DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá, 04 AGO 2026

I. ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO PREVIO.

1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANÁLISIS DEL SECTOR

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL A NIVEL NACIONAL

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
85121900	Servicios de salud	Practica Medica	Farmacéuticos

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
51101500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antibióticos
51101600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Amebicidas, Tricomonacidas y Antiprotozoarios
51101700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antihelmínticos y otros antiparasitarios
51101800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Fungicidas
51101900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos contra la malaria
51102000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos antituberculosos
51102100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Leprostáticos
51102200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antiinfecciosos y analgésicos urinarios
51102300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos antivirales
51102400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Oftálmico
51102700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antisépticos
51111500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Agentes Alquilante
51111600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Antimetabolitos
51111700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Antibióticos antineoplásicos
51111800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Hormonas y antihormonas

51111900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Productos antitumorales naturales
51121500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes antiarritmia
51121600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos antiangina
51121700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos antihipertensivos
51121800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes antihiperlipidémicos/hipocolesterolémicos
51121900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos usados para insuficiencia cardíaca congestiva
51122100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Vasodilatadores
51122200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Fármacos contra la hipotensión
51122300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes cardiopléjicos
51131500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Medicamentos antianémicos
51131600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Anticoagulantes
51131700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Trombolíticos/inhibidores de agregación de plaquetas
51131800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Agentes hemostáticos sistémicos y coagulantes
51131900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Sustitutos de plasma sanguíneo y extensores y expansores
51132000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Agentes hemorreológicos
51141500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Anticonvulsivos
51141600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Antidepresivos
51141700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Agentes antipsicóticos
51141800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Hipnóticos
51141900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Tranquilizantes y fármacos ansiolíticos y antimaniacos
51142000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Analgésicos no narcóticos/antipiréticos
51142100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)
51142200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Analgésicos narcóticos
51142300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Antagonistas narcóticos
51142400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos para dolores de cabeza vasculares y migraña
51142500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos contra el Parkinson
51142600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Estimulantes/anoréxicos

51142800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos de tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
51142900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos anestésicos, complementos relacionados y analépticos
51151500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Colinérgicos y inhibidores de la colinesterasa
51151600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores colinérgicos
51151700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Simpatomiméticos (adrenérgicos)
51151800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores adrenérgicos
51151900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Relajantes músculo-esqueléticos de acción centrada
51152000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores neuromusculares
51161500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Antiasmáticos
51161600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Antihistamínicos (bloqueadores H1)
51161700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Medicamentos para alteraciones del tracto respiratorio
51161800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Productos para tos, resfriados y antialérgicos
51161900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema respiratorio	Descongestionantes nasales
51171500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Antiácidos y antiflatulentos
51171600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Laxantes
51171700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Antidiarréicos
51171800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Agentes antivértigo, antinauseantes y antieméticos
51171900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Fármacos antiúlcera y otros fármacos gastrointestinales (GI) relacionados
51172000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Medicamentos para enfermedades de la vesícula biliar
51172100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan el sistema gastrointestinal	Antiespasmódicos
51181500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Agentes antidiabéticos y agentes hiperglicémicos
51181600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Medicamentos tiroideas y antitiroideas
51181700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Corticosteroides
51181800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Estrógenos, progesteronas y anticonceptivos internos
51181900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas gonadotrópicas y estimulantes e inhibidores ováricos
51182000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Andrógenos e inhibidores androgénicos
51182100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas de la pituitaria posterior

51182200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Medicamentos para la inducción del parto
51182300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas del crecimiento y sus inhibidores
51182400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Sales de calcio y reguladores del calcio
51191500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Diuréticos
51191600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Electrolitos
51191700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Agentes alcalinizadores
51191800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Sales de potasio
51191900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Suplementos dietéticos y productos de terapia alimenticia
51201500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Inmunodepresores
51201600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Vacunas, antígenos y toxoides
51201700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Vacunas aviares
51201800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Agentes inmunoestimulantes
51201900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Agentes de la esclerosis múltiple (EM)
51211500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Medicamentos antigota
51211600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Antídotos y eméticos
51212000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos herbales
51212100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos dentales
51212200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos contra las adicciones
51212300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Radiofármacos y agentes de diagnóstico
51212400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos para tratar la disfunción sexual
51212500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Medio de contraste para imágenes médicas
51241000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Preparados aurales
51241100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Agentes oftálmicos
51241200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Agentes dermatológicos
51241300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Astringentes

1.2 VALOR ESTIMADO

El valor estimado para el presente proceso es de CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS ($51.678.897.015,97) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, INCLUIDO IVA, distribuidos así:

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR TOTAL ESTIMADO, INCLUIDO IVA	VALOR TOTAL ESTIMADO, INCLUIDO IVA
1	A-02-02-01-003-005-002	DISAN ARASI	SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS	16	1	$ 51.678.897.015,97	$ 51.678.897.015,97
VALOR TOTAL ESTIMADO							$ 51.678.897.015,97

Vigencia 2026: $ 51.678.897.015,97

1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.

Plan Anual de Adquisiciones No. XXX del XX/XX/2026, para recursos de la vigencia 2026, como se discrimina a continuación:

NO.	FECHA	NO. PLAN DE COMPRAS	UNIDAD	RECURSO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1			DISAN ARASI	16	CONTRATO NACIONAL MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS	1	$ 51.678.897.015,97	$ 51.678.897.015,97
TOTAL								$ 51.678.897.015,97

Vigencia 2026: $ 51.678.897.015,97

1.4 CLASE DE CONTRATO

CONTRATO DE SUMINISTRO

1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES

Para participar en el presente proceso de Licitación Pública, las personas naturales o jurídicas nacionales y/o extranjeras, en forma individual o conjunta (consorcios o uniones temporales) deberán tener dentro de su objeto social o actividad, el suministro o dispensación de medicamentos ambulatorios y/o hospitalarios.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 12 de la Ley 1150 de 2007 (*modificado por el Art. 32 de la Ley 1450 de 2011*) y el Artículo 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 de 2015 (*modificado por el Artículo 5 del Decreto 1860 de 2021*).

Convocatorias limitadas a Mipymes: el valor del proceso de contratación es mayor a ciento veinticinco mil dólares (US$125.000),

	en consecuencia, no es procedente dar aplicación a la convocatoria limitada a MIPYMES NACIONALES.

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

En el marco del reconocimiento del derecho fundamental a la salud consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, y desarrollado mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso efectivo, oportuno, continuo y de calidad a los servicios y tecnologías en salud. Dentro de estos, el acceso a medicamentos constituye un componente esencial para la materialización de dicho derecho, en la medida en que permite la implementación efectiva de las decisiones clínicas adoptadas por los profesionales de la salud.

En concordancia con lo anterior, y de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1795 de 2000, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, como responsable del aseguramiento en salud del personal activo, retirado y sus beneficiarios, debe garantizar la provisión integral de medicamentos ambulatorios y hospitalarios, asegurando que estos sean entregados bajo condiciones de calidad, oportunidad, continuidad y seguridad para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).

Desde una perspectiva técnica, el servicio farmacéutico no puede ser entendido únicamente como un proceso logístico de adquisición y entrega de medicamentos, sino como un componente estructural del proceso asistencial en salud. En este sentido, su adecuada prestación incide directamente en los resultados clínicos, en la seguridad del paciente, en la adherencia a los tratamientos y en la eficiencia global del sistema de salud.

Bajo el enfoque clásico de evaluación de la calidad en salud, el cual integra las dimensiones de estructura, proceso y resultado, el servicio farmacéutico debe garantizar:

- Una estructura adecuada, representada en la capacidad técnica, operativa y tecnológica del proveedor para gestionar de manera integral la cadena de suministro del medicamento.
- Procesos estandarizados y controlados, que aseguren la correcta selección, adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación de los medicamentos, bajo condiciones que preserven su calidad, integridad y uso adecuado.
- Resultados orientados al usuario, reflejados en la entrega completa, oportuna y segura de los medicamentos, contribuyendo a la efectividad de los tratamientos y a la satisfacción del usuario.

En este contexto, la oportunidad en la dispensación de medicamentos constituye un factor crítico, en la medida en que la demora en el acceso puede traducirse en la progresión de la enfermedad, el incremento en la complejidad de la atención y el aumento en los costos del sistema. De igual forma, la continuidad en la entrega de medicamentos es un elemento esencial para evitar interrupciones en los tratamientos, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas o de alto riesgo.

Gráfica 1. Cambio de paradigma: de la logística al valor clínico

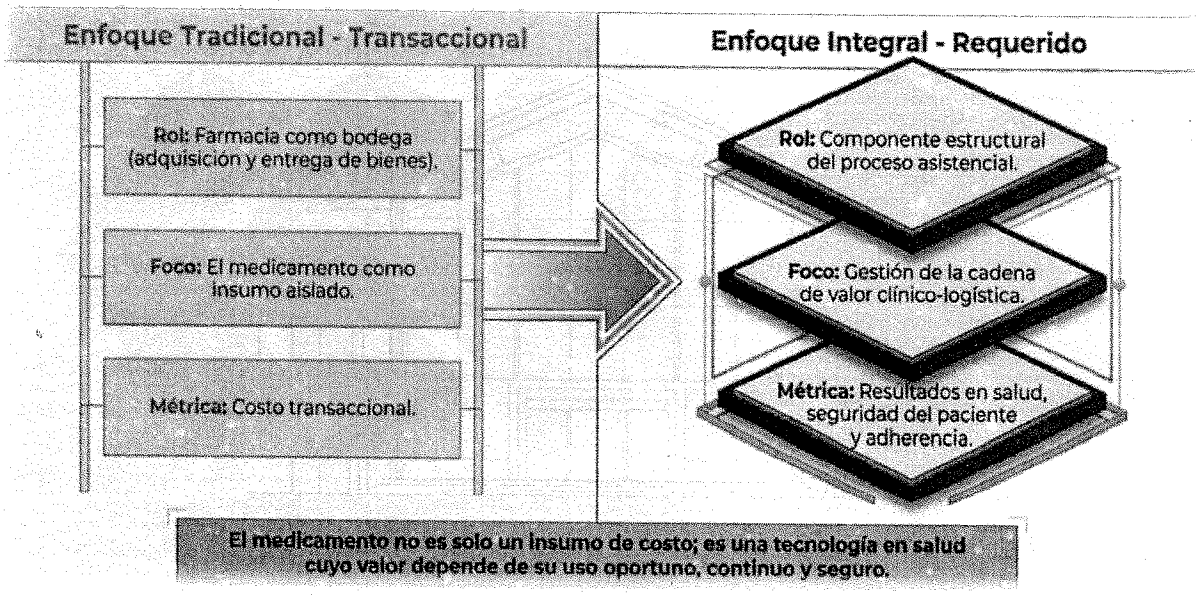


Imagen generada con IA (NotebookLM 2026) bajo parámetros emitidos por el Comité Estructurador del Estudio Previo del Contrato de Medicamentos.

Adicionalmente, la calidad en la prestación del servicio farmacéutico se encuentra estrechamente relacionada con la seguridad del paciente, en tanto que una dispensación inadecuada, incompleta o inoportuna puede generar eventos adversos, fallas terapéuticas o riesgos evitables para la salud de los usuarios.

Es así como la Dirección de Sanidad requiere garantizar no solo la disponibilidad de medicamentos, sino la prestación de un servicio farmacéutico integral de alta calidad, que sea reconocido por su eficiencia operativa, su capacidad de respuesta, su oportunidad en la atención y su contribución efectiva a los resultados en salud de la población afiliada.

1.6.1. Necesidad operativa y fortalecimiento del modelo

Desde la perspectiva de la gestión integral en salud, la operación farmacéutica constituye un sistema complejo que articula componentes asistenciales, logísticos, tecnológicos y administrativos, cuyo adecuado funcionamiento resulta determinante para la garantía efectiva del derecho a la salud. En este sentido, el servicio farmacéutico trasciende la simple entrega de medicamentos, configurándose como un proceso crítico dentro del modelo de atención, con impacto directo en la calidad, seguridad y continuidad de la atención en salud.

Bajo un enfoque sistémico, la cadena de suministro del medicamento debe ser entendida como una cadena de valor clínico-logística, en la cual cada uno de sus eslabones —selección, adquisición, almacenamiento, distribución, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico— debe operar de manera integrada, coordinada y bajo estándares definidos de calidad. La fragmentación o debilidad en cualquiera de estos componentes genera ineficiencias que se traducen en riesgos operativos, clínicos y financieros para el sistema.

Gráfica 2. Cadena de valor clínico-logística



Imagen generada con IA (NotebookLM 2026) bajo parámetros emitidos por el Comité Estructurador del Estudio Previo del Contrato de Medicamentos.

En este contexto, la Dirección de Sanidad enfrenta el reto de consolidar un modelo que garantice la alineación entre la gestión logística del medicamento y los objetivos sanitarios del Subsistema, bajo principios de eficiencia, oportunidad, seguridad del paciente y uso racional de tecnologías en salud.

Desde la teoría de la gestión del riesgo en salud, la operación farmacéutica se reconoce como un proceso altamente sensible a la ocurrencia de eventos adversos derivados de fallas en la disponibilidad, calidad o uso de los medicamentos. Riesgos como el desabastecimiento, la dispensación incompleta, los errores en la entrega, la falta de continuidad en tratamientos o las deficiencias en la trazabilidad, pueden comprometer la efectividad de las intervenciones clínicas y generar impactos negativos tanto en los resultados en salud como en la sostenibilidad del sistema.

Asimismo, desde el enfoque de eficiencia operativa, la gestión del medicamento debe orientarse a minimizar pérdidas asociadas a vencimientos, sobreinventarios, reprocesos logísticos, dispensaciones inadecuadas o utilización ineficiente de los recursos. Esto implica la implementación de modelos de gestión basados en información, con capacidad de monitoreo en tiempo real, análisis de consumo, proyección de demanda y control de la operación a nivel territorial.

Adicionalmente, la operación farmacéutica debe integrarse a los modelos contemporáneos de atención en salud centrados en el usuario, en los cuales la experiencia del paciente y la accesibilidad efectiva a los servicios constituyen indicadores clave de desempeño. En este sentido, la oportunidad en la entrega de medicamentos, la cercanía de los puntos de dispensación, la reducción de barreras administrativas y la confiabilidad del servicio son elementos determinantes para la percepción de calidad por parte de los usuarios y para la legitimidad institucional del sistema.

En este orden de ideas, se hace necesario estructurar un modelo operativo que permita:

a) Integrar de manera eficiente los procesos de la cadena de suministro del medicamento bajo un enfoque de gestión por procesos.
b) Incorporar mecanismos avanzados de trazabilidad que permitan el seguimiento del medicamento desde su adquisición hasta su dispensación al usuario final.
c) Fortalecer la capacidad de respuesta frente a variaciones en la demanda y contingencias del mercado farmacéutico.
d) Garantizar condiciones óptimas de almacenamiento, distribución y dispensación, conforme a la normatividad sanitaria vigente.
e) Implementar herramientas tecnológicas que soporten la toma de decisiones, el control de la operación y la satisfacción del usuario.
f) Alinear la operación farmacéutica con los objetivos de calidad, seguridad del paciente y resultados en salud del Subsistema.

Es así como la necesidad identificada no se limita a la provisión de medicamentos, sino a la implementación de un modelo integral de gestión farmacéutica, soportado en capacidades especializadas, que permita asegurar la eficiencia operativa, la calidad del servicio y la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo.

1.6.2. Necesidad desde la sostenibilidad financiera

El componente farmacéutico representa uno de los principales determinantes del gasto en salud dentro del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en la medida en que concentra una proporción significativa de los recursos destinados a la atención de la población afiliada, particularmente en el manejo de enfermedades crónicas, patologías de alto costo y eventos agudos que requieren intervención terapéutica inmediata.

Desde la perspectiva de la economía de la salud, la gestión del medicamento debe abordarse bajo un enfoque de uso eficiente de los recursos, garantizando que las decisiones de adquisición, distribución y dispensación contribuyan no solo a la efectividad clínica, sino también a la sostenibilidad financiera del sistema en el mediano y largo plazo.

En este sentido, la operación farmacéutica se constituye en un eje crítico de gestión, en el cual convergen variables como la dinámica del mercado farmacéutico, la regulación de precios, la incorporación de nuevas tecnologías en salud, los patrones epidemiológicos de la población y los modelos de atención implementados por la entidad. La interacción de estos factores genera presiones permanentes sobre el gasto, lo que hace necesario contar con esquemas contractuales y operativos que permitan gestionar dichas presiones de manera técnica y controlada.

