11.2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Una vez verificados los requisitos habilitantes se procederá a calificar las propuestas habilitadas jurídica, financiera, organizacional, de experiencia y técnicamente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007. La omisión de los documentos necesarios para la comparación de una oferta con las demás, impedirá que la misma sea tenida en cuenta para la evaluación y posterior adjudicación del contrato.

La evaluación tendrá en cuenta criterios relacionados con procesos de: la gestión del riesgo, las atenciones en salud, las redes de servicios, la atención al usuario y los factores definidos por ley, a los cuales se les otorgará un puntaje total de CIEN (100) PUNTOS. El puntaje obtenido en cada uno de los criterios de evaluación como en el puntaje total se indicará en números enteros.

La asignación de puntaje se realizará de forma independiente para cada propuesta.

La oferta más favorable se determinará con la ponderación de lo aquí contemplado. El orden de elegibilidad se realizará de conformidad con el puntaje obtenido, el cual corresponderá de mayor a menor. El Fondo aproximará el puntaje al número entero más cercano (hacia arriba), siempre que el puntaje obtenido en números decimales sea igual o superior a punto cinco (0.5), igualmente aproximará el puntaje al número entero más cercano (hacia abajo), siempre que el puntaje obtenido en números decimales sea inferior a punto cinco (0.5).

Se especifican a continuación, los criterios y puntajes de evaluación, así:

No.	FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE MÁXIMO
11.2.1	11.2.1.1. Ofertar servicios extramurales.	10
	11.2.1.2. Ofertar sedes y servicios exclusivos para atención de usuarios del Fondo en las IPS primarias.	30
	11.2.1.3. Ofertar servicios de alta complejidad adicionales a los requeridos en componente complementario.	12
	11.2.1.4. Ofertar farmacias adicionales.	10
	11.2.1.5. Ofertar servicios de ópticas adicionales.	5
	SUBTOTAL OFERTA DE SERVICIOS	**67**
11.2.2	11.2.2.1. Ofertar sistema de PQRSD en aplicativo web y APPS	5
	11.2.2.2. Sistema de información único con historia clínica única que permita seguimiento a prestación de servicios y gestión del riesgo de los usuarios.	5
	11.2.2.3. Aplicativo para el seguimiento del Modelo de Gestión Integral de Riesgo en Salud.	10
	SUBTOTAL ATENCIÓN INTEGRAL A LOS AFILIADOS	**20**
11.2.3	11.2.3.1. Apoyo a la industria nacional.	10
	11.2.3.2. Ofrecimiento de trabajadores en condición de discapacidad.	1
	11.2.3.3. Oferta Económica	2
	SUBTOTAL CRITERIOS DE LEY	**13**
	TOTAL PUNTAJE	**100**

Teniendo en cuenta lo anterior, el Fondo tendrá en cuenta los criterios de evaluación que se desarrollan a continuación:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.2.1. OFERTA DE SERVICIOS.

11.2.1.1. OFERTAR SERVICIOS EXTRAMURALES.

Los servicios extramurales comprenden equipos extramurales, brigadas, unidades móviles del componente primario y complementario de la red. Se tomarán en cuenta como servicios extramurales, aquellos servicios que no existiendo en un punto de atención sean prestados a través de profesionales que se desplazan desde otras sedes de puntos de atención. No se incluyen como servicios extramurales los que se encuentran habilitados en el punto de atención.

Para revisión y calificación de este punto, los servicios extramurales serán marcados en el Formato No, 10: Formato de Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, en el cual se debe marcar en la casilla correspondiente al ámbito: Extramural: Unidad Móvil y Extramural: Otros extramural, así como anexar el Formato No.13 Formato de Reporte de Servicios Extramurales, en el cual se incluyan la totalidad de los servicios extramurales ofertados en la regional; y deberán anexar los documentos establecidos en el numeral de Red Integral de Prestadores, incluyendo el Registro de Habilitación donde conste la habilitación del servicio extramural. Estos servicios pueden ofertarse con red propia o contratada.

El puntaje máximo se asignará al proponente que oferte servicios extramurales, en el mayor número de puntos de atención rurales o dispersos que pertenezcan a la red primaria, y para los demás se aplicará regla de tres (3).

Una vez adjudicado el contrato, los servicios extramurales, equipos extramurales, brigadas y unidades móviles deberán estar implementados desde el primer mes de inicio de la prestación de servicios.

11.2.1.2. OFERTAR SEDES Y SERVICIOS EXCLUSIVOS PARA ATENCIÓN DE USUARIOS DEL FONDO EN LAS IPS PRIMARIAS.

Para la evaluación de este aspecto se tendrá en cuenta dos tipos de servicios propuestos:

- **Sedes exclusivas (HASTA 20 PUNTOS)**

Las sedes exclusivas que son instituciones de naturaleza privada cuyo propósito es la prestación de servicios ambulatorios con estructura administrativa y asistencial independiente y exclusiva para la atención de los usuarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, la cual debe reunir como mínimo las siguientes características:

- ✓ Debe demostrar infraestructura exclusiva para los usuarios objeto de la presente selección.
- ✓ Se debe ofrecer capacidad instalada independiente y con destinación específica para los usuarios del Fondo.
- ✓ Debe tener estructura administrativa y asistencial específica para la atención de los usuarios del Fondo, dada por la existencia de modelos de atención en salud exclusivos para los usuarios del Fondo, representados en los procesos de asignación de citas, atención al usuario y referencia -contra referencia, a través de un talento humano específico y que se encuentra claramente integrado a través de un organigrama.

