



**PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA CONTRATACIÓN DE MENOR CUANTÍA –
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

PN RASES4 SA MC SS 102/2026

Objeto: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO”

**DOCUMENTO DE RESPUESTAS A OBSERVACIONES PRESENTADAS
AL PROYECTO PLIEGO DE CONDICIONES**

En consideración a las observaciones realizadas al proyecto pliego de condiciones, por los diferentes oferentes interesados en participar en el proceso contractual, las cuales se allegaron a través de la plataforma del SECOP II en la sección mensajes, la oficina del Grupo Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 consolidó la respuesta emitida por los comités evaluadores mediante los comunicados oficiales GS-2026-008204-REGI4 y GS-2026-061877 DECAU, donde dan contestación con la apreciación y consideración en los siguientes términos:

[REDACTED]

OBSERVACION PROCESO: PN RASES4 SA MC SS 102/2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO

Respetados señores: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

En ejercicio de las facultades constitucionales (Art. 103 y 270 de la C.P.) y legales (Ley 850 de 2003 y Artículo 86 de la Ley 80 de 1993) que nos asisten como *Veeduría Ciudadana* para vigilar la gestión pública y la contratación estatal, de manera respetuosa nos permitimos presentar las siguientes observaciones y solicitudes al proceso de la referencia, con el fin de salvaguardar los principios de transparencia, objetividad y libre concurrencia.

[REDACTED]

Sustento Legal: Artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, Ley 80 de 1993 y jurisprudencia unificada del Consejo de Estado.

El pliego de condiciones restringe la validez de la experiencia a contratos ejecutados únicamente durante los años 2023, 2024 y 2025.

Tanto el Consejo de Estado como Colombia Compra Eficiente han sido enfáticos en que la experiencia no se vence ni se marchita con el paso del tiempo. La experiencia es un atributo de la firma o del profesional que demuestra su conocimiento y capacidad en la ejecución del objeto contractual. Limitarla a los últimos tres años carece de nexo causal y de justificación técnica o idoneidad, y se convierte en una barrera artificial de acceso que excluye a proponentes altamente calificados que ejecutaron contratos exitosos en años anteriores.

SOLICITUD: Solicitamos a la entidad modificar la condición de temporalidad de la experiencia, permitiendo la presentación de contratos ejecutados sin limitación de año de terminación (o en su defecto, ampliar el rango a los últimos 5 o 10 años), evaluando la experiencia por su complejidad y SMMLV ejecutados, y no por su fecha de expedición.

Agradecemos de antemano la atención a la presente observación, la cual se realiza con el único ánimo de cooperar con la administración para que el proceso contractual se ajuste estrictamente a la ley. Quedamos atentos a la respuesta formal dentro de los términos legales establecidos para el proceso de selección.

Respuesta:

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la veeduría, aceptando la ampliación del criterio de experiencia a un periodo de cinco (5) años, comprendido entre 2021 y 2025, con el propósito de garantizar que los oferentes acrediten experiencia actualizada y pertinente, acorde con las necesidades del proceso contractual, asegurando la calidad en la prestación de los servicios objeto de contratación, así como de prevenir posibles incumplimientos durante la ejecución del mismo.



OBSERVACION PROCESO: PN RASES4 SA MC SS 102/2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO

Respetados señores: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

En ejercicio de las facultades constitucionales (Art. 103 y 270 de la C.P.) y legales (Ley 850 de 2003 y Artículo 66 de la Ley 80 de 1993) que nos asisten como Veeduría Ciudadana para vigilar la gestión pública y la contratación estatal, de manera respetuosa nos permitimos presentar las siguientes observaciones y solicitudes al proceso de la referencia, con el fin de salvaguardar los principios de transparencia, objetividad y libre concurrencia.

OBSERVACIÓN No. 2: Vulneración al principio de pluralidad de proponentes y direccionamiento encubierto (Asignación de puntaje por habilitación territorial)

Sustento Legal: Artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 (Selección Objetiva) y Artículo 209 de la Constitución Política (Principio de igualdad e imparcialidad).

El pliego de condiciones asigna un puntaje calificable a los proponentes que tengan IPS con habilitación vigente de manera simultánea bajo sus NIT en Cauca, Nariño y Valle del Cauca. Tras un análisis de mercado realizado por esta Veeduría, se ha identificado que únicamente la IPS OSTEOSALUD cumple con esta condición acumulativa.

Al otorgar puntaje por un requisito geográfico que solo ostenta un actor del mercado, la entidad no está evaluando la oferta más favorable (selección objetiva), sino que está creando una ventaja desproporcionada que rompe la igualdad de condiciones, configurando un presunto direccionamiento del contrato.

SOLICITUD: Con el fin de garantizar la pluralidad de proponentes, solicitamos modificar el pliego de condiciones para eliminar la asignación de puntaje a la condición de tener IPS habilitadas en los tres departamentos mencionados, por un solo proponente. Dichas condiciones deben ser un requisito habilitante para el LOTE de interés, de forma separada, que permita que un proponente se presente por ejemplo por el Departamento del Valle, sin desventaja de puntaje, evitando así beneficiar exclusivamente a un único operador.

Respuesta:

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la veeduría, aceptando la solicitud, descartando este factor de verificación y ponderación del proyecto pliego de condiciones, en atención a los principios de pluralidad de oferentes, selección objetiva y libre concurrencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con otros criterios habilitantes y de evaluación, para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

OBSERVACION PROCESO: PN RASES4 SA MC SS 102/2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO

Respetados señores: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

En ejercicio de las facultades constitucionales (Art. 103 y 270 de la C.P.) y legales (Ley 850 de 2003 y Artículo 66 de la Ley 80 de 1993) que nos asisten como Veeduría Ciudadana para vigilar la gestión pública y la contratación estatal, de manera respetuosa nos permitimos presentar las siguientes observaciones y solicitudes al proceso de la referencia, con el fin de salvaguardar los principios de transparencia, objetividad y libre concurrencia.

OBSERVACIÓN No. 1: Solicitud de publicación del análisis del sector y lista de IPS habilitadas

Sustento Legal: Artículo 2.2.1.1.1.6.1. del Decreto 1082 de 2015.

El artículo citado del Decreto 1082 de 2015 impone a la entidad estatal el deber de realizar un **Análisis del Sector integral**, que no debe limitarse a aspectos económicos, sino también técnicos y de mercado. En los pliegos actuales, la entidad establece condiciones específicas de infraestructura y habilitación en los departamentos de Cauca, Nariño y Valle del Cauca.

Para que este análisis cumpla con el estándar de rigurosidad legal y justifique las condiciones del pliego, es indispensable conocer el universo de posibles competidores.

SOLICITUD: Solicitamos a la entidad publicar de manera detallada la lista de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que, según la consulta efectuada por la entidad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), cuentan actualmente bajos su NIT con sedes habilitadas y vigentes en los departamentos de Cauca, Nariño y Valle del Cauca para los servicios objeto de este contrato. Esto garantizará la trazabilidad del estudio de mercado.

Respuesta:

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la veeduría, aclarando que la información solicitada ya se encuentra publicada en la plataforma SECOP II, dentro de los documentos correspondientes al proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026 (ESTUDIO PREVIO HOME CARE 2026 y HOME CARE –REGIONALIZADO).

En dichos documentos, se encuentra relacionada la información con la cual se realizó el análisis del sector y estudio del mercado, incluyendo su habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Documentos del Proceso		Subcar al usuario	
Comentario			
Documentos			
Resumen	Clasificación de documentos	Descripción	
<input type="checkbox"/> proyección pliego POMED.doc		proyección pliego POMED.doc	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PROYECTO PLIEGO POMED.pdf		PROYECTO PLIEGO POMED.pdf	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> AVISO CONVOCATORIA POMED.pdf		AVISO CONVOCATORIA POMED.pdf	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ESTUDIO PREVIO HOME CARE 2026.sp		ESTUDIO PREVIO HOME CARE 2026.sp	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> HOME CARE - REGIONALIZADO.pdf		HOME CARE - REGIONALIZADO.pdf	Descargar Detalle
			Descargar todos

Estando dentro los tiempos procesales me permito presentar las siguientes observaciones al Proyecto de Pliego de Condiciones publicado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 de la POLICÍA NACIONAL, citado en la referencia de este documento.

Las observaciones que se formulan a continuación están sustentadas en normas de carácter legal, doctrina de Colombia Compra Eficiente, datos sectoriales actualizados y principios constitucionales que orientan la contratación pública.

Observación 2 - ANEXO No. 1 - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

De manera atenta nos permitimos presentar la siguiente observación al proceso contractual, específicamente frente a las disposiciones relacionadas en el ítem 44, respecto con la estructura, entrega y validación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, toda vez que la redacción actualmente contenida en los documentos del proceso hace referencia a estructuras y obligaciones normativas que han sido modificadas y derogadas por la regulación vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La observación se sustenta en el marco normativo actualmente vigente en materia de RIPS y Facturación Electrónica de Venta en Salud (FEV), especialmente:

Ley 100 de 1993.

Ley 1438 de 2011.

Ley 1966 de 2019.

Decreto 780 de 2016.

Resolución 2275 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 3374 de 2000 (norma derogada progresivamente).

Resolución 1036 de 2022 y demás normas concordantes.

La Resolución 2275 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social estableció la nueva reglamentación única de los RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud, introduciendo cambios estructurales, técnicos y operativos obligatorios para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo, la antigua Resolución 3374 de 2000, que regulaba el modelo tradicional de RIPS en archivos planos, fue expresamente derogada dentro del proceso de transición normativa definido por el Ministerio de Salud.

