POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8

ADENDA MODIFICATORIA 001
MODIFICACION PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO
PN RASES8 SA MC 018 2026

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 - Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en cumplimiento de los principios de transparencia, responsabilidad, economía, planeación y selección objetiva que orientan la contratación estatal, consagrados en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015, que establece que las modificaciones a los documentos del proceso de selección deben efectuarse mediante adenda, procede a expedir la presente **ADENDA No. 001**.

Por medio de la cual se modifican los apartados "**ITEM 31 , ITEM 32**, DE LAS CONDICIONES TENICAS" Anexo No. 1 , E INCLUIR COMO FORMULARIO N°19 "**ACREDITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL INSTRUCTIVO 002 DE 2024 – PLANE (CRITERIOS Y COMPROMISOS EN MATERIA DE ALTO COSTO"** al PLIEGO DE CONDICIONES del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía PN RASES8 SA MC 018 2026, cuyo objeto es: "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**"

Lo anterior se realiza en virtud de las observaciones presentadas por la entidad CLÍNICA DE LA COSTA S.A.S. mediante comunicación del 28 de agosto de 2026 y de las respuestas emitidas por el estructurador del estudio previo mediante los oficios GS-2026-084262-DEATA y GS-2026-084268-DEATA del 1 de septiembre de 2026, mediante los cuales se acogió parcialmente la observación formulada, generando la necesidad de efectuar las correcciones pertinentes a los documentos que integran el proceso contractual.

En consecuencia, y con el fin de garantizar la coherencia entre los documentos que integran el proceso contractual, asegurar la correcta elaboración de las ofertas por parte de los interesados y salvaguardar los principios de transparencia, igualdad y selección objetiva, se hace necesario modificar los apartados "**ITEM 31 , ITEM 32**, DE LAS CONDICIONES TENICAS" Anexo No.1 E INCLUIR COMO FORMULARIO N°19 "**ACREDITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL INSTRUCTIVO 002 DE 2024 – PLANE (CRITERIOS Y COMPROMISOS EN MATERIA DE ALTO COSTO"** al PLIEGO DE CONDICIONES DEFINTIVO del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía **PN RASES8 SA MC 018 2026**, en los términos establecidos en la presente adenda.

RESUELVE

PRIMERO: MODIFICAR EL "**ITEM 31"** DE LAS CONDICIONES TENICAS DEL **PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO** del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía PN RASES8 SA MC 018 2026 Anexo No. 1, así:

31	El oferente **deberá certificar**, mediante documento suscrito por su representante legal, que autoriza el ingreso y la prestación de los servicios por parte del prestador de diálisis contratado por la Policía Nacional, garantizando el acceso a sus instalaciones y las condiciones necesarias para la ejecución oportuna, continua y segura de los procedimientos requeridos por los usuarios. **PROTOCOLO OPERATIVO Y MATRIZ DE RESPONSABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DIALÍTICA CON PRESTADOR EXTERNO** En los casos en que se requiera el ingreso de un prestador externo de terapia dialítica a las instalaciones del CONTRATISTA para la atención de pacientes en Urgencias, Hospitalización o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se aplicarán obligatoriamente las siguientes reglas operativas: 1. **Urgencias Dialíticas y Activación (24/7):** o **Mecanismo:** La activación se realizará a través del canal de comunicación dispuesto entre el CONTRATISTA y la UPRES DEATA (correo: deata.upres-aut@policia.gov.co o enlace de referencia). En situaciones de urgencia vital dialítica, la atención no requerirá autorización previa de conformidad con la Ley 1751 de 2015. 2. **Custodia y Responsabilidad Asistencial del Paciente:** o EL CONTRATISTA mantendrá la custodia, monitoreo hemodinámico general y responsabilidad asistencial global del paciente durante su estancia en la UCI, Urgencias u Hospitalización. o El prestador externo asumirá la responsabilidad técnica del acto médico-dialítico, la calibración de sus equipos y la supervisión directa de la ultrafiltración/depuración. 3. **Asepsia, Bioseguridad y Manejo de Accesos Vasculares:** o Ambas instituciones deberán dar cumplimiento a los estándares de la Resolución 1732 de 2026 (que deroga la resolución 3100 de 2019). El manejo del acceso vascular (catéter de hemodiálisis/fístula) durante el procedimiento será ejecutado por el personal experto del prestador dialítico, en coordinación con el equipo de enfermería de UCI/Hospitalización del CONTRATISTA. o La desinfección de equipos y el manejo de residuos hospitalarios y peligrosos se regirán por el manual de bioseguridad de la sede donde se realiza el procedimiento, acorde con la normativa ambiental vigente. 4. **Eventos Adversos y Planes de Contingencia:** o En caso de complicaciones inmediatas durante la sesión, se activará de forma conjunta el protocolo de respuesta de la UCI/Urgencias del CONTRATISTA junto con el médico nefrólogo/especialista del prestador dialítico. Todo evento adverso deberá notificarse formalmente al comité de seguridad del paciente del CONTRATISTA y a la Supervisión del Contrato dentro de las 72 horas siguientes. o Ante fallas de equipos externos o indisponibilidad de personal, el prestador externo y EL CONTRATISTA deberán activar de inmediato la red de contingencia garantizando la continuidad del tratamiento sin trasladar la falla administrativa al usuario."

SEGUNDO: MODIFICAR EL **"ITEM 32"** DE LAS CONDICIONES TENICAS DEL PLIEGO **DE CONDICIONES** del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía PN RASES8 SA MC 018 2026 Anexo No. 1, así:

32

El oferente **certificará** por escrito que la liquidación de los procedimientos quirúrgicos, se realizará conforme a la clasificación del procedimiento, su complejidad, el acto quirúrgico efectivamente ejecutado y las reglas técnicas de reconocimiento aplicables para procedimientos únicos, múltiples, bilaterales o combinados, incluyendo los componentes asistenciales que correspondan, previa verificación del soporte clínico y administrativo que evidencie su realización. Como se relaciona a continuación:

	PROCEDIMIENTO MAYOR VALOR	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 1	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 2	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 3	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 4 y POSTERIORES (5, 6, ETC.)
MULTIPLE CIRUGIAS POR IGUAL VIA DE ACCESO MISMO CIRUJANO	100%	60%	60%	60%	60%
MULTIPLE CIRUGIAS POR DIFERENTES VIA DE ACCESOS	100%	75%	60%	60%	60%
CIRUGIAS BILATERALES, MISMO ACTO QUIRURGICO	100%	75%	60%	60%	60%
MULTIPLES CIRUGIAS CON DIFERENTES ESPECIALISTAS	100%	75%	60%	60%	60%

Reglas Complementarias de Aplicación:

1. **Cuarto Procedimiento Adicional y Posteriores:** A partir del cuarto (4°) procedimiento adicional en adelante, que se realice efectivamente dentro del mismo acto quirúrgico y por la misma o diferente vía de acceso, se reconocerá el 60% del valor de la tarifa contratada para dicho procedimiento, equiparándose al porcentaje de reconocimiento del tercer procedimiento, previa sustitución y justificación médica en la historia clínica y descripción quirúrgica.
2. **Límite Máximo:** No se establece un límite numérico absoluto de procedimientos a reconocer, siempre y cuando estén clínicamente justificados en la historia clínica, soporten la pertinencia médica del acto quirúrgico integral, no correspondan a procedimientos incisos/inherentes o de acceso (que se entienden incluidos dentro del procedimiento principal conforme a la norma CUPS / Resolución 2706 de 2025) y cuenten con la debida auditoría de cuentas médicas.
3. **Auditoría y Soporte:** Todo procedimiento quirúrgico adicional será auditado con base en la epicrisis, hoja de descripción quirúrgica y los lineamientos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas del Ministerio de Salud y Protección Social."

TERCERO: INCLUIR EN EL PLIEGO DE CONDICIONES DEL PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA N° PN RASES8 SA MC 018 2026 COMO FORMULARIO N°19 "**ACREDITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL INSTRUCTIVO 002 DE 2024 – PLANE (CRITERIOS Y COMPROMISOS EN MATERIA DE ALTO COSTO" ASI:**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Bogotá D.C., 03 ENE 2024

INSTRUCTIVO NÚMERO 002 DISAN PLANE —70

CRITERIOS DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

Mediante el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social."*, se compilan los artículos del Decreto 2699 de 2007 en el artículo 2.6.1.5.1. manteniendo la figura de la Cuenta de Alto Costo, como un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Las enfermedades de alto costo que se tienen priorizadas para Policía Nacional, son las exigidas por la Cuenta de Alto Costo como reportes de obligatorio cumplimiento, mediante bases de datos que se encuentran previamente definidas y estandarizadas para cada patología. De igual manera, las consideraciones específicas para el reporte de cada patología se describen según la normatividad que se relaciona a continuación:
I. Para hemofilia y otras coagulopatías según la Resolución N° 123 de fecha 21 de enero 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de coagulación a la Cuenta de Alto Costo*".

II. Para VIH — SIDA según la Resolución N° 273 de fecha 01 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana — VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida — SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo*".

III. Para cáncer según la Resolución N° 247 de febrero 3 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer*" y Resolución N° 890 de del 20 de marzo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se modifica el artículo 7 de la Resolución 247 de 2014*".