Para ser considerada como sede exclusiva debe contar como mínimo con los siguientes servicios exclusivos para los usuarios del Fondo:

- ✓ Consulta externa de Medicina General.
- ✓ Consulta externa de Odontología General.
- ✓ Consulta por Medicina Familiar
- ✓ Consulta prioritaria.
- ✓ Enfermería.
- ✓ Suministro de medicamentos.
- ✓ Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico
- ✓ Servicio de promoción y prevención que incluya todas las actividades de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- ✓ Tamización de cáncer de cuello uterino
- ✓ Área de asignación de citas.
- ✓ Área de Atención al Usuario con personal idóneo

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- ✓ Área de referencia y contra referencia.

Las sedes exclusivas ofertadas deberán ser presentadas en un documento independiente cada una, que contenga la totalidad de la información así:

- ✓ IPS donde se prestará el servicio de sede exclusiva debidamente habilitada. Las IPS donde se oferte el servicio de sede exclusiva deberán estar habilitadas al momento de presentar la oferta y podrá ser propia o contratada. Incluir nombre de la sede y dirección
- ✓ Estructura organizacional de las sedes en el cual se debe incluir el Organigrama, los procesos administrativos y asistenciales.
- ✓ Flujograma de procesos de atención de los procedimientos solicitados en este numeral (asignación de citas, atención al usuario, referencia y contra referencia), incluyendo el perfil del personal responsable de los mismos.
- ✓ Manual de funciones de los funcionarios.
- ✓ Compromiso de funcionamiento de la sede exclusiva en la IPS en que se propone dentro de los 30 días siguientes al inicio del contrato.
- ✓ Adjuntar habilitación de la IPS propuesta en la que se encuentren habilitados los servicios ofertados.

Para obtener los puntos por sede exclusiva, el oferente deberá ofertar las sedes con los servicios mínimos definidos anteriormente diligenciando el Formato No. 16 – Reporte de Sedes Exclusivas, anexando los documentos exigidos en este numeral., para lo cual deberá diligenciar estos servicios en el Formato No. 16.

El Oferente que más sedes exclusivas oferte para la regional accederá a un total de Veinte (20) puntos y el resto de los ofrecimientos se ponderará mediante regla de tres (3).

- **Servicios exclusivos en sedes no exclusivas (HASTA 10 PUNTOS)**

Los servicios exclusivos son áreas específicas para la atención exclusiva de los usuarios del Fondo dentro de las IPS Primarias de los puntos de atención, y que garantizan una infraestructura y personal independiente para esta atención, y que deben reunir como mínimo las siguientes características:

- ✓ Debe demostrar infraestructura o áreas independientes o exclusivos para los usuarios objeto de la presente selección.
- ✓ Se debe ofrecer capacidad instalada independiente y/o con destinación específica para los usuarios del Fondo.
- ✓ Debe tener estructura administrativa y asistencial específica para la atención de los usuarios del Fondo, dada por la existencia de modelos de atención en salud exclusivos para los usuarios del Fondo en los servicios ofertados, a través de un talento humano específico y que se encuentra claramente integrado a través de un organigrama.

Los servicios exclusivos para los usuarios del Fondo a ofertar pueden corresponder a:

- ✓ Consulta externa de Medicina General.
- ✓ Consulta externa de Odontología General.
- ✓ Consulta por Medicina Familiar
- ✓ Consulta prioritaria.
- ✓ Enfermería.
- ✓ Suministro de medicamentos.
- ✓ Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico
- ✓ Servicio de promoción y prevención que incluya todas las actividades de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- ✓ Tamización de cáncer de cuello uterino
- ✓ Área de asignación de citas.
- ✓ Área de Atención al Usuario con personal idóneo
- ✓ Área de referencia y contra referencia.

De igual manera podrá ofertar servicios adicionales a los mínimos solicitados del componente primario y complementario como servicios exclusivos para los usuarios del Fondo.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

Los servicios exclusivos ofertados deberán ser presentados en un documento independiente cada una, que contenga la totalidad de la información así:

- ✓ IPS donde se prestará el servicio exclusivo debidamente habilitada. Las IPS donde se oferte el servicio exclusivo deberán estar habilitadas al momento de presentar la oferta y podrá ser propia o contratada. Incluir nombre de la sede y dirección
- ✓ Estructura organizacional de los servicios exclusivos en el cual se deben incluir los procesos administrativos y asistenciales.
- ✓ Flujograma de procesos de atención de los procedimientos ofertados como exclusivos (asignación de citas, atención al usuario, referencia y contra referencia), incluyendo el perfil del personal responsable de los mismos.
- ✓ Manual de funciones de los funcionarios.
- ✓ Compromiso de funcionamiento de los servicios exclusivos en la IPS en que se propone dentro de los 30 días siguientes al inicio del contrato.
- ✓ Adjuntar habilitación de la IPS propuesta en la que se encuentren habilitados los servicios ofertados.