Bajo un enfoque de gestión del riesgo financiero, es posible identificar que la operación farmacéutica se encuentra expuesta a múltiples fuentes de ineficiencia, tales como:

- Desviaciones en los patrones de consumo de medicamentos frente a lo esperado.
- Ineficiencias en la planeación de la demanda y en la gestión de inventarios.
- Pérdidas asociadas a vencimientos, deterioro o inadecuada rotación de productos.
- Dispensaciones que no se ajustan a criterios de pertinencia o racionalidad terapéutica.

- Fallas en la oportunidad de la entrega que pueden derivar en complicaciones clínicas y mayores costos en la atención.
- Fragmentación de la información que limita la capacidad de control y toma de decisiones.

Estas condiciones evidencian la necesidad de fortalecer el modelo de gestión farmacéutica mediante la implementación de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, optimizar la relación costo-efectividad de las intervenciones y reducir las pérdidas asociadas a ineficiencias operativas.

Adicionalmente, el enfoque contemporáneo de valor en salud plantea la necesidad de orientar la gestión del gasto hacia la obtención de mejores resultados clínicos con el uso racional de los recursos disponibles. En este contexto, el medicamento no debe ser considerado únicamente como un insumo de costo, sino como una tecnología en salud cuyo valor está determinado por su capacidad de generar beneficios clínicos en condiciones de uso adecuado, oportuno y continuo.

En consecuencia, la Dirección de Sanidad requiere estructurar un proceso contractual que permita:

- Incorporar criterios de eficiencia económica en la adquisición y dispensación de medicamentos.
- Fortalecer los mecanismos de control sobre el consumo y uso de medicamentos a nivel institucional.
- Mejorar la capacidad de planeación y proyección de la demanda farmacéutica.
- Implementar herramientas que permitan la trazabilidad y seguimiento del gasto en tiempo real.
- Reducir las pérdidas asociadas a ineficiencias logísticas y operativas.
- Alinear la gestión del medicamento con los principios de racionalidad terapéutica y uso adecuado de tecnologías en salud.

De esta manera, el proceso contractual que se pretende adelantar no solo responde a la necesidad de garantizar el suministro de medicamentos, sino también a la obligación institucional de asegurar una gestión eficiente, transparente y sostenible de los recursos públicos, en concordancia con los principios de economía, responsabilidad y planeación que rigen la contratación estatal.

1.6.3. Antecedentes de los procesos de adjudicación del Acuerdo Marco de Precios (AMP)

Uno de los fundamentos centrales de la presente justificación reside en la experiencia institucional acumulada por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional frente al mecanismo de agregación de demanda mediante Acuerdo Marco de Precios de Medicamentos administrado por la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente (ANCP–CCE). El análisis de los antecedentes de las sucesivas generaciones de dicho instrumento evidencia que este ha estado sujeto, de manera reiterada y a lo largo de todo su ciclo, a novedades, retrasos, suspensiones y afectaciones sobrevinientes que han comprometido su disponibilidad y estabilidad operativa. Este historial constituye la base empírica que sustenta la necesidad de que la Dirección de Sanidad estructure de manera anticipada y autónoma un proceso de contratación propio, que le permita garantizar la continuidad del suministro de medicamentos con independencia de las contingencias del Acuerdo Marco.

El primer intento de estructuración del Acuerdo Marco de Precios de Medicamentos, adelantado mediante la Licitación Pública No. CCENEG-055-1-2021, resultó fallido y no condujo a la conformación del

instrumento. Ante dicho resultado, la Agencia debió reiniciar el trámite a través de un nuevo proceso de selección, la Selección Abreviada No. CCENEG-055-03-2022, la cual fue adjudicada el 21 de julio de 2022 y derivó en el Acuerdo Marco de Precios CCE-247-AMP-2022, para la adquisición, suministro y dispensación de medicamentos. Ya desde su origen, por tanto, la conformación del Acuerdo Marco requirió de dos procesos de selección sucesivos, evidenciando la dificultad estructural para su materialización oportuna.

La adjudicación del Acuerdo Marco no se tradujo en su disponibilidad operativa inmediata. Tras la adjudicación, la Dirección de Sanidad evidenció con que no se disponía del catálogo de medicamentos necesario para realizar cualquier evento de cotización, sin el cual el instrumento resultaba inoperante. Dicho catálogo fue publicado únicamente el 6 de septiembre de 2022 y contenía numerosas novedades de carácter técnico y repercusiones financieras que debieron ser objeto de observación detallada por parte de la Dirección de Sanidad, ítem por ítem, mediante múltiples comunicaciones y mesas técnicas de trabajo con la Agencia.

La corrección de estas novedades y la publicación del catálogo ajustado y del simulador requirieron, además del acompañamiento permanente de la Dirección de Sanidad, la intervención de la Secretaría General y la Oficina de Contratos del Ministerio de Defensa, así como de la Procuraduría Delegada para la Función Pública. Pese a la magnitud de este esfuerzo institucional, la disponibilidad efectiva del instrumento solo se logró hasta el 10 de abril de 2023, es decir, nueve (9) meses después de la adjudicación. Este lapso evidencia que, aun tratándose de un Acuerdo Marco formalmente adjudicado, su operatividad real puede diferirse por periodos prolongados debido a novedades sobrevinientes en su estructuración.

El Acuerdo Marco de Precios CCE-247-AMP-2022 tampoco estuvo exento de afectaciones durante su ejecución. El 27 de marzo de 2025, la Agencia suspendió la operación del instrumento, con ocasión de inconsistencias generadas desde la última actualización del catálogo, que conllevaba a que los eventos de cotización publicados no resultaran efectivos. Posteriormente, mediante la Resolución No. 244 de 2025, la Agencia excluyó a un proveedor y terminó de manera anticipada el Segmento Nacional del Acuerdo Marco. Dicha decisión fue objeto de recurso de reposición, resuelto mediante la Resolución No. 453 de 2025, que la confirmó.

Como consecuencia de esta terminación anticipada, el mecanismo de agregación de demanda quedó sin la pluralidad de oferentes que le es consustancial, desconfigurándose su naturaleza y finalidad, y perdiendo su viabilidad como instrumento disponible para las entidades compradoras. Este hecho confirma que las afectaciones al Acuerdo Marco no se limitaron a su etapa de estructuración, sino que se extendieron a su fase de ejecución, comprometiendo su continuidad de manera definitiva.

Ante la terminación del Acuerdo Marco anterior, la Agencia inició la estructuración de una segunda generación del instrumento mediante el proceso de Licitación Pública No. CCENEG-100-01-2026, denominado "*AMP/SDA para la Adquisición, Suministro y Dispensación de Medicamentos II*", cuyo proyecto de pliego de condiciones fue publicado el 16 de abril de 2026, con una fecha proyectada inicial de adjudicación prevista para el 22 de julio de 2026. La Dirección de Sanidad remitió oportunamente observaciones al pliego borrador mediante comunicación oficial No. GS-2026-037195-DISAN del 4 de mayo de 2026; no obstante, tras la publicación del pliego definitivo el 26 de junio de 2026, se evidenció que, pese a que las respuestas a las observaciones por esta Entidad fueron en su mayoría aceptadas,

los cambios correspondientes no fueron incluidos en los documentos definitivos, lo que motivó una nueva radicación de la Entidad mediante comunicación oficial No. GS-2026-061733-DISAN del 14 de julio de 2026.

El desarrollo del proceso de la segunda generación del Acuerdo Marco ha evidenciado, igualmente, una marcada inestabilidad procedimental. La audiencia de asignación de riesgos, inicialmente adelantada el 30 de junio de 2026, debió ser suspendida y reanudada en múltiples oportunidades, según se relaciona a continuación:

- El 30 de junio de 2026 se llevó a cabo la audiencia preliminar de asignación de riesgos, la cual fue suspendida por diversas observaciones de los participantes.
- El 2 de julio de 2026 se reanudó la audiencia, presentándose nuevas observaciones relacionadas con el incumplimiento del principio de publicidad, por cuanto la Agencia no había expedido ni publicado el acto administrativo de apertura del proceso; en consecuencia, fue nuevamente suspendida.
- El 9 de julio de 2026 se constató nuevamente la falta de publicidad de los documentos correspondientes a la Resolución No. 408 del 26 de junio de 2026 (de apertura del proceso) y de la Resolución No. 429 del 6 de julio de 2026, ninguna de las cuales había sido publicada.
- El 10 de julio de 2026, una vez subsanada la publicación de los documentos, se instaló la audiencia de aclaración de riesgos; sin embargo, tras la lectura de la matriz de riesgos publicada, surgieron numerosas observaciones, por lo que fue nuevamente suspendida en aras de dar respuestas a las mismas.
- El 14 de julio de 2026 se dio lectura nuevamente a la matriz de riesgos y se precisaron las observaciones de los interesados, finalizando la Agencia con el anuncio de que las respuestas se darían dentro de los tiempos del cronograma contractual estipulados para el momento.

Esta sucesión de suspensiones —motivadas de manera reiterada por la falta de publicidad de actos administrativos y por observaciones sustanciales sin respuestas de fondo a la estructuración del proceso— evidencia que el riesgo de inestabilidad no es un fenómeno improbable, sino una circunstancia presente y verificable en el proceso de la segunda generación del Acuerdo Marco, actualmente en curso.

De manera adicional, la Dirección de Sanidad, en sus valoraciones a la matriz de riesgos del proceso CCENEG-100-01-2026, advirtió que dicha matriz no contempla el escenario de una eventual declaratoria de desierto del proceso, circunstancia especialmente relevante a la luz del antecedente de la Licitación Pública No. CCENEG-055-1-2021, que fue precisamente declarada fallida antes de que pudiera conformarse la primera generación del instrumento.

A la fecha de estructuración del presente estudio, la Dirección de Sanidad no cuenta aún con la certeza sobre la fecha de adjudicación ni sobre la entrada en operación efectiva de la segunda generación del Acuerdo Marco. Conforme al cronograma actualizado del proceso CCENEG-100-01-2026, la adjudicación se encuentra prevista para el 28 de agosto de 2026, o, en caso de declararse desierto el proceso, con publicación del acto administrativo correspondiente para el 4 de septiembre de 2026. Mediante comunicación oficial No. GS-2026-060022-DISAN del 8 de julio de 2026, la Entidad solicitó a la Agencia información sobre la fecha estimada de disponibilidad de la herramienta para la realización de eventos de cotización, sin que a la fecha se haya recibido respuesta formal.

Esta incertidumbre adquiere especial relevancia si se considera que el contrato actualmente vigente para el suministro y dispensación de medicamentos tiene como fecha de finalización de ejecución el 31 de octubre de 2026. La coincidencia entre la ausencia de certeza sobre la disponibilidad del Acuerdo Marco y la proximidad de la terminación del contrato vigente configura un escenario de riesgo cierto de desabastecimiento, que la Entidad tiene el deber de prevenir en aplicación del principio de planeación que rige la contratación estatal. Dicha situación de incertidumbre fue transmitida al Viceministerio de Veteranos y del Grupo Social y Empresarial de la Defensa (GSED) a través de la comunicación oficial GS-2026-063024-DISAN del 17 de julio de 2026.

El recuento de los antecedentes expuestos —una primera licitación fallida en 2021; un reintento adjudicado en 2022; nueve meses de demora para la operatividad del catálogo; una suspensión y terminación anticipada del Acuerdo Marco en 2025; y una segunda generación del instrumento que, en 2026, acumula reiteradas suspensiones de su audiencia de riesgos y carece de fecha cierta de adjudicación— demuestra que el mecanismo de Acuerdo Marco de Precios de Medicamentos ha estado sujeto, de manera constante y a lo largo de todo su ciclo, a novedades y contingencias que comprometen su disponibilidad.

En consecuencia, no resulta razonable ni conforme al principio de planeación que la Dirección de Sanidad supedite la continuidad del suministro de medicamentos —del cual depende la vida, la salud y la integridad de la población usuaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional— a la expedición y puesta en operación de un instrumento que, según su propia experiencia institucional documentada, ha demostrado ser de materialización incierta y de estabilidad frágil. Es precisamente esta experiencia acumulada, verificable y reciente, la que fundamenta la necesidad de que la Entidad estructure de manera anticipada y autónoma el presente proceso de contratación, como medida preventiva, razonable y necesaria de planeación, orientada a garantizar la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio farmacéutico, con independencia del resultado y de los tiempos del Acuerdo Marco.

Cabe precisar que, de llegarse a perfeccionar el Acuerdo Marco de Precios antes de la publicación del pliego definitivo de la presente licitación y de verificarse que dicho instrumento satisface plenamente las necesidades del Subsistema en términos de cobertura territorial, capacidad operativa y condiciones de calidad, la entidad procederá a adherirse al mismo, decisión que se sustenta principalmente en la necesidad de garantizar la continuidad ininterrumpida del suministro y dispensación de medicamentos —cuya afectación compromete directamente el derecho fundamental a la salud y a la vida de los usuarios del Subsistema—, sin perjuicio de que dicha adhesión resulte además consistente con los principios de selección objetiva y uso eficiente de los recursos públicos.

- **Garantía de continuidad del servicio farmacéutico: imperativo asistencial y obligación legal**

El contrato actual cuyo objeto es el *SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL A NIVEL NACIONAL*, se encuentra vigente con capacidad de adición presupuestal y prórroga en los términos del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, hasta el 31 de octubre de 2026.

Desde la perspectiva de la gestión operacional, la interrupción (incluso transitoria) del suministro farmacéutico a una población afiliada de cobertura nacional como la del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) generaría consecuencias clínicas de diversa gravedad. Este riesgo clínico es, simultáneamente, un riesgo jurídico para la entidad, en tanto que la omisión en la garantía de continuidad del servicio podría comprometer la responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio de salud, conforme al régimen de responsabilidad extracontractual del Estado previsto en el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia y desarrollado por el Consejo de Estado.

En consecuencia, resulta imperativo que las etapas precontractuales de la licitación se surtan con suficiente antelación para garantizar que el nuevo contrato esté perfeccionado y el contratista en capacidad operativa aproximadamente en el último bimestre de la presente vigencia fiscal.

- **Condicionamiento presupuestal derivado del régimen de transición electoral y la Ley de Garantías**

La presente vigencia fiscal coincide con un período de transición electoral, en el que la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, se encuentra sujeta a las restricciones establecidas en el artículo 38 de la Ley 996 de 2005 (*Ley de Garantías Electorales*), la cual limita la posibilidad de comprometer recursos de vigencias futuras durante los cuatro (4) meses anteriores a la elección presidencial y hasta la posesión del nuevo Gobierno.

En este marco normativo y en estricto cumplimiento del principio de anualidad presupuestal consagrado en el artículo 14 del Decreto 111 de 1996 *"Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto"*; el presente proceso licitatorio se publica en su versión borrador con una proyección inicial de ejecución correspondiente únicamente a los meses de noviembre y diciembre de la vigencia fiscal 2026, lo anterior sujeto a la aprobación de cupo de vigencias futuras por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en los términos de ley.

La publicación del presente pliego en su versión borrador cumple adicionalmente una función estratégica en el marco del proceso de planeación contractual. Durante la etapa de publicación del borrador, la entidad podrá recibir observaciones, verificar la pluralidad de oferentes, ajustar especificaciones técnicas y condiciones habilitantes y gestionar simultáneamente los trámites administrativos necesarios para la aprobación del cupo de vigencias futuras.

1.6.4. Justificación de la contratación

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en su calidad de entidad responsable del aseguramiento en salud del Subsistema, tiene la obligación de garantizar la prestación continua, eficiente y de calidad de los servicios farmacéuticos a nivel nacional. En este contexto, la provisión de medicamentos no puede ser entendida como una actividad aislada de adquisición de bienes, sino como un proceso integral que exige la articulación de capacidades técnicas, logísticas, operativas y tecnológicas altamente especializadas.

La complejidad inherente a la gestión de la cadena de suministro del medicamento —que involucra procesos críticos como almacenamiento, distribución, dispensación, control de inventarios, trazabilidad,

farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico— demanda una capacidad operativa que excede las condiciones actuales de infraestructura, talento humano y soporte tecnológico de la Entidad para su ejecución directa a nivel nacional. Este proceso involucra, entre otras actividades, la programación y control de inventarios frente a la variabilidad de la demanda por patología, la gestión de vencimientos y condiciones especiales de conservación (cadena de frío, medicamentos de control especial), la atención de solicitudes urgentes derivadas de eventos clínicos agudos, la conciliación con las atenciones en salud prestadas en las diferentes unidades y dispensarios a nivel nacional, y la trazabilidad individual del medicamento entregado a cada paciente, actividades que exceden la capacidad de gestión directa de la Entidad con su planta de personal y estructura administrativa actual.
En este sentido, la ausencia de un esquema organizado y especializado para la operación farmacéutica generaría riesgos significativos para el sistema, tales como afectaciones en la oportunidad de la atención, interrupciones en la continuidad de los tratamientos, pérdida de control sobre el uso de los medicamentos y disminución en la calidad del servicio prestado a los usuarios.