La Resolución 2275 de 2023 modificó sustancialmente:

- La estructura técnica de los RIPS.
- Los mecanismos de validación.
- El modelo de interoperabilidad.
- La relación entre RIPS y Factura Electrónica de Venta en Salud.
- Los mecanismos de transmisión ante SISPRO y Minsalud.

La nueva regulación migró el modelo tradicional de archivos planos hacia estructuras JSON interoperables, integradas con la Facturación Electrónica en Salud y sujetas a validaciones previas automatizadas.

En consecuencia, mantener dentro del proceso contractual exigencias asociadas exclusivamente al esquema anterior de RIPS bajo Resolución 3374 de 2000 podría generar:

- Inconsistencias normativas.
- Barreras operativas para los prestadores.
- Riesgos de incumplimiento involuntario.
- Duplicidad documental y tecnológica.
- Posibles controversias contractuales derivadas de exigencias incompatibles con la regulación vigente.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicitamos:

1. Modificar las disposiciones relacionadas con la entrega y manejo de los RIPS, ajustándolas a la normatividad vigente contenida en la Resolución 2275 de 2023 y demás normas concordantes.
2. Eliminar referencias obligatorias exclusivas a estructuras RIPS bajo Resolución 3374 de 2000, considerando su derogatoria y transición normativa.
3. Establecer que los RIPS deberán presentarse conforme a los lineamientos técnicos y operativos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social vigentes al momento de la ejecución contractual.
4. Precisar que cualquier validación, auditoría o interoperabilidad asociada a RIPS deberá ajustarse al modelo actual de Facturación Electrónica de Venta en Salud – FEV.

Respuesta

La entidad se permite informar que no se acepta la observación, ya que no es viable acceder porque esta información soporta el cumplimiento al contrato, desde el análisis de la gestión del alto costo.

De manera atenta nos permitimos presentar observación frente al criterio ponderable establecido en el proceso de selección, consistente en otorgar puntaje adicional a los oferentes que acrediten prestación de servicios de salud en tres (3) departamentos del territorio nacional.

Lo anterior, considerando que dicho criterio puede vulnerar los principios de igualdad, libre concurrencia, selección objetiva y pluralidad de oferentes que rigen la contratación estatal en Colombia, además de constituir un requisito desproporcionado frente al objeto contractual.

La contratación estatal en Colombia se encuentra regida, entre otras normas, por:

- Ley 80 de 1993.
- Ley 1150 de 2007.
- Decreto 1082 de 2015.
- Principios constitucionales contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política.

La Ley 80 de 1993 establece que los procesos contractuales deben desarrollarse bajo criterios de:

- Transparencia.
- Economía.
- Responsabilidad.
- Selección objetiva.
- Igualdad entre oferentes.

A su vez, el artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 dispone que los requisitos habilitantes y factores de evaluación deben ser adecuados y proporcionales al objeto y necesidad del contrato, evitando condiciones restrictivas que limiten injustificadamente la participación de oferentes.

El criterio consistente en otorgar puntaje adicional por acreditar operación o prestación de servicios en tres (3) departamentos genera una barrera de participación que restringe de manera injustificada la pluralidad de oferentes, toda vez que:

Reduce significativamente la posibilidad de participación de IPS o entidades regionales con capacidad técnica y operativa suficiente para ejecutar el contrato.

Favorece únicamente a grandes operadores con cobertura multicéntrica o nacional.

Introduce una condición geográfica que no necesariamente guarda relación directa con la calidad, eficiencia o capacidad real de ejecución del objeto contractual.

La jurisprudencia y la doctrina de Colombia Compra Eficiente han reiterado que las entidades estatales no pueden estructurar factores ponderables o habilitantes que direccionen el proceso hacia un número reducido de participantes o generen ventajas competitivas injustificadas.

El artículo 13 de la Constitución Política establece el derecho a la igualdad, el cual debe garantizarse plenamente en los procesos de contratación estatal.

En el presente caso, el factor ponderable observado genera un tratamiento desigual entre potenciales oferentes, debido a que:

- Solo un grupo reducido de entidades podría acceder al puntaje.
- Se limita la posibilidad de competir en condiciones reales de equivalencia.
- Se genera una ventaja artificial basada exclusivamente en cobertura territorial y no en criterios técnicos directamente asociados al objeto contractual.

La Corte Constitucional y el Consejo de Estado han señalado que los criterios de evaluación deben obedecer a condiciones objetivas, razonables y proporcionales, sin generar discriminaciones indirectas o restricciones injustificadas a la participación.

Desde el punto de vista técnico y contractual, la exigencia de operación en tres departamentos no necesariamente garantiza:

- Mayor calidad en la prestación del servicio.
- Mejor capacidad científica o asistencial.
- Mayor oportunidad en la atención.
- Mejor infraestructura.
- Mayor capacidad administrativa o financiera para ejecutar el contrato.

Por el contrario, existen entidades que operan de manera eficiente y con altos estándares de calidad dentro de un solo departamento o región, cumpliendo plenamente las condiciones técnicas y habilitantes exigidas por la normatividad en salud.

En consecuencia, el criterio observado no resulta proporcional ni estrictamente necesario para evaluar la capacidad del oferente frente al objeto contractual.

La inclusión de factores ponderables altamente restrictivos podría generar riesgos de direccionamiento del proceso contractual, situación contraria a los principios de transparencia y selección objetiva.

El Consejo de Estado ha señalado reiteradamente que las entidades estatales deben evitar la incorporación de condiciones que, de manera directa o indirecta, reduzcan injustificadamente la concurrencia de oferentes o favorezcan determinados participantes.

La permanencia del criterio observado podría limitar la pluralidad de oferentes y afectar los principios de igualdad, transparencia y selección objetiva que rigen la contratación estatal en Colombia.

Por lo anterior, se considera jurídicamente procedente y técnicamente necesario ajustar el factor ponderable mencionado, permitiendo una participación más amplia, objetiva y equitativa de las entidades interesadas, garantizando así un proceso contractual acorde con los principios de la función administrativa y la contratación pública.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicitamos:

1. Eliminar el criterio ponderable consistente en otorgar puntaje por acreditar prestación de servicios en tres (3) departamentos.
2. Modificar dicho criterio por factores objetivos relacionados directamente con:
 - Calidad en la prestación del servicio.
 - Capacidad técnica y científica.
 - Oportunidad en la atención.
 - Infraestructura habilitada.
 - Experiencia específica relacionada con el objeto contractual.
 - Indicadores de cumplimiento y satisfacción.
3. Garantizar que los factores de evaluación se encuentren ajustados a criterios de proporcionalidad, razonabilidad y libre concurrencia, conforme a la normatividad vigente en contratación estatal.

Respuesta

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la entidad, aceptando la solicitud, descartando este factor de verificación y ponderación del proyecto pliego de condiciones, en atención a los principios de pluralidad de oferentes, selección objetiva y libre concurrencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con otros criterios habilitantes y de evaluación, para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

El proyecto de pliegos en Capítulo II, Numeral 1.2.1 – Indicadores Financieros a Evaluar solicita que la Liquidez = Activo Corriente / Pasivo Corriente \geq 2.10, siendo este un requisito habilitante

La entidad tiene la responsabilidad de establecer los requisitos habilitantes entre ellos el de capacidad financiera este deben ser "adecuado y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor". A su vez, Colombia Compra Eficiente, en el Manual para Determinar y Verificar los Requisitos Habilitantes en los Procesos de Contratación (versión vigente), precisa que:

"La Entidad Estatal debe establecer el límite para los indicadores de capacidad financiera y capacidad organizacional como resultado del análisis de los criterios establecidos en la sección I.B. y evitar hacerlo de manera mecánica, pues cada Proceso de Contratación tiene una naturaleza distinta y está asociado a Riesgos particulares."

En el mismo sentido, el Concepto C-097 de 2025 de la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente reafirma, "Ahora bien, dentro de los requisitos habilitantes se destaca la capacidad financiera, la cual se deriva del comportamiento contable de la empresa, su liquidez y endeudamiento, para determinar que sus recursos y solidez financiera le permita cumplir los compromisos que adquiera. Como explica esta Agencia en el *Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los procesos de contratación*: "Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes a través de su liquidez y endeudamiento. Estas condiciones muestran la aptitud del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato". La Entidad Estatal, como responsable de la estructuración de su procedimiento de selección, es autónoma para determinar la capacidad financiera necesaria de acuerdo con el objeto contractual que se pretende satisfacer, no obstante, en atención a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.6.2 del Decreto 1082 de 2015, debe ser establecida con sustento en el estudio del sector y sus componentes como la identificación de riesgos, el mercado y precio del bien, obra o servicio a contratar. [...]"