Para obtener los puntos por servicio exclusivo, el oferente deberá ofertar los servicios con diligenciando el Formato No. 17 – Reporte de Servicios Exclusivos, en el cual se debe especificar la IPS primaria en la cual se encuentran ubicados y anexando los documentos exigidos en este numeral.

El Oferente que más servicios exclusivos en sede no exclusivas oferte para la regional accederá a un total de Diez (10) puntos y el resto se ponderará mediante regla de tres (3).

11.2.1.3. OFERTAR SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD ADICIONALES A LOS REQUERIDOS EN COMPONENTE COMPLEMENTARIO.

Se consideran servicios de alta complejidad los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales, Neurocirugía (servicio quirúrgico), Unidad Renal, Hemodinamia, Radiología de Alta Complejidad, Cirugía cardiovascular (servicio quirúrgico), Quimioterapia, Radioterapia, Unidad de Quemados y Trasplantes.

Para ofertar servicios adicionales de alta complejidad, se requiere que sean servicios adicionales a los incluidos en el Componente Complementario de la red principal integral solicitada como servicios habilitantes.

El proponente que oferte el mayor número de servicios alta complejidad, adicionales a los ofertados en la red del componente complementario obtendrá el máximo de puntos y el resto se ponderará mediante regla de tres (3).

Para soportar estos servicios, el proponente deberá diligenciar el Formato No. 15 Formato de Servicios Adicionales de Alta Complejidad y anexar los mismos documentos establecidos para el Componente Complementario en el numeral correspondiente del presente documento.

La oferta adicional de servicios de alta complejidad no implica pagos adicionales, puesto que las atenciones están incluidas dentro de los planes de beneficios que forman parte integral del contrato.

11.2.1.4. OFERTAR FARMACIAS ADICIONALES.

Las farmacias adicionales deben ser diferentes a las ofertadas en la red mínima de farmacias por punto de atención, sin que superen un máximo de dos farmacias adicionales por punto de atención.

El proponente que oferte el mayor número de servicios de Farmacias adicionales a las ofertadas en la oferta básica de farmacias mínimas en el mayor número de puntos de atención, sin que se superen dos farmacias por punto de atención, obtendrá el máximo de puntos y el resto se ponderará mediante regla de tres (3).

Para revisión y calificación de este punto, las farmacias serán reportados en el Formato No, 14: Formato de Reporte de Farmacias Adicionales, en el que se especifique el tipo de farmacia ofertada como adicional; farmacia diurna, farmacia de 24 horas, farmacia de alto costo, farmacia de medicamentos controlados y deberán anexar los documentos soporte exigidos en el numeral de Farmacias de la red habilitante.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

11.2.1.5. OFERTAR SERVICIOS DE ÓPTICAS ADICIONALES

Las ópticas adicionales deben ser diferentes a las ofertadas en la red mínima de insumos por cada punto de atención, sin que superen un máximo de una óptica adicional por punto de atención.

El proponente que oferte el mayor número de ópticas adicionales a las ofertadas en la oferta básica de insumos por punto de atención en el mayor número de puntos de atención, sin que se superen una óptica por punto de atención, obtendrá el máximo de puntos y el resto se ponderará mediante regla de tres (3).

Para revisión y calificación de este punto, las ópticas serán reportados en el Formato No, 18: Formato de Reporte de Ópticas Adicionales, en el que se especifique el nombre la óptica adicional ofertada y se adjunten los documentos definidos para el soporte de la red de insumos establecidos en este documento.

11.2.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y OTROS.

11.2.2.1. OFERTAR SISTEMA DE PQRSD EN APLICATIVO WEB Y APPS.

Se asignará puntaje al proponente que oferte una herramienta en aplicativo WEB y/o a través de APP de gestión de PQRSD, que garantice un trámite oportuno de las mismas, realice el seguimiento a la recepción, estado, y tiempos de respuesta

#	DESCRIPCION	PUNTAJE
1	Ofertar una herramienta en aplicativo WEB y APP	10 puntos
2	Ofertar una herramienta en aplicativo WEB	3 puntos
3	Ofertar una herramienta en aplicativo APP	3 puntos

- ✓ Presentar documento donde se incluya la información de la web:
- ✓ Nombre del aplicativo y/o app
- ✓ Especificaciones de los módulos del aplicativo web y/o app.
- ✓ Manual de usuario.
- ✓ Forma de licenciamiento.
- ✓ Accesibilidad remota a la herramienta a través de usuario y contraseña.
- ✓ Responsable de la operación de la herramienta tecnológica propuesta para realizar enlace con el fondo.
- ✓ Las licencias que soportan los aplicativos ofertados deberán tener autorización para el uso del Fondo.