Adicionalmente, la naturaleza dinámica del mercado farmacéutico, caracterizada por variaciones en la disponibilidad de productos, cambios regulatorios en materia de precios y la incorporación permanente de nuevas tecnologías en salud, exige la implementación de modelos de gestión flexibles, con capacidad de adaptación y respuesta oportuna frente a estas condiciones.

Desde la perspectiva de la gestión integral del riesgo en salud, la garantía de continuidad en el suministro farmacéutico constituye una de las intervenciones de mayor impacto para la prevención de complicaciones, hospitalizaciones evitables y deterioro clínico de los usuarios con enfermedades crónicas, en línea con lo dispuesto por la Política de Atención Integral en Salud. En este sentido, la planeación contractual del presente proceso no responde únicamente al principio de planeación en su dimensión administrativa y presupuestal, sino que se articula directamente con la gestión del riesgo en salud como eje transversal de la prestación del servicio, en la medida en que anticipa y mitiga los riesgos asistenciales derivados de una eventual discontinuidad en el acceso a los medicamentos.

Bajo este escenario, la contratación de un operador especializado se configura como el mecanismo idóneo para asegurar la prestación integral del servicio farmacéutico, en la medida en que permite concentrar en un solo esquema contractual la responsabilidad sobre la gestión eficiente de la cadena de suministro, bajo estándares definidos de calidad, oportunidad y seguridad.

Desde la visión de la contratación estatal, la presente necesidad se enmarca en los principios de planeación, economía, responsabilidad y selección objetiva, en tanto que:

- Permite estructurar un proceso que garantice la selección de un contratista con la capacidad técnica, financiera y operativa requerida.
- Facilita la definición de condiciones contractuales orientadas al cumplimiento de niveles de servicio medibles y verificables.
- Contribuye a la optimización del uso de los recursos públicos mediante economías de escala y una gestión integral de la operación.
- Fortalece los mecanismos de control y supervisión sobre la ejecución del contrato y el cumplimiento de las obligaciones del contratista.

Asimismo, el modelo de contratación propuesto permite mitigar los riesgos asociados a la fragmentación de la operación farmacéutica, promoviendo un modelo centralizado y estandarizado que favorece la uniformidad en la prestación del servicio, la equidad en el acceso a los medicamentos y la implementación de mejores prácticas en la gestión del medicamento a nivel nacional.

En este orden de ideas, la contratación del suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios y hospitalarios, incluyendo la prestación del servicio farmacéutico integral, se justifica como una decisión necesaria, proporcional y adecuada para garantizar el cumplimiento de los fines institucionales en materia de salud, asegurar la protección efectiva del derecho fundamental de los usuarios y fortalecer la capacidad de la Dirección de Sanidad para gestionar de manera eficiente y sostenible el componente farmacéutico del Subsistema.

1.6.5. Antecedentes históricos de la contratación centralizada de medicamentos

El suministro de medicamentos en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional ha experimentado una evolución progresiva en su modelo de contratación y operación durante las últimas dos décadas, transitando desde esquemas de cobertura limitada y alcance territorial restringido hacia un modelo centralizado de carácter nacional, orientado a garantizar mayor eficiencia, control y equidad en el acceso a las tecnologías farmacéuticas.

Gráfica 3. Antecedentes históricos de la compra centralizada de medicamentos

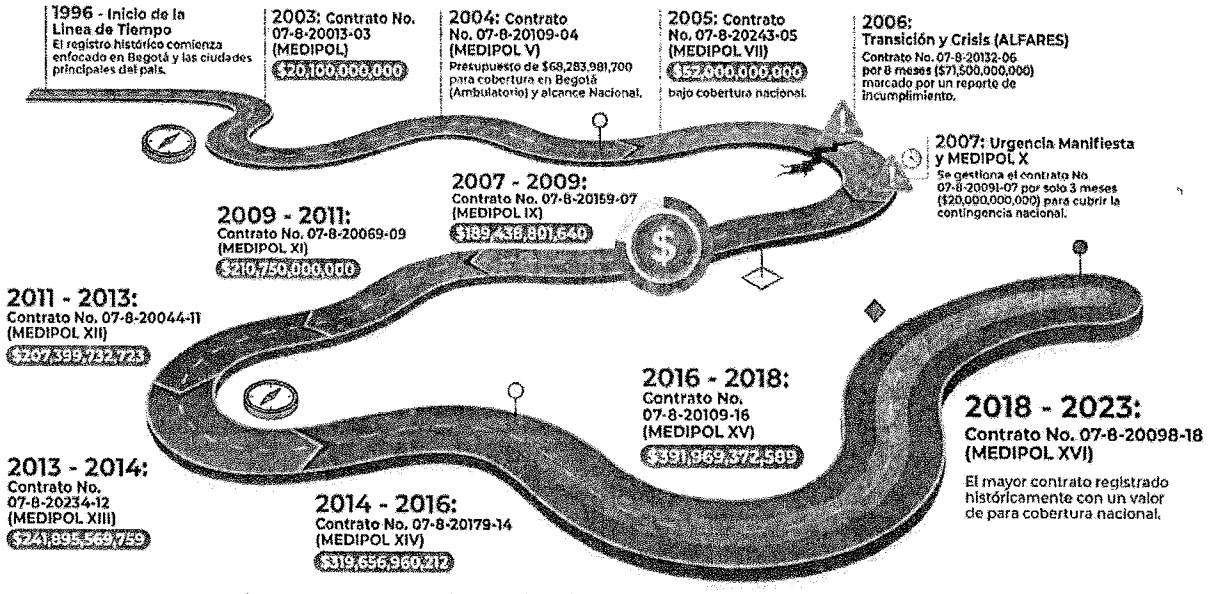


Imagen generada con IA (NotebookLM 2026) bajo parámetros emitidos por el Comité Estructurador del Estudio Previo del Contrato de Medicamentos.

En los inicios del siglo XXI, el proceso de dispensación de medicamentos se estructuró mediante contratos de alcance local, particularmente concentrados en la ciudad de Bogotá y algunas ciudades principales, con un enfoque predominantemente ambulatorio. Este modelo, si bien respondía a las condiciones

operativas del momento, presentaba limitaciones en términos de cobertura, estandarización y control del consumo a nivel nacional.

Posteriormente, el Subsistema avanzó hacia esquemas de mayor integración, evidenciados en la implementación de contratos con alcance progresivamente ampliado, que permitieron la consolidación de un modelo de suministro nacional. Este proceso se materializó a través de diferentes ciclos contractuales, en los cuales se incrementó de manera sostenida como consecuencia directa del crecimiento en el número de usuarios, la ampliación de las tecnologías cubiertas y la creciente complejidad del sistema de salud institucional.

Dentro de esta evolución, se identifican hitos relevantes que marcaron ajustes en la estrategia de contratación, incluyendo la adopción de mecanismos excepcionales como la urgencia manifiesta para garantizar la continuidad del servicio, así como situaciones de incumplimiento que evidenciaron la necesidad de fortalecer los esquemas de supervisión, control y selección de operadores.

A lo largo de los diferentes contratos suscritos, se observa un incremento significativo en los montos ejecutados, pasando de valores cercanos a los ciento noventa mil millones de pesos en el 2007, a cifras que superan los cuatrocientos setenta mil millones de pesos en algunos de los contratos más recientes (Ver Tabla 1: valor inicial O.C. 111844 de 2023, $472.568.522.420), considerando la cobertura nacional, incluyendo los diversos ámbitos de formulación y cubriendo un plan de beneficios en tecnologías de medicamentos más robusto en alineación con lo dispuesto por CSSMP.

De manera paralela, la evolución del modelo ha estado acompañada por la implementación de herramientas de gestión y control, así como por la adopción de lineamientos institucionales orientados a la estandarización del uso racional y costo-efectivo de medicamentos, entre los cuales se destaca la entrada en vigor del Acuerdo 080 CSSMP de 2022, que estableció directrices para el fortalecimiento de la gestión farmacéutica y la actualización del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica.

En este contexto, el modelo actual de contratación centralizada se consolida como el resultado de un proceso de aprendizaje institucional, en el cual la experiencia acumulada ha permitido identificar la necesidad de contar con un esquema que garantice cobertura nacional, uniformidad en las condiciones de acceso, mayor capacidad de negociación y fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y control.

Así, la contratación centralizada del suministro de medicamentos no solo responde a criterios operativos, sino que constituye una estrategia fundamental para la gestión integral del servicio farmacéutico, orientada a asegurar la continuidad de los tratamientos, la eficiencia en el uso de los recursos y la equidad en la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

En los últimos 3 años la Dirección de Sanidad ha venido garantizando la entrega centralizada de medicamentos para un porcentaje aproximado del 85 al 87% de la población de usuarios del Subsistema a través de 3 procesos contractuales distintos (Tabla 1), para un censo poblacional en continuo crecimiento y que en la actualidad oscila alrededor de los 620.000 usuarios adscritos al Subsistema, y que son atendidos a través de las Unidades Prestadoras de Servicios (UPRES) distribuidas en las ocho Regionales de Aseguramiento en Salud (RASES) del país. A continuación, se presenta el detalle comparativo de dichos procesos contractuales, como evidencia directa de la capacidad operativa que ha sostenido esta cobertura.

Tabla 1. Datos principales procesos contractuales de los últimos 3 años.



Elaborado por: Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026
Fuente: Bases de datos propias

1.6.5.1. Estructuración del presente proceso

En cumplimiento al principio de planeación de la contratación estatal, con miras a empalmar la ejecución del contrato previamente referenciado, la Dirección de Sanidad generó la Resolución No. 203 del 27 de abril de 2026 "*Por la cual se conforma el comité estructurador de los estudios y documento previos para la contratación del SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, A NIVEL NACIONAL*", con el propósito de adelantar la elaboración del correspondiente estudio previo de conformidad con el Artículo 25 de la Ley 80 de 1993, y los Artículos 2.2.1.1.1.6.1 y 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015. Se iniciaron las tareas de estructuración del documento, ejecutando todas las labores de recopilación de información, análisis, discusión y construcción de los textos, gráficas y tablas informativas de la siguiente forma:

Tabla 2. Tareas adelantadas por el comité estructurador del estudio previo del contrato de medicamentos

EQUIPO JURÍDICO	Actualización normativa - Marco legal vigente.
	Fundamentos Jurídicos que soportan la modalidad de selección
	Justificación de la necesidad

	Análisis y ajustes de la Matriz de Riesgos
	Pólizas (Revisión el mecanismo de tasación de multa)
EQUIPO ECONÓMICO	Valor estimado tiempo y recursos por vigencia
	Certificación plan anual de adquisiciones, gastos de funcionamiento y/o inversión y/o vigencias futuras.
	Verificación y evaluación económica. Productos artificialmente bajos, evaluación productos no ofertados, criterios de desempate, causales de declaratoria del proceso.
	Forma de pago
	Contexto económico actual
	Análisis de mercado
	Análisis estructura de costos
	Costos de oportunidad
	Análisis de precios: precios de referencia, precios históricos, precios de catálogos web, precios de mercado
	Análisis del valor estimado, valor estimado de contratación
	Resolución 2275 de 2023 referente a RIPS - Facturación electrónica.
EQUIPO TÉCNICO	Actualización clasificación UNSPSC
	Condiciones técnicas ámbito hospitalario
	Condiciones técnicas ámbito ambulatorio
	Criterios de selección Especificaciones técnicas mínimas.
	Referenciación con otras entidades estatales para suministro de medicamentos.
	Análisis de mercado farmacéutico
	Generar los archivos de consumo del periodo de enero de 2025 a marzo de 2026.
EQUIPO TECNOLOGICO	Actualización Anexo técnico Conforme a la migración del módulo de dispensación
	Actualización plan de contingencia
	Causales de Autorización. · Requerimientos tecnológicos
	Asignación de roles y privilegios.
	Creación de talonarios de fórmulas manuales, asignación a las Unidades y asignación a los profesionales.
	Cargue de nuevo contrato requisitos.
	Actualización del manual de usuario.
	Propuesta para cálculo de pendientes, por ámbito, tasación de la multa para proceso sancionatorio en coordinación con SUCME y OBSERVATORIO.
GRUPO PLANEACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD - GUPLA	Actualización de la caracterización de la morbilidad mortalidad por ámbitos, por momento de curso de vida, para los años 2025-2026
	Comparación causas de morbilidad 2025-2026
	Caracterización de la población: Población de usuarios estimada, proyección de usuarios, número de usuarios 2025-2026
	Estadísticas y análisis de las atenciones en salud periodo 2025-2026
	Estadísticas y análisis de los egresos periodo 2025-2026

	Eventos de interés en Salud publica 2025-2026
	Evaluación del perfil epidemiológico 2025-2026
SUPERVISIÓN NACIONAL DEL CONTRATO DE MEDICAMENTOS	Estadísticas comité de Farmacovigilancia periodo Enero 2025 a Marzo 2026
	Análisis de la ejecución contractual de medicamentos 2025-2026, por ámbito de dispensación
	Datos de usuarios atendidos, número de transacciones y fórmulas por puntos de dispensación período 2025-2026
	Consumo y análisis medicamentos por patologías de mayor impacto.
	Facturación: soportes de entrega, cortes de facturación, verificaciones, formatos, tiempos de radicación, trámite de glosas y causales de no pago.
	Propuesta del cálculo de medicamentos pendientes, por ámbito, estimación de la tasación de la multa para proceso sancionatorio.
	Análisis de la demanda comportamiento de los últimos contratos de medicamentos, por ámbito, tiempo de ejecución oferentes, contratista, objeto del contrato, valor inicial, plazo de ejecución, presupuesto, forma de pago, anticipo, adiciones, valor de las adiciones, valor total del contrato.
	Planteamiento de indicadores de calidad para la ejecución de la operación logística.

De igual forma, fueron tenidos en cuenta por el comité estructurador los conceptos remitidos por otros grupos de trabajo, oficinas asesoras y áreas orgánicas de la Dirección de Sanidad, así:

Tabla 3. Temáticas conceptuadas por otros grupos orgánicos de la Dirección de Sanidad en la estructuración del estudio previo.

GRUPO DE SEGUIMIENTO Y SOPORTE A SERVICIOS DE ALTO IMPACTO – ARASI GUSES	Prevalencia de las enfermedades de alto costo.
	Tratamientos para patologías de alto costo cubiertas a través de Acuerdos Marco de Precios-AMP
GRUPO AUDITORÍA DE CUENTAS – ARASI GUMEC	Validación de causales de glosa aplicables a medicamentos
	Causales de no pago aplicables a medicamentos por ámbito de dispensación
GRUPO DE GESTIÓN DEL RIESGO – ARASI GUGER	Antecedentes de gestión del riesgo en Colombia vigencia actual
	Estado de la gestión del riesgo en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.
	Rutas de Atención Integral (RIAS) y medicamentos de acuerdo a líneas de atención
AREA GESTION PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - APRES	Actualización de requisitos modalidad de provisión para salud operacional y kits de obligatorio cumplimiento en HOCEN, ESPCO, ESPRI.
	Propuesta para el manejo de pacientes crónicos.
	Propuesta de las UPRES para el mejoramiento de las exigencias al contratista desde las lecciones aprendidas.
	Remisión de la necesidad de nuevos puntos de dispensación o cierres de punto de dispensación consolidado por cada regional, con respectiva justificación, población, número de atenciones.
PLANEACIÓN DISAN	Normatividad ambiental de obligatorio cumplimiento por terceros.
GRUPO TALENTO HUMANO DISAN	Normatividad referente a Seguridad/Salud en el trabajo, cumplimiento por terceros.
OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO	Actualización trámite de quejas, peticiones, sugerencias

La estructuración técnica y operativa del presente proceso contractual se encuentra alineada con los principios, lineamientos y alcance de la Gestión Farmacéutica Integral definidos en el Acuerdo 080 de 2022 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, particularmente en lo relacionado con gestión del riesgo farmacéutico, continuidad terapéutica, monitoreo operativo, trazabilidad de tecnologías en salud y seguimiento de resultados.

1.6.6. Contexto general de la operación farmacéutica

La operación farmacéutica del Subsistema de Salud de la Policía Nacional constituye un componente estructural del modelo de aseguramiento en salud, cuya finalidad es garantizar el acceso efectivo, continuo y oportuno a medicamentos en condiciones de calidad, seguridad y eficiencia para la población afiliada a nivel nacional. Esta operación se desarrolla en un entorno de alta complejidad, determinado por la dispersión geográfica de los usuarios, la heterogeneidad en las capacidades de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPRES) y Establecimientos de Sanidad Policial Complementarios (ESPCO), así como por las particularidades epidemiológicas y operativas propias del régimen especial.