IV. Para Enfermedad Renal Crónica *(ERC)*, Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) Según la Resolución N° 2463 de 19 de junio de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008"*-

V. Para artritis reumatoide según la Resolución N° 1393 del 30 de abril de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte para registro de pacientes con Artritis Reumatoide a la Cuenta de Alto Costo*".

Teniendo en cuenta la normatividad vigente, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional evidencia la necesidad de generar nuevos lineamientos, dando origen al presente acto administrativo *por* medio del cual se actualizan los *"Criterios de Gestión Enfermedades de Alto Costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional"*, se definen las responsabilidades y roles de las personas involucradas y se define la necesidad del personal requerido, no solo para actividades relacionadas con la Cuenta de Alto Costo, sino con la Gestión del Riesgo en Salud de estas patologías.

Así las cosas y dados los cambios en la estructura orgánica de la DISAN (Resolución 0267 de 2023 "*Por la cual se define la estructura orgánica de la Dirección de Sanidad y se determinan las funciones de sus dependencias internas*"), se hace necesario actualizar los roles y funciones establecidos por la nueva estructura para el Grupo Gestión del Riesgo en Salud - GUGER en el presente instructivo, mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

RESPONSABILIDADES DEL ÁREA GESTIÓN ASEGURAMIENTO EN SALUD

1. Jefe Grupo Gestión del Riesgo en Salud — GUGER

1.1. Gestionar la disponibilidad del personal idóneo y suficiente (médicos especialistas en ramas administrativas y auxiliares de enfermería) para liderar desde el nivel central la gestión del riesgo en salud de patologías de alto costo.
1.2. Supervisar que el personal que integra el grupo del nivel central, cumpla con las funciones establecidas en este instructivo.
1.3. Acompañar al personal profesional a las mesas de trabajo o asistencias técnicas que realicen los entes de control externo.
1.4. Asistir a las reuniones de apertura y cierre de la auditoría de cada patología, realizadas por la Cuenta de Alto Costo.

2. Responsabilidades de gestión del riesgo en salud con las patologías de alto costo médicos del grupo gestión del riesgo en salud- GUGER para la gestión

2.1. Coordinar el proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo y liderar las rutas integrales de atención en salud de estas patologías desde el nivel central.
2.2. Capacitar a los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en salud, acerca de las generalidades de los criterios de gestión de enfermedades de alto costo, seguimiento clínico, plan de actividades, reporte de indicadores, cumplimientos y reporte de bases de datos de enfermedades a la Cuenta de Alto Costo, así:
2.2.1 La primera capacitación será realizada en el primer semestre de cada año, cuyos contenidos comprenderán: generalidades de los criterios, especificaciones para el

mejoramiento en el reporte de las enfermedades de alto costo, haciendo énfasis en los instructivos de la Cuenta de Alto Costo de Hemofilia, VIH-SIDA y Cáncer.
2.2.2. La segunda capacitación se desarrollará en el segundo semestre de cada año, cuyos contenidos incluyen: generalidades de los criterios, especificaciones para el mejoramiento en el reporte de las enfermedades de alto costo, haciendo énfasis en los instructivos de la Cuenta de Alto Costo de Enfermedad Renal Crónica-Diabetes Mellitus-Hipertensión Arterial y Artritis Reumatoide.
2.3. Descargar del micrositio de la Cuenta de Alto Costo los archivos operativos y cargarlos al usuario del grupo del FTP (File Transfer Protocol) al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud, para garantizar el cargue de la información de cada una de las patologías objeto de reporte.
2.4. Descargar bases de datos de los pacientes mínimos requeridos por patología, filtrar por código municipio DANE para definir a qué Regional de Aseguramiento en Salud y Unidad Prestadora de Salud tipo A, tipo B o tipo C pertenecen, y remitirla al médico líder correspondiente. *Se entiende como "requeridos", los pacientes que fueron reportados en años anteriores y que obligatoriamente deben ser incluidos en el reporte de cada vigencia*".
2.5. Brindar asistencia técnica permanente de cada patología, según la necesidad del médico líder de cada regional y de los profesionales en enfermería encargados de los criterios de Gestión de Enfermedades de Alto Costo.
2.6. Recepcionar y consolidar las bases de datos de cada patología, remitidas por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud y realizar las siguientes actividades:
2.6.1. Validar la coherencia de la estructura de reporte y la cantidad de variables de cada base de datos, de conformidad con el Instructivo para el reporte de información, según la resolución 123 de 2015 del Ministerio de Salud de Protección Social, dispuesto en el sitio web de Cuenta de Alto Costo, al cual tienen acceso exclusivo los líderes de alto costo desde el nivel Central y socializan a través del FTP (File Transfer Protocol), con los médicos líderes de alto costo de cada una de las RASES.
2.6.2. Validar el estado de afiliación, estado vital y fecha de defunción en caso de fallecimiento, con el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA.
2.6.3. Realizar verificación aleatoria en el sistema de validación de la Cuenta de Alto Costo.
2.6.4. Cargar anualmente a la Cuenta de Alto Costo las bases de datos, relacionadas con las siguientes patologías: Enfermedad Renal Crónica - Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial, VIH-SIDA, Hemofilia y otros trastornos de la coagulación, Artritis Reumatoide y Cáncer, en las fechas establecidas por la normatividad vigente.
2.6.5. Descargar del FTP (File Transfer Protocol) los diferentes soportes de los pacientes reportados en la base de datos, para ser cargados a la Cuenta de Alto Costo, según fechas establecidas previamente por este ente.
2.6.6. Atender según patología a cargo las auditorías virtuales de la Cuenta de Alto Costo, de acuerdo a la programación dispuesta como se muestran a continuación:
2.6.6.1 En las reuniones de apertura y cierre de auditoria se requiere la participación obligatoria del Director y Subdirector de Sanidad, el Jefe de Área Gestión de Aseguramiento en Salud - ARASI, el Jefe de Grupo Gestión del Riesgo en Salud - GUGER, el responsable de recepción y trámite de información en salud y el médico líder de cada patología del nivel central.

2.6.6.2 Responder de manera virtual diariamente las glosas y hallazgos de cada auditoría.
2.6.6.3 Socializar los hallazgos de estas auditorías al médico líder de Gestión del riesgo en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud correspondiente.
2.6.7. Realizar visitas, capacitaciones, video conferencias y retroalimentaciones a los médicos líderes del Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud y a los profesionales en enfermería de cada Unidad Prestadora de Salud.
2.6.8. Generar informe final de resultados, una vez cerrado el proceso de auditoría por parte de la Cuenta de Alto Costo. Dicho informe estará a cargo del líder de cada una de las cohortes definidas desde el nivel central y debe incluir: resultados del proceso de reporte, cargue de- bases de datos y otros soportes requeridos, resultados del proceso de auditoría, glosas y base de datos nacional actualizada de las patologías de alto costo según cohorte.
2.7. Monitorear de manera permanente la gestión del riesgo en salud a pacientes con diagnósticos de patologías de alto costo, así:
2.7.1. Recepcionar y verificar aleatoriamente la información remitida por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, de los usuarios nuevos de cada patología antes de ser ingresados a las bases de datos.
2.7.2. Remitir novedades o alertas al médico líder de cada Regional de Aseguramiento en Salud, según corresponda para realizar gestión.
2.7.3. Verificar que se realizó la gestión de manera eficaz y oportuna de estas novedades, en búsqueda de mitigar las barreras de acceso a los servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).
2.7.4. Remitir novedades de oportunidad de citas y barreras de acceso al Grupo Red Integral de Servicios de Salud.
2.7.5. Articular las actividades generadas desde el Grupo Gestión del Riesgo en Salud con los otros grupos que conforman el Área Gestión de Aseguramiento en Salud, para garantizar así la integralidad de los procesos.
2.7.6. Verificar la realización de planes de mejoramiento por parte de las Regionales de Aseguramiento en Salud, para subsanar las glosas o no conformidades detectadas por la auditoria de la Cuenta de Alto Costo.
2.8. Asistir y participar en las diferentes capacitaciones, talleres, mesas de trabajo y demás actividades programadas por los entes de control externo e interno.
2.9. Atender las auditorías programadas por los entes de control interno y externo (Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud, Secretarías Distritales, Departamentales o Municipales de salud).
2.10. Realizar análisis de los indicadores de materialización del riesgo y los de revisión por la Dirección.
2.11. Realizar el análisis respectivo de los indicadores de las patologías de alto costo, cargados por las Unidades Prestadoras de Salud en la herramienta informativa que está creada para tal fin desde el nivel central.
2.12. Ingresar a las cohortes de Alto Costo los casos incidentes, fallecidos y desafiliados reportados por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento o notificados por la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).
2.13. Realizar actividades de control para las patologías de alto costo relacionadas a continuación:

2.13.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

2.13.1.1. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud gestionen las novedades relacionadas con barreras de acceso y oportunidad de los usuarios con VIH-SIDA en el SSPN, según lo dispuesto en la Ley N° 972 de 2005 *"Por el cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida"*.
2.13.1.2. Apoyar cuando se requiera las actividades programadas por el Comité de Prevención y el Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (COPRECOS) y Liga Colombiana de Lucha contra el Sida - LIGASIDA.
2.13.1.3. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud estén validando las frecuencias de uso contempladas en las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social.
2.13.1.4. Validar que las actividades y la gestión realizada por las Regionales de Aseguramiento en Salud y las Unidades Prestadoras de Salud apunten al cumplimiento de los objetivos de la estrategia 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la cual pretende contribuir al fin de la epidemia del SIDA.
2.13.1.5. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud realicen el seguimiento a los usuarios incidentes con el fin de garantizar la atención de manera oportuna.