Una vez adjudicado el contrato, si el futuro contratista ofertó este factor, tendrá un plazo de hasta seis (06) meses para la implementación ofrecida.

11.2.2.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN ÚNICO CON HISTORIA CLÍNICA ÚNICA QUE PERMITA SEGUIMIENTO A PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LOS USUARIOS.

Para el ofrecimiento de este factor, el proponente se compromete a prestar servicios de salud y gestionarlo administrativamente por medio de un sistema de información que contenga mínimo con la historia clínica electrónica, donde se garantice la unicidad del registro de la prestación de servicio de salud por regional.

La historia clínica electrónica (HCE) debe regirse por los principios de interoperabilidad tales como confidencialidad, disponibilidad, enfoque de usuario, integridad, oportunidad, seguridad, uniformidad, veracidad, así como se debe tener como elemento la calidad del dato.

La HCE debe registrar los datos de todas las atenciones en salud y de acuerdo con la normatividad legal vigente.

El software de HCE debe tener un módulo de consulta de HCE, el cual debe generar información o reporte de la atención en salud individual por servicio, por IPS, por municipio y por región con diversas variables y cruces entre las mismas. Este módulo deberá tener acceso el personal del FPS-FNC.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

La evaluación de la HCE se realizará de acuerdo al tipo de aplicación y del funcionamiento – operación.

Frente al tipo de aplicación el FPS-FNC ha determinado que solo aceptara aplicativos o software WEB o CLIENTE/SERVIDOR y entre las dos se escoge una de ellas. Para el FPS-FNC se valida la ventaja de un aplicativo que pueda crecer en funcionalidad, seguridad y robustez sin aumentar los requisitos en los clientes, de igual manera se valida la ventaja de la seguridad en el servidor y no en el cliente. De igual manera para el FPS-FNC se valida la HCE que tenga historias clínicas de programas específicos en funcionamiento tales como ERC y RPMS.

APLICACIÓN O SOFTWARE	
DESCRIPCION	**PUNTAJE**
Software o aplicación WEB.	4
Software o aplicación cliente/servidor	1
FUNCIONAMIENTO - OPERACIÓN	
DESCRIPCION	**PUNTAJE**
Módulo de HCE del programa de ERC y seguimiento a la RPMS	5
Módulo de HCE del programa de ERC	2
Módulo de HCE de seguimiento a la RPMS	2

Como soporte para realizar la verificación el proponente deberá entregar:

- ✓ Certificado de oferta de software o aplicativo según ANEXO No X firmado por el representante legal o gerente del operador.
- ✓ Certificado de oferta de software o aplicativo según ANEXO No X firmado por el representante legal o gerente de la empresa dueña del aplicativo o software.
- ✓ Manual de operación del software donde se evidencia el tipo de aplicación o software y el módulo de HCE GENERAL y el MODULO DE HCE de ERC y/o MODULO DE HEC RPMS.
- ✓ Copia del contrato de suministro de SOFTWARE o APLICATIVO vigente.

Una vez adjudicado el contrato, este servicio deberá estar implementado y funcionando dentro de los quince (15) días siguientes al inicio del contrato.

11.2.2.3. APLICATIVO PARA EL SEGUIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD

Para el ofrecimiento de este factor, el proponente se compromete a implementar el modelo de gestión integral de riesgo en salud para el FPS-FNC, el seguimiento a este modelo se debe realizar por medio de un aplicativo WEB, los datos se deben sacar de la información reportada de los RIPS y de la HCE y datos específicos del MGIRS.

El aplicativo deberá tener mínimo los siguientes módulos:

- Módulo de Identificación y caracterización del riesgo en salud de la población por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.
- Módulo de información de Red de IPS ofertadas por el componente primario por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.
- Módulo de información de Red de IPS ofertadas por el componente Complementario por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.
- Módulo de seguimiento a indicadores de oportunidad en la atención en salud por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.
- Módulo de seguimiento a la encuesta de satisfacción del usuario – PQRS - TUTELAS por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.
- Módulo de seguimiento a Metas en salud individual propuestas por el FPS-FNC (Por Grupo de riesgo en salud, RPMS) por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- Módulo de seguimiento a Metas en salud colectivas propuestas por el FPS-FNC (Por grupo de riesgo en salud y RPMS) por IPS, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL.

La evaluación del aplicativo se realizará de acuerdo al tipo de aplicación y del funcionamiento – operación.

Frente al tipo de aplicación el FPS-FNC ha determinado que solo aceptara aplicativos o software WEB o CLIENTE/SERVIDOR y entre las dos se escoge una de ellas. Para el FPS-FNC se valida la ventaja de un aplicativo que pueda crecer en funcionalidad, seguridad y robustez sin aumentar los requisitos en los clientes, de igual manera se valida la ventaja de la seguridad en el servidor y no en el cliente. Para la revisión del funcionamiento – operación, el FPS-FNC validara y asignara el mayor número de puntos a el aplicativo que tenga el mayor número de módulos requeridos.