Desde un punto de vista funcional, la gestión farmacéutica comprende la articulación integral de los procesos de selección, adquisición, almacenamiento, distribución, dispensación y seguimiento al uso de medicamentos, los cuales deben ejecutarse bajo estándares técnicos que garanticen no solo la disponibilidad de las tecnologías, sino también su utilización adecuada en el marco de la práctica clínica. En este sentido, la operación trasciende la lógica de abastecimiento y se configura como un sistema dinámico de gestión del ciclo del medicamento, estrechamente vinculado con la calidad de la atención en salud y los resultados clínicos de la población.

En términos de demanda, la operación farmacéutica se encuentra fuertemente influenciada por la carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías de alto costo y esquemas terapéuticos de larga duración, lo cual genera una presión sostenida sobre el consumo de medicamentos y, en consecuencia, sobre los recursos financieros del Subsistema. Este comportamiento se ve adicionalmente impactado por factores como la incorporación progresiva de nuevas tecnologías en salud, la variabilidad en los patrones de prescripción y la necesidad de garantizar tratamientos continuos sin interrupciones, especialmente en poblaciones con condiciones clínicas complejas.

A lo anterior se suman las dinámicas propias del mercado farmacéutico, caracterizadas por fluctuaciones en los precios, concentración de oferentes en determinados segmentos terapéuticos, riesgos de desabastecimiento y limitaciones en la disponibilidad de algunos principios activos. Estas condiciones introducen elementos de incertidumbre que afectan la planeación y ejecución de la operación, y que exigen la implementación de mecanismos contractuales y logísticos capaces de mitigar dichos riesgos y asegurar la continuidad en la prestación del servicio.

Desde la perspectiva de gestión del gasto, la operación farmacéutica representa uno de los principales componentes del costo en salud del Subsistema, lo que hace imperativo fortalecer los procesos de control y monitoreo orientados a garantizar la eficiencia en la asignación de recursos, la pertinencia médica en la formulación y el uso racional de medicamentos. En este contexto, la implementación de herramientas de seguimiento, auditoría y análisis del consumo se convierte en un elemento esencial para la toma de decisiones informadas y la optimización del gasto farmacéutico bajo criterios de costo-efectividad y generación de valor en salud.

7

De igual forma, la necesidad de garantizar condiciones homogéneas de acceso a medicamentos para la totalidad de los usuarios del Subsistema, independientemente de su ubicación geográfica, impone el reto de estandarizar las opciones terapéuticas disponibles y evitar inequidades en la prestación del servicio. Esta exigencia de equidad operativa refuerza la importancia de estructurar modelos de provisión que permitan una gestión integral, coordinada y uniforme de la operación farmacéutica a nivel nacional.

En este orden de ideas, el contexto general de la operación farmacéutica evidencia la necesidad de contar con un esquema organizacional y contractual que no solo responda a los requerimientos logísticos de suministro y dispensación de medicamentos, sino que también incorpore criterios de eficiencia, gestión del riesgo, control del gasto y garantía de la calidad en la atención, en concordancia con los principios que rigen la prestación de los servicios de salud en el Subsistema.

1.6.6.1. Ventajas de la operación farmacéutica centralizada

La adopción de un modelo de operación farmacéutica centralizada a nivel nacional permite estructurar un esquema integral de gestión que optimiza el desempeño del servicio farmacéutico en múltiples dimensiones. A continuación, se presentan las principales ventajas de este modelo, analizadas desde diferentes ámbitos estratégicos.

Gráfica 4. Beneficios de la adquisición y dispensación centralizada de medicamentos

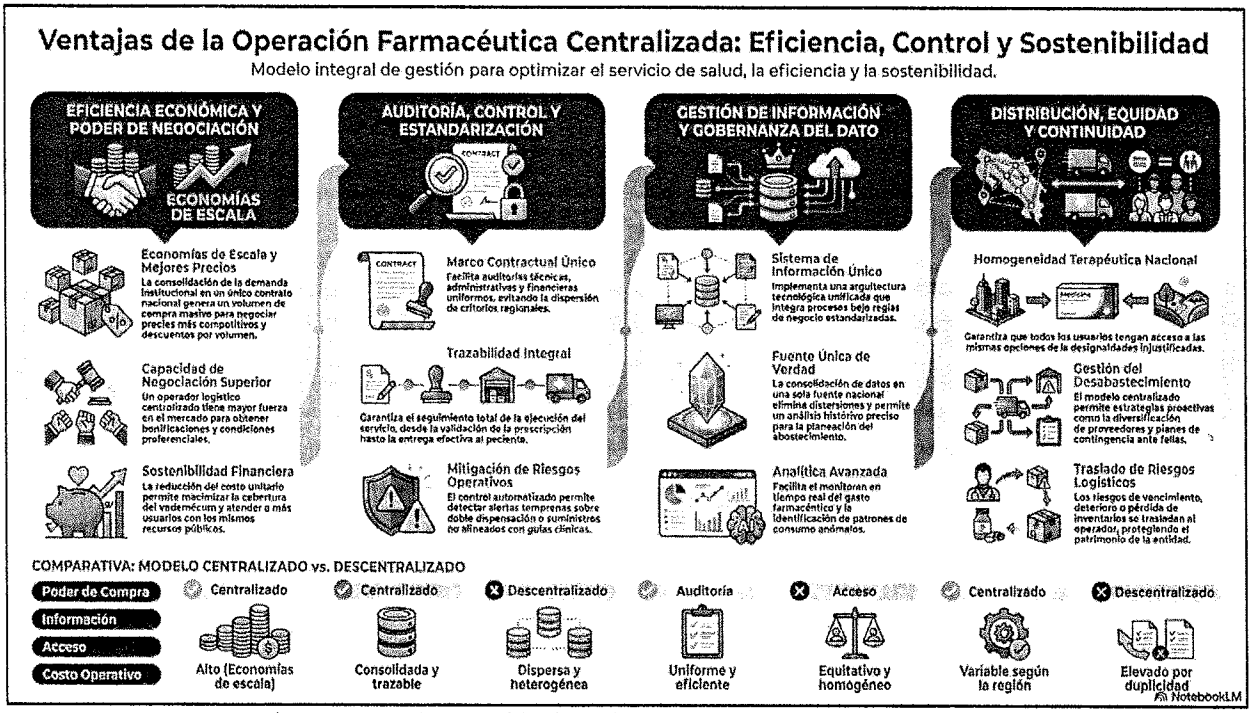


Imagen generada con IA (NotebookLM 2026) bajo parámetros emitidos por el Comité Estructurador del Estudio Previo del Contrato de Medicamentos.

1.6.6.1.1. Beneficios en materia de auditoría, control y estandarización de la operación farmacéutica

Desde la perspectiva de auditoría y control, la operación farmacéutica centralizada constituye un mecanismo eficiente para garantizar la trazabilidad, la estandarización de procesos y la vigilancia integral sobre la ejecución del servicio.

La existencia de un único operador y un solo marco contractual posibilita la implementación de esquemas de auditoría técnica, administrativa y financiera de manera uniforme, evitando la dispersión de criterios y metodologías propias de escenarios con múltiples contratos regionales. Esta homogeneidad fortalece la aplicación de lineamientos en materia de pertinencia médica, validación de la prescripción, control de la dispensación y verificación del cumplimiento contractual.

La consolidación de la información en una única fuente fortalece la capacidad analítica de la supervisión, permitiendo identificar patrones de consumo, detectar desviaciones frente a guías de práctica clínica y monitorear el comportamiento del gasto farmacéutico con mayor precisión.

Así mismo, se facilita la implementación de auditoría concurrente sobre la dispensación de medicamentos, reduciendo la probabilidad de eventos como la doble dispensación, entregas incompletas o suministro de tecnologías no alineadas con los lineamientos clínicos. Este enfoque favorece la adopción de mecanismos de control automatizados y sistemas de alertas tempranas para la mitigación de riesgos operativos y financieros.

A diferencia de lo anterior, en escenarios descentralizados la coexistencia de múltiples contratos con condiciones heterogéneas dificulta la estandarización de los procesos de auditoría, limita la capacidad de control oportuno y reduce la trazabilidad de la información, generando riesgos en la validación de la prescripción y en el seguimiento al consumo.

Adicionalmente, la centralización optimiza los recursos destinados a la supervisión, al concentrar los esfuerzos en un único operador, lo que mejora la eficiencia administrativa y fortalece la capacidad técnica del equipo auditor.

1.6.6.1.2. Ventajas en la gestión de la información del consumo y análisis histórico de rotación de medicamentos

La operación centralizada permite consolidar la información de consumo de medicamentos en una única fuente estructurada, homogénea y trazable a nivel nacional, superando las limitaciones asociadas a la dispersión de datos en modelos descentralizados.

Este enfoque posibilita la construcción de series históricas consistentes sobre la rotación de medicamentos, mejorando la precisión en la estimación de la demanda, la planificación del abastecimiento y la definición de estrategias de adquisición. La estandarización en los registros elimina distorsiones derivadas de metodologías heterogéneas de reporte.

La disponibilidad de información consolidada permite contrastar los consumos reportados en los puntos de dispensación con los datos del operador, facilitando la identificación de variaciones y comportamientos atípicos.

Desde la perspectiva de planeación, el acceso a datos históricos confiables favorece la anticipación de tendencias de consumo, la identificación de medicamentos de alta y baja rotación y el ajuste dinámico de las estrategias de abastecimiento, optimizando el uso de los recursos.

Adicionalmente, mejora la confiabilidad de las proyecciones financieras, al basarse en patrones reales de consumo y no en estimaciones fragmentadas.

En contraste, la fragmentación de fuentes de información en esquemas regionalizados dificulta la consolidación de datos, limita el análisis histórico y reduce la confiabilidad de las decisiones operativas y financieras.

1.6.6.1.3. Ventajas en el costo bruto del medicamento y eficiencia en la adquisición.

La adopción de un modelo centralizado permite optimizar de manera significativa el costo bruto de adquisición de los medicamentos, mediante la consolidación de la demanda institucional en un único proceso contractual a nivel nacional. Esta agregación de volúmenes constituye un factor determinante en la generación de economías de escala, las cuales se traducen en mejores condiciones comerciales frente a la industria farmacéutica y los distribuidores.

En este esquema, el gestor farmacéutico, al concentrar la totalidad de la demanda del Subsistema, adquiere una mayor capacidad de negociación en el mercado, lo que le permite acceder a precios más competitivos, descuentos por volumen, bonificaciones comerciales y condiciones preferenciales de suministro. Este poder de negociación resulta sustancialmente superior al que podría ejercer la Entidad en escenarios de contratación fragmentada o descentralizada, donde los volúmenes de compra se dispersan y se diluye la capacidad de obtener beneficios económicos significativos.

El modelo centralizado permite también al operador implementar estrategias comerciales y logísticas más flexibles en su relacionamiento con múltiples proveedores, incluyendo la posibilidad de diversificar fuentes de abastecimiento y optimizar condiciones de compra. Esta flexibilidad contrasta con las limitaciones propias de la contratación estatal directa, en la cual la Entidad se encuentra sujeta a marcos normativos que restringen la capacidad de negociación dinámica con el mercado farmacéutico.

Es importante destacar que, en múltiples escenarios, los gestores farmacéuticos especializados han logrado obtener condiciones comerciales más favorables mediante la intermediación con distribuidores y fabricantes, en comparación con aquellas que podrían alcanzarse a través de procesos de compra directa por parte de entidades públicas. Esto se debe, entre otros factores, a la capacidad del gestor para establecer relaciones comerciales continuas, manejar portafolios amplios de productos y aprovechar sinergias derivadas de su operación a gran escala. Todos estos beneficios que obtiene el gestor farmacéutico pueden trasladarse a la Entidad en precios bajos en la adquisición de los medicamentos teniendo en cuenta que es un componente de alto impacto en la evaluación económica, que incentiva a los proponentes a ofertar precios más competitivos para obtener un mayor puntaje.

Desde la óptica de la eficiencia del gasto, la reducción en el costo unitario de los medicamentos impacta directamente la sostenibilidad financiera del Subsistema, en la medida en que permite maximizar la cobertura del vademécum y atender un mayor número de usuarios con los mismos recursos disponibles. Así mismo, contribuye a mitigar la presión presupuestal generada por el incremento en la demanda de medicamentos, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas y patologías de alto costo.

En contraste, un modelo descentralizado o regionalizado implicaría la fragmentación de la demanda en múltiples procesos contractuales independientes, cada uno con su propio proceso de selección objetiva y estudio de mercado, lo que podría derivar en variabilidad en las condiciones de contratación entre regiones, afectando la equidad en el acceso a los medicamentos y la eficiencia global del gasto farmacéutico.

En este sentido, la centralización de la operación farmacéutica no solo representa una estrategia de optimización económica, sino que constituye un mecanismo estructural para garantizar la eficiencia en la adquisición de medicamentos, la sostenibilidad financiera del sistema y la adecuada gestión de los recursos públicos asignados a la atención en salud.

1.6.6.1.4. Ventajas en la distribución nacional y la homogeneidad de las opciones terapéuticas.

La estructuración de la operación farmacéutica bajo un modelo centralizado permite garantizar una distribución nacional eficiente y coordinada de los medicamentos, asegurando la disponibilidad oportuna de las tecnologías en salud en todos los puntos de atención del Subsistema, independientemente de su ubicación geográfica o nivel de complejidad.

En este esquema, la gestión logística se articula de manera integral a través de un único operador, quien asume la responsabilidad sobre la planificación, ejecución y control de la cadena de suministro a nivel nacional. Esto permite optimizar los tiempos de distribución, mejorar la cobertura de los puntos de dispensación y responder de manera oportuna a las variaciones en la demanda, reduciendo el riesgo de desabastecimiento y garantizando la continuidad en la prestación del servicio.

Uno de los principales beneficios de este modelo radica en la posibilidad de asegurar la homogeneidad en las opciones terapéuticas disponibles para cada principio activo dentro del vademécum institucional. Al centralizar la adquisición y gestión del portafolio de medicamentos, se garantiza que los usuarios del Subsistema tengan acceso a un conjunto estandarizado de alternativas terapéuticas, evitando diferencias injustificadas entre regiones o unidades prestadoras.

Esta estandarización contribuye de manera directa a la calidad de la atención, en la medida en que permite alinear la disponibilidad de medicamentos con las guías de práctica clínica y los lineamientos institucionales, favoreciendo la continuidad de los tratamientos y reduciendo la variabilidad en la prescripción médica. Así mismo, facilita la implementación de estrategias de uso racional de medicamentos y el seguimiento a los resultados en salud de la población afiliada.

Desde la perspectiva del usuario, la homogeneidad en las opciones terapéuticas garantiza condiciones de equidad en el acceso, evitando escenarios en los cuales un paciente pueda recibir tratamientos diferentes en función de su ubicación geográfica. Este aspecto resulta particularmente relevante en un Subsistema de cobertura nacional, en el cual debe prevalecer el principio de igualdad en la prestación de los servicios.

Adicionalmente, la centralización permite al operador gestionar de manera más eficiente la sustitución de marcas dentro de un mismo principio activo, asegurando la continuidad de los tratamientos ante eventuales dificultades de abastecimiento en el mercado. Esta flexibilidad operativa reduce el impacto de

las variaciones en la disponibilidad de medicamentos y fortalece la capacidad de respuesta del sistema frente a contingencias externas.

En contraste, un modelo descentralizado o regionalizado podría generar fragmentación en la gestión del portafolio de medicamentos, dando lugar a diferencias en las opciones terapéuticas disponibles entre regiones, inconsistencias en la aplicación de los lineamientos clínicos y riesgos en la continuidad de los tratamientos. Esta variabilidad no solo afecta la calidad de la atención, sino que introduce inequidades en el acceso a las tecnologías en salud y dificulta la implementación de políticas institucionales unificadas.

En este sentido, la centralización de la operación farmacéutica se consolida como un mecanismo fundamental para garantizar una distribución nacional eficiente, la estandarización de las opciones terapéuticas y la equidad en el acceso a medicamentos, en coherencia con los principios que rigen la prestación de los servicios de salud en el Subsistema.