2.13.2. Cáncer:

2.13.2.1. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, gestionen las diferentes alertas notificadas por el nivel central.
2.13.2.2. Remitir las alertas generadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en menores de 18 años con cáncer en cumplimiento a la Ley N° 1388 de 2010 *"Por el derecho a la vida de los niños con Cáncer en Colombia"* (Artículo. 4) y las Resoluciones N° 2590 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 do 2010"*, Resolución N° 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"* y la Resolución N° 247 de 2014 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por el cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer*
2.13.2.3. Remitir las alertas generadas por el Instituto Nacional de Salud – INS, al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud correspondiente, relacionadas con el reporte al SIVIGILA de los casos de Cáncer de cérvix y mama, en cumplimiento a la Resolución N° 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por el cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de*

atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento" y verificar la gestión realizada.
2.13.2.4. Programar y dar cumplimiento a las reuniones de asistencia técnica en la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo N° 661 del 2016 del Concejo de Bogotá, *"Por medio del cual se implementa el sistema de registro y seguimiento de menores de edad con cáncer y se dictan otras disposiciones".*

2.13.3. Artritis Reumatoide:

2.13.3.1. Ingresar a la cohorte los casos incidentes de artritis reumatoide reportados por el médico de la Regional de Aseguramiento en Salud.

2.13.4. Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus:

2.13.4.1. Solicitar semestralmente al Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA el filtro en SISAP de los códigos CIE-10 correspondientes a las patologías de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica, para identificar los casos incidentes del periodo e ingresarlos a la base de datos correspondiente.
2.13.4.2. Validar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, estén validando las frecuencias de uso de citas de especialidad y ayudas diagnósticas contempladas en las Guías de Práctica Clínica de cada patología.
2.13.4.3. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, cumplan con las gestiones necesarias para realizar los laboratorios clínicos de control correspondientes a estas patologías según las Guías de Práctica Clínica a los usuarios que se encuentren en el inventario de estas patologías.
2.13.4.4. Ingresar a las bases de datos los seguimientos, laboratorios y observaciones remitidas por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud con el fin de clasificar el riesgo de cada patología.
2.13.4.5. Realizar seguimiento a los usuarios reportados por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, con Enfermedad Renal Crónica estadio 3 y 4 priorizados por criterio clínico.
2.13.4.6. Realizar en conjunto con los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, seguimiento a los usuarios con Enfermedad Renal Crónica en estadio 5, que no se encuentra en Terapia de Reemplazo Renal, con el fin de garantizar las atenciones necesarias para controlar el progreso de la enfermedad y así evitar el ingreso a terapia dialítica.
2.13.4.7. Remitir al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, las novedades notificadas con usuarios que se encuentren en diálisis y validar gestión realizada.
2.13.4.8. Participar mensualmente en los comités con los prestadores de red externa para el seguimiento de los usuarios en terapia dialítica.

2.13.5. Enfermedades huérfanas:

2.13.5.1. Realizar análisis trimestral del informe plan B de hemofilia enviado por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada regional de aseguramiento en Salud, para el seguimiento de los usuarios con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías que se encuentran en tratamiento con factores.
2.13.5.2. Verificar que los médicos líderes de Gestión de Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento gestionen las alertas notificadas por el nivel central.
2.13.5.3. Ingresar a la base de datos los casos incidentes reportados por los médicos líderes de Gestión de Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento o detectados por la notificación de la base del SIVIGILA que realiza el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA.
2.13.5.4. Gestionar los requerimientos y dar respuesta a lo solicitado por los diferentes entes de control externo (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, entre otros) en relación con la atención de servicios en salud de usuarios con Enfermedades Huérfanas.
2.13.5.5. Asistir a las reuniones de asistencia técnica que convoquen las Secretarías Distritales, Departamentales o municipales relacionadas con la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud de Enfermedades huérfanas - raras.

3. Responsable de recepción y trámite de información en Salud

Corresponde al Grupo Gestión del Riesgo en Salud del nivel central (GUGER),
3.1 Recepcionar y archivar las comunicaciones oficiales emitidas por los Jefes de las Regionales de Aseguramiento en Salud, donde se informa el nombre y los datos de contacto del médico líder de gestión del riesgo en salud de cada regional y del profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las enfermedades de Alto Costo de las Unidades Prestadoras de Salud.
3.2. Disponer del directorio actualizado de los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud y de los profesionales en enfermería responsables del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo a nivel país.
3.3. Remitir los archivos operativos, para los cargues a la Cuenta de Alto Costo al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.4. Recepcionar y archivar las comunicaciones oficiales que certifican la veracidad de la información enviada por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.5. Elaborar comunicación oficial certificando la veracidad de la información posterior al cargue de cada patología, el cual deberá ir firmado por el representante legal de la Dirección de Sanidad.
3.6. Elaborar según la fecha de reporte de la cohorte, comunicación oficial certificando la veracidad del estado de afiliación de los usuarios reportados en cada base a la Cuenta de Alto Costo, el cual debe ir firmado por el representante legal de la Dirección de Sanidad, el médico líder de la patología del nivel central y el profesional del Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud – GUPLA que entregó la información.

3.7. Coordinar la logística de las reuniones de apertura y cierre, para la auditoría de cada patología reportada.
3.8. Realizar acta y gestionar la firma de la misma, de cada una de las reuniones virtuales de apertura y cierre de auditoría de cada patología por parte de la Cuenta de Alto Costo y remitir documento vía correo electrónico a esta entidad.
3.9. Servir como enlace de comunicación directa con la Cuenta de Alto Costo cuando se presenten novedades.
3.10. Asistir, programar y coordinar las capacitaciones brindadas por los entes de control externo.
3.11. Descargar y consolidar las bases de datos de cada patología, subidas al FTP (File Transfer Protocol) por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las regionales de aseguramiento en Salud, una vez se cierre el periodo de reporte dado por Grupo Gestión del Riesgo en Salud (GUGER).
3.12. Verificar que, dentro de la base de datos de cada Regional de Aseguramiento en Salud, se encuentren la totalidad de los pacientes.
3.13. Actualizar los inventarios semanalmente de cada patología, según lo reportado en las bases de datos del SIVIGILA, las cuales serán entregadas por el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud – GUPLA y de los casos incidentes, fallecidos y desafiliados reportados por cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.14. Realizar seguimiento clínico y telefónico a los usuarios priorizados de cada patología y dejar registro en la base de datos correspondiente.
3.15. Verificar en el aplicativo SISAP el cumplimiento de las atenciones en salud, por prestador propio y externo según lo indicado por el médico líder de cada patología del nivel central.

RESPONSABILIDADES Y ROLES DE LAS REGIONALES ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) Y UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD (UPRES) TIPO A, B y C.

4. Jefes de RASES

4.1. Garantizar el recurso humano y logístico para cumplir las competencias asignadas en el presente instructivo, con la calidad y oportunidad exigida por el Área Gestión de Aseguramiento en Salud.
4.2. Implementar la Gestión Integral del Riesgo en Salud, alineada con el Modelo de Atención Integral en Salud priorizando los eventos de alto costo relacionados en el presente instructivo.
4.3. Designar un médico líder de Gestión del Riesgo en Salud que coordine el proceso de las unidades correspondientes a su Regional de Aseguramiento en Salud.
4.4. Garantizar el monitoreo y seguimiento al proceso de recolección y reporte de información al nivel central en términos de oportunidad y calidad de la información para facilitar el proceso de auditoría realizado por la Cuenta de Alto Costo.
4.5. Garantizar la participación activa del médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en salud a las capacitaciones necesarias para ejecutar las actividades propias del cargo.
4.6. Verificar que el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, gestione y cumpla con las diferentes actividades establecidas en el presente instructivo.