El indicador de liquidez de 2.10 exigido en este proceso IGNORA la realidad financiera documentada y verificable del sector prestador de servicios de salud en Colombia. Los siguientes datos, todos provenientes de fuentes oficiales y gremiales de reconocida solvencia, evidencian que el umbral propuesto es incompatible con la situación del mercado:

Fuente	Dato / Hallazgo	Impacto sobre la Liquidez de las IPS
ACHC / El Tiempo – Abril 2026	La deuda de las EPS con hospitales y clínicas alcanzó \$25,7 billones al cierre de 2025, con un incremento del 7% (\$1,7 billones) en solo seis meses.	Las IPS y prestadores domiciliarios registran altísimas cuentas por cobrar que distorsionan el activo corriente sin generar caja real disponible.
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC (2025)	El 50% del activo total de las IPS está representado en cuentas por cobrar a diciembre de 2025, según los estados financieros publicados por la Supersalud.	Un activo corriente compuesto en su mayoría por cartera vencida o de difícil cobro NO refleja liquidez real. El indicador calculado sobre estos valores resulta artificialmente inflado o bajo.
Cronista / ACESI – Enero 2026	La cartera en mora de los prestadores pasó del 56% al 58% entre junio y diciembre de 2025. El cumplimiento en el pago cayó del 84% (2024) al 77% (enero-sept. 2025).	Las IPS que atienden población de seguros especiales (como el SSPE) padecen el mismo fenómeno sistémico de mora en el flujo de recursos, que reduce artificialmente su liquidez medida al 31/12/2025.
Así Vamos en Salud / Infobae – Agosto 2025	Las EPS presentaron cuentas por pagar de \$13,64 billones en 2025, casi el doble de sus cuentas por cobrar (\$7,61 billones), con patrimonio negativo de \$11,4 billones.	La iliquidez sistémica de las EPS y aseguradoras se traslada directamente a los prestadores de salud (IPS), quienes no reciben pagos oportunos y ven deteriorada su posición corriente.
Banco de la República – Borradores de Economía	El estudio sobre eficiencia y solidez financiera de las IPS en Colombia evidencia una heterogeneidad extrema: la eficiencia técnica varía entre el 11% y el 96%, y ninguna IPS es 100% eficiente financieramente.	Fijar un umbral uniforme de liquidez de 2.10 para todos los prestadores, sin considerar el tamaño, especialidad y mercado de atención, contraviene la evidencia académica y empírica del sector.

Fuente	Dato / Hallazgo	Impacto sobre la Liquidez de las IPS
ANDI / ConsultorSalud – 2024	La cartera vencida de la industria farmacéutica aumentó 10,6 puntos porcentuales y la de dispositivos médicos creció 5,8 puntos en el primer trimestre de 2024 frente al mismo periodo del año anterior.	Los proveedores de insumos médico (equipos biomédicos, consumibles) trasladan plazos más amplios a los prestadores, lo que presiona el pasivo corriente de las IPS Home Care.

El presente proceso tiene como objeto la prestación de servicios de salud domiciliaria financiados por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Este esquema de pago opera bajo las siguientes condiciones relevantes para el análisis del indicador:

1. El pago de las facturas se realiza hasta 45 días hábiles después de la radicación, con condicionamientos adicionales (RAS, auditoría de cuentas, PAC). Esto genera de forma estructural un rezago en el ingreso corriente de los prestadores.
2. El contratista debe absorber el costo de equipos biomédicos, insumos, personal especializado (24/7) y trasladar el gasto ANTES de recuperar el pago, lo que genera una brecha de caja que presiona negativamente la liquidez.
3. La exigencia de un capital de trabajo mínimo del 20% del presupuesto del grupo ya garantiza la capacidad operativa de corto plazo del oferente. La liquidez de 2.10 es, por tanto, un requisito redundante y excesivo que opera como barrera de entrada.
4. Un indicador de liquidez de 2.10 implica que por cada peso de pasivo corriente, el oferente debe tener 2,10 pesos de activo corriente disponible. En la práctica, pocas ips de prestación de servicios domiciliarios alcanza este ratio si se aplica correctamente el principio contable de devengado, dados los plazos reales de cobro del sector.

Con fundamento en los argumentos expuestos, se solicita respetuosamente a la entidad:

- a) Revisar y reducir el indicador de liquidez a un umbral proporcional y consistente con la realidad financiera del sector prestador de servicios de salud domiciliaria. Se propone adoptar un umbral de liquidez de entre 1,0 y 1,3, alineado con la práctica contractual de entidades de salud similares.

Respuesta

Teniendo en cuenta la solicitud realizada por las entidades FABILU, OFERENTE HEALTH & LIFE IPS SAS y COMPLEMEDICA en la cual, solicita la modificación de los indicadores financieros Índice liquidez y Cobertura de Intereses establecidos para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026, que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO" Si bien es cierto que el resultado plasmado no refleja la totalidad de la situación financiera de las entidades que prestan este tipo de servicio, puesto que solo refleja los resultados de las entidades que amablemente colaboraron en la solicitud que realizo en su tiempo la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 para la elaboración del estudio de mercado y aun así se tomaron los indicadores mínimos arrojados del estudio financiero con el fin de garantizar los dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para el entidad.

Por lo tanto, se solicita a las entidades que cuando la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 realice requerimientos para realizar el estudio de mercado y establecer los indicadores financieros y organizacionales, nos colabore para que así tengamos un mayor número de muestras.

Para concluir se aceptan las observaciones realizadas por las entidades en cuanto a los indicadores financieros de Índice de Liquidez y Razón cobertura de interés para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026 y se toman los mínimos de las observaciones presentadas para los indicadores Índice de Liquidez, Cobertura de Intereses, para finalmente fijar el límite establecido así:

indicé liquidez	Cobertura de Intereses
>= 1,00	>= 3,00

Lo anterior, teniendo en cuenta que se cumpla dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para la entidad así mismo lo contemplado en el manual de requisitos habilitantes de Colombia compra eficiente " La promoción de la competencia es uno de los objetivos del sistema de compras y contratación pública, por lo cual es muy importante tener en cuenta que los requisitos habilitantes no son ni pueden ser una forma de restringir la participación en los Procesos de Contratación. El sistema de compras y contratación pública debe promover la participación de más proponentes y el crecimiento de la industria nacional de bienes y servicios y por eso los requisitos habilitantes deben ser adecuados y proporcionales"

Revisados los documentos cargados en la plataforma secop II del proceso en mención, solo encontramos documento de carácter financiero de la ips Osteosalud, pero no se evidencia el estudio que realizó la entidad frente al sector, por tal razón, solicitamos respetuosamente a la entidad la publicación integral de los estudios previos, análisis del sector, soportes técnicos y metodología utilizada para la determinación de los indicadores financieros y organizacionales exigidos dentro del proceso contractual.

La presente solicitud se fundamenta en que los indicadores habilitantes constituyen requisitos determinantes para la participación de los oferentes y, por tanto, deben encontrarse plenamente soportados en estudios técnicos, financieros y estadísticos objetivos que permitan verificar la razonabilidad, proporcionalidad y necesidad de las exigencias establecidas por la entidad.

En ese sentido, se solicita específicamente la publicación de:

- Estudio del sector utilizado para determinar los indicadores financieros y organizacionales.
- Base estadística y muestra utilizada para el análisis financiero.
- Relación de códigos CIU analizados.
- Metodología aplicada para la estimación de los indicadores (promedios, intervalos de confianza, winsorización u otras técnicas estadísticas).
- Vigencia de la información financiera utilizada para el análisis.
- Soportes que justifiquen los porcentajes exigidos para liquidez, endeudamiento, rentabilidad del activo y del patrimonio y capital de trabajo

Lo anterior, teniendo en cuenta que conforme a los principios de planeación, transparencia y selección objetiva consagrados en la Ley 80 de 1993 y el Decreto 1082 de 2015, toda exigencia habilitante debe guardar relación directa y proporcional con el objeto contractual y encontrarse debidamente sustentada en documentos públicos y verificables.

Adicionalmente, la ausencia de publicación de dichos soportes limita la posibilidad de los interesados de verificar la razonabilidad de las exigencias financieras establecidas y restringe el ejercicio efectivo del derecho de contradicción y observación frente al proceso de selección.

Por lo anterior, solicitamos respetuosamente a la Policía Nacional publicar los documentos técnicos y financieros que soportan la estructuración de los indicadores habilitantes exigidos dentro del presente proceso contractual.

Respuesta

En atención a la observación, se presenta el documento que soporta los indicadores financieros para el proceso:



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

GS-2026-005610-REGI4

No GS 2026 - / AREAD. - GRUFI-29.25

Santiago de Cali, 16 de abril 2026.

Señor Mayor
LEYDY TATIANA RODRIGUEZ VALENCIA
Jefe grupo alto Impacto Rases 4
Cali - Valle

Asunto: Entrega de Indicadores Proceso salud medico domiciliario para Usuarios de las RASES 4

Me permito dar respuesta a la solicitud realizada mediante oficio No. GS-2026-005562-REGI4, Para este análisis se tomó información financiera de 06 empresas reconocidas del sector que prestan este tipo de servicio y tiene la capacidad instalada para el mismo. Se aplicó seis medidas o promedios estadísticos, el primero VALOR PROMEDIO DE LA MEDIA ARITMÉTICA - VALOR PROMEDIO ARITMÉTICO SIN NEGATIVOS - VALOR PROMEDIO DE LA MEDIA PODADA - VALOR PROMEDIO DE LA MEDIANA - VALOR MINIMO y VALOR MAXIMO, en los cual se tuvo en cuenta las 06 entidades dando los siguientes resultados:

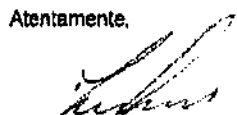
Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura de Intereses
$\geq 0,44$	$\geq 0,27$	$\geq 3,02$	$\leq 39\%$	$\geq 262,97$

Lo anterior debido a lo establecido en los numerales 3 y 4 de artículo 2.2.1.1.1.6.3 y artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015 y atendiendo lo estipulado en la Guía para la Elaboración de estudio del sector emitido por la Agencia Nacional de Contratación en la introducción parte b del segundo párrafo que a la letra dice "El resultado del análisis debe plasmarse en los estudios y documentos previos del Proceso de Contratación." resaltado y subrayado fuera de texto. Razón por la cual en el siguiente cuadro se presenta el resultado del análisis de orden financiero y organizacional del sector en mención.

Al analizar el ejercicio anterior el proceso con el resultado de las muestras, solo una entidad cumple con todos los indicadores exigidos en la aplicación de las formulas financieras, por lo tanto se recomienda trabajar con los mínimos arrojados por el estudio, Índice de liquidez, Cobertura de intereses, Rentabilidad del Patrimonio y Rentabilidad del Activo, la Razón de Endeudamiento; para finalmente fijar el límite establecido para cada requisito habilitante de orden financiero y organizacional que garantiza los dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para la Entidad. Quedando entonces así los indicadores para este proceso.

Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura de Intereses	Capital de Trabajo (en miles de pesos, >= 20% del presupuesto oficial Asignado por grupo)
>= 0,09	>= 0,06	>= 2,10	<= 68%	>= 10,09	>= 20%
NOTA 1: al aplicar las fórmulas financieras a las muestras solo una entidad cumplió y se corre el riesgo de que proceso se vaya desierto, como se demuestra en el cuadro de resultado del análisis					
NOTA 2: Se recomienda establecer para este proceso los valores mínimos arrojados en el análisis y la Razón de Endeudamiento se deja la más alta con el fin de permitir mayor pluralidad de oferente.					
NOTA 3 Se establecieron los indicadores certificado capacidad financiera e corte 31/12/2025, suministrado por el encargado de la elaboración del estudio de mercado.					

Atentamente,


IJ MIGUEL ANGEL SANCHEZ
Contador Regional de Aseguramiento en Salud n° 4

Apoyado: 
MY GEOVALDY ALBERTO FRANCO SANCHEZ
Jefe Área logística y financiera Regional de Aseguramiento en Salud n° 4

Área de Copia estudio financiero

	UO/PAT	UO/AT	ANÁLISIS FINANCIERO AC/PC	PT/AT	UO/GI	
	Índices Capacidad Organizacional			Índices Capacidad Financiera		
	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura de Intereses	Capital de Trabajo (en miles de pesos, >= % del presupuesto oficial Asignado)
	0,42	0,29	3,32	30%	996,13	9.613.976.069,00
	0,81	0,58	3,52	28%	292,57	9.997.471.672,88
	0,78	0,25	2,29	68%	10,09	1.992.894.913,00
	0,33	0,19	2,10	42%	43,31	761.503.456,00
	0,30	0,21	2,82	31%	13,69	724.059.621,00
	0,09	0,06	3,96	28%	48,23	4.584.700.328,00
valor Promedio Medie Aritmética	2,73	1,58	18,01	2,27	1.404,12	27.474.606.059,88
	0,46	0,26	3,00	0,38	234,02	4.579.101.009,88
valor promedio sin negativos	2,73	1,58	18,01	2,27	1.404,12	27.474.606.059,88
	0,46	0,26	3,00	0,38	234,02	4.579.101.009,88
valor promedio Medie Podada	1,83	0,94	11,96	1,59	115,32	7.439.898.897,00
	0,46	0,24	2,99	32%	28,83	1.784.774.674,25
Valor promedio de la Mediana	0,38	0,23	3,07	31%	46,77	3.188.797.620,50
Valor Mínimo	0,09	0,06	2,10	28%	10,09	724.059.621,00
Valor Máximo	0,81	0,58	3,96	68%	996,13	9.997.471.672,88
valor promedio techo para cada límite	0,44	0,27	3,02	39%	262,97	\$ 4.054.840.919,72

	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Indice liquidez	Razon de endeudamiento	Cobertura de Intereses	Capital de Trabajo (en miles de pesos, >= 20% del presupuesto oficial Asignado por grupo)
INDICADORES DEL PROCESO	>= 0,09	>= 0,06	>= 2,10	<= 68%	>= 10,09	>= 20%

	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Indice liquidez	Razon de endeudamiento	Cobertura de Intereses
INDICADORES ARROJADOS	>= 0,44	>= 0,27	>= 3,02	<= 39%	>= 262,97

[REDACTED]

[REDACTED]

Revisados los pliegos del proceso se hace necesario atender al siguiente requerimiento.

Un proceso de contratación estatal tiene como finalidad principal garantizar el cumplimiento de los fines del Estado y la satisfacción de las necesidades colectivas mediante la selección objetiva de la oferta más favorable para la entidad pública y para el interés general.

De conformidad con el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, la contratación estatal busca el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con las entidades públicas en la consecución de dichos fines

[REDACTED]

Revisados los antecedentes del proceso, es claro y evidente manifestar la gran desigualdad y la preferencia que algunos proponentes y con otros no, la razón no la sabemos, pero si se revisa vigencias anteriores y quien cuenta con la habilitación respectiva en cada uno de los departamentos requeridos, es claro el direccionamiento que se esta realizando, no con requisitos habilitantes, sino con puntaje, el cual no depende de una oferta económica u otros aspectos, sino de otros aspectos. En antecedentes a los que hacemos referencia, hemos detectado que se ha permitido adendar adjudicaciones con el fin de dar tiempo demás para que se evidencien situaciones dentro de otros proponentes, hasta dejar que no se realice ningún tipo de descuento porque de entrada ya se sabia que causal de rechazo se debía aplicar para los demás proponentes, y ahora para este caso en particular, por lo menos en la parte habilitante ya no corresponde, sino la afectación esta dada por el descontar un puntaje por no contar la capacidad de ofertar en otros departamentos. Afectando la misma participación de quienes en su momento han venido prestando los servicios en Nariño (Complemedica) y en Cauca (Siempree).

Ahora después de revisados los antecedentes y fundamentados en la norma, también es clara el gran atropello que están realizando con la limitación tan grande que plantean. Sabemos que la respuesta que van a dar, se enfocara en decir, que lo establecido corresponde a un requisito que no es habilitante, que no genera limitación, y que lo ponderable, es algo que si las empresas deben ofertar depende de quien participe, pero en el fondo saben que muchos de quienes somos recurrentes en el mismo, se va perdiendo una cantidad importante de puntos, y que puede, que como en ocasiones anteriores a sucedido, la oferta económica mas fuerte, es la menos favorable para el comité evaluador.

Si se enfoca en normas o jurisprudencias se puede tener en cuenta la establecida por el Consejo de Estado, Sección Tercera, dentro del expediente 68001-23-33-000-2014-00656-01 (58372) de 2021, el cual señaló que los requisitos y condiciones establecidos en los pliegos deben responder a critérios de razonabilidad y proporcionalidad frente al objeto contractual, indicando que la ausencia de sustento técnico en exigencias o factores de evaluación vulnera los principios de transparencia y libre concurrencia. La Corporación precisó que las entidades no pueden imponer "topes formales de participación" o exigencias aumentadas sin justificación técnica suficiente, pues ello obstaculiza la participación efectiva de oferentes y afecta la comparación objetiva de las propuestas.

Dicha providencia resulta especialmente aplicable cuando la entidad estructura factores de ponderación que, en la práctica, generan pérdida significativa de puntaje para quienes no cuenten con cobertura total o simultánea en todos los territorios exigidos, aun cuando puedan ejecutar satisfactoriamente el contrato en donde se encuentre debidamente habilitado para ello.

Igualmente, el Consejo de Estado, en la Sentencia del 3 de diciembre de 2007, expediente 31447, reiteró que la libre concurrencia implica la posibilidad real de acceso de los interesados al proceso de selección y que las limitaciones impuestas por la administración solamente son válidas cuando resultan razonables, proporcionales y necesarias para garantizar el cumplimiento del contrato.

En el mismo sentido, la Sentencia 101 de 2010 del Consejo de Estado manifestó expresamente que la libre concurrencia conlleva a la no discriminación en el acceso a los procesos de selección y obliga a las entidades estatales a eliminar circunstancias que impidan la confrontación efectiva entre oferentes.

Adicionalmente, la jurisprudencia ha indicado que la selección objetiva exige que los factores de evaluación estén directamente relacionados con la oferta más favorable para la entidad y no pueden convertirse en mecanismos de exclusión indirecta. El Consejo de Estado ha sostenido que la administración no puede establecer mecanismos o previsiones que conduzcan injustificadamente a la exclusión de potenciales oferentes.

Con base en lo anterior, puedes sostener que una ponderación que prácticamente obliga a participar en los tres departamentos para conservar competitividad en el puntaje desconoce los principios de proporcionalidad y libre concurrencia, convirtiendo un criterio de ponderación en una barrera indirecta de participación, especialmente cuando no existe una justificación técnica suficiente que demuestre que la ejecución parcial del objeto contractual compromete la satisfacción de la necesidad de la entidad.

Agradecemos dar respuesta de fondo a lo anteriormente planteado, y que se modifique de lleno lo establecido como ponderación técnica con relación a ofertar en los tres departamentos y se busque una alternativa que genere beneficio para la regional..



Registro Solicitud web - SIPAR

Solicitud registrada exitosamente. Para realizar la consulta del estado de la solicitud, por favor guarde el siguiente código de consulta: Código de consulta : a9BU7nGAmF

[Volver]

Respuesta

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la entidad, aceptando la solicitud, descartando este factor de verificación y ponderación del proyecto pliego de condiciones, en atención a los principios de pluralidad de oferentes, selección objetiva y libre concurrencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con otros criterios habilitantes y de evaluación, para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

[REDACTED]

[REDACTED]

Revisados los requerimientos de índole financiero dentro del proceso, y conforme al Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes expedido por Colombia Compra Eficiente, los indicadores financieros deben establecerse como condiciones mínimas razonables que permitan verificar la capacidad del proponente para ejecutar el contrato, sin convertirse en barreras injustificadas a la participación.

En ese sentido, al revisar antecedentes de procesos contractuales similares en el SECOP II particularmente aquellos asociados a la prestación de servicios especializados se evidencia que los indicadores habilitantes financieros usualmente exigidos por entidades estatales se ubican en rangos inferiores, tales como:

- Razón de cobertura de intereses iguales o superiores a 3

Por ejemplo, en documentos tipo de procesos publicados en SECOP II se han establecido valores de referencia como cobertura de intereses 2-3, lo cual demuestra que exigir valores superiores sin justificación sectorial específica puede restringir la pluralidad de oferentes.