APLICACIÓN O SOFTWARE		
#	**DESCRIPCION**	**PUNTAJE**
1	Software o aplicación WEB.	4
2	Software o aplicación cliente/servidor	2
FUNCIONAMIENTO – OPERACIÓN		
#	**DESCRIPCION**	**PUNTAJE**
1	Aplicativo o software con los siete módulos requeridos.	6
2	Aplicativo o software con los seis módulos requeridos.	4
3	Aplicativo o software con cinco o menos módulos requeridos.	3

Como soporte para realizar la verificación el proponente deberá entregar:

- ✓ Certificado de oferta de software o aplicativo según anexo firmado por el representante legal o gerente del operador.
- ✓ Certificado de oferta de software o aplicativo según anexo firmado por el representante legal o gerente de la empresa dueña del aplicativo o software.
- ✓ Manual de operación del software donde se evidencia el tipo de aplicación o software y los módulos que ofertaran dentro del aplicativo.
- ✓ Copia del contrato de suministro de SOFTWARE vigente.

Una vez adjudicado el contrato, este servicio deberá estar implementado y funcionando dentro de los quince (15) días siguientes al inicio del contrato**.**

11.2.3. FACTORES DE LEY

11.2.3.1. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

En aplicación al artículo 2 de la Ley 816 de 2003 y el Decreto 2680 de 2009, al proponente que apoye la industria nacional tendrá un puntaje hasta de diez (10) puntos, para lo cual el proponente deberá diligenciar y allegar junto con la propuesta el FORMATO "APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (LEY 816 DE 2003)", debidamente suscrito por el respectivo representante legal, manifestando que oferta servicios nacionales.

Si el proponente ofrece servicios de origen extranjero deberá diligenciar y allegar junto con la propuesta el FORMATO "APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (LEY 816 DE 2003)", debidamente suscrito por el respectivo representante legal, manifestando que sus servicios no son nacionales, razón por la cual obtendrá una calificación de cinco (5) puntos.

Si el proponente extranjero, aspira la calificación de los diez puntos por trato nacional, deberá manifestar que cumple con alguna de estas condiciones:

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

- Que Colombia haya negociado trato nacional en materia de compras estatales con su país de origen,
- Que en el país del proponente extranjero, con el que no se hubiere negociado trato nacional, las ofertas de bienes y servicios colombianas, reciban el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales.

La acreditación del trato nacional otorgado a bienes y servicios nacionales en países con los cuales Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras públicas se realizará mediante la presentación de una certificación expedida por el Director de Asuntos Jurídicos Internacionales del Ministerio de Relaciones Exteriores, la cual contendrá lo siguiente: (i) Lugar y fecha de expedición de la certificación; (ii) Número y fecha del Tratado; (iii) Objeto del Tratado; (iv) Vigencia del Tratado, y (v) Proceso de selección al cual va dirigido.

En ausencia de negociación de trato nacional, la certificación deberá indicar si existe trato nacional en virtud del principio de reciprocidad. En el último caso, el Ministerio de Relaciones Exteriores solicitará la publicación en el Secop de las certificaciones referidas y de mantener dicha información actualizada coordinadamente con la Agencia Nacional de Contratación Pública, Colombia Compra Eficiente.

En caso de ser proponente plural, se deberá diligenciar el formato individualmente por cada uno de sus miembros y allegar la documentación que se requiera para cada uno de los integrantes

El proponente que omita la presentación del FORMATO "APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (LEY 816 DE 2003)" o que no acredite y presente con la propuesta los documentos requeridos para que se le de tratamiento de bienes y servicios nacionales no obtendrá puntaje por este criterio.

11.2.3.2. OFRECIMIENTO DE TRABAJADORES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.

En atención a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el artículo 1° del Decreto 392 de 2018, se otorgará el uno por ciento (1%) del total de los puntos a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- ✓ La persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certificará el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección.
- ✓ De igual forma, acreditará el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal, de conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección.
- ✓ Verificados los anteriores requisitos, se asignará el 1%, a quienes acrediten el número mínimo de trabajadores con discapacidad, señalados a continuación:

Número de trabajadores de la planta de personal del proponente.	nero de trabajadores con discapacidad exigido.
Entre 1 y 30	1
Entre 31 y 100	2
Entre 101 y 150	3
Entre 151 y 200	4
Más de 200	5

NOTA: Si la oferta es presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, se tendrá en cuenta la planta de personal del integrante del proponente plural que aporte como mínimo el cuarenta por ciento (40%) de la experiencia requerida para la respectiva la ejecución de la contratación.

11.2.3.3. OFERTA ECONÓMICA

Se asignarán hasta dos (2) puntos a la propuesta económica cuyo valor sea inferior al presupuesto fijo total sin el variable por regional. El valor de la propuesta económica no podrá ser inferior al 99,9% del valor fijo total sin el valor variable por regional

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

del presupuesto oficial. Por lo tanto, el valor del descuento de la propuesta económica no podrá ser superior al 0,10% del valor fijo total sin el valor variable por regional del presupuesto oficial.