5. Jefes de UPRES

5.1. Los Jefes de las Unidades Prestadoras de Salud tipo A, tipo B y tipo C, deberán designar un profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo, con dedicación exclusiva. Estos profesionales serán dirigidos por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud.
5.2. El Jefe de las Unidades Prestadoras de Salud, deberá certificar la veracidad de la Información reportada por su unidad al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional, para que este a su vez genere y remita al nivel central, un certificado de veracidad de la información de las unidades que lo conforman.
5.3. Informar de manera inmediata al nivel central los cambios relacionados con el responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo o con el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, independientemente de la causa (vacaciones, comisión, renovación de contrato), lo anterior a la casilla electrónica disan.guger-rut@policia.gov.co

6. Médico Responsable de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud.

6.1. Coordinar el proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo de las Unidades Prestadoras de Salud correspondientes a su Regional de Aseguramiento en Salud.
6.2. Coordinar las actividades correspondientes a la Gestión del Riesgo en Salud de las Unidades prestadores de salud de su regional.
6.3. Asistir a las diferentes capacitaciones brindadas por el nivel central y demás actividades programadas por entes de control externo.
6.4. Recibir por parte del nivel central los archivos operativos para el cargue de la información de cada una de las patologías objeto de reporte de la Cuenta de Alto Costo y socializar con los profesionales en enfermería responsables del proceso en las diferentes UPRES.
6.5. Distribuir los usuarios según inventario, base posterior a auditoría y mínimos requeridos por patología de la Cuenta de Alto Costo y remitirlos a los responsables de cada Unidad Prestadora de Salud.
6.6. Brindar asistencia técnica permanente, de cada patología según la necesidad del profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo correspondientes a su regional de Aseguramiento en Salud.
6.7. Recepcionar y consolidar las bases de datos por patología, remitidas por las Unidades Prestadoras de Salud que lo conforman y enviarlas oportunamente al nivel central.
6.8. Validar la coherencia de la estructura de reporte y la cantidad de variables de cada base de datos, de conformidad con el Instructivo para el reporte de información, según la resolución 123 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, dispuesto en el sitio web de Cuenta de Alto Costo, al cual tienen acceso exclusivo los líderes de alto costo desde el nivel Central y socializan a través del FTP (File Transfer Protocol), con los médicos líderes de alto costo de cada una de las RASES.

6.9. Verificar que, dentro de la base de datos de cada Unidad Prestadora de Salud, se encuentre la totalidad de los pacientes requeridos correspondientes a su regional de Aseguramiento en Salud.

El presente acto administrativo deroga el Instructivo número 011 DISAN-PLANE-70 del 30 de abril de 2020 "*Directrices para la Gestión del Riesgo en Salud de las Enfermedades de Alto Costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional*".

Brigadier general **SANDRA PATRICIA PINZÓN CAMARGO**
Directora de Sanidad Policía Nacional

Elaborado por: SM.06 Luz Stella Ortega Hernández / DISAN ARAS GUGER
CPS.04 Natalia Baquero Medina / DISAN ARAS GUGER
Revisado por: PS.04 Mauricio Salamanca Bohorq /DISAN ARAS GUGER
CT. Nelda Teresa Montañez Cardona /DISAN ARAS GUG
CT. Mónica Patricia Gutiérrez Linares /DISAN ARA
MY. Sandra Milena Vargas Vargas/DISAN SUBAN
TC. Johan Darío Cala González. /DISAN-PLANE
TC. Felix Wilfrin Acevedo Flórez. /DISAN-SUBAN ARAS
CR. Fernando Guzmán Rueda /DISAN SUBAN (E)

Fecha elaboración: 28/2/2023
Ubicación: S:\Documentos\Salud\gr_tec_cregistromedicodda luz Stella Ruiz \04.Unidad Gestora ant\la resolución\final\011Directrices para la gestión del riesgo en salud enfermedades alto costo DISAN.docx

CUARTO : Las demás condiciones, requisitos y disposiciones del proceso de contratación de mínima cuantía No. **PN RASES8 SA MC 018 2026** que no hayan sido modificadas mediante la presente Adenda permanecen intactas y vigentes.

QUINTO : La presente **Adenda No. 01** rige a partir de la fecha de su publicación y obliga a todos los interesados en el proceso de contratación **PN RASES8 SA MC 018 2026.**

SEXTO: ordenar la publicación de la presente adenda en el sistema de compras pública SECOP II.

Dada en Soledad, a los Dos (02) Días Del Mes De septiembre De 2026.

Mayor **JAVIER ORLANDO MARTINEZ CARDENAS**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 8 (E)

Elaborado por: PT MARY BOHORQUEZ PEREZ
Responsable Estudios Grupo Rases 8

Revisado: IT. CRISTIAN EDUARDO VEGA D
Jefe Grupo Contratos Rases 8 (E)

Revisado: CPS. JESUS DAVID PORTO HERRERA
Asesor Jurídico Rases 8

Revisado: CT. RAFAEL PACHECO HOYOS
Jefe Logistico y Financiero (E)

Revisado: CPS. MARIA COROLINA DE LA CRUZ MORON
Asesor Jurídico de contratos RASES8

Se anexan respuestas

Elaborado por: PT MARY BOHORQUEZ
Fecha de elaboración: 02/09/2026
Ubicación: C:\Users\cristian.vegad\ESTUDIOS PREVIOS

Av. Circunvalar 45-124 Soledad, Atlántico
disan.rases-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
OFICINA DE CONTRATOS

No. GS- 2026- 017109 **- RASES8-GRUCO- 20.1**

Soledad, 1 de septiembre de 2026

Señores
CLINICA DE LA COSTA S.A.S.
Barranquilla

Asunto: Respuesta a observaciones presentadas

En atención a las observaciones presentadas dentro del proceso contractual PN RASES8 SA MC 018 2026, al pliego de condiciones definitivo cuyo objeto es la " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8**", me permito remitir la respuesta emitida por el estructurador del estudio previo, para su conocimiento y fines pertinentes.

La presente respuesta se emite en observancia de los principios de transparencia, igualdad, selección objetiva y demás disposiciones contenidas en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y las demás normas que regulan la contratación estatal, en los casos aceptados se estarán realizando las diferentes modificaciones o cambios en el tiempo estipulado en la plataforma secop ii.

Agradecemos su participación en el presente proceso contractual.

Atentamente,

Mayor **JAVIER ORLANDO MARTINEZ CARDENAS**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No8 (E)

ANEXO: Respuesta

Elaborado por: PT. MARY BOHORQUEZ
Responsable revisión de estudios previos

Reviso y Aprobó: IT. CRISTIAN VEGA DUARTE
Jefe de Contratos RASES No.8 (E)

Reviso y Aprobó: CT RAFAEL PACHECO HOYOS
Jefe logistico y financiero RASES N.8 (E)

Ubicación: MIS PROCESOS2026

Avda. Circunvalar No. 45-124
deata.rases-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Nro. GS-2026- -DEATA-UPRES

Soledad, 31 de agosto de 2026

Señor Mayor
JAVIER ORLANDO MARTÍNEZ CÁRDENAS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 (E)
Avenida circunvalar No. 45 - 124
Soledad, Atlántico

Asunto: Respuesta a observaciones proceso No. PN RASES8 SA MC 018-2026

De manera respetuosa me permito informar a mi mayor, en el marco de la etapa de observaciones al pliego definitivo de condiciones del proceso de la referencia, publicado en el SECOP II, la estructuración recibió el escrito de observaciones presentado por Clínica de la Costa S.A.S. el 28 de agosto de 2026. En cumplimiento del principio de transparencia y del deber de dar respuesta motivada previsto en el artículo 2.2.1.1.2.1.4 del Decreto 1082 de 2015, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico se permite dar respuesta de fondo, clara y precisa a cada una de las observaciones formuladas, en el orden en que fueron presentadas.

I. ANÁLISIS TÉCNICO Y JURÍDICO DE LA OBSERVACIÓN

El interesado solicita la publicación y/o suministro integral del *Instructivo 002 de 2024 - PLANE*, el cual regula los criterios y compromisos en materia de Alto Costo, argumentando que su falta de inclusión en la plataforma SECOP II desconoce el contenido exacto de la certificación exigida. Señala además que esta situación vulnera los principios de transparencia, publicidad, planeación, igualdad y selección objetiva en la contratación estatal.

Analizada la solicitud, la estructuración considera que le asiste razón al observante. De conformidad con los artículos 2 y 209 de la Constitución Política, los artículos 3 y 24 de la Ley 80 de 1993, y el Decreto 1082 de 2015, la administración pública debe garantizarles a todos los interesados el acceso oportuno, transparente y completo a los documentos que rigen las condiciones de participación y evaluación contractual.

Asimismo, conforme a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y la Resolución 2335 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión del riesgo técnico, la articulación de rutas integrales de atención (RIAS) y los parámetros de seguimiento a patologías de Alto Costo son componentes esenciales de la relación entre la Entidad Responsable del Pago (ERP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Por lo tanto, el contenido de dicho instructivo debe ser de público conocimiento para la correcta estructuración y presentación de las ofertas.

II. RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DEL OBSERVANTE

1. **Solicitud 1:** Publicar en SECOP II y/o incorporar como documento integrante del proceso el Instructivo 002 de 2024 - PLANE, en su versión vigente y completa, incluyendo anexos y formatos.

- **Decisión:** SE ACOGE LA OBSERVACIÓN.
- **Sustentación:** En aplicación estricta de los principios de publicidad y transparencia, la Entidad procederá a publicar en la plataforma SECOP II el *Instructivo 002 de 2024 - PLANE* como anexo integrante de la Adenda correspondiente.