Esta estrategia facilita también el cumplimiento normativo para el manejo de grupos de medicamentos que requieren autorizaciones especiales para su manejo, como el caso de medicamentos de Control Especial -Monopolio del Estado en donde contar con una cadena de prestadores unificada y robusta facilita reunir los requisitos para presentarlos ante los entes reguladores y obtener dichas autorizaciones en puntos de dispensación que presten el servicio de dispensación en el marco del contrato resultante, en los diferentes departamentos y regiones.

Un beneficio adicional a favor de un modelo centralizado con un operador especializado que asuma toda la operación farmacéutica se sustenta en que existe soporte que muestra que los gestores farmacéuticos han contribuido a tecnificar procesos críticos, y a realizar una evaluación constante de la necesidad/pertinencia, efectividad y seguridad de los medicamentos. Además, han desarrollado protocolos y guías de actuación para promover la vigilancia y el uso adecuado de los medicamentos con criterios técnicos, en problemas de salud relevantes y alineados con la sostenibilidad del sistema.

Lo anterior se ha logrado gracias a esquemas que han madurado en los últimos 30 años con profesionales de la salud, en especial químicos farmacéuticos y tecnólogos en regencia de farmacia, formados con la premisa de mejorar los servicios farmacéuticos y lograr los mejores resultados posibles para los pacientes y los sistemas de salud, con estrategias que contribuyen a la reducción de la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el proceso de utilización de los medicamentos (PRUM - errores de medicación) y de problemas relacionados con los resultados en salud de los medicamentos en los pacientes (RNM o el no logro de los objetivos terapéuticos buscados por el médico o por la aparición de problemas de salud adicionales)[1]

1.6.6.1.5. Ventajas en la implementación de un sistema de información único con despliegue nacional y gobernanza del dato.

La Dirección de Sanidad cuenta con el Módulo de Dispensación, sistema de información institucional que constituye el eje central de la gobernanza del dato desde la perspectiva farmacéutica del Subsistema, cuya administración es exclusiva de la Entidad. Bajo un esquema de contratación fragmentada o regionalizada, sería necesario desarrollar, desplegar y mantener múltiples versiones o instancias del módulo de dispensación —una por cada región o segmento contractual independiente—, lo que implicaría

[1] https://www.elespectador.com/salud/gestores-farmaceuticos-por-que-son-indispensables-en-el-sistema-de-salud/

una mayor complejidad técnica, duplicidad de esfuerzos de desarrollo y mantenimiento, y mayores exigencias de capacidad de redes y almacenamiento distribuidas entre distintos administradores regionales. La adopción de un modelo centralizado de operación farmacéutica, por el contrario, permite mantener una única interfaz de integración con el módulo de dispensación a nivel nacional, optimizando las capacidades de red y almacenamiento requeridas y garantizando la trazabilidad integral de los procesos, la calidad de los datos y la disponibilidad oportuna de la información para la toma de decisiones, todo ello bajo la administración exclusiva y permanente de la Dirección de Sanidad.

En este esquema, la existencia de un solo operador facilita su integración bajo una única interfaz con la arquitectura tecnológica del módulo de dispensación administrada por la Dirección de Sanidad, en la cual los procesos de prescripción, validación, dispensación, facturación y seguimiento al consumo de medicamentos se reportan bajo un mismo modelo de datos y reglas de negocio estandarizadas definidas por la Entidad. Esto permite asegurar consistencia en la información, interoperabilidad entre los diferentes niveles de atención y alineación con los lineamientos institucionales.

Desde la perspectiva de gobernanza del dato, la centralización permite establecer mecanismos claros de administración, control y aseguramiento de la calidad de la información, evitando la dispersión de fuentes y la duplicidad de registros. La existencia de una única fuente de verdad fortalece la confiabilidad de los datos, facilita su explotación analítica y permite soportar procesos de auditoría, seguimiento y evaluación con mayor precisión.

Adicionalmente, un sistema de información centralizado posibilita la implementación de herramientas avanzadas de analítica de datos, monitoreo en tiempo real, generación de alertas tempranas y seguimiento a indicadores de desempeño, lo que contribuye a mejorar la eficiencia operativa, el control del gasto y la calidad en la prestación del servicio farmacéutico.

Desde el punto de vista técnico, la implementación y operación de múltiples sistemas de información regionalizados implicaría enfrentar retos significativos en términos de interoperabilidad, estandarización de datos, sincronización de información y mantenimiento de la consistencia entre plataformas. La coexistencia de diferentes arquitecturas tecnológicas, proveedores de software y modelos de datos incrementa la complejidad de la integración, eleva los costos de operación y dificulta la consolidación oportuna de la información a nivel nacional.

Así mismo, la operación de sistemas fragmentados exige mayores capacidades en infraestructura tecnológica, incluyendo redes de comunicación, almacenamiento y procesamiento de datos, para garantizar la transmisión, validación y consolidación de la información proveniente de múltiples fuentes. Estas exigencias técnicas no solo incrementan la carga operativa y los costos asociados, sino que también introducen riesgos en la disponibilidad, integridad y seguridad de la información.

En contraste, un sistema de información único permite optimizar el uso de los recursos tecnológicos, simplificar la arquitectura de datos y reducir la complejidad operativa, al centralizar los procesos de gestión, almacenamiento y análisis de la información. Esto se traduce en una mayor eficiencia en la administración del sistema, una mejor capacidad de respuesta frente a incidentes y una mayor robustez en la seguridad de la información.

Finalmente, es importante señalar que la fragmentación de los sistemas de información en un modelo descentralizado limita la capacidad institucional para ejercer control efectivo sobre la operación

farmacéutica, dificulta la implementación de políticas unificadas y restringe el aprovechamiento estratégico de los datos como insumo para la toma de decisiones. En este sentido, la centralización no solo responde a criterios de eficiencia tecnológica, sino que constituye un habilitador fundamental para la transformación digital del Subsistema y el fortalecimiento de la gestión basada en datos.

1.6.6.1.6. Ventajas en el abastecimiento, continuidad del servicio y gestión del riesgo de desabastecimiento.

La estructuración de la operación farmacéutica bajo un modelo centralizado fortalece los procesos de abastecimiento de medicamentos, reduciendo el riesgo de interrupciones en la prestación del servicio a través de mecanismos concretos de gestión del riesgo de desabastecimiento, que se detallan a continuación.

A diferencia de un modelo fragmentado o regionalizado, en el cual el inventario de medicamentos se encuentra aislado dentro de cada proceso contractual independiente, un operador con cobertura nacional y responsabilidad integral sobre la cadena de suministro cuenta con la capacidad operativa de redistribuir dinámicamente el inventario disponible entre regiones, trasladando excedentes hacia puntos de dispensación que enfrenten un riesgo inminente de desabastecimiento. Esta capacidad de reasignación interregional, sumada al monitoreo permanente de los niveles de inventario a través de su integración con el módulo de dispensación, permite anticipar situaciones de riesgo y activar mecanismos de reposición o sustitución terapéutica antes de que se materialice una interrupción en el servicio, diligencia que resulta estructuralmente inviable en un esquema donde cada operador regional gestiona de forma aislada su propio inventario, consistente con la asignación del riesgo de desabastecimiento al Contratista establecida en el Anexo de Estimación, Tipificación, Asignación de Riesgos y Determinación de Garantías.
La centralización facilita la adopción de mecanismos proactivos de gestión del riesgo de desabastecimiento, tales como la diversificación de proveedores, la definición de niveles óptimos de inventario, la priorización de medicamentos críticos y la implementación de planes de contingencia frente a eventos adversos en la cadena de suministro. Estas estrategias permiten anticipar y mitigar situaciones que puedan afectar la disponibilidad de medicamentos, reduciendo su impacto sobre los usuarios.

Así mismo, el modelo centralizado permite gestionar de manera más eficiente la sustitución de marcas dentro de un mismo principio activo, garantizando la continuidad de los tratamientos aun en escenarios de agotamiento de existencias por parte de la industria farmacéutica, retiro de productos del mercado o limitaciones en la producción. Esta flexibilidad operativa es fundamental para asegurar que los usuarios no vean interrumpidos sus esquemas terapéuticos por causas ajenas a la Entidad.

Desde la perspectiva del usuario, la disponibilidad permanente de medicamentos constituye un elemento esencial para la calidad de la atención en salud, especialmente en el caso de patologías crónicas y tratamientos de larga duración. En este sentido, el modelo centralizado contribuye a reducir la generación de pendientes, mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos y garantizar la continuidad de los tratamientos, impactando positivamente los resultados en salud.

Adicionalmente, la centralización permite trasladar al operador los riesgos asociados al manejo de inventarios, incluyendo la obsolescencia, vencimiento, deterioro o pérdida de medicamentos, así como las contingencias derivadas de fallas en el abastecimiento. Este traslado de riesgos no solo reduce la exposición de la Entidad a pérdidas económicas, sino que incentiva al operador a implementar mecanismos eficientes de gestión y control sobre la cadena de suministro.

En contraste, en un modelo descentralizado o regionalizado, si bien el riesgo de manejo de inventarios podría trasladarse igualmente a cada operador regional, la fragmentación de dicha responsabilidad entre múltiples contratistas independientes dificulta la coordinación en los procesos de abastecimiento, limita la capacidad de respuesta conjunta frente a eventos de desabastecimiento y multiplica los frentes de supervisión y control que la Entidad debe adelantar simultáneamente, diluyendo el incentivo unificado de gestión eficiente que sí se logra al concentrar dicho traslado de riesgo en un único operador. Esta situación puede generar inequidades en el acceso, interrupciones en los tratamientos y mayores costos asociados a la gestión reactiva de contingencias, así como a la administración de múltiples relaciones contractuales de supervisión en paralelo.

En este sentido, la centralización de la operación farmacéutica se configura como un mecanismo clave para garantizar la continuidad del servicio, fortalecer la resiliencia de la cadena de suministro y asegurar una gestión eficiente y oportuna del abastecimiento de medicamentos a nivel nacional.

En conjunto, los elementos expuestos evidencian que la operación farmacéutica bajo un esquema centralizado a nivel nacional trasciende la optimización de los procesos logísticos y administrativos asociados al ciclo del medicamento, para consolidarse como un modelo integral de gestión que fortalece de manera articulada el control, la eficiencia y la calidad en la prestación del servicio. La consolidación de la información de consumo, la generación de economías de escala en la adquisición, la estandarización de las opciones terapéuticas, la implementación de un sistema de información único con adecuada gobernanza del dato y la gestión integral del abastecimiento configuran un entorno operativo más robusto, trazable y predecible. Este enfoque contribuye a mejorar la toma de decisiones, reducir la variabilidad en la prestación del servicio, optimizar el uso de los recursos públicos y garantizar condiciones homogéneas de acceso para la totalidad de los usuarios del Subsistema. En este contexto, la centralización de la operación farmacéutica se consolida como una estrategia estructural alineada con los principios de eficiencia, sostenibilidad financiera, control institucional y equidad en la atención, justificando plenamente su adopción frente a esquemas descentralizados o regionalizados.

1.6.7. Antecedentes de Gestión del Riesgo en Salud en Colombia

En Colombia, la gestión del riesgo en salud se ha consolidado progresivamente como el eje estructural del sistema de aseguramiento, evolucionando desde un modelo centrado en la atención de la enfermedad hacia un enfoque integral orientado a la identificación, intervención y seguimiento de los riesgos en salud de la población.

Este cambio de paradigma se fundamenta en la necesidad de mejorar los resultados en salud, optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, mediante la implementación de estrategias que permitan anticipar la ocurrencia de eventos en salud, intervenir oportunamente sobre los determinantes del riesgo y hacer seguimiento continuo a las condiciones de los afiliados.

En este contexto, el marco normativo colombiano ha definido lineamientos claros para la estructuración de modelos de atención basados en la gestión integral del riesgo. Normas como Ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015 establecieron las bases para fortalecer el enfoque preventivo, garantizar el derecho fundamental a la salud y orientar el sistema hacia resultados en salud.

Posteriormente, instrumentos como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) consolidaron un modelo de atención centrado en la gestión del riesgo, basado en la caracterización de la población, la definición de rutas integrales de atención y la articulación de los actores del sistema en torno a objetivos comunes de salud.

En desarrollo de este enfoque, disposiciones como el Decreto 682 de 2018 y la Resolución 497 de 2021 establecieron la obligatoriedad para las entidades aseguradoras de diseñar e implementar sistemas de gestión del riesgo que incluyan procesos de identificación, evaluación, medición, monitoreo y control de los riesgos en salud de la población afiliada, así como la definición de modelos de atención soportados en información oportuna, talento humano capacitado y herramientas de seguimiento a resultados.

De manera complementaria, el Decreto 441 de 2022 reforzó la orientación del sistema hacia la gestión del riesgo, incorporando elementos como la atención sin barreras, la priorización de poblaciones con condiciones de alto costo, la continuidad en la prestación de los servicios y la adopción de mecanismos de pago orientados a resultados en salud, así como el uso de herramientas como la nota técnica para el seguimiento financiero y operativo de los acuerdos entre actores.

Desde una perspectiva práctica, la gestión del riesgo en salud implica la capacidad de las entidades aseguradoras y de los sistemas de salud para:

- Identificar y caracterizar su población afiliada
- Estratificar los riesgos en salud según condiciones clínicas y determinantes sociales
- Implementar rutas integrales de atención diferenciadas
- Hacer seguimiento continuo a los resultados clínicos
- Intervenir oportunamente para evitar complicaciones y eventos adversos

Este enfoque resulta particularmente relevante en el contexto del manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y patologías de alto costo, en las cuales la continuidad del tratamiento, la adherencia terapéutica y el seguimiento clínico son determinantes para el control de la enfermedad y la reducción de complicaciones.

En este escenario, la gestión farmacéutica adquiere un papel central como componente estratégico de la gestión del riesgo en salud, en la medida en que los medicamentos constituyen una de las principales herramientas terapéuticas para la intervención sobre los riesgos identificados en la población. La disponibilidad oportuna de los medicamentos, la pertinencia en su prescripción, la adherencia al tratamiento y el seguimiento a su utilización impactan de manera directa los resultados en salud y el comportamiento del gasto.

Así mismo, la creciente presión sobre los recursos del sistema, derivada del aumento en la carga de enfermedad, la incorporación de nuevas tecnologías y el incremento en la demanda de servicios, ha reforzado la necesidad de implementar modelos de gestión del riesgo que permitan optimizar el uso de los recursos, priorizar intervenciones de alto impacto y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En este contexto, la gestión del riesgo en salud no solo constituye un lineamiento normativo, sino un componente esencial para la operación eficiente del aseguramiento, que requiere la articulación efectiva

entre los procesos clínicos, administrativos, financieros y farmacéuticos, con el fin de garantizar una atención integral, oportuna y de calidad para la población afiliada.

1.6.7.1. Gestión del Riesgo en Salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional

El Subsistema de Salud de la Policía Nacional - SSPN en el marco del Acuerdo número 070 del 2019 expedido por el CSSMP "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el SSFMPN" adaptó y adoptó las disposiciones normativas sobre Gestión del Riesgo del Ministerio de Salud. Durante el primer trimestre de la vigencia 2026, en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se realizaron 16.730 consultas de valoración integral dentro de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, como la puerta de entrada al subsistema y la derivación a las diferentes rutas de atención del riesgo. Es así como se ha registrado por momento curso de vida para adultez 4.632 valoraciones, seguida de primera infancia de 4.406 valoraciones, para vejez 2.194 valoraciones, para infancia 2.154 valoraciones, para juventud 1.742 valoraciones y para adolescencia 1.602 valoraciones.

Así mismo, se evidencia que el porcentaje de cobertura para la consulta de valoración integral en la vigencia 2025 alcanzó mayor cobertura para los momentos curso de vida Primera Infancia 79,88%, Adultez 78,97% y Juventud con un 75,90%.