REGIONAL	VALOR FIJO TOTAL SIN VARIABLE
MAGDALENA	$ 127.743.736.506
PACIFICO	$ 87.393.593.662
CENTRAL	$ 69.915.018.102
ANTIOQUIA – SANTANDER	$ 40.782.969.326
Total general	**$ 325.835.317.595**

#	DESCRIPCION	RANGO	PUNTOS
1	Propuesta económica cuyo descuento al valor sea inferior al presupuesto fijo total sin el variable por regional igual al 0,10%.	Igual al 0,10%.	2
2	Propuesta económica cuyo descuento al valor sea inferior al presupuesto fijo total sin el variable por regional menor al 0,10% y mayor al 0,075%.	Menor al 0,10% y mayor al 0,075%.	1,5
3	Propuesta económica cuyo descuento al valor sea inferior al presupuesto fijo total sin el variable por regional menor igual al 0,075% y mayor al 0,05%.	Menor igual al 0.075% y mayor al 0,05%.	1
4	Propuesta económica cuyo descuento al valor sea inferior al presupuesto fijo total sin el variable por regional menor igual al 0,05% y mayor al 0,02%.	Menor igual al 0,05% y mayor al 0,02%	0,5

EJEMPLO 1

Un proponente que oferta por la región magdalena un valor fijo total de $127.743.736.506. La disminución con relación al presupuesto oficial es superior al 10%, no se asignarán puntos.

EJEMPLO 2

Un proponente que oferta por la región pacifico un valor fijo total de $87.393.593.662La disminución con relación al presupuesto es del 0,06%, se le asignarán 1 punto.

EJEMPLO 3

Un proponente que oferta por la región central un valor fijo total de $69.915.018.102. La disminución con relación al presupuesto es del 0,10%, se le asignarán 2 puntos.

Un proponente que oferta por la región central un valor fijo total de $69.915.018.102. La disminución con relación al presupuesto es del 0,03%, se le asignarán 0,5 puntos.

EJEMPLO 4

Un proponente que oferta por la región Antioquia – Santander un valor fijo total de $40.782.969.326. La disminución con relación al presupuesto es del 0,08%, se le asignarán 1,5 puntos.

11.3. REGLAS DE DESEMPATE

Se aplicarán las reglas contempladas en el artículo 2.2.1.1.2.2.9., del Decreto 1082 de 2015, así:

En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas, la Entidad Estatal escogerá

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

1. El oferente que tenga el mayor puntaje en el primero de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación.

2. Si persiste el empate, escogerá al oferente que tenga el mayor puntaje en el segundo de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación y así sucesivamente hasta agotar la totalidad de los factores de escogencia y calificación establecidos en los pliegos de condiciones.

3. Si persiste el empate, se utilizarán las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar el oferente favorecido, respetando los compromisos adquiridos por Acuerdos Comerciales:

a. Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.
b. Preferir las ofertas presentada por una Mipyme nacional.
c. Preferir la oferta presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura siempre que: (a) esté conformado por al menos una Mipyme nacional que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la Mipyme aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la Mipyme, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura.
d. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.
e. Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación.

4.De persistir el empate, este se dirimirá mediante sorteo mediante el método de suerte y azar, se realizará un sorteo por balotas en audiencia pública cuya fecha y hora serán informadas en el Portal de Contratación http://www.contratos.gov.co, y que en todo caso será después de vencido el término de traslado para observaciones al informe de evaluación. En la misma comunicación en que se cita a la audiencia de sorteo serán resueltas las observaciones presentadas por los proponentes en el término del traslado del informe de evaluación.

El sorteo se llevará a cabo con balotas, mediante el siguiente procedimiento:

a. En el día y fecha de la audiencia de sorteo, a cada proponente se le asignará (por selección directa de quien los asiste o por selección aleatoria de servidores del FONDO en el caso de los proponentes empatados que no asisten) un número inmodificable de uno (1) (siendo el número máximo de proponentes empatados), de forma aleatoria mediante sorteo de balota.
b. La audiencia pública será conducida por el Ordenador del Gasto y las personas que designe para tal efecto el ordenador del Gasto de lo cual se dejará constancia en el acta, acompañado por un designado de la Subdirección Financiera o de otra persona que pertenezca al FONDO, preferiblemente, en caso de falta del asistente por la subdirección Financiera o del asistente de Dirección General.
c. Los resultados del sorteo serán consignados en acta la cual será suscrita por los funcionarios y demás interesados que asistan a ella.
d. Las balotas asignadas serán ingresadas nuevamente en la balotera y la persona designada por Dirección General-Evaluador Designado- del FONDO o su designado, será el responsable de extraer las mismas, la primera en salir coincidirá con el proponente que se ubicará en el primer orden de elegibilidad y así sucesivamente hasta completar el cuadro de elegibles.

En todo caso se aplicará conforme lo normado por el Decreto 1082 de 2015 (modificado por el Decreto 1676 de 2016).