2. **Solicitud 2:** Precisar expresamente cuáles son los criterios, requisitos, responsabilidades y compromisos en materia de Alto Costo que deben ser acreditados por los proponentes mediante la certificación solicitada.
   - **Decisión:** SE ACOGE LA OBSERVACIÓN.
   - **Sustentación:** Se aclara que mediante la certificación el proponente manifiesta su compromiso de adherirse a los lineamientos institucionales para la gestión del riesgo primario y técnico en patologías de alto costo (oncológicas, renales, cardiovasculares, UCI, entre otras), reporte oportuno de indicadores (Resolución 256 de 2016 y Cuenta de Alto Costo), notificación de eventos (dentro de las 72 horas para sospechas oncológicas) y transferencia de información técnica bajo los parámetros estipulados en la Resolución 2335 de 2023 y el Decreto 441 de 2022.
   -
3. **Solicitud 3:** Indicar si el cumplimiento de dicho Instructivo constituye un requisito habilitante, requisito técnico, obligación contractual o factor de evaluación, precisando la forma de verificación.
   - **Decisión:** SE ACOGE LA OBSERVACIÓN.
   - **Sustentación:** Se precisa en el pliego de condiciones que la presentación de la certificación de conocimiento y aceptación del Instructivo 002 de 2024 constituye un Requisito Habilitante de Carácter Técnico (Cumple / No Cumple) para la admisibilidad de la propuesta. Su ejecución operacional efectiva se constituirá como una Obligación Contractual sujeta a la auditoría de calidad y seguimiento por parte de la supervisión del contrato.

4. **Solicitud 4:** Otorgar a los proponentes acceso previo al contenido integral del Instructivo antes del cierre del proceso para revisión técnica, jurídica y operativa.
   - **Decisión:** SE ACOGE LA OBSERVACIÓN.
   - **Sustentación:** Con la expedición de la Adenda y su respectiva publicación en SECOP II, los proponentes dispondrán del documento de forma previa al cierre del proceso para su estudio y evaluación.

5. **Solicitud 5:** En caso de reserva o confidencialidad, informar el fundamento jurídico y suministrar la información mínima necesaria.
   - **Decisión: NO APLICA / RESUELTO.**
   - **Sustentación:** El Instructivo 002 de 2024 - PLANE no goza de reserva legal ni confidencialidad por tratarse de un lineamiento de gestión en salud pública e institucional para la atención de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. En consecuencia, se publica íntegramente.

II. TEXTO REVISADO Y ACLARACIÓN QUE SE INCORPORARÁ EN LA ADENDA / PLIEGO DEFINITIVO

Se modifica/aclara el numeral correspondiente del Pliego de Condiciones Definitivo, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"NUMERAL 2 ACREDITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL INSTRUCTIVO 002 DE 2024 – PLANE (CRITERIOS Y COMPROMISOS EN MATERIA DE ALTO COSTO).

Naturaleza del Requisito: Requisito Habilitante Técnico (Cumple / No Cumple).
Descripción: El proponente deberá adjuntar con su propuesta la *'Certificación de Conocimiento, Aceptación y Compromiso de Cumplimiento del Instructivo 002 de 2024 - PLANE'*, debidamente suscrita por el Representante Legal.

Mediante dicho documento, el oferente certifica que conoce y acepta de manera integral los criterios, compromisos, flujos de información y responsabilidades en la atención y seguimiento de las enfermedades de Alto Costo establecidos por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, de conformidad con los lineamientos del Decreto 441 de 2022, la Resolución 2335 de 2023 y el Acuerdo 093 de 2025.

Alcance de los compromisos a certificar:

1. Adhesión a los protocolos de canalización y notificación inmediata de patologías de alto costo (entre ellas, reporte de sospechas oncológicas dentro de las 72 horas siguientes a su identificación).
2. Transmisión de datos y diligenciamiento de campos según el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 Minsalud para trámites de autorización, referencia y contrarreferencia.
3. Reporte de indicadores de gestión del riesgo, oportunidad y resultados en salud exigidos por la Cuenta de Alto Costo (CAC), el SOGCS y la Resolución 256 de 2016.
4. Garantía de la integralidad y no fragmentación del servicio para la población adulta y pediátrica adscrita a la UPRES Atlántico.

Nota: El texto completo del Instructivo 002 de 2024 - PLANE y sus anexos quedan incorporados al presente proceso contractual como Formulario Adjunto N° 19 del pliego de condiciones definitivo y se encuentran publicados de manera integra para consulta en la plataforma SECOP II."

Lo anterior para conocimiento de mi mayor y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

Capitán **ALDAHIR MADERA DE ARCO**
Estructurador

Elaboró: CT. ALDAHIR MADERA DE ARCO
Jefe GUPAS UPRES DEATA
Fecha de elaboración: 31/08/2026
Ubicación: Mis documentos 2026

Avenida Circunvalar 45-124, Soledad
Teléfono: 3503182531
www.policia.gov.co
deata.upres@policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Bogotá D.C., 03 ENE 2024

INSTRUCTIVO NÚMERO 002 DISAN PLANE —70

CRITERIOS DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

Mediante el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social."*, se compilan los artículos del Decreto 2699 de 2007 en el artículo 2.6.1.5.1. manteniendo la figura de la Cuenta de Alto Costo, como un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Las enfermedades de alto costo que se tienen priorizadas para Policía Nacional, son las exigidas por la Cuenta de Alto Costo como reportes de obligatorio cumplimiento, mediante bases de datos que se encuentran previamente definidas y estandarizadas para cada patología. De igual manera, las consideraciones específicas para el reporte de cada patología se describen según la normatividad que se relaciona a continuación:
I. Para hemofilia y otras coagulopatías según la Resolución N° 123 de fecha 21 de enero 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de coagulación a la Cuenta de Alto Costo*".

II. Para VIH — SIDA según la Resolución N° 273 de fecha 01 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana — VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida — SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo*".

III. Para cáncer según la Resolución N° 247 de febrero 3 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer*" y Resolución N° 890 de del 20 de marzo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se modifica el artículo 7 de la Resolución 247 de 2014*".

IV. Para Enfermedad Renal Crónica *(ERC),* Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) Según la Resolución N° 2463 de 19 de junio de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008"*-

V. Para artritis reumatoide según la Resolución N° 1393 del 30 de abril de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, "*Por la cual se establece el reporte para registro de pacientes con Artritis Reumatoide a la Cuenta de Alto Costo*".

Teniendo en cuenta la normatividad vigente, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional evidencia la necesidad de generar nuevos lineamientos, dando origen al presente acto administrativo *por* medio del cual se actualizan los *"Criterios de Gestión Enfermedades de Alto Costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional"*, se definen las responsabilidades y roles de las personas involucradas y se define la necesidad del personal requerido, no solo para actividades relacionadas con la Cuenta de Alto Costo, sino con la Gestión del Riesgo en Salud de estas patologías.

Así las cosas y dados los cambios en la estructura orgánica de la DISAN (Resolución 0267 de 2023 "*Por la cual se define la estructura orgánica de la Dirección de Sanidad y se determinan las funciones de sus dependencias internas*"), se hace necesario actualizar los roles y funciones establecidos por la nueva estructura para el Grupo Gestión del Riesgo en Salud - GUGER en el presente instructivo, mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

RESPONSABILIDADES DEL ÁREA GESTIÓN ASEGURAMIENTO EN SALUD

1. Jefe Grupo Gestión del Riesgo en Salud — GUGER

1.1. Gestionar la disponibilidad del personal idóneo y suficiente (médicos especialistas en ramas administrativas y auxiliares de enfermería) para liderar desde el nivel central la gestión del riesgo en salud de patologías de alto costo.
1.2. Supervisar que el personal que integra el grupo del nivel central, cumpla con las funciones establecidas en este instructivo.
1.3. Acompañar al personal profesional a las mesas de trabajo o asistencias técnicas que realicen los entes de control externo.
1.4. Asistir a las reuniones de apertura y cierre de la auditoría de cada patología, realizadas por la Cuenta de Alto Costo.

2. Responsabilidades de gestión del riesgo en salud con las patologías de alto costo médicos del grupo gestión del riesgo en salud- GUGER para la gestión

2.1. Coordinar el proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo y liderar las rutas integrales de atención en salud de estas patologías desde el nivel central.
2.2. Capacitar a los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en salud, acerca de las generalidades de los criterios de gestión de enfermedades de alto costo, seguimiento clínico, plan de actividades, reporte de indicadores, cumplimientos y reporte de bases de datos de enfermedades a la Cuenta de Alto Costo, así:
2.2.1 La primera capacitación será realizada en el primer semestre de cada año, cuyos contenidos comprenderán: generalidades de los criterios, especificaciones para el

mejoramiento en el reporte de las enfermedades de alto costo, haciendo énfasis en los instructivos de la Cuenta de Alto Costo de Hemofilia, VIH-SIDA y Cáncer.

2.2.2. La segunda capacitación se desarrollará en el segundo semestre de cada año, cuyos contenidos incluyen: generalidades de los criterios, especificaciones para el mejoramiento en el reporte de las enfermedades de alto costo, haciendo énfasis en los instructivos de la Cuenta de Alto Costo de Enfermedad Renal Crónica-Diabetes Mellitus-Hipertensión Arterial y Artritis Reumatoide.

2.3. Descargar del micrositio de la Cuenta de Alto Costo los archivos operativos y cargarlos al usuario del grupo del FTP (File Transfer Protocol) al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud, para garantizar el cargue de la información de cada una de las patologías objeto de reporte.

2.4. Descargar bases de datos de los pacientes mínimos requeridos por patología, filtrar por código municipio DANE para definir a qué Regional de Aseguramiento en Salud y Unidad Prestadora de Salud tipo A, tipo B o tipo C pertenecen, y remitirla al médico líder correspondiente. *Se entiende como "requeridos", los pacientes que fueron reportados en años anteriores y que obligatoriamente deben ser incluidos en el reporte de cada vigencia*".