Adicionalmente, el Decreto 1082 de 2015 establece que los indicadores financieros deben corresponder al nivel de riesgo del contrato y a la naturaleza del objeto contractual, lo que implica que su determinación debe estar sustentada en estudios del sector y análisis de mercado. En el caso de contratos cuyo objeto corresponde a servicios intelectuales o especializados, como los relacionados con evaluación técnica o calificación, el riesgo financiero operativo es significativamente menor frente a contratos de obra o suministro intensivo en capital, razón por la cual no resulta proporcional exigir indicadores excesivamente altos.

Así mismo, la Agencia Nacional de Contratación Pública ha señalado que los indicadores habilitantes financieros tienen como finalidad verificar condiciones mínimas de participación y no generar restricciones a la competencia, debiendo estructurarse con base en análisis sectoriales verificables y comparables.

En este contexto, al contrastar los indicadores exigidos en el presente proceso con antecedentes de procesos similares publicados en SECOP II, se evidencia que los valores actualmente establecidos superan los rangos habitualmente solicitados por otras entidades estatales para contratos de naturaleza comparable, lo cual podría limitar la participación de proponentes idóneos que cuentan con capacidad técnica y experiencia suficiente para ejecutar el contrato.

Es por esta razón que solicitamos se ajuste el INDICADOR DE RAZON DE COBERTURA DE INTERES DEL 10.09 AL 3, esto sin que exista riesgo de algún tipo de incumplimiento contractual y a su vez permita la pluralidad de oferentes en el proceso.

Respuesta

Teniendo en cuenta la solicitud realizada por las entidades FABILU, OFERENTE HEALTH & LIFE IPS SAS y COMPLEMEDICA en la cual, solicita la modificación de los indicadores financieros Índice liquidez y Cobertura de Intereses establecidos para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026, que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO" Si bien es cierto que el resultado plasmado no refleja la totalidad de la situación financiera de las entidades que prestan este tipo de servicio, puesto que solo refleja los resultados de las entidades que amablemente colaboraron en la solicitud que realizo en su tiempo la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 para la elaboración del estudio de mercado y aun así se tomaron los indicadores mínimos arrojados del estudio financiero con el fin de garantizar los dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para el entidad.

Por lo tanto, se solicita a las entidades que cuando la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 realice requerimientos para realizar el estudio de mercado y establecer los indicadores financieros y organizacionales, nos colabore para que así tengamos un mayor número de muestras.

Para concluir se aceptan las observaciones realizadas por las entidades en cuanto a los indicadores financieros de Índice de Liquidez y Razón cobertura de interés para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026 y se toman los mínimos de las observaciones presentadas para los indicadores Índice de Liquidez, Cobertura de Intereses, para finalmente fijar el límite establecido así:

índice liquidez	Cobertura de Intereses
$\geq 1,00$	$\geq 3,00$

Lo anterior, teniendo en cuenta que se cumpla dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para la entidad así mismo lo contemplado en el manual de requisitos habilitantes de Colombia compra eficiente " La promoción de la competencia es uno de los objetivos del sistema de compras y contratación pública, por lo cual es muy importante tener en cuenta que los requisitos habilitantes no son ni pueden ser una forma de restringir la participación en los Procesos de Contratación. El sistema de compras y contratación pública debe promover la participación de más proponentes y el crecimiento de la industria nacional de bienes y servicios y por eso los requisitos habilitantes deben ser adecuados y proporcionales"

Revisados los documentos que soportan el proceso, se evidencia de desproporción existente para quienes desean participar en tres departamentos y para quien solo cuenta con la oportunidad de participar en un departamento, y que dicha exclusión esta dada en el no otorgamiento de puntaje que es preocupante.

La estructura actual del factor de ponderación asociado a la participación obligatoria en los tres departamentos genera una afectación directa al principio de pluralidad de oferentes, en tanto condiciona la obtención de un puntaje competitivo al cumplimiento de una cobertura territorial total, situación que restringe la participación de proponentes que cuentan con capacidad suficiente para ejecutar parcialmente el objeto contractual en condiciones técnicas y operativas adecuadas.

Se observa que el criterio establecido no se limita a valorar condiciones objetivas de calidad, experiencia o capacidad, sino que termina privilegiando a aquellos operadores con presencia simultánea en todos los departamentos requeridos, reduciendo las posibilidades reales de competencia para otros oferentes que podrían satisfacer la necesidad de la entidad de manera eficiente en uno o varios territorios.

Lo anterior resulta contrario a los principios que orientan la contratación estatal, toda vez que los factores de evaluación deben propender por la selección de la oferta más favorable y no convertirse en mecanismos restrictivos que disminuyan injustificadamente la participación dentro del proceso.

El Consejo de Estado ha señalado reiteradamente que las entidades estatales, aun contando con autonomía para estructurar los pliegos de condiciones, deben garantizar que las exigencias y criterios de evaluación sean razonables, proporcionales y acordes con la necesidad contractual, evitando condiciones que limiten la libre competencia o generen barreras de acceso injustificadas.

En ese sentido, cuando un criterio de ponderación impone en la práctica una obligación de cobertura total para acceder a un puntaje competitivo, se configura una limitación indirecta a la participación en cuanto a la pérdida de puntos, especialmente si la entidad no demuestra técnicamente que la ejecución parcial del objeto contractual compromete el cumplimiento de sus necesidades.

Debe tenerse en cuenta que la finalidad del proceso de contratación estatal es fomentar la competencia entre oferentes, asegurar igualdad de oportunidades y permitir a la administración obtener las mejores condiciones posibles para el cumplimiento de los fines estatales. Por ello, cualquier condición que reduzca artificialmente la posibilidad de ser acreedora de un mínimo o máximo puntaje debe encontrarse plenamente sustentada y responder estrictamente a criterios de necesidad y proporcionalidad, sin que sea a capricho de la entidad.

Es por esta razón que solicitamos se evalúe dicho criterio que es desproporcional y viola la igualdad de condiciones para las empresas que comúnmente participamos en el mismo, con alternativas que permitan una mayor eficiencia y eficacia de los aspectos técnicos requerido; y que en caso de sostenerse, por lo menos la diferencia entre quienes pueden o no participar para los tres departamentos no sea tan marcada, como por ejemplo:

Cobertura ofertada	Puntaje sugerido
3 departamentos	100 puntos
2 departamentos	85 puntos
1 departamento	70 puntos

Respuesta

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la entidad, aceptando la solicitud, descartando este factor de verificación y ponderación del proyecto pliego de condiciones, en atención a los principios de pluralidad de oferentes, selección objetiva y libre concurrencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con otros criterios habilitantes y de evaluación, para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

██████████
██████████

Respetuosamente se solicita a la entidad incluir dentro de las condiciones técnicas y/o contractuales una disposición expresa relacionada con el procedimiento de retiro de equipos biomédicos suministrados en modalidad de alquiler domiciliario, en los siguientes términos:

Una vez la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional determine la finalización de la autorización del servicio o el retiro de los equipos biomédicos suministrados al usuario, el prestador procederá a realizar las gestiones correspondientes para el retiro físico de los mismos en el domicilio del paciente.

No obstante, en aquellos eventos en los cuales el paciente, familiar, cuidador o responsable del domicilio se niegue a efectuar la entrega material de los equipos biomédicos en la fecha indicada por el prestador, se solicita dejar expresamente establecido que la entidad aseguradora deberá intervenir oportunamente para garantizar la restitución efectiva de los equipos, teniendo en cuenta que la relación de aseguramiento y direccionamiento del usuario corresponde al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Así mismo, se solicita que se establezca de manera expresa que, mientras el equipo biomédico permanezca en el domicilio del usuario por causas no atribuibles al prestador y hasta tanto se materialice su entrega efectiva, la entidad reconocerá y pagará las tarifas correspondientes a los días adicionales de permanencia del equipo, toda vez que el prestador continúa asumiendo los costos operativos, logísticos, financieros, de disponibilidad, mantenimiento, depreciación y riesgo sobre dichos activos.

La presente solicitud obedece a situaciones previamente presentadas en la operación de servicios domiciliarios, en las cuales, pese a encontrarse vencida la autorización emitida por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional, el paciente y/o su cuidador se rehúsan a realizar la entrega pacífica de los equipos biomédicos, generando una carga desproporcionada para el prestador, quien no puede asumir indefinidamente la retención de sus equipos sin reconocimiento económico alguno.

En consecuencia, se considera necesario que el pliego y el futuro contrato contemplen un mecanismo claro de intervención institucional y reconocimiento económico, en garantía de los principios de equilibrio económico del contrato, buena fe contractual y distribución adecuada de riesgos entre las partes.

Respuesta

En atención a la observación presentada, se acepta parcialmente, precisando que todo servicio deberá estar soportado mediante orden médica vigente y autorización previa emitida por la entidad contratante.

De igual manera, en los casos en que exista indicación de retiro del servicio para un usuario, el oferente adjudicatario deberá dar cumplimiento al protocolo de retiro establecido por su entidad, garantizando que dicho proceso se realice de manera oportuna, documentada y conforme a los lineamientos técnicos y administrativos aplicables.

En virtud de lo anterior, se ajusta la condición técnica del pliego de condiciones, la cual quedará así:

“El oferente adjudicatario que, en desarrollo de la prestación del servicio, reciba notificación de retiro de un usuario mediante correo electrónico institucional, contará con un término de setenta y dos (72) horas calendario posteriores a dicha notificación para informar por escrito a la supervisora del contrato cualquier novedad, dificultad o situación que pueda afectar la materialización del retiro del servicio.

Lo anterior, con el fin de que la entidad adelante las intervenciones a que haya lugar y determine, de ser necesario, la continuidad del servicio, previa autorización del supervisor del contrato.