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

12. MATRIZ DE RIESGOS

Este análisis se realiza sobre los riesgos previsibles, en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, y el manual de aplicación que sobre éste respecto emitió Colombia compra Eficiente, se deberán incluir los soportes que permitan la tipificación, estimación y asignación de riesgos previsibles que puedan afectar el equilibrio económico del contrato.

Los riesgos deben ser tipificados, estimados y distribuidos por parte de la Entidad, con el propósito de que los interesados los conozcan y con base en ello, determinen si se presentan o no al proceso de selección respectivo.

En éste sentido se dará aplicación a lo consignado en el Manual para la identificación y cobertura del riesgo en los procesos de contratación M-ICR-01, expedida por Colombia Compra Eficiente y lo preceptuado en el CONPES 3714, de conformidad con la Matriz que con este propósito se establece.

Los riesgos identificados del proceso de contratación, se encuentran relacionados en el Anexo – Matriz de Riesgos.

13. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL O EXTRACONTRACTUAL, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL OFRECIMIENTO O DEL CONTRATO SEGÚN EL CASO, ASÍ COMO LA PERTINENCIA DE LA DIVISIÓN DE AQUELLAS, DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN SOBRE EL PARTICULAR.

El artículo 7 de la Ley 1150 de 2007, señala que los contratistas prestarán garantía única para el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato. Los proponentes prestarán garantía de seriedad en los ofrecimientos hechos.

De conformidad con el Art 2.2.1.2.3.1.2**.** del Decreto 1082 del 2015, las garantías que los proponentes o contratista pueden otorgar son: contrato de seguro contenido en una póliza, patrimonio autónomo y garantía bancaria.

Las garantías deberán cubrir los riesgos establecidos en los Art**.** 2.2.1.2.3.1.5, 2.2.1.2.3.1.6. y siguientes del Decreto 1082 del 2015 de acuerdo con el objeto del proceso.

Se exigirá la garantía única que cubra los amparos de cumplimiento, calidad del servicio, salarios y prestaciones sociales, la cual deberá ser aportada de acuerdo al Cronograma del Proceso y será aprobada por el Ordenador del Gasto, indicando como vigencia inicial la de la suscripción del contrato, que cubra los siguientes amparos:

Póliza de Cumplimiento:

Tipo o Clase de garantía	Suficiencia	Vigencia
Cumplimiento.	Será el equivalente al quince por ciento (10%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.
Calidad del Servicio.	Será el equivalente al quince por ciento (5%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.
Pago de Salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales.	Será el equivalente al diez por ciento (5%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más.

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: El valor asegurado en las pólizas que amparan la responsabilidad extracontractual que pudiera llegar a atribuirse al Fondo con ocasión de las actuaciones, hechos u omisiones de sus contratistas o subcontratistas, o de los perjuicios ocasionados por eventuales reclamaciones de terceros corresponderá al equivalente al cinco por ciento (5%) de 75.000 SMMLV.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

El Contratista debe mantener vigente la garantía única y ajustarla siempre que se produzca alguna modificación en el plazo y/o valor del contrato o en el evento en que se produzca la suspensión temporal del mismo. Igualmente, el contratista deberá notificar a la compañía aseguradora de cualquier modificación del contrato, así esta no conlleve cambio del plazo o el valor del mismo y deberá allegar el certificado de notificación de la modificación a la entidad como constancia de realización de la misma.

La garantía única de cumplimiento expedida a favor del **FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA** no podrá expirar por falta de pago de la prima ni puede ser revocada unilateralmente.

14. ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE CONTAR CON INTERVENTORÍA (PARÁGRAFO 1° DEL ARTÍCULO 83 DE LA LEY 1474 DE 2011)

De acuerdo el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, la entidad contratará a una persona natural o jurídica que preste el servicio de interventoría o auditoría externa, quien se encargará del seguimiento técnico sobre el cumplimiento del contrato y el desarrollo de la implementación y garantía del modelo de atención en salud a los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Detalle de la estructura orgánica y funcional de auditorías que opera hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le proveen bienes y servicios, como mínimo en los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos, de pertinencia y calidad de los servicios.

15. INDICAR SI LA RESPECTIVA CONTRATACION ESTA COBIJADA POR UN ACUERDO INTERNACIONAL O TRATADO DE LIBRE COMERCIO VIGENTE PARA EL ESTADO COLOMBIANO

Dando aplicación a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.2.1.1. Numeral 8 del Decreto 1082 de 2015, en concordancia con lo dispuesto en Colombia Compra Eficiente, no todas las contrataciones de las Entidades Públicas sujetas al Estatuto General de Contratación están sujetas también a las obligaciones de carácter internacional, derivadas de los Acuerdos o Tratados de Libre Comercio.

Para que la contratación pública esté cubierta bajo las obligaciones internacionales es necesario i) que la entidad pública que realice la contratación se encuentre en los listados de entidades cubiertas, ii) que se superen los montos mínimos para que las normas de contratación pública del capítulo sean aplicables ("los umbrales") y iii) que la contratación no se encuentre cubierta bajo alguna exclusión de aplicabilidad o exención.

Conforme a lo anterior, una vez verificado en la página web del Ministerio de Comercio Industria y Turismo y revisado los tratados internacionales y acuerdos comerciales vigentes para Colombia, así como el Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en procesos de contratación de Colombia Compra Eficiente, se establece que el bien objeto del proceso de contratación se encuentra cubierto por los siguientes acuerdos:

Acuerdo Comercial		**Entidad Estatal incluida**	**Presupuesto del Proceso de Contratación superior al valor del Acuerdo Comercial**	**Excepción aplicable al Proceso de Contratación**	**Proceso de Contratación cubierto por el Acuerdo Comercial**
Alianza Pacifico.	Chile	SI	SI	SI	NO
	México.	SI	SI	SI	NO
	Perú.	SI	SI	SI	NO
Canadá		SI	SI	SI	NO
Chile		SI	SI	SI	NO
Corea		SI	SI	SI	NO
Costa Rica		SI	SI	SI	NO
Estados AELC		SI	SI	SI	NO
Estados Unidos		SI	SI	SI	NO

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

México		SI	SI	NO	SI
Triángulo Norte	El Salvador	SI	SI	NO	SI
	Guatemala	SI	SI	NO	SI
	Honduras	SI	SI	NO	SI
Unión Europea		SI	SI	SI	NO
Comunidad Andina de Naciones		SI	SI	NO	SI

El presente proceso se encuentra cobijado por distintos acuerdos comerciales los cuales pueden ser consultados en la página web del Ministerio de Comercio Industria y Turismo, así como en el Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en procesos de contratación de Colombia Compra Eficiente.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Entidad Estatal debe dar a los bienes y servicios provenientes de dichos Estados, el mismo trato que da a los bienes y servicios Colombianos, por tal motivo, la Entidad Estatal concederá a dichos bienes y servicios el puntaje adicional de que trata la Ley 816 de 2003 y la preferencia a los bienes y servicios nacionales en caso de empates prevista el numeral 1° del artículo 2.2.1.1.2.2.9 del Decreto 1082 de 2015.

*Se informa que la decisión 439 de 1998 de la secretaria de la CAN es aplicable a todos los procesos de contratación de las Entidades Estatales de Nivel Nacional, independientemente del valor del proceso de contratación.

CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYMES

De acuerdo a la cuantía del presente proceso y en virtud de los parámetros establecidos en el artículo 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 de 2015, la presente convocatoria no es susceptible de ser limitada a Mipyme.

ANEXOS

ANEXO No. 01: CARACTERISTICAS POBLACIONALES
ANEXO No. 02: COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO
ANEXO No. 03: MODELO DE ATENCION USUARIOS FPSFCN
ANEXO No. 04: RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD
ANEXO No. 05: PRESTACION SERVICIOS DE SALUD:
ANEXO No. 06: SERVICIOS COMPONENTE PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO RIPSS
ANEXO NO. 07: DEMANDA EFECTIVA – FRECUENCIAS DE USO – DISPONIBILIDAD DE RED A OFERTAR
ANEXO No. 8 PROCESO DE EMPALME
ANEXO No. 09: PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.
ANEXO No. 10: LISTADO MAESTRO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.
ANEXO NO. 11: INDICADORES PARA DESCUENTOS Y DEDUCCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE INDICADORES.

ELABORÓ:	**REVISÓ:**	**APROBO:**
(ORIGINAL FIRMADO)	**(ORIGINAL FIRMADO)**	**(ORIGINAL FIRMADO)**

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

LUZ HELENA GUTIERREZ SUAREZ **Coordinadora GIT Prestación Servicios de Salud** **(ORIGINAL FIRMADO)** **JHON JAIME ACOSTA** **Economista Subdirección de Prestaciones Sociales** **(ORIGINAL FIRMADO)** **DANIEL FERNANDO ACEVEDO HERNANDEZ** **Ingeniero Subdirección de Prestaciones Sociales** **(ORIGINAL FIRMADO)** **FERNEY ESQUIVEL MORENO** **Contratista de GIT Atención de Ciudadano y Gestión Documental** **(ORIGINAL FIRMADO)** **DAYANA PEREZ BUELVAS** **Abogada GIT Atención de Ciudadano y Gestión Documental** **(ORIGINAL FIRMADO)** **ARLINA INES TOVIO CARDENAS** **Contratista de GIT Atención de Ciudadano y Gestión Documental**	**LUIS GABRIEL MARÍN GARCÍA** **Subdirector de Prestaciones Sociales** **(ORIGINAL FIRMADO)** **TATIANA MONTOYA POLANCO** **Abogada Oficina Asesora Jurídica** **(ORIGINAL FIRMADO)** **SANDRA MILENA BURGOS BELTRAN** **Jefe Oficina Asesora Jurídica** **(ORIGINAL FIRMADO)** **KAREN ELENA PATERNINA** **Abogada – Secretaría General**	**JHON MAURICIO MARIN BARBOSA** **Director General**

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.