2.5. Brindar asistencia técnica permanente de cada patología, según la necesidad del médico líder de cada regional y de los profesionales en enfermería encargados de los criterios de Gestión de Enfermedades de Alto Costo.

2.6. Recepcionar y consolidar las bases de datos de cada patología, remitidas por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud y realizar las siguientes actividades:

2.6.1. Validar la coherencia de la estructura de reporte y la cantidad de variables de cada base de datos, de conformidad con el Instructivo para el reporte de información, según la resolución 123 de 2015 del Ministerio de Salud de Protección Social, dispuesto en el sitio web de Cuenta de Alto Costo, al cual tienen acceso exclusivo los líderes de alto costo desde el nivel Central y socializan a través del FTP (File Transfer Protocol), con los médicos líderes de alto costo de cada una de las RASES.

2.6.2. Validar el estado de afiliación, estado vital y fecha de defunción en caso de fallecimiento, con el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA.

2.6.3. Realizar verificación aleatoria en el sistema de validación de la Cuenta de Alto Costo.

2.6.4. Cargar anualmente a la Cuenta de Alto Costo las bases de datos, relacionadas con las siguientes patologías: Enfermedad Renal Crónica - Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial, VIH-SIDA, Hemofilia y otros trastornos de la coagulación, Artritis Reumatoide y Cáncer, en las fechas establecidas por la normatividad vigente.

2.6.5. Descargar del FTP (File Transfer Protocol) los diferentes soportes de los pacientes reportados en la base de datos, para ser cargados a la Cuenta de Alto Costo, según fechas establecidas previamente por este ente.

2.6.6. Atender según patología a cargo las auditorías virtuales de la Cuenta de Alto Costo, de acuerdo a la programación dispuesta como se muestran a continuación:

2.6.6.1 En las reuniones de apertura y cierre de auditoria se requiere la participación obligatoria del Director y Subdirector de Sanidad, el Jefe de Área Gestión de Aseguramiento en Salud - ARASI, el Jefe de Grupo Gestión del Riesgo en Salud - GUGER, el responsable de recepción y trámite de información en salud y el médico líder de cada patología del nivel central.

2.6.6.2 Responder de manera virtual diariamente las glosas y hallazgos de cada auditoría.
2.6.6.3 Socializar los hallazgos de estas auditorías al médico líder de Gestión del riesgo en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud correspondiente.
2.6.7. Realizar visitas, capacitaciones, video conferencias y retroalimentaciones a los médicos líderes del Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud y a los profesionales en enfermería de cada Unidad Prestadora de Salud.
2.6.8. Generar informe final de resultados, una vez cerrado el proceso de auditoría por parte de la Cuenta de Alto Costo. Dicho informe estará a cargo del líder de cada una de las cohortes definidas desde el nivel central y debe incluir: resultados del proceso de reporte, cargue de- bases de datos y otros soportes requeridos, resultados del proceso de auditoría, glosas y base de datos nacional actualizada de las patologías de alto costo según cohorte.
2.7. Monitorear de manera permanente la gestión del riesgo en salud a pacientes con diagnósticos de patologías de alto costo, así:
2.7.1. Recepcionar y verificar aleatoriamente la información remitida por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, de los usuarios nuevos de cada patología antes de ser ingresados a las bases de datos.
2.7.2. Remitir novedades o alertas al médico líder de cada Regional de Aseguramiento en Salud, según corresponda para realizar gestión.
2.7.3. Verificar que se realizó la gestión de manera eficaz y oportuna de estas novedades, en búsqueda de mitigar las barreras de acceso a los servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).
2.7.4. Remitir novedades de oportunidad de citas y barreras de acceso al Grupo Red Integral de Servicios de Salud.
2.7.5. Articular las actividades generadas desde el Grupo Gestión del Riesgo en Salud con los otros grupos que conforman el Área Gestión de Aseguramiento en Salud, para garantizar así la integralidad de los procesos.
2.7.6. Verificar la realización de planes de mejoramiento por parte de las Regionales de Aseguramiento en Salud, para subsanar las glosas o no conformidades detectadas por la auditoria de la Cuenta de Alto Costo.
2.8. Asistir y participar en las diferentes capacitaciones, talleres, mesas de trabajo y demás actividades programadas por los entes de control externo e interno.
2.9. Atender las auditorías programadas por los entes de control interno y externo (Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud, Secretarías Distritales, Departamentales o Municipales de salud).
2.10. Realizar análisis de los indicadores de materialización del riesgo y los de revisión por la Dirección.
2.11. Realizar el análisis respectivo de los indicadores de las patologías de alto costo, cargados por las Unidades Prestadoras de Salud en la herramienta informativa que está creada para tal fin desde el nivel central.
2.12. Ingresar a las cohortes de Alto Costo los casos incidentes, fallecidos y desafiliados reportados por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento o notificados por la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).
2.13. Realizar actividades de control para las patologías de alto costo relacionadas a continuación:

2.13.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

2.13.1.1. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud gestionen las novedades relacionadas con barreras de acceso y oportunidad de los usuarios con VIH-SIDA en el SSPN, según lo dispuesto en la Ley N° 972 de 2005 *"Por el cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida"*.
2.13.1.2. Apoyar cuando se requiera las actividades programadas por el Comité de Prevención y el Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (COPRECOS) y Liga Colombiana de Lucha contra el Sida - LIGASIDA.
2.13.1.3. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud estén validando las frecuencias de uso contempladas en las Guías *de* Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social.
2.13.1.4. Validar que las actividades y la gestión realizada por las Regionales de Aseguramiento en Salud y las Unidades Prestadoras de Salud apunten al cumplimiento de los objetivos de la estrategia 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la cual pretende contribuir al fin de la epidemia del SIDA.
2.13.1.5. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud realicen el seguimiento a los usuarios incidentes con el fin de garantizar la atención de manera oportuna.

2.13.2. Cáncer:

2.13.2.1. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, gestionen las diferentes alertas notificadas por el nivel central.
2.13.2.2. Remitir las alertas generadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en menores de 18 años con cáncer en cumplimiento a la Ley N° 1388 de 2010 *"Por el derecho a la vida de los niños con Cáncer en Colombia"* (Artículo. 4) y las Resoluciones N° 2590 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010"*, Resolución N° 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"* y la Resolución N° 247 de 2014 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social *"Por el cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer*
2.13.2.3. Remitir las alertas generadas por el Instituto Nacional de Salud – INS, al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud correspondiente, relacionadas con el reporte al SIVIGILA de los casos de Cáncer de cérvix y mama, en cumplimiento a la Resolución N° 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, *"Por el cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de*

atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento" y verificar la gestión realizada.
2.13.2.4. Programar y dar cumplimiento a las reuniones de asistencia técnica en la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo N° 661 del 2016 del Concejo de Bogotá, *"Por medio del cual se implementa el sistema de registro y seguimiento de menores de edad con cáncer y se dictan otras disposiciones"*.

2.13.3. Artritis Reumatoide:

2.13.3.1. Ingresar a la cohorte los casos incidentes de artritis reumatoide reportados por el médico de la Regional de Aseguramiento en Salud.

2.13.4. Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus:

2.13.4.1. Solicitar semestralmente al Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA el filtro en SISAP de los códigos CIE-10 correspondientes a las patologías de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica, para identificar los casos incidentes del periodo e ingresarlos a la base de datos correspondiente.
2.13.4.2. Validar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, estén validando las frecuencias de uso de citas de especialidad y ayudas diagnósticas contempladas en las Guías de Práctica Clínica de cada patología.
2.13.4.3. Verificar que los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, cumplan con las gestiones necesarias para realizar los laboratorios clínicos de control correspondientes a estas patologías según las Guías de Práctica Clínica a los usuarios que se encuentren en el inventario de estas patologías.
2.13.4.4. Ingresar a las bases de datos los seguimientos, laboratorios y observaciones remitidas por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud con el fin de clasificar el riesgo de cada patología.
2.13.4.5. Realizar seguimiento a los usuarios reportados por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, con Enfermedad Renal Crónica estadio 3 y 4 priorizados por criterio clínico.
2.13.4.6. Realizar en conjunto con los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, seguimiento a los usuarios con Enfermedad Renal Crónica en estadio 5, que no se encuentra en Terapia de Reemplazo Renal, con el fin de garantizar las atenciones necesarias para controlar el progreso de la enfermedad y así evitar el ingreso a terapia dialítica.
2.13.4.7. Remitir al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud, las novedades notificadas con usuarios que se encuentren en diálisis y validar gestión realizada.
2.13.4.8. Participar mensualmente en los comités con los prestadores de red externa para el seguimiento de los usuarios en terapia dialítica.