La supervisora del contrato contará con un término de hasta setenta y dos (72) horas hábiles para emitir respuesta o definir las acciones correspondientes. En caso de que el oferente no reporte novedad alguna dentro del término inicialmente establecido, se entenderá que el retiro del servicio fue realizado de manera efectiva y sin observaciones.”

Respetuosamente se solicita a la entidad incorporar dentro de las condiciones técnicas y/o contractuales una disposición expresa que establezca el compromiso claro, efectivo y oportuno de intervención por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional, en un término no superior a veinticuatro (24) horas, cuando se presenten situaciones que afecten, dificulten, limiten o impidan la adecuada prestación de los servicios contratados por causas atribuibles al paciente, familiar, cuidador o entorno domiciliario.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 ostenta la calidad de asegurador dentro del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, razón por la cual le corresponde ejercer acompañamiento, direccionamiento e intervención efectiva frente a las situaciones que puedan comprometer la continuidad, oportunidad, calidad, seguridad o correcta ejecución de los servicios domiciliarios autorizados.

En consecuencia, se solicita establecer expresamente que, una vez reportada la novedad por parte del prestador, la entidad deberá:

1. Realizar intervención formal y efectiva dentro de un término máximo de 24 horas.
2. Generar comunicación y compromisos claros entre las partes intervinientes.
3. Realizar seguimiento tanto al prestador como al paciente, familiar y/o cuidador.
4. Adoptar medidas de acompañamiento y articulación que permitan restablecer las condiciones adecuadas para la prestación del servicio.
5. Dejar constancia documental de las actuaciones realizadas y de los compromisos adquiridos por las partes.

La presente observación se fundamenta en que, durante la operación de servicios domiciliarios, se presentan situaciones relacionadas con negativas de ingreso del personal asistencial, incumplimiento

de compromisos por parte del entorno familiar, barreras para el desarrollo de procedimientos, condiciones inadecuadas en el domicilio, conflictos con cuidadores o dificultades para el cumplimiento de indicaciones médicas y administrativas, circunstancias que exceden la órbita de control del prestador y que requieren intervención directa del asegurador.

Por lo anterior, resulta indispensable que el pliego y el futuro contrato contemplen un procedimiento claro de intervención institucional, seguimiento y corresponsabilidad, con el fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios, la seguridad del paciente y del personal asistencial, así como el equilibrio en las cargas operativas del contrato.

Respuesta

Se acepta la observación, considerando pertinente establecer compromisos claros y efectivos frente a las novedades que puedan presentarse durante la prestación del servicio. Y se ajusta la condición técnica del pliego de condiciones, la cual quedará así:

El oferente adjudicatario que, en desarrollo de la prestación del servicio se presenten situaciones que afecten dificulten, limiten o impidan la adecuada prestación de los servicios contratados se informara por parte de coordinación asistencial de la entidad de manera formal al correo electrónico institucional de la supervisión del contrato, adjuntando los soportes y evidencias correspondientes que permitan verificar la situación presentada y garantizar la debida trazabilidad e intervención del caso. Así mismo, dichas novedades deberán encontrarse debidamente registradas en la historia clínica del usuario por parte del personal asistencial de la entidad, conforme a los lineamientos técnicos, asistenciales y legales aplicables, posterior a la radicación del informe se contará en un término de 48 horas hábiles para la intervención inicial, que permitan establecer plan de acción de mejora.

██████████:

Respetuosamente se solicita a la entidad dejar expresamente establecido dentro de las condiciones técnicas y/o contractuales que el prestador ejecutará los procedimientos de curaciones tipo I, II, III, IV y terapias enterostomales conforme a lo efectivamente formulado y autorizado por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional, en relación con cantidad, frecuencia, pertinencia y tecnología autorizada.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la definición de pertinencia clínica, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y tecnología a suministrar corresponde al asegurador dentro del proceso de direccionamiento y autorización del servicio.

No obstante, respetuosamente se solicita que también se contemple expresamente la posibilidad de que el prestador pueda emitir conceptos, recomendaciones y retroalimentaciones clínicas relacionadas con la evolución de la herida, complejidad del manejo, frecuencia requerida y tipo de tecnología utilizada, cuando en desarrollo de la atención domiciliar se evidencien variaciones en la condición clínica del paciente o inconsistencias entre la tecnología autorizada y la necesidad real del manejo asistencial.

La presente observación se fundamenta en situaciones previamente evidenciadas durante la operación del servicio, en las cuales se han autorizado tecnologías avanzadas o de mayor complejidad para heridas cuyo manejo clínico corresponde a procedimientos de menor complejidad o menor requerimiento tecnológico, generando posibles sobrecostos y utilización no eficiente de los recursos del sistema.

En ese sentido, se solicita que el pliego y el futuro contrato permitan al prestador poner en conocimiento de la supervisión y del área competente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 aquellas situaciones en las que, con fundamento técnico y soporte clínico, considere pertinente revisar el tipo de curación, frecuencia, insumos o tecnología autorizada, con el fin de promover la adecuada utilización de recursos, la pertinencia clínica y la eficiencia en la prestación del servicio, sin que ello implique la suspensión unilateral de los servicios autorizados mientras la entidad adopta la decisión correspondiente.

Así mismo, se solicita dejar expresamente establecido que, independientemente de la retroalimentación técnica emitida por el prestador y mientras la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 define y formaliza el eventual ajuste o cambio de tecnología autorizada, deberá garantizarse el reconocimiento y pago integral de los servicios efectivamente prestados conforme a la autorización

vigente, toda vez que el prestador se encuentra obligado a ejecutar lo ordenado y autorizado por la entidad aseguradora hasta tanto se comuniqué oficialmente una modificación en las condiciones inicialmente autorizadas.

Respuesta

En atención a la observación presentada, la entidad se permite informar que la misma se acepta, razón por la cual se incorpora la siguiente condición técnica:

“El oferente que resulte adjudicatario deberá presentar informe individual por cada paciente que requiera manejo de curaciones, en el cual se documenten las recomendaciones y evolución del tratamiento realizado. Dicho informe deberá incluir soporte fotográfico, fecha y hora de atención, dimensiones de la lesión, fundamento técnico de la intervención realizada y el respectivo soporte clínico registrado en la historia clínica.

La información será objeto de evaluación y seguimiento por parte del equipo interdisciplinario de las unidades prestadoras de salud, para evaluar la evolución clínica del paciente y definir la pertinencia médica.

Así mismo, el oferente deberá remitir evolución semanal de cada paciente, la cual deberá ser enviada y radicada al correo electrónico definido por el supervisor del contrato, el primer día hábil de cada semana.”

Los documentos y soportes anteriormente señalados serán requisito obligatorio para la radicación y trámite de la facturación correspondiente a los servicios de curaciones.

Respetuosamente se solicita a la entidad eliminar las siguientes condiciones establecidas en el proceso contractual:

1. "Donde exista más de un afiliado en el mismo domicilio, el costo a partir del segundo paciente será del 70% del valor pactado". (...)
2. "En caso de que el paciente requiera más de una curación, a partir de la segunda el costo será del 70% del valor pactado". (...)

La presente solicitud se fundamenta en que dichas disposiciones no reflejan la realidad operativa, asistencial y financiera de la prestación de servicios domiciliarios, toda vez que el hecho de que existan varios pacientes en un mismo domicilio o que un mismo paciente requiera múltiples curaciones, no implica una disminución proporcional en los costos asumidos por el prestador.

Por el contrario, cada atención continúa demandando de manera individual e independiente:

- Talento humano asistencial.
- Tiempo efectivo de atención.
- Uso completo de insumos y dispositivos médicos.
- Elementos de bioseguridad.
- Apósitos y tecnologías en salud.
- Medicamentos.
- Registros clínicos individualizados.
- Seguimiento asistencial.
- Responsabilidad profesional.
- Gestión administrativa y operativa.
- Transporte y desplazamiento del personal.
- Cumplimiento de protocolos y estándares de habilitación.

En consecuencia, no resulta técnica, financiera ni operativamente viable aplicar una reducción automática del treinta por ciento (30%) sobre servicios que continúan ejecutándose de manera integral y que generan consumo efectivo y completo de recursos.

Adicionalmente, respetuosamente se solicita a la entidad informar y soportar técnicamente el estudio de suficiencia financiera, análisis de costos o metodología utilizada para establecer dicha disminución tarifaria, toda vez que dentro de los documentos precontractuales no se evidencia soporte técnico, financiero ni actuarial que justifique la reducción propuesta.

La permanencia de estas condiciones podría generar afectación directa al equilibrio económico del contrato, desfinanciación de la operación, riesgo en la sostenibilidad del servicio y limitaciones a la pluralidad de oferentes, contrariando los principios de razonabilidad, proporcionalidad, selección objetiva y adecuada distribución de riesgos que rigen la contratación estatal.

En consecuencia, se solicita respetuosamente eliminar las disposiciones anteriormente señaladas y reconocer el valor pleno de cada servicio efectivamente prestado y autorizado, conforme a la complejidad, pertinencia, recursos e insumos requeridos para cada atención individual.

Respuesta

En atención a la observación presentada, la entidad se permite informar que la misma se acepta y, en consecuencia, se eliminarán del proceso contractual las siguientes condiciones:

"Donde exista más de un afiliado en el mismo domicilio, el costo a partir del segundo paciente será del 70% del valor pactado".

"En caso de que el paciente requiera más de una curación, a partir de la segunda el costo será del 70% del valor pactado".

Lo anterior, teniendo en cuenta que, una vez revisadas las condiciones técnicas y operativas del proceso, la entidad determinó que dichas disposiciones no resultan aplicables para el adecuado desarrollo y ejecución del contrato, considerando la naturaleza individual de las atenciones requeridas y las particularidades propias de la prestación del servicio domiciliario.

En consecuencia, y en aplicación de los principios de razonabilidad, proporcionalidad y adecuada estructuración del proceso contractual, las condiciones anteriormente señaladas serán retiradas del pliego de condiciones.

[REDACTED]:

Respetuosamente se solicita a la entidad dejar expresamente establecido dentro de las condiciones técnicas y contractuales que, para efectos de facturación, auditoría y ejecución contractual, cada sesión de curación corresponde al abordaje de una (1) única herida, independientemente de que el paciente presente múltiples lesiones.

En consecuencia, cuando un mismo paciente requiera manejo simultáneo de varias heridas, deberá existir autorización independiente para cada procedimiento o curación a realizar, teniendo en cuenta que cada lesión demanda valoración individual, utilización específica de insumos, apósitos, medicamentos, tiempo asistencial, tecnología, registros clínicos y manejo terapéutico diferenciado conforme a sus características particulares.

Así mismo, se solicita respetuosamente que, respecto al componente de terapias enterostomales y curaciones tipo I, II, III y IV, la entidad defina de manera clara, precisa y objetiva los criterios clínicos que serán tenidos en cuenta para la clasificación de las heridas y determinación de la tecnología aplicable, con el fin de evitar interpretaciones subjetivas durante la ejecución contractual, auditoría médica, procesos de glosa y conciliación de cuentas.

Dichos criterios deben encontrarse sustentados en Medicina Basada en la Evidencia y contemplar, como mínimo, variables clínicas tales como:

- Área y profundidad de la herida.
- Cantidad y tipo de exudado.
- Tipo de tejido predominante.
- Presencia de tejido necrótico o infección.
- Estado y características de los bordes.
- Condición de la piel adyacente.
- Etiología y complejidad de la lesión.

- Riesgo de deterioro o complicaciones.
- Requerimientos específicos de tecnología o apósitos avanzados.

Adicionalmente, se solicita que los anteriores criterios y lineamientos clínicos se encuentren debidamente documentados en las guías, protocolos y rutas de manejo utilizadas por los médicos del programa POMED, y que los mismos sean formalmente socializados con el prestador que resulte adjudicatario antes del inicio de la ejecución contractual.

Lo anterior resulta indispensable para garantizar criterios unificados de atención, adecuada pertinencia clínica, correcta utilización de tecnologías en salud y seguridad jurídica para las partes, evitando diferencias de interpretación que posteriormente puedan derivar en inconsistencias de auditoría, glosas, devoluciones o controversias contractuales.

Respuesta

En atención a la observación presentada, la entidad se permite informar que la misma no se acepta.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el modelo de reconocimiento económico definido por la entidad establece el pago por sesión de curación efectivamente realizada al paciente, independientemente del número de lesiones o heridas abordadas durante la atención, criterio adoptado conforme a los principios de eficiencia, economía, universalidad y sostenibilidad de los recursos públicos destinados a la prestación de los servicios de salud.

La entidad considera que la sesión de curación corresponde a una atención integral brindada al usuario dentro de un mismo acto asistencial y durante un mismo desplazamiento domiciliario, razón por la cual no resulta procedente efectuar reconocimientos económicos individuales por cada lesión tratada en una misma atención.

Así mismo, las características clínicas de las heridas pueden variar entre usuarios en cuanto a tamaño, complejidad, manejo y requerimientos asistenciales; no obstante, dichas variaciones hacen parte de la dinámica propia del servicio contratado y se encuentran contempladas dentro del esquema general de atención y compensación entre los diferentes usuarios atendidos durante la ejecución contractual.

En ese sentido, el modelo adoptado por la entidad busca garantizar la cobertura y continuidad del servicio bajo criterios de universalidad, permitiendo una adecuada distribución y optimización de los recursos disponibles para la atención integral de toda la población usuaria, evitando sobrecostos que puedan afectar la sostenibilidad financiera del programa.

En consecuencia, no se considera procedente realizar el reconocimiento económico individual por cada lesión o herida tratada dentro de una misma sesión de atención, manteniéndose las condiciones económicas inicialmente establecidas en el proceso contractual.

[REDACTED]:

Respetuosamente se solicita a la entidad modificar la siguiente condición establecida en el pliego de condiciones:

"La historia clínica correspondiente a cada atención deberá ser registrada y actualizada en el sistema dentro de las doce (12) horas posteriores a la prestación del servicio. En caso de que la historia clínica sea requerida para procesos de auditoría, verificación o supervisión y no se encuentre registrada en el sistema dentro del término establecido, dicha situación será considerada causal de glosa". (...)

La presente observación se fundamenta en que la condición anteriormente señalada resulta desproporcionada, restrictiva, carente de sustento técnico y normativo suficiente, y desconoce las condiciones reales bajo las cuales se desarrolla la prestación de servicios de ATENCIÓN DOMICILIARIA en los diferentes municipios, corregimientos y zonas rurales donde opera el servicio.

Debe tenerse en cuenta que la atención domiciliaria corresponde a una modalidad extramural cuya operación implica desplazamientos permanentes del talento humano en salud hacia zonas urbanas, rurales y dispersas, muchas de ellas con limitaciones de conectividad, deficiente cobertura de Internet, fallas en redes móviles, dificultades de acceso tecnológico e incluso condiciones geográficas y logísticas que impiden garantizar el cargue inmediato de información clínica dentro del término restrictivo de doce (12) horas establecido en el pliego.

En consecuencia, pretender imponer glosas automáticas por el no cargue de la historia clínica dentro de dicho término desconoce la realidad material de la operación domiciliaria y convierte una carga meramente administrativa y tecnológica en una causal de afectación económica del prestador, aun cuando el servicio haya sido efectivamente prestado al usuario.

Así mismo, se evidencia que dicha exigencia carece de soporte normativo expreso, toda vez que la regulación vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, particularmente la Resolución 1995 de 1999 y los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, establecen la obligación de diligenciar, custodiar y garantizar la trazabilidad de la historia clínica, pero en ningún caso imponen términos perentorios de doce (12) horas para el cargue en plataformas tecnológicas ni autorizan la imposición automática de glosas por circunstancias administrativas asociadas a conectividad o disponibilidad tecnológica.

Por el contrario, los lineamientos del Ministerio de Salud reconocen las particularidades operativas de la atención domiciliaria y extramural, modalidad en la cual el registro clínico puede verse condicionado por factores logísticos y tecnológicos ajenos al control directo del prestador.

Adicionalmente, resulta importante precisar que la historia clínica constituye un documento clínico-asistencial cuya validez jurídica deriva de la efectiva prestación del servicio y del adecuado registro profesional del acto asistencial, y no exclusivamente de la oportunidad del cargue en un aplicativo institucional determinado.

De igual manera, la imposición de glosas automáticas por extemporaneidad en el cargue documental desconoce los principios de proporcionalidad, razonabilidad, buena fe contractual, realidad material del servicio y equilibrio económico del contrato, toda vez que las glosas deben sustentarse en inconsistencias sustanciales que afecten la pertinencia, existencia, calidad o efectiva prestación del servicio de salud, y no sobre aspectos meramente formales o tecnológicos que no comprometen la atención brindada al usuario.

En ese sentido, se solicita respetuosamente:

1. Modificar el término establecido para el cargue y actualización de la historia clínica, ampliándolo a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la prestación del servicio.
2. Eliminar la causal automática de glosa derivada exclusivamente del no cargue dentro de doce (12) horas.
3. Garantizar que cualquier proceso de auditoría, devolución o glosa se fundamente en criterios de materialidad, proporcionalidad y efectiva afectación del servicio, y no exclusivamente en cargas administrativas de reporte tecnológico.

La presente solicitud busca garantizar condiciones contractuales razonables, técnicamente viables y acordes con la realidad operativa de los servicios domiciliarios, promoviendo una adecuada prestación del servicio sin afectar injustificadamente la sostenibilidad financiera y operativa de los prestadores.

Sin otro particular, esperando que las observaciones presentadas sean atendidas de conformidad a los postulados de la Ley y el pliego de condiciones del proceso de la referencia y agradeciendo la atención prestada se suscribe de ustedes.

Respuesta

En atención a la observación presentada, la entidad se permite informar que la misma se acepta parcialmente.

Una vez analizadas las particularidades operativas de los servicios domiciliarios, la entidad considera viable ajustar los tiempos de cargue y actualización de la historia clínica, teniendo en cuenta la naturaleza y dinámica de cada servicio, así como las condiciones de conectividad y operación en los diferentes municipios y zonas de cobertura.

En consecuencia, la condición técnica quedará así:

El oferente adjudicatario deberá garantizar que la historia clínica correspondiente a cada atención sea registrada y actualizada en el sistema dentro de las doce (12) horas posteriores a la prestación del servicio para el componente de enfermería y dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la atención para los demás servicios terapéuticos y asistenciales.

El plazo establecido para el cargue de las historias clínicas y demás soportes asistenciales obedece a la necesidad de garantizar el seguimiento, control, auditoría y verificación oportuna de los servicios prestados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, permitiendo la trazabilidad de la atención y la adecuada gestión de la información clínica.

Si bien Sanidad de la Policía reconoce que en determinadas zonas geográficas pueden presentarse situaciones particulares relacionadas con la conectividad, dichas circunstancias no eximen al contratista de adoptar las medidas necesarias para asegurar el reporte oportuno de la información, haciendo uso de las herramientas tecnológicas y alternativas operativas disponibles para el cumplimiento de esta obligación.

No obstante, en aquellos eventos excepcionales debidamente soportados y acreditados por el contratista, la supervisión contractual evaluará cada caso particular conforme a las circunstancias expuestas y los soportes aportados.

[REDACTED]

[REDACTED]

Buen día, solicitamos muy respetuosamente se modifique el indicador financiero de RAZON COBERTURA DE INTERESES; en el borrador del p
llego solicitan que sea $\geq 10,09$, por favor si se puede cambiar para que sea ≥ 7 ; esta modificación no altera el equilibrio económico del proce
so contractual y la ejecución del contrato; y por el contrario ampliaría la participación, en la búsqueda de pluralidad de oferentes, gracias.

Respuesta

Teniendo en cuenta la solicitud realizada por las entidades FABILU, OFERENTE HEALTH & LIFE IPS SAS y COMPLEMEDICA en la cual, solicita la modificación de los indicadores financieros Índice liquidez y Cobertura de Intereses establecidos para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026, que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, COMPRENDIDOS EN LOS DEPARTAMENTOS DEL VALLE DEL CAUCA, CAUCA Y NARIÑO" Si bien es cierto que el resultado plasmado no refleja la totalidad de la situación financiera de las entidades que prestan este tipo de servicio, puesto que solo refleja los resultados de las entidades que amablemente colaboraron en la solicitud que realizo en su tiempo la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 para la elaboración del estudio de mercado y aun así se tomaron los indicadores mínimos arrojados del estudio financiero con el fin de garantizar los dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para el entidad.

Por lo tanto, se solicita a las entidades que cuando la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 realice requerimientos para realizar el estudio de mercado y establecer los indicadores financieros y organizacionales, nos colabore para que así tengamos un mayor número de muestras.

Para concluir se aceptan las observaciones realizadas por las entidades en cuanto a los indicadores financieros de Índice de Liquidez y Razón cobertura de interés para el proceso PN RASES4 SA MC SS 102/2026 y se toman los mínimos de las observaciones presentadas para los indicadores Índice de Liquidez, Cobertura de Intereses, para finalmente fijar el límite establecido así:

indicé liquidez	Cobertura de Intereses
>= 1,00	>= 3,00

Lo anterior, teniendo en cuenta que se cumpla dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, primero la pluralidad de oferentes y segundo minimizar el riesgo para la entidad así mismo lo contemplado en el manual de requisitos habilitantes de Colombia compra eficiente " La promoción de la competencia es uno de los objetivos del sistema de compras y contratación pública, por lo cual es muy importante tener en cuenta que los requisitos habilitantes no son ni pueden ser una forma de restringir la participación en los Procesos de Contratación. El sistema de compras y contratación pública debe promover la participación de más proponentes y el crecimiento de la industria nacional de bienes y servicios y por eso los requisitos habilitantes deben ser adecuados y proporcionales"

[REDACTED]

[REDACTED]

Dentro de la sección en el proceso como parte de ponderación técnica se encuentra que

A. PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Hasta 100 Puntos)

Si las entidades prestan un servicio a toda la regional (Valle, Cauca y Nariño) se les dará un puntaje adicional.

PONDERACIÓN

ITEM	OFERTA SERVICIOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.	PUNTAJE
1	OFERTEN TRES DEPARTAMENTOS	100
2	OFERTEN DOS DEPARTAMENTOS	50
3	OFERTEN 1 DEPARTAMENTO	25

Revisado este aspecto, que es de vital importancia en la estructuración de la oferta, es claro evidenciar que ya con la presentación de la oferta, la misma estaría por debajo en 75 puntos, a diferencia de las dos empresas que si cumplen (OSTEOSALUD Y VISALTR) con el requisito en cuestión. Se entiende que no es un requisito habilitante y que corresponde a un aspecto que dependiendo de quien lo oferte y la manera como lo haga, será acreedor de dicho puntaje, pero también es importante manifestar que el proceso se encuentra en una desigualdad para quienes desean participar en el debido a que no todas las empresas que comúnmente participan en este proceso cuentan con la habilitación de los servicios de toda la regional.

En este sentido es importante manifestar que de conformidad con el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993), específicamente en lo concerniente al principio de transparencia (Artículo 24) y a la estructura de los procedimientos de selección (Artículo 30), los pliegos de condiciones deben contener reglas claras, objetivas, justas y neutrales que permitan la participación del mayor número posible de oferentes.

La sección tercera del Consejo de Estado ha sido enfática en señalar que la libre concurrencia es una derivación directa del derecho a la igualdad, traduciéndose en la prohibición de imponer restricciones injustificadas que generen un trato discriminatorio o que pretendan predeterminar el resultado del proceso (Sentencia del 29 de agosto de 2007, Rad. 15.424). En el presente proceso, cuyo objeto corresponde a la prestación de servicios bajo la modalidad de atención domiciliaria, la asignación de puntaje por la tenencia previa de sedes debidamente habilitadas configura una barrera anticompetitiva. Lo anterior implica que el diseño del factor de ponderación no obedece a criterios de optimización real del servicio, sino a una segmentación que limita artificialmente la competencia. Esta regla rompe el equilibrio y la equidad del proceso al impedir que aquellos proponentes que ostentan la plena capacidad técnica, logística y financiera en cada uno de los grupos y que son idóneos para garantizar la cobertura del programa de atención domiciliaria, compitan bajo las mismas prerrogativas legales.

Al quedar excluidos de entrada del puntaje asignado a este factor —por motivos ajenos a la calidad intrínseca, eficiencia o favorabilidad de la oferta—, se genera una desventaja desproporcionada que desnaturaliza el deber de selección objetiva consagrado en el artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 (modificatoria de la Ley 80 de 1993). Dicha norma establece que la asignación de puntajes debe privilegiar las condiciones técnicas y económicas de la propuesta, prohibiendo la valoración de elementos de arraigo local o infraestructura preexistente cuando estos actúan como un mecanismo de exclusión de facto.

Es imperativo recordar que, bajo la línea jurisprudencial del máximo tribunal de lo contencioso administrativo, la disponibilidad de servicios operativos e instalaciones físicas constituye una condición de ejecución del contrato que no es criterio válido de ponderación o asignación de puntaje. Como lo ha reiterado el Consejo de Estado (Sentencia del 1 de noviembre de 2011, Rad. 27.994) exigir infraestructura como factor de evaluación prefiere una condición de permanencia previa en el territorio que la calidad intrínseca de la oferta, rompiendo la igualdad entre las ofertas licitadas y convirtiéndolo en un requisito de ejecución en una ventaja de adjudicación injustificada”

Respuesta

El comité evaluador se permite dar respuesta a la observación presentada por la entidad, aceptando la solicitud, descartando este factor de verificación y ponderación del proyecto pliego de condiciones, en atención a los principios de pluralidad de oferentes, selección objetiva y libre concurrencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con otros criterios habilitantes y de evaluación, para el mejoramiento de la prestación de los servicios.

[REDACTED]

Una vez revisados los documentos del proceso, se hace necesario solicitar de incluya especificaciones y requerimientos técnico que dentro de la ejecución del contrato se utilizaron de manera recurrente y que se recomienda sean incluidos dentro del proceso.

Entre ellos tenemos a

- Cambio de galleta (carilla) de colostomía o ileostomía (incluye bolsa y barrera de colostomía) Incluye guante estéril, guantes limpios, micrópore, pasta somathosive, polvo o clip para cierre hermético de bolsa, y Enfermería Jefe (curso de heridas y ostomía)
- Atención domiciliar por medicina general.
- Atención domiciliar por nutrición y dietética.
- Alquiler de cama hospitalaria dos niveles (30 días)
- Alquiler de cama hospitalaria eléctrica (30 días)
- Alquiler bomba de infusión (30 días) incluye suministro de 4 kit de infusión.
- Kit de infusión adicional
- Monitor de signos (incluyendo los INSUMOS requeridos tales como sensores desechables y todos los demás requeridos para su funcionamiento, para el suministro del referido insumo el contratista debe contar con la autorización de servicios en salud emitida por parte de la Unidad Prestadora de Salud-

Cauca o en su defecto autorización por escrito del supervisor del contrato en cualquiera de las dos circunstancias se especificará el tiempo por el cual se prestará el equipo y usuario específico a quien ira destinado.)

- Kit de mangueras corrugadas más máscara de traqueotomía más cánula de traqueotomía
- Sistema Venturi más accesorios
- Circuitos alma lisa pediátricos
- Filtro bacterial
- Kit: barrera natura convexa moldeable estoma 45mm c*10 (Ref: 404593) – convatec (para el suministro del referido insumo el contratista debe contar con la autorización de servicios en salud emitida por parte de la Unidad Prestadora de Salud-Cauca o en su defecto autorización por escrito del supervisor del contrato en cualquiera de las dos circunstancias se especificará la cantidad y usuario específico a quien ira destinado)
- Recolector de orina #34 (Urocondón) Hollister
- Recolector de orina #36 (Urocondón) Hollister,

Respuesta

Una vez revisada la observación el comité técnico acepta observación y se dará alcance al estudio previo modificando las especificaciones técnicas de la UPRES CAUCA

Dado en Santiago de Cali, al primer (01) día del mes de junio de dos mil veintiséis (2026).

Teniente Coronel **IVÁN DARÍO RUIZ VELASCO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 4

Elaboró: **T. DIANA ARISTIZABAL**
Analista GRUCO RASES4

Revisó: **U. JHON CAÑON**
Jefe GRUCO RASES4

Revisó: **M. GECVANNY FRANCO**
Jefe ARLE DE RASES4

Revisó: **CPS SULY AIDEE CORTES GRAJALES**
Asesor Jurídico RASES4

Fecha de elaboración: 31/05/2026
Ubicación: diana1/información/procesosdiana/2026/procesos

"Humanismo y Calidad, Camino a la Excelencia en la Sanidad Policial"
Av. 10 Norte # 16N-21
Deval.rases-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PUBLICA