Tabla 4. Consultas de Valoración Integral por momento curso de vida primer trimestre 2026

Momento Curso De Vida	Meta Anual 2025	Total, CVI 2025	% Cumplimiento 2025	Meta Anual 2026	Total, CVI 2026	% Cumplimiento 2026
Primera Infancia	32.850	26.214	79,88	28.571	4.406	15,42
Infancia	59.613	14.009	23,50	56.897	2.154	3,79
Adolescencia	60.991	8.740	14,33	60.281	1.602	2,66
Juventud	24.756	18.792	75,90	25.867	1.742	6,73
Adultez	50.749	40.076	78,97	56.944	4.632	8,13
Vejez	28.437	17.881	62,88	34.859	2.194	6,29

Elaborado por: Grupo Gestión del Riesgo en Salud DISAN
Fuente: Informe de Gestión ARASI Primer trimestre 2026

A marzo del 2026 de los 473.114 afiliados de 18 años o más, el 96% tiene evaluación del riesgo cardiovascular con la escala de Framingham, de este total, 97.492 usuarios fueron clasificados en los niveles de riesgo alto, muy alto y extremadamente alto, lo que corresponde aproximadamente al 21% de la población mayor de 18 años, es decir, cerca de 21 de cada 100 usuarios presentan un riesgo cardiovascular clínicamente significativo, lo cual requiere la implementación de seguimiento clínico estrecho, el inicio y ajuste oportuno de tratamiento farmacológico y el control de factores de riesgo, como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5. Población mayor de 18 años relacionada con el grupo de riesgo cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular mayor identificado a corte marzo 2026

Riesgo cardiovascular	Población >= 18 años	Población con HTA 2025	Población con HTA marzo 2026	Población con diabetes 2025	Población con diabetes marzo 2026	Población con dislipidemia 2025	Población con dislipidemia marzo 2026	Población con 1 o más RCCVM 2025	Población con 1 o más RCCVM marzo 2026

a. Riesgo bajo	292.442	15.207	23.986	3.347	3.793	37.066	39.017	46.051	57.564
b. Riesgo Moderado	63.310	20.762	24.621	5.996	6.514	28.317	29.808	33.948	42.435
c. Riesgo Alto	55.993	33.271	36.261	15.584	16.298	30.226	31.817	36.860	46.076
d. Riesgo Muy Alto	24.475	19.467	20.271	12.721	13.009	14.915	15.701	18.057	22.572
e. Riesgo Extremadamente alto	17.024	16.349	16.321	13.132	13.112	11.911	12.538	13.546	16.933
f. Pendiente por clasificar	19.870	47	277	14	76	393	414	502	628
SSPN >= 18 años	473.114	105.103	121.737	50.794	52.802	122.830	129.295	148.966	186.208
Prevalencia	97492	22%	26%	11%	11%	26%	27%	31%	39%
Incremento marzo 2026			16%		4%		5%		25%

Elaborado por: Grupo Gestión del Riesgo en Salud DISAN
Fuente: Bases de datos propias GUGER

Así mismo, el 39% de la población tiene 1 o más factores de riesgo cardiovascular mayor identificado (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus o Dislipidemia), los cuales si no se logra su control con las medidas no farmacológicas y ajustado al riesgo requieren manejo farmacológico para lograr impactar el riesgo de complicaciones cardio cerebro vasculares que después de las traumáticas son la principal causa de morbimortalidad en el SSPN. Durante el periodo se ha incrementado la identificación de los factores de riesgo mayor en un 25% con respecto a 2025 lo que genera una mayor presión en el uso de medicamentos.

Tabla 6. Distribución del número de casos de cáncer años 2025 y primer trimestre del año 2026 por RASES en el SSPN.

Distribución Poblacional del SSPN con Cáncer				
	2025		2026	
RASES	No Casos totales	Porcentaje	No Casos nuevos	Porcentaje
1	5.077	45%	5	9,40%
2	583	5,10%	4	7,50%
3	890	7,80%	10	18,80%
4	1.188	10%	9	16,90%
5	546	4,80%	9	16,90%
6	1.562	14%	3	5,60%
7	513	4,50%	7	13,20%
8	978	8,60%	6	11,30%
TOTAL	11.337	100%	53	100%

Elaborado por: Grupo Gestión del Riesgo en Salud DISAN
Fuente: Bases de datos propias GUGER

En la Tabla 6, se muestra la prevalencia de la patología oncológica para los años 2025 con un total de 11.337 casos distribuidos en las diferentes RASES del país y su peso porcentual de representación de la patología oncológica, además de los datos nuevos o incidentes del primer trimestre del año 2026,

evidenciándose la siguiente distribución total para la vigencia 2026 entre casos prevalentes e incidentes: Regional 1 con (5.082) casos seguida de la regional 6 con (1.565) y la regional 4 con (1.197) casos respectivamente. Estas tres regionales representan el 68.8% del total de casos existente en el SSPN. Esta patología representa la segunda causa de gasto de medicamentos y dispositivos médicos, además de mortalidad a nivel mundial, en Colombia y en el SSPN.

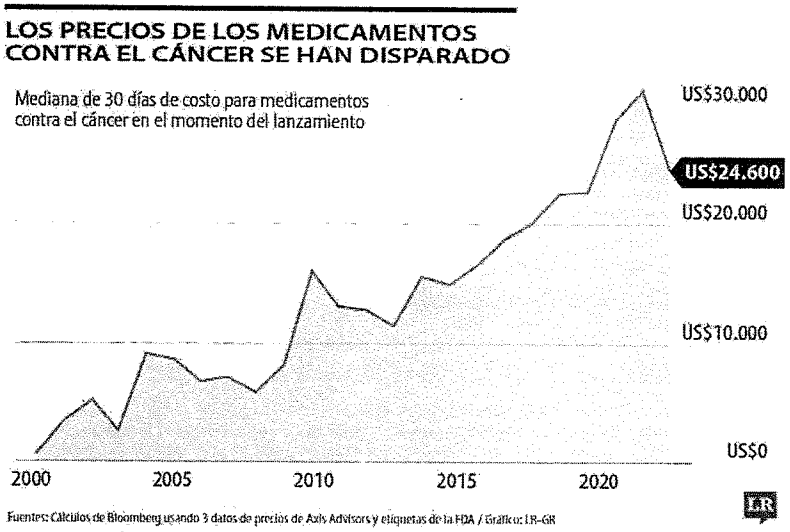
En relación al cáncer Infantil, que es uno de los canceres priorizados desde el Ministerio de Salud y Protección Social, la prevalencia reportada en el año 2025 correspondió a (143) casos y en lo corrido del primer trimestre de 2026 la incidencia fue de (02) casos, para un total de asciende a (145) casos; de los cuales se tiene en las estadísticas con respecto al género una mayor prevalencia en el género masculino representando el 56% para (81 pacientes) y de 44% para el género femenino con (64 pacientes).

En la actualidad la gestión del riesgo se realiza con base en la sensibilización de factores de riesgo modificables como el tabaco, alcohol sedentarismo y la alimentación saludable, además de la realización de tamizajes de acuerdo al tipo de cáncer y momento curso de vida y el seguimiento mediante los indicadores del (GEINF) y los indicadores consagrados en la circular 022 de 2025 del MPS que guardan estrecha relación con la gestión de los medicamentos ya que miden la oportunidad y continuidad en el tratamiento entre otros aspectos.

Rutas de Atención Integral (RIAS) y consumo de medicamentos, variaciones en cada cohorte.

Los medicamentos oncológicos y de manejo de enfermedades huérfanas o raras son costosos debido a los elevados costos de investigación y desarrollo, procesos regulatorios estrategias de precios basadas en el valor terapéutico y la alta demanda. De allí la necesidad de implementar las disposiciones descritas en el decreto 441 de 2022 además de seleccionar metas o indicadores de calidad, gestión y resultados acorde con la tecnología o servicio contratado.

Gráfica 5. Tendencias del comportamiento en medicamentos para atención oncológica.



Suministrado por: Grupo Gestión del Riesgo en Salud DISAN

Fuente: https://www.larepublica.co/salud-ejecutiva/medicamentos-contra-el-cancer-cuestan-mas-que-nunca-a-menudo-no-extienden-vidas-4145258

En la gráfica anterior se muestra el comportamiento de los precios de medicamentos contra el cáncer y su tendencia en las dos décadas anteriores. En el año 2025 el mercado latinoamericano de fármacos oncológicos se acercó a los 15.000 millones de dólares, muy por encima del crecimiento del PIB regional. En Colombia, los medicamentos oncológicos alcanzaron 41 % del costo farmacológico total para el año 2023.

Sin embargo, un análisis de JAMA Oncology de un subconjunto de tumores sólidos importantes estimó que cuatro de cada cinco muertes por cáncer evitadas entre 1975 y 2020 se debieron a mejores exámenes de detección y medidas preventivas de salud, no a nuevos tratamientos. De lo anterior se colige que las acciones de detección temprana y protección específica siguen siendo relevantes en la gestión del riesgo de patologías crónicas no transmisibles ECNT y de alto impacto como el cáncer y las EHR.

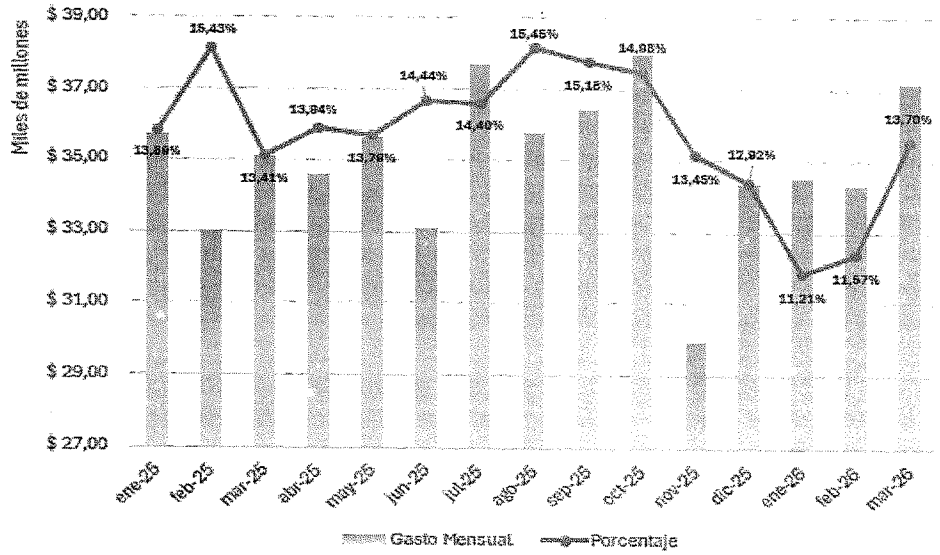
Tabla 7. Comportamiento del costo en entregas de medicamentos para patologías crónicas no transmisibles ECNT y de alto impacto como el cáncer y enfermedades huérfanas

	dic-25	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26
Gasto Cáncer	$ 4.438.970.036,73	$ 3.872.088.708,35	$ 3.973.973.415,00	$ 5.393.595.482,00	$ 4.647.517.727,00	$ 4.803.070.586,00
GastoGeneral	$ 34.366.200.747,07	$ 34.538.585.595,96	$ 34.334.757.145,67	$ 37.500.446.046,00	$ 35.853.312.422,00	$ 36.258.558.233,00
Porcentaje	12,92%	11,21%	11,57%	14,38%	12,96%	13,25%

Elaborado por: Grupo Gestión del Riesgo en Salud DISAN
Fuente: Informe Final de Gestión ARASI 2023, 2024, 2025 y Ier Trimestre 2026.

En la Tabla 7, muestra la participación del gasto en medicamentos oncológicos frente al gasto total de medicamentos entre diciembre de 2025 y mayo de 2026 dentro del SSPN. Desde la perspectiva de gestión financiera, puede concluirse que los medicamentos para el tratamiento del cáncer representan aproximadamente uno de cada ocho pesos invertidos mensualmente en medicamentos por la Dirección de Sanidad. Aunque el gasto muestra una participación relativamente estable, el incremento observado en marzo de 2026 pone de manifiesto la necesidad de realizar un seguimiento específico a este grupo terapéutico, debido a que pequeñas variaciones en el número de pacientes o en la utilización de terapias de alto costo generan impactos significativos sobre la ejecución presupuestal mensual.

Gráfica 6. Comportamiento del gasto de medicamentos oncológicos años 2025 y 2026.



Elaborado por: Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026
Fuente: MDM

1.6.7.1.1. Implementación de las RIAS, cambios normativos y actualización de guías de manejo que requiere la disposición de nuevas tecnologías en salud (medicamentos y vacunas)

En el Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encuentran implementadas las RIAS descritas en la resolución 3280 de 2018, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal humanizada, además se priorizaron los grupos de riesgo de cardio cerebro vascular, metabólico, cáncer, maternidad extrema, salud mental, enfermedades infecciosas, alteraciones y trastorno de la salud bucal, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos degenerativos - autoinmune y enfermedades huérfanas. Para ello se definieron lineamientos, guías e indicadores de salud para el seguimiento.

Con la expedición de nuevas disposiciones normativas particularmente relacionadas con la creación de nuevas moléculas y dispositivo médicos utilizados en el tratamiento de patologías oncológicas, cardiovascular, diabéticas y de enfermedades huérfanas en general, se producen cambios y se crean nuevos desafíos para el abordaje o manejo de los pacientes y su gestión del riesgo en general. Normas como la Resolución 695 de 2026 "Por la cual se definen los servicios y tecnologías excluidas de la financiación de recursos públicos", la Resolución 542 de 2025 "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de los medicamentos para el tratamiento de enfermedades huérfanas, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se dictan otras disposiciones". Proporcionan un escenario favorable para la adquisición de medicamentos necesarios en el manejo de la patología de enfermedades huérfanas en especial la Hemofilia, toda vez que se pueden realizar convenios con el MPS para su adquisición a bajos costos con fundamento a lo consagrado en el artículo 90 de la Ley 1438 de 2011, que faculta a las entidades públicas para realizar compras centralizadas de medicamentos.

El Decreto 441 de 2022 "*Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud*" básicamente se

garantiza la complementariedad y adaptabilidad que en este caso en particular debe realizar el SSPN con la ley 80 de 1993 para efecto de suscribir acuerdos de voluntades con las instituciones prestadoras de servicios de salud en los aspectos relacionados con la implementación de los elementos mínimos, las modalidades de pago y la generación o expedición de autorizaciones integrales. Desde las modalidades de pago "Artículo 2.5.3.4.2.3. Modalidades de pago aplicables en los acuerdos de voluntades. En los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de las partes para los servicios y tecnologías en salud incluidos en el Plan de Beneficios de Salud o en el Plan de Intervenciones Colectivas" se abre un espacio de nuevas alternativas o formas de pago en los contratos que de alguna forma garantizan mejoramiento en la gestión del riesgo y control o reducción de gastos con el uso de la nota técnica que permite realizar ajustes del riesgo en la relación contractual.

Finalmente, la Circular 022 de 2025 "*Instrucciones para el reporte de información de las atenciones en salud a los casos Incidentes de Cáncer en Colombia*". La obligatoriedad de reportar información de las atenciones en salud generadas frente a la aparición de nuevos casos (casos incidentes) de cáncer en cuanto a la etapa de diagnóstico, estadificación y tratamiento. Impactan el uso y consumo de medicamentos en estos pacientes.

Ante los datos reportados sobre el consumo de medicamentos de la enfermedad cardio cerebro vascular y metabólica junto con el cáncer y enfermedades huérfanas, manifestada en el costo de medicamentos para su tratamiento, el SSPN enfrentan un doble reto que impacta la sostenibilidad financiera. Por un lado, la obligatoriedad de garantizar las tecnologías y demás servicios requeridos por los usuarios y por otro administrar de manera eficiente de los recursos financieros que permitan precisamente esa garantía al derecho a la salud y las demás tecnologías incluyendo los medicamentos y dispositivos médicos formulados en el proceso de atención.

Es por ello que se plantean unas conclusiones en pro de mitigar el gasto, la morbimortalidad y de mejorar la gestión de estos grupos de riesgo y sus patologías.

- Fortalecer las acciones de promoción y prevención mediante la detección temprana la protección específica y la educación en los usuarios del SSPN en todos los momentos curso de vida. En especial en los grupos de riesgos priorizados del cáncer, la ECCVM y las EHR garantizando la integralidad de la atención con equipos multidisciplinarios.
- Robustecer la información disponible relacionada con el reporte de registros, dadas las dificultades para cumplir con los estrictos criterios de calidad de datos, lo cual se convierte en una limitación importante para el control y el seguimiento.
- Fortalecer las acciones de detección temprana, protección específica y educación para la salud en los usuarios del SSPN en todos los momentos curso de vida.
- Garantizar los ciclos de tratamiento oncológicos completos según prescripción médica con la expedición de autorizaciones integrales
- Implementar programas de seguimiento y control de Hipertensión y Diabetes en las RASES (1,4,6,8) de mayor población de usuarios con estas patologías
- Con la implementación de los programas de seguimiento (HTA-DM) se gestionaría además de la enfermedad, las dosis máximas, las frecuencias de uso, las duplicidades terapéuticas y el uso de guías de atención basadas en la evidencia y reconocidas por las autoridades nacionales e internacionales de salud.

- Prescribir los medicamentos respetando lo consagrado en las guías de atención, evitando el salto o jerarquía del medicamento en sus opciones

1.6.8. MODALIDADES DE DISPENSACIÓN

La gestión farmacéutica constituye un componente esencial dentro de la intervención del riesgo en salud, en la medida en que articula los procesos asociados al ciclo del medicamento, desde su selección y adquisición hasta su dispensación y seguimiento al uso en los diferentes ámbitos de atención.

En este contexto, la dispensación de medicamentos se configura como una actividad crítica, orientada a garantizar que las tecnologías farmacológicas prescritas sean entregadas en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y seguridad, contribuyendo de manera directa a la efectividad de los tratamientos y a los resultados en salud de la población atendida.

Gráfica 7. Modalidades de dispensación de medicamentos



Imagen generada con IA (NotebookLM 2026) bajo parámetros emitidos por el Comité Estructurador del Estudio Previo del Contrato de Medicamentos.

Para tal efecto, el modelo de operación farmacéutica contempla distintas modalidades de dispensación, definidas de acuerdo con el ámbito de atención del paciente y las particularidades del proceso asistencial, integrando criterios técnicos, normativos y operativos que aseguren el uso adecuado de los medicamentos en cada escenario.

Estas modalidades deben desarrollarse en cumplimiento del marco normativo vigente, particularmente lo establecido en el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1403 de 2007 y la Resolución 3100 de 2019, así

como las disposiciones específicas del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, garantizando la calidad en la prestación del servicio farmacéutico.

1.6.8.1. Dispensación ambulatoria

La dispensación ambulatoria corresponde a la entrega de medicamentos formulados por un profesional de la salud a usuarios cuya condición clínica no requiere hospitalización, siendo atendidos en el ámbito de consulta externa dentro de la red propia o, cuando aplique, en la red contratada con la debida validación institucional.

Esta modalidad reviste una especial importancia dentro del modelo de atención, en la medida en que el proceso de administración del medicamento se realiza fuera del entorno asistencial, quedando bajo la responsabilidad directa del usuario o su cuidador. En este contexto, la dispensación no se limita a la entrega del producto farmacéutico, sino que implica la provisión de información clara, suficiente y comprensible que garantice su uso seguro, efectivo y conforme a la prescripción médica.

En este sentido, el servicio farmacéutico debe asegurar que durante el proceso de dispensación se brinde orientación adecuada sobre aspectos como la dosis, frecuencia, duración del tratamiento, condiciones de almacenamiento, posibles interacciones y signos de alarma, contribuyendo a fortalecer la adherencia terapéutica y a minimizar riesgos asociados al uso inadecuado de los medicamentos.

Adicionalmente, la operación debe garantizar condiciones que favorezcan la oportunidad en la entrega, la disponibilidad de los medicamentos prescritos y la reducción de pendientes, aspectos fundamentales para asegurar la continuidad de los tratamientos, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o de manejo prolongado.

En este contexto, la dispensación ambulatoria se consolida como un componente fundamental en la gestión del riesgo en salud, en la medida en que impacta directamente la adherencia al tratamiento, la efectividad clínica y la prevención de complicaciones asociadas al uso inadecuado de los medicamentos.

1.6.8.2. Dispensación hospitalaria

La dispensación hospitalaria comprende el suministro de medicamentos a usuarios que se encuentran en condición de hospitalización en la red propia del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en el marco de la atención intrahospitalaria.

A diferencia del ámbito ambulatorio, en este escenario el proceso de dispensación se encuentra integrado al acto asistencial y requiere la intervención coordinada de profesionales de la salud, en particular del equipo médico, de enfermería y del servicio farmacéutico, garantizando un mayor nivel de control sobre la administración de los medicamentos.

En este contexto, la dispensación hospitalaria debe asegurar el cumplimiento de prácticas seguras orientadas a la correcta utilización de los medicamentos, incluyendo la verificación del paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía de administración correcta y el momento adecuado, así como la disponibilidad de información clara para el equipo asistencial sobre su uso, preparación y condiciones de conservación.

Desde el punto de vista operativo, resulta fundamental la implementación de sistemas de distribución de medicamentos que fortalezcan la seguridad del paciente y la trazabilidad del proceso, destacándose el modelo de distribución en dosis unitaria como una práctica recomendada para clínicas y hospitales. Este sistema permite un mayor control sobre la dispensación y administración de los medicamentos, reduce el riesgo de errores, optimiza el uso de los recursos y facilita el seguimiento al consumo individual por paciente.

1.6.8.2.1. Centrales de mezclas

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional requiere garantizar la adecuada ejecución de los procesos asociados al sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria hospitalaria, adecuación de dosis, reenvasados, reempaque y preparación de medicamentos estériles y no estériles requeridos para la atención integral de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, especialmente en el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN) y en los Establecimientos de Sanidad Policial Complementarios (ESPCO) dispuestos a nivel nacional.

La complejidad técnica y sanitaria inherente a este tipo de procesos farmacéuticos especializados implica riesgos significativos relacionados con contaminación microbiológica, inestabilidad fisicoquímica, errores de preparación, pérdida de trazabilidad y demás eventos que pueden comprometer la seguridad del paciente, la calidad de los medicamentos preparados y la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

En ese sentido, la Entidad ha identificado la necesidad de fortalecer los controles técnicos, operativos y sanitarios asociados a los procesos de adecuación, preparación y manipulación de medicamentos, especialmente aquellos relacionados con preparaciones estériles, antibióticos parenterales, medicamentos de alto riesgo y sistemas de distribución en dosis unitaria hospitalaria, considerando la criticidad clínica de estas tecnologías y el impacto que una inadecuada manipulación puede generar sobre la seguridad de los usuarios y la operación asistencial institucional.

Por lo anterior, resulta indispensable que el gestor farmacéutico cuente directamente o mediante contratación de un tercero especializado, con una Central de Mezclas y/o establecimiento farmacéutico debidamente certificado en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) por el INVIMA, conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*, la Resolución 1403 de 2007 "*Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones*", la Resolución 444 de 2008 "*por la cual se adopta el Instrumento de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones*" y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan, garantizando el cumplimiento permanente de las condiciones técnicas, locativas, tecnológicas, de aseguramiento de calidad, control microbiológico, validación de procesos, trazabilidad y gestión del riesgo exigidas por la normatividad sanitaria vigente.

Así mismo, la Dirección de Sanidad considera necesario que dichas capacidades técnicas y operativas se encuentren disponibles para garantizar cobertura al Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN) y a cada uno de los Establecimientos de Sanidad Policial Complementarios (ESPCO) que requieran la prestación de este tipo de servicios farmacéuticos especializados durante la ejecución contractual.

asegurando condiciones adecuadas de oportunidad, continuidad, calidad y seguridad en la prestación del servicio farmacéutico institucional.

1.6.8.2.2. Quimioterapia endovenosa

La preparación y manejo de medicamentos antineoplásicos para administración endovenosa constituye uno de los procesos de mayor complejidad dentro del servicio farmacéutico, debido a su elevada toxicidad, estrecho margen terapéutico y los riesgos asociados tanto para el paciente como para el personal encargado de su manipulación.

En este contexto, la gestión de la quimioterapia endovenosa requiere condiciones técnicas estrictas que garanticen la seguridad en todas las etapas del proceso, desde la validación de la prescripción hasta la preparación, distribución y administración del medicamento. En particular, resulta indispensable asegurar la correcta dosificación, la estabilidad de la mezcla, la compatibilidad de los componentes y la adecuada identificación del producto final.

La institucionalización del proceso requiere establecer puntos de control críticos que fortalecen la calidad del servicio, tales como la validación farmacéutica previa, la estandarización de procedimientos, la trazabilidad de las preparaciones y la correcta rotulación de los medicamentos, incluyendo la identificación completa del paciente, el principio activo, la dosis y las condiciones de administración.

Adicionalmente, este modelo reduce la variabilidad en la preparación de los medicamentos, mejora la precisión en la dosificación y contribuye a disminuir la probabilidad de errores asociados a la manipulación de sustancias de alta peligrosidad.

Una vez realizada la preparación, el medicamento debe ser entregado al equipo asistencial bajo condiciones que garanticen su integridad y estabilidad, siendo responsabilidad del personal de enfermería verificar las condiciones previas a su administración, en concordancia con los protocolos de seguridad del paciente.

En este sentido, la preparación centralizada de quimioterapia endovenosa no solo responde a exigencias normativas, sino que constituye un requisito técnico indispensable para garantizar la seguridad del paciente, la protección del talento humano y la calidad en la prestación del servicio farmacéutico en el ámbito hospitalario.

1.6.8.2.3. Nutrición parenteral

La preparación y manejo de nutriciones parenterales constituye un proceso de alta complejidad dentro del servicio farmacéutico hospitalario, debido a la naturaleza de sus componentes, la necesidad de condiciones estrictas de asepsia y la sensibilidad de las mezclas a factores físicos, químicos y microbiológicos.

Este tipo de preparaciones está compuesto por múltiples nutrientes y aditivos, cuya estabilidad depende de variables como la compatibilidad entre componentes, las condiciones de almacenamiento y el tiempo transcurrido desde su preparación, lo que hace indispensable un manejo técnico especializado que garantice la calidad y seguridad del producto final.

En este contexto, la preparación de nutrición parenteral debe realizarse de manera centralizada en áreas especializadas, con condiciones controladas de asepsia y bajo protocolos estandarizados que aseguren la correcta manipulación de los insumos, la prevención de la contaminación microbiológica y la estabilidad de las mezclas. La utilización de centrales de mezclas permite optimizar estos procesos, garantizando un entorno adecuado para la elaboración segura de las preparaciones.

La centralización del proceso favorece la estandarización de fórmulas, la optimización en el uso de los recursos y la reducción de la variabilidad en la preparación, lo cual contribuye a mejorar la calidad del servicio y a minimizar riesgos asociados a errores en la dosificación o incompatibilidades fisicoquímicas.

Adicionalmente, permite generar información sistemática sobre el uso de los componentes nutricionales, facilitando el análisis del consumo, la planificación de insumos y la toma de decisiones orientadas a la mejora continua del servicio.

1.6.8.2.4. Unidosis antibióticas

El manejo de antibióticos de uso intrahospitalario constituye otro componente crítico dentro de la atención en salud, en la medida en que su adecuada selección, dosificación y administración inciden directamente en el control de las infecciones, la evolución clínica del paciente y la prevención de complicaciones asociadas.

En este contexto, la implementación de esquemas de dispensación bajo el modelo de unidosis permite fortalecer el control sobre la administración de estos medicamentos, garantizando que cada paciente reciba la dosis exacta prescrita, en el momento indicado y bajo condiciones que minimicen el riesgo de errores.

Este enfoque contribuye a optimizar la oportunidad en la administración, aspecto determinante en el manejo de infecciones, especialmente en escenarios de alta complejidad, donde retrasos en la administración pueden impactar negativamente los resultados clínicos.

Adicionalmente, el modelo de unidosis favorece el uso racional de antibióticos, al reducir la manipulación innecesaria, evitar desperdicios y facilitar el seguimiento individualizado del tratamiento, lo que resulta fundamental en la prevención de fenómenos como la resistencia antimicrobiana.

Desde el punto de vista operativo, este esquema permite mejorar la trazabilidad del medicamento, fortalecer el control sobre el consumo y facilitar la articulación con programas institucionales de optimización del uso de antimicrobianos, contribuyendo a la estandarización de prácticas clínicas y al cumplimiento de lineamientos en materia de seguridad del paciente.

Así mismo, la correcta gestión de la terapia antibiótica se asocia con la disminución de la estancia hospitalaria, la reducción de eventos adversos y la optimización de los desenlaces clínicos, generando impactos positivos tanto en la calidad de la atención como en la eficiencia del uso de los recursos.

En contraste, la ausencia de mecanismos estructurados de dispensación y control puede incrementar el riesgo de errores en la administración, uso inadecuado de antibióticos y variabilidad en la práctica clínica, afectando la efectividad de los tratamientos y favoreciendo la aparición de resistencia antimicrobiana.

En conjunto, las modalidades de dispensación descritas evidencian que el servicio farmacéutico debe adaptarse a las particularidades de cada ámbito de atención, garantizando condiciones diferenciales de control, seguridad y oportunidad en el uso de los medicamentos. Tanto en el entorno ambulatorio como en el hospitalario, la dispensación trasciende la entrega del producto farmacéutico, configurándose como un proceso técnico y asistencial que impacta directamente la adherencia terapéutica, la efectividad clínica y la prevención de eventos adversos.

La adecuada articulación entre los procesos de validación, preparación, distribución y administración de medicamentos, junto con la implementación de modelos como la dosis unitaria y la centralización de preparaciones de alta complejidad, contribuye a fortalecer la seguridad del paciente, la trazabilidad de la información y el uso racional de los recursos farmacéuticos.

En este sentido, la definición e implementación de modalidades de dispensación ajustadas a criterios técnicos y normativos no solo garantiza el cumplimiento de estándares de calidad en la prestación del servicio, sino que se constituye en un componente fundamental de la gestión del riesgo en salud, al asegurar la continuidad de los tratamientos, la reducción de la variabilidad en la atención y la optimización de los resultados en salud de la población atendida.

1.6.9. Fundamentación epidemiológica y asistencial de la necesidad de continuidad en el suministro farmacéutico

El fundamento primario de la presente necesidad reside en el perfil poblacional, epidemiológico y de consumo del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN). La totalidad de la información demográfica, de atenciones en salud, de morbilidad por momento de curso de vida, de egresos hospitalarios y de consumo de tecnologías farmacéuticas que se desarrolla de manera detallada en el numeral 1. "ANÁLISIS DE LA DEMANDA" del título II. ESTUDIO DEL SECTOR del presente estudio no constituye un ejercicio meramente descriptivo o estadístico, sino la evidencia empírica directa de la cual se deriva el imperativo central de esta contratación: la necesidad de garantizar un servicio farmacéutico prestado de forma ininterrumpida, oportuna y técnicamente idónea, capaz de responder a las condiciones de salud de toda la población usuaria. A continuación se sintetiza y articula dicha evidencia como sustento de la presente justificación.

1.6.9.1. Magnitud, estabilidad y dispersión territorial de la población usuaria

El SSPN mantiene una población afiliada estable y de gran magnitud, con una media cercana a los 616.000 usuarios mensuales durante el periodo analizado, con registros que oscilan de forma sostenida entre los 605.000 y los 624.000 afiliados por mes entre 2022 y 2026. Esta estabilidad poblacional no es un dato accesorio para la motivación de la necesidad: evidencia que la demanda de servicios farmacéuticos no responde a fenómenos coyunturales o transitorios, sino a una base poblacional permanente que requiere atención continua y previsible a lo largo del tiempo. En consecuencia, el instrumento contractual que se estructure debe estar diseñado para responder a una demanda estructural y sostenida, no episódica.

Dicha población se encuentra distribuida a lo largo de todo el territorio nacional, en más de mil (1.000) municipios, incluyendo un componente de población ubicada en zonas apartadas de los cascos urbanos principales. Esta dispersión territorial multiplica la complejidad logística de la operación farmacéutica y refuerza la necesidad de un esquema de suministro que garantice cobertura homogénea, continua y sin discriminación geográfica, en observancia del principio de igualdad en el acceso a los servicios de salud.

La sola magnitud y distribución de la población demuestra que cualquier interrupción en el suministro no afectaría a casos aislados, sino a una masa poblacional crítica dispersa en la totalidad del territorio nacional, lo que eleva el impacto potencial de cualquier falla en la continuidad del servicio.

1.6.9.2. Volumen y estructura de las atenciones en salud

El volumen de atenciones en salud del Subsistema confirma la intensidad de la demanda asistencial y, con ella, la demanda farmacéutica derivada. Durante la vigencia 2023, el SSPN registró 4.928.215 consultas ambulatorias, 767.468 consultas hospitalarias y 441.174 consultas de urgencias, cifras que evidencian una operación asistencial de escala considerable y sostenida mes a mes. Para la vigencia 2025, el total de atenciones por consulta ascendió a 6.457.670, de las cuales el 80,2% correspondió al ámbito ambulatorio. Esta magnitud de atenciones se traduce, de manera directa, en prescripciones que requieren respaldo farmacéutico oportuno; de ahí que la capacidad de suministro constituya un elemento crítico para la efectividad de la totalidad del modelo asistencial.

La preponderancia del ámbito ambulatorio —donde se concentra cuatro de cada cinco atenciones— es especialmente relevante desde la perspectiva de la justificación de la necesidad, por cuanto es precisamente en este escenario donde predomina el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo tratamiento exige la dispensación continua e ininterrumpida de medicamentos de uso permanente. La estructura de las atenciones, por tanto, no solo dimensiona la demanda en términos de volumen, sino que anticipa su naturaleza: una demanda dominada por patologías que no admiten discontinuidad terapéutica sin consecuencias clínicas inmediatas.

1.6.9.3. Transición epidemiológica hacia la cronicidad

El análisis de la morbilidad entre 2022 y marzo de 2026, desagregado por momento de curso de vida, evidencia una transición epidemiológica sostenida hacia una mayor carga de enfermedad crónica, concentrada en cerca del 70% de las atenciones en los momentos de adultez y vejez. Este patrón resulta determinante por cuanto define el tipo de medicamentos que el operador farmacéutico debe garantizar de forma permanente y el nivel de criticidad asociado a su continuidad. A continuación se detalla el comportamiento de cada grupo etario y su implicación directa sobre la necesidad de un suministro ininterrumpido.

1.6.9.3.1. Infancia y primera infancia: carga infecciosa y trastornos del desarrollo

Los momentos de primera infancia, con cerca 376 mil atenciones en 2025, e infancia, con 406 mil atenciones en 2025, muestran una tendencia global descendente en las enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales, aunque estas conservan su relevancia estructural en la demanda de antipiréticos, broncodilatadores, corticosteroides, antibióticos pediátricos y sales de rehidratación oral. De manera contrastante, se observa una estabilización o incremento de los trastornos del desarrollo y del lenguaje —retardo del desarrollo, trastorno del habla y del lenguaje— y, de forma particularmente marcada, de la perturbación de la actividad y la atención, que en el grupo de infancia creció de manera sostenida hasta alcanzar más de 20 mil atenciones en 2025. Estas condiciones, si bien de menor volumen relativo, demandan intervenciones terapéuticas especializadas y, en muchos casos, manejo farmacológico complementario y continuo, que igualmente debe estar garantizado por el esquema de suministro.

1.6.9.3.2. Adolescencia

En el momento de adolescencia, con alrededor de 336 mil atenciones en 2025, se destacan —además de las patologías odontológicas y respiratorias agudas— las cefaleas, los cuadros de dolor y las condiciones dermatológicas como el acné vulgar. Sin embargo, el hallazgo de mayor relevancia para la planeación farmacéutica es el incremento sostenido de condiciones relacionadas con la salud mental, el neurodesarrollo y los trastornos del comportamiento, que amplían el espectro terapéutico requerido hacia los psicofármacos y demandan continuidad y seguimiento estricto en su dispensación. La interrupción del suministro en este tipo de tratamientos compromete la adherencia y la estabilidad clínica del paciente, con impactos que trascienden lo estrictamente sanitario, lo que refuerza el carácter indispensable de la continuidad.

1.6.9.3.3. Juventud

El momento de juventud presenta la tendencia de crecimiento más significativa entre todos los grupos etarios, pasando de 704 mil atenciones en 2022 a más de 824 mil en 2025, con cerca 203 mil atenciones en el primer trimestre de 2026. Si bien predominan las patologías de baja complejidad —caries dental, rinofaringitis aguda, infecciones de vías urinarias—, se observa una presencia creciente de cefaleas, lumbago y otros cuadros de dolor, así como el inicio temprano de condiciones que, de no manejarse adecuadamente, evolucionan hacia la cronicidad. Este comportamiento anticipa una presión futura sobre la demanda farmacéutica y refuerza la necesidad de un modelo de suministro con capacidad de adaptación a una población en transición, capaz de sostener la continuidad terapéutica a lo largo del tiempo.

1.6.9.3.4. Adultez

El momento de adultez concentra el mayor volumen absoluto de atenciones del Subsistema, con cifras estables cercanas a los 2.47 millones de atenciones anuales y 604 mil en el primer trimestre de 2026. La hipertensión arterial esencial encabeza igualmente la demanda con 110 mil atenciones en 2025, seguida del hipotiroidismo, la diabetes mellitus no insulinodependiente y las hiperlipidemias, estas últimas con una tendencia marcadamente creciente, con un incremento acumulado superior al 60% entre 2022 y 2025. Junto a las enfermedades crónicas cardiometabólicas, en este grupo se observa una elevada carga de patologías osteomusculares y de dolor —lumbago, dolor articular, cervicalgia, trastornos de disco intervertebral y síndrome del manguito rotador—, propias de la actividad física y operativa de la población policial, que incrementan de forma sostenida la demanda de analgésicos, antiinflamatorios y medicamentos para el manejo del dolor crónico. La conjunción de cronicidad cardiometabólica y patología osteomuscular en el grupo poblacional más numeroso del Subsistema confirma que la continuidad del suministro es una condición transversal de la atención.

1.6.9.3.5. Vejez

El momento de curso de vida de vejez ha presenta un crecimiento pronunciado y sostenido de la carga asistencial, pasando de 1.63 millones de atenciones en 2022 a 2.06 millones en 2025, con más de 520 mil atenciones registradas solo en el primer trimestre de 2026. La hipertensión arterial esencial se consolida como la primera causa de atención, con 239 mil atenciones en 2025 frente a 205 mil en 2022, seguida de la hiperplasia de la próstata, el hipotiroidismo, la diabetes mellitus en sus formas no insulinodependiente e insulinodependiente, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardiaca. Especial relevancia reviste el crecimiento de la insuficiencia renal crónica, que prácticamente duplicó su carga asistencial en el periodo, y de las cardiomiopatías. Todas estas condiciones son de manejo farmacológico continuo, escalonado y de altísima sensibilidad a la discontinuidad. En este grupo

etario, la interrupción del suministro no representa un inconveniente administrativo, sino un riesgo directo de descompensación aguda, hospitalización evitable y muerte, lo que constituye por sí solo un fundamento suficiente de la necesidad de continuidad del suministro.

En su conjunto, el análisis por curso de vida demuestra que la demanda farmacéutica del SSPN no es homogénea ni estática, sino que responde a un perfil epidemiológico complejo y en transición, en el que coexisten la alta carga de cronicidad de los adultos y adultos mayores, la emergencia de condiciones de salud mental y neurodesarrollo en los jóvenes y adolescentes, y la carga infecciosa y de desarrollo en la población pediátrica. Atender simultáneamente todos estos frentes exige un esquema de suministro farmacéutico de amplio espectro, permanente y con capacidad de respuesta diferenciada, lo cual solo es viable mediante una operación farmacéutica estructurada, continua y técnicamente idónea.

1.6.9.4. Carga asistencial en el ámbito hospitalario y su dimensión territorial

La necesidad de continuidad no se limita al ámbito ambulatorio. El análisis de las principales causas agrupadas de atención en el ámbito hospitalario del Subsistema durante el período 2022 a marzo de 2026 evidencia un total de 3.42 millones de atenciones, con un comportamiento creciente y un incremento global del 11,6% entre 2022 y 2025; solo en el primer trimestre de 2026 se registraron 215 mil atenciones hospitalarias, cerca del 24,8% del total alcanzado en 2025, lo que evidencia una demanda sostenida. El componente hospitalario reviste especial complejidad para el suministro farmacéutico, por cuanto involucra procesos especializados —centrales de mezclas, quimioterapia endovenosa, nutrición parenteral, unidosis y medicamentos de control especial— que exigen del operador una capacidad técnica y logística diferenciada y una disponibilidad permanente frente a eventos clínicos agudos.

Desde la perspectiva territorial, el análisis de los egresos hospitalarios confirma la concentración de la complejidad en determinadas regionales: la RASES No.1 acumula 32 mil egresos, equivalentes al 50,3% del total institucional de 64 mil egresos en el período analizado; es decir, uno de cada dos egresos hospitalarios del Subsistema se concentra en esta regional, lo que implica no solo un mayor volumen de hospitalizaciones, sino una mayor complejidad clínica y una mayor demanda de tecnologías farmacéuticas de soporte hospitalario. Esta distribución territorial de la complejidad refuerza la necesidad de un esquema de suministro con capacidad de respuesta diferenciada por región, que garantice la continuidad tanto en los grandes centros de concentración de la demanda como en las regionales de menor volumen pero igual criticidad.

1.6.9.5. Consumo de tecnologías farmacéuticas de alto costo e impacto

A la carga de las enfermedades crónicas prevalentes se suma el componente de las tecnologías farmacéuticas de alto costo, cuyo consumo, aunque concentrado en un menor número de usuarios, representa el mayor impacto económico y el más alto nivel de criticidad asistencial del Subsistema. La discontinuidad en el suministro de estas tecnologías compromete de forma directa e inmediata la vida del paciente y expone a la Entidad a un riesgo jurídico de la mayor gravedad, por cuanto se trata, en la mayoría de los casos, de tratamientos amparados por protección constitucional reforzada.

A la carga de las enfermedades crónicas prevalentes se suma el componente de las tecnologías farmacéuticas de alto costo, cuyo consumo, aunque concentrado en un menor número de usuarios, representa el mayor impacto económico y el más alto nivel de criticidad asistencial del Subsistema. La discontinuidad en el suministro de estas tecnologías compromete de forma directa e inmediata la vida del

paciente y expone a la Entidad a un riesgo jurídico de la mayor gravedad, por cuanto se trata, en la mayoría de los casos, de tratamientos amparados por protección constitucional reforzada.

1.6.9.5.1. Diabetes mellitus

El manejo de la diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las patologías de mayor impacto conjunto —por volumen y por valor— del Subsistema. Solo entre enero de 2025 y marzo de 2026, los medicamentos de mayor costo acumulado para su manejo representaron un consumo de más de 16.3 millones de unidades por un valor superior a los 55.374 millones de pesos, con alta participación de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 —empagliflozina y dapagliflozina— y de combinaciones a dosis fija. La diabetes se asocia, además, con múltiples complicaciones crónicas —renales, cardiovasculares y oftalmológicas— que demandan un manejo farmacológico continuo, escalonado y de creciente complejidad. La magnitud de este consumo evidencia que se trata de una demanda estructural, permanente y de alto valor, cuya interrupción tendría consecuencias tanto clínicas como financieras de gran escala.

1.6.9.5.2. Tratamiento para el cáncer y otras terapias biológicas

El manejo farmacológico del cáncer representa el componente de mayor complejidad clínica y económica del Subsistema. Entre enero de 2025 y marzo de 2026, los medicamentos oncológicos de mayor costo concentraron un valor superior a los 41.112 millones de pesos, caracterizados por bajos volúmenes de dispensación pero un altísimo costo unitario por principio activo —como el pembrolizumab, con un valor acumulado individual superior a los 6.626 millones de pesos—, con una incorporación progresiva de terapias innovadoras. En estas terapias, la continuidad del suministro es literalmente una condición de supervivencia del paciente: una interrupción, por breve que sea, puede significar la progresión irreversible de la enfermedad o la pérdida de la respuesta terapéutica alcanzada tras meses de tratamiento. La necesidad de garantizar la continuidad de estas tecnologías no admite, por su propia naturaleza, ningún margen de discontinuidad.

1.6.9.5.3. Enfermedades huérfanas y biológicos de alto costo

El tratamiento de las enfermedades huérfanas incorpora principios activos de altísimo costo unitario —como el eculizumab, con un valor acumulado superior a los 5.378 millones de pesos en el periodo analizado—, destinados a poblaciones reducidas pero con una dependencia absoluta y vital del suministro continuo. En estos casos, la protección constitucional reforzada de las personas con enfermedades de alto costo y la naturaleza indelegable de la obligación de continuidad hacen que cualquier interrupción configure no solo un riesgo asistencial, sino una potencial vulneración directa del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, con la consecuente exposición de la Entidad a acciones constitucionales y de responsabilidad. La necesidad de asegurar el suministro ininterrumpido de estas tecnologías constituye, por tanto, uno de los fundamentos de mayor peso de la presente contratación.

1.6.9.6. Del dato epidemiológico al imperativo jurídico de continuidad

La articulación de la evidencia expuesta permite concluir que la necesidad que motiva el presente proceso de contratación no se sustenta en consideraciones de conveniencia administrativa ni de eficiencia operativa, sino en una realidad epidemiológica y de consumo concreta, verificable y documentada en el numeral "Análisis de la Demanda". Una población estable y numerosa, dispersa en todo el territorio nacional; un volumen de atenciones ambulatorias y hospitalarias sostenido y creciente; un perfil de morbilidad dominado por enfermedades crónicas de manejo continuo en adultez y vejez; condiciones emergentes de salud mental y neurodesarrollo en los jóvenes; una carga hospitalaria territorialmente

concentrada pero de alta complejidad; y un componente de patologías de alto costo cuya interrupción compromete la vida, configuran en su conjunto un escenario en el que el suministro farmacéutico ininterrumpido no es una aspiración deseable, sino una obligación jurídica indelegable derivada del derecho fundamental a la salud.

La interrupción del suministro farmacológico en cualquiera de las patologías descritas —crónicas prevalentes, de salud mental, hospitalarias de alta complejidad o de alto costo— no representa un simple retraso administrativo, sino un evento con consecuencias clínicas directas y verificables: descompensación de enfermedades crónicas, pérdida de adherencia terapéutica, progresión irreversible de la enfermedad, hospitalizaciones evitables y, en los casos de mayor severidad, riesgo cierto para la vida del paciente. Es precisamente esta realidad —y no una consideración de mera conveniencia— la que fundamenta técnica y jurídicamente la necesidad de estructurar el presente proceso de contratación, cuyo objeto último es garantizar que la totalidad de la población usuaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional acceda, de manera continua, oportuna y en todo el territorio nacional, a los medicamentos que sus condiciones de salud exigen. En consecuencia, la continuidad del servicio farmacéutico se erige como el bien jurídico central que el presente proceso de contratación está llamado a proteger.

***Nota**: las cifras aquí sintetizadas provienen del numeral 1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN contenido en el titulo II. ESTUDIO DEL SECTOR del presente Estudio Previo, y se presentan de forma articulada para efectos exclusivos de la motivación de la necesidad, sin perjuicio del desarrollo estadístico detallado —tablas, gráficas y series completas— contenido en dicho numeral, al cual se remite para su consulta pormenorizada.*

1.7. APLICABILIDAD DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN POR UN ACUERDO COMERCIAL

En cumplimiento al artículo 2.2.2.1.8.5. del Decreto 1082 de 2015, sobre la indicación de si la contratación respectiva está cobijada por un Acuerdo Comercial o un Tratado de Libre Comercio vigente para el Estado Colombiano, se analizó y verifico lo siguiente, teniendo en cuenta lo indicado en el Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación de Colombia Compra Eficiente:

Tabla 8. Tratados de acuerdos comerciales

Acuerdo Comercial		¿Vigente?	Entidad Estatal Incluida	Presupuesto del Proceso de Contratación superior al valor del Acuerdo Comercial	Excepción Aplicable al Proceso de Contratación	Proceso de Contratación cubierto por el Acuerdo Comercial
Alianza Pacífico	Chile	SI	SI	SI	NO	SI
	México	SI	SI	SI	NO	SI
	Perú	SI	SI	SI	NO	SI
Canadá		SI	SI	SI	NO	SI
Chile		SI	SI	SI	NO	SI
Corea		SI	SI	SI	NO	SI
Costa Rica		SI	SI	SI	NO	SI
Estados AELC		SI	SI	SI	NO	SI
Estados Unidos		SI	SI	SI	NO	SI

México		SI	SI	SI	NO	SI
Triángulo Norte	El Salvador	SI	SI	SI	NO	SI
	Guatemala	SI	SI	SI	NO	SI
	Honduras	SI	NO	N/A	N/A	N/A
Unión Europea		SI	SI	SI	NO	SI
Israel		SI	SI	SI	NO	SI
Reino Unido e Irlanda del Norte		SI	SI	SI	NO	SI
Comunidad Andina		SI	SI	SI	NO	SI

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

El suministro y dispensación de medicamentos a nivel nacional se viene contratando en forma centralizada desde el año 2005, a través de un operador logístico, para efectos del presente estudio se relacionan los tres últimos contratos, así:

Tabla 9. Antecedentes administrativos del proceso

Unidad Contratante y Contratista	Contrato	Objeto	Número de Proceso	Aciertos	Dificultades
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD CCE - ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA.	Orden de Compra No. 111844 Fecha de Suscripción: 23 de junio de 2023 Ejecución: Inicio la ejecución en Julio 4 de 2023 hasta el 7 de Mayo de 2025	SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, A NIVEL NACIONAL A TRAVÉS DEL AMP CCE- 247-2022	PN DISAN AMP 012 2023	* Se aumentó la cobertura de puntos de dispensación atendidos, con la ampliación de la oferta a 101 puntos de dispensación de acuerdo a las necesidades presentadas por las unidades. * Apertura del servicio de Atención farmacéutica ejecutada con profesionales idóneos del gestor farmacéutico que es un servicio de salud que consiste en la participación del farmacéutico en el cuidado de los pacientes, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. * Porcentaje considerable de cumplimiento de las condiciones técnicas requeridas para el funcionamiento, con instalaciones locativas que permiten brindar comodidad a los usuarios y funcionarios del