2.13.5. Enfermedades huérfanas:

2.13.5.1. Realizar análisis trimestral del informe plan B de hemofilia enviado por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada regional de aseguramiento en Salud, para el seguimiento de los usuarios con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías que se encuentran en tratamiento con factores.
2.13.5.2. Verificar que los médicos líderes de Gestión de Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento gestionen las alertas notificadas por el nivel central.
2.13.5.3. Ingresar a la base de datos los casos incidentes reportados por los médicos líderes de Gestión de Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento o detectados por la notificación de la base del SIVIGILA que realiza el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud - GUPLA.
2.13.5.4. Gestionar los requerimientos y dar respuesta a lo solicitado por los diferentes entes de control externo (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, entre otros) en relación con la atención de servicios en salud de usuarios con Enfermedades Huérfanas.
2.13.5.5. Asistir a las reuniones de asistencia técnica que convoquen las Secretarías Distritales, Departamentales o municipales relacionadas con la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud de Enfermedades huérfanas - raras.

3. Responsable de recepción y trámite de información en Salud

Corresponde al Grupo Gestión del Riesgo en Salud del nivel central (GUGER),
3.1 Recepcionar y archivar las comunicaciones oficiales emitidas por los Jefes de las Regionales de Aseguramiento en Salud, donde se informa el nombre y los datos de contacto del médico líder de gestión del riesgo en salud de cada regional y del profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las enfermedades de Alto Costo de las Unidades Prestadoras de Salud.
3.2. Disponer del directorio actualizado de los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud y de los profesionales en enfermería responsables del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo a nivel país.
3.3. Remitir los archivos operativos, para los cargues a la Cuenta de Alto Costo al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.4. Recepcionar y archivar las comunicaciones oficiales que certifican la veracidad de la información enviada por los médicos líderes de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.5. Elaborar comunicación oficial certificando la veracidad de la información posterior al cargue de cada patología, el cual deberá ir firmado por el representante legal de la Dirección de Sanidad.
3.6. Elaborar según la fecha de reporte de la cohorte, comunicación oficial certificando la veracidad del estado de afiliación de los usuarios reportados en cada base a la Cuenta de Alto Costo, el cual debe ir firmado por el representante legal de la Dirección de Sanidad, el médico líder de la patología del nivel central y el profesional del Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud – GUPLA que entregó la información.

3.7. Coordinar la logística de las reuniones de apertura y cierre, para la auditoría de cada patología reportada.
3.8. Realizar acta y gestionar la firma de la misma, de cada una de las reuniones virtuales de apertura y cierre de auditoría de cada patología por parte de la Cuenta de Alto Costo y remitir documento vía correo electrónico a esta entidad.
3.9. Servir como enlace de comunicación directa con la Cuenta de Alto Costo cuando se presenten novedades.
3.10. Asistir, programar y coordinar las capacitaciones brindadas por los entes de control externo.
3.11. Descargar y consolidar las bases de datos de cada patología, subidas al FTP (File Transfer Protocol) por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de las regionales de aseguramiento en Salud, una vez se cierre el periodo de reporte dado por Grupo Gestión del Riesgo en Salud (GUGER).
3.12. Verificar que, dentro de la base de datos de cada Regional de Aseguramiento en Salud, se encuentren la totalidad de los pacientes.
3.13. Actualizar los inventarios semanalmente de cada patología, según lo reportado en las bases de datos del SIVIGILA, las cuales serán entregadas por el Grupo Planeación del Aseguramiento en Salud – GUPLA y de los casos incidentes, fallecidos y desafiliados reportados por cada Regional de Aseguramiento en Salud.
3.14. Realizar seguimiento clínico y telefónico a los usuarios priorizados de cada patología y dejar registro en la base de datos correspondiente.
3.15. Verificar en el aplicativo SISAP el cumplimiento de las atenciones en salud, por prestador propio y externo según lo indicado por el médico líder de cada patología del nivel central.

RESPONSABILIDADES Y ROLES DE LAS REGIONALES ASEGURAMIENTO EN SALUD (RASES) Y UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD (UPRES) TIPO A, B y C.

4. Jefes de RASES

4.1. Garantizar el recurso humano y logístico para cumplir las competencias asignadas en el presente instructivo, con la calidad y oportunidad exigida por el Área Gestión de Aseguramiento en Salud.
4.2. Implementar la Gestión Integral del Riesgo en Salud, alineada con el Modelo de Atención Integral en Salud priorizando los eventos de alto costo relacionados en el presente instructivo.
4.3. Designar un médico líder de Gestión del Riesgo en Salud que coordine el proceso de las unidades correspondientes a su Regional de Aseguramiento en Salud.
4.4. Garantizar el monitoreo y seguimiento al proceso de recolección y reporte de información al nivel central en términos de oportunidad y calidad de la información para facilitar el proceso de auditoría realizado por la Cuenta de Alto Costo.
4.5. Garantizar la participación activa del médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de cada Regional de Aseguramiento en salud a las capacitaciones necesarias para ejecutar las actividades propias del cargo.
4.6. Verificar que el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, gestione y cumpla con las diferentes actividades establecidas en el presente instructivo.

5. Jefes de UPRES

5.1. Los Jefes de las Unidades Prestadoras de Salud tipo A, tipo B y tipo C, deberán designar un profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo, con dedicación exclusiva. Estos profesionales serán dirigidos por el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud.
5.2. El Jefe de las Unidades Prestadoras de Salud, deberá certificar la veracidad de la Información reportada por su unidad al médico líder de Gestión del Riesgo en Salud de su regional, para que este a su vez genere y remita al nivel central, un certificado de veracidad de la información de las unidades que lo conforman.
5.3. Informar de manera inmediata al nivel central los cambios relacionados con el responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo o con el médico líder de Gestión del Riesgo en Salud, independientemente de la causa (vacaciones, comisión, renovación de contrato), lo anterior a la casilla electrónica disan.guger-rut@policia.gov.co

6. Médico Responsable de Gestión del Riesgo en Salud de las Regionales de Aseguramiento en Salud.

6.1. Coordinar el proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo de las Unidades Prestadoras de Salud correspondientes a su Regional de Aseguramiento en Salud.
6.2. Coordinar las actividades correspondientes a la Gestión del Riesgo en Salud de las Unidades prestadores de salud de su regional.
6.3. Asistir a las diferentes capacitaciones brindadas por el nivel central y demás actividades programadas por entes de control externo.
6.4. Recibir por parte del nivel central los archivos operativos para el cargue de la información de cada una de las patologías objeto de reporte de la Cuenta de Alto Costo y socializar con los profesionales en enfermería responsables del proceso en las diferentes UPRES.
6.5. Distribuir los usuarios según inventario, base posterior a auditoría y mínimos requeridos por patología de la Cuenta de Alto Costo y remitirlos a los responsables de cada Unidad Prestadora de Salud.
6.6. Brindar asistencia técnica permanente, de cada patología según la necesidad del profesional en enfermería responsable del proceso para la gestión administrativa de las Enfermedades de Alto Costo correspondientes a su regional de Aseguramiento en Salud.
6.7. Recepcionar y consolidar las bases de datos por patología, remitidas por las Unidades Prestadoras de Salud que lo conforman y enviarlas oportunamente al nivel central.
6.8. Validar la coherencia de la estructura de reporte y la cantidad de variables de cada base de datos, de conformidad con el Instructivo para el reporte de información, según la resolución 123 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, dispuesto en el sitio web de Cuenta de Alto Costo, al cual tienen acceso exclusivo los líderes de alto costo desde el nivel Central y socializan a través del FTP (File Transfer Protocol), con los médicos líderes de alto costo de cada una de las RASES.

6.9. Verificar que, dentro de la base de datos de cada Unidad Prestadora de Salud, se encuentre la totalidad de los pacientes requeridos correspondientes a su regional de Aseguramiento en Salud.

El presente acto administrativo deroga el Instructivo número 011 DISAN-PLANE-70 del 30 de abril de 2020 "*Directrices para la Gestión del Riesgo en Salud de las Enfermedades de Alto Costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional*".

Brigadier general **SANDRA PATRICIA PINZÓN CAMARGO**
Directora de Sanidad Policía Nacional

Elaborado por: SM-06 Luz Stella Urrego Hernández / DISAN-ARASI-GUGER
CPS-04 Natalia Baquero Molina. / DISAN-ARASI-GUGER
Revisado por: PS-24 Mauricio Salamanca Botero /DISAN-ARASI-GUGER
CT. Nydia Teresa Montañez Cardona /DISAN-ASJUR
CT. Mónica Patricia Gutiérrez Linares /DISAN-ARASI-GUGER
MY. Sandra Milaya Vargas Vargas/DISAN-SUSAN-APRES
TC. Johan Darío Cala González, /DISAN-PLANE
TC. Fabio William Acevedo Flórez, /DISAN-SUSAN-ARASI
CR. Fernando Guzmán Ramos /DISAN-SUSAN (E)

Fecha elaboración: 28/12/2023
Ubicación: E:\Documentos\Backup_luz_urrego\consolidado luz Stella\Ruta16\Lineamientos artritis reumatoide\Inst.011Directrices para la gestión del riesgo en salud enfermedades alto costo 090623(2).doc

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Nro. GS-2026- -DEATA-UPRES

Soledad, 31 de agosto de 2026

Señor Mayor
JAVIER ORLANDO MARTÍNEZ CÁRDENAS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 (E)
Avenida circunvalar No. 45 - 124
Soledad, Atlántico

Asunto: Respuesta a observaciones proceso No. PN RASES8 SA MC 018-2026

De manera respetuosa me permito informar a mi mayor, en el marco de la etapa de observaciones al pliego definitivo de condiciones del proceso de la referencia, publicado en el SECOP II, la estructuración recibió el escrito de observaciones presentado por Clínica de la Costa S.A.S. el 28 de agosto de 2026. En cumplimiento del principio de transparencia y del deber de dar respuesta motivada previsto en el artículo 2.2.1.1.2.1.4 del Decreto 1082 de 2015, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora de Salud Atlántico se permite dar respuesta de fondo, clara y precisa a cada una de las observaciones formuladas, en el orden en que fueron presentadas.

1. **RESPUESTA AL ÍTEM 31: PERMISO E INGRESO A PRESTADOR DE DIÁLISIS EXTERNO**

A. Decisión de la Entidad:
SE ACOGE PARCIALMENTE LA OBSERVACIÓN.

B. Sustentación Técnica y Jurídica:

1. **Garantía del Derecho Fundamental a la Salud y No Traslado de Cargas:**

De conformidad con el artículo 6 (literales d y e) y el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el servicio de salud debe prestarse bajo los principios de *continuidad* e *integralidad*, sin que resulte admisible fragmentar la atención ni trasmitir cargas administrativas o imprecisiones operativas al paciente.

2. **Distribución de Cargas y Responsabilidad Asistencial conforme al Decreto 441 de 2022:**

El Decreto 441 de 2022 y la Resolución 2335 de 2023 establecen la obligación de definir de manera clara las reglas de articulación entre los prestadores de la red integral e integrada. Cuando un paciente se encuentra hospitalizado o en UCI en la sede del CONTRATISTA (IPS de Alta Complejidad) y requiere terapia dialítica por parte de un prestador externo de hemodiálisis/diálisis peritoneal habilitado:

- La **custodia y responsabilidad asistencial integral** del paciente en UCI, Urgencias u Hospitalización permanece a cargo de la IPS donde se encuentra internado el paciente (EL CONTRATISTA).
- La **responsabilidad técnica y profesional de la terapia dialítica** (prescripción técnica, conexión, procedimiento y desconexión) recae sobre el equipo médico y asistencial del prestador especializado en diálisis.
- Los protocolos de **asepsia, bioseguridad, manejo de accesos vasculares, eventos adversos y planes de contingencia** deben responder a los

estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud Resolución 1732 de 2026 (que deroga la resolución 3100 de 2019) de ambas instituciones, bajo un protocolo unificado.

C. Texto de la Aclaración e Inclusión en el Pliego:
"ACLARACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN AL ÍTEM 31 – PROTOCOLO OPERATIVO Y MATRIZ DE RESPONSABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DIALÍTICA CON PRESTADOR EXTERNO
En los casos en que se requiera el ingreso de un prestador externo de terapia dialítica a las instalaciones del CONTRATISTA para la atención de pacientes en Urgencias, Hospitalización o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se aplicarán obligatoriamente las siguientes reglas operativas:

1. **Urgencias Dialíticas y Activación (24/7):**
   - **Mecanismo:** La activación se realizará a través del canal de comunicación dispuesto entre el CONTRATISTA y la UPRES DEATA (correo: deata.upres-aut@policia.gov.co o enlace de referencia). En situaciones de urgencia vital dialítica, la atención no requerirá autorización previa de conformidad con la Ley 1751 de 2015.
2. **Custodia y Responsabilidad Asistencial del Paciente:**
   - EL CONTRATISTA mantendrá la custodia, monitoreo hemodinámico general y responsabilidad asistencial global del paciente durante su estancia en la UCI, Urgencias u Hospitalización.
   - El prestador externo asumirá la responsabilidad técnica del acto médico-dialítico, la calibración de sus equipos y la supervisión directa de la ultrafiltración/depuración.
3. **Asepsia, Bioseguridad y Manejo de Accesos Vasculares:**
   - Ambas instituciones deberán dar cumplimiento a los estándares de la Resolución 1732 de 2026 (que deroga la resolución 3100 de 2019). El manejo del acceso vascular (catéter de hemodiálisis/fístula) durante el procedimiento será ejecutado por el personal experto del prestador dialítico, en coordinación con el equipo de enfermería de UCI/Hospitalización del CONTRATISTA.
   - La desinfección de equipos y el manejo de residuos hospitalarios y peligrosos se regirán por el manual de bioseguridad de la sede donde se realiza el procedimiento, acorde con la normativa ambiental vigente.
4. **Eventos Adversos y Planes de Contingencia:**
   - En caso de complicaciones inmediatas durante la sesión, se activará de forma conjunta el protocolo de respuesta de la UCI/Urgencias del CONTRATISTA junto con el médico nefrólogo/especialista del prestador dialítico. Todo evento adverso deberá notificarse formalmente al comité de seguridad del paciente del CONTRATISTA y a la Supervisión del Contrato dentro de las 72 horas siguientes.
   - Ante fallas de equipos externos o indisponibilidad de personal, el prestador externo y EL CONTRATISTA deberán activar de inmediato la red de contingencia garantizando la continuidad del tratamiento sin trasladar la falla administrativa al usuario."

2. RESPUESTA AL ÍTEM 32: METODOLOGÍA DE LIQUIDACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÚLTIPLES (4° Y POSTERIORES)

A. Decisión de la Entidad:
SE ACOGE LA OBSERVACIÓN.

B. Sustentación Técnica y Jurídica:

1. **Principio de Objetividad y Claridad en la Liquidación Económica:**

De acuerdo con el principio de selección objetiva y transparencia (Ley 1150 de 2007), la metodología de liquidación de las obligaciones económicas derivadas de los procedimientos quirúrgicos dentro de un mismo acto quirúrgico debe ser unívoca, clara y no dar lugar a vacíos normativos o interpretaciones disímiles entre las áreas de facturación, la auditoría médica y el contratista.

2. **Sustento Tarifario y Coherencia Tecno-Económica:**

Tratándose de intervenciones quirúrgicas de mediana y alta complejidad (características de las patologías atendidas por la RASES No. 8 en el Atlántico), es recurrente la ejecución de múltiples procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico. Por tanto, para saldar la omisión en la tabla del pliego definitivo y garantizar la trasparencia contractual, se define formalmente que a partir del cuarto procedimiento quirúrgico en adelante el porcentaje de reconocimiento será equivalente al establecido para el tercer procedimiento (60%).

C. Texto de la Aclaración e Inclusión en el Pliego (Vía Adenda):

"ACLARACIÓN Y REGLA DE LIQUIDACIÓN AL ÍTEM 32 – METODOLOGÍA DE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÚLTIPLES EN UN MISMO ACTO QUIRÚRGICO

Se precisa y complementa la tabla y las reglas de reconocimiento y pago para actos quirúrgicos múltiples realizados en un mismo tiempo quirúrgico, los cuales se liquidarán conforme a las siguientes pautas:

Tabla de Reconocimiento Porcentual:

	PROCEDIMIENTO MAYOR VALOR	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 1	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 2	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 3	PROCEDIMIENTO ADICIONAL 4 y POSTERIORES (5, 6, ETC.)
MULTIPLE CIRUGIAS POR IGUAL VIA DE ACCESO MISMO CIRUJANO	100%	60%	60%	60%	60%
MULTIPLE CIRUGIAS POR DIFERENTES VIA DE ACCESOS	100%	75%	60%	60%	60%
CIRUGIAS BILATERALES, MISMO ACTO QUIRURGICO	100%	75%	60%	60%	60%
MULTIPLES CIRUGIAS CON DIFERENTES ESPECIALISTAS	100%	75%	60%	60%	60%

Reglas Complementarias de Aplicación:

1. **Cuarto Procedimiento Adicional y Posteriores:** A partir del cuarto (4°) procedimiento adicional en adelante, que se realice efectivamente dentro del mismo acto quirúrgico y por la misma o diferente vía de acceso, se reconocerá el 60% del valor de la tarifa contratada para dicho procedimiento, equiparándose al porcentaje de reconocimiento del tercer procedimiento, previa sustitución y justificación médica en la historia clínica y descripción quirúrgica.
2. **Límite Máximo:** No se establece un límite numérico absoluto de procedimientos a reconocer, siempre y cuando estén clínicamente justificados en la historia clínica, soporten la pertinencia médica del acto quirúrgico integral, no correspondan a

procedimientos incisos/inherentes o de acceso (que se entienden incluidos dentro del procedimiento principal conforme a la norma CUPS / Resolución 2706 de 2025) y cuenten con la debida auditoría de cuentas médicas.

3. **Auditoría y Soporte:** Todo procedimiento quirúrgico adicional será auditado con base en la epicrisis, hoja de descripción quirúrgica y los lineamientos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas del Ministerio de Salud y Protección Social."

Lo anterior para conocimiento de mi mayor y fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Capitán **ALDAHIR MADERA DE ARCO**
Estructurador

Elaboró: CT. ALDAHIR MADERA DE ARCO
Jefe GUPAS UPRES DEATA
Fecha de elaboración: 31/08/2026
Ubicación: Mis documentos 2026

Avenida Circunvalar 45-124, Soledad
Teléfono: 3503182531
www.policia.gov.co
deata.upres@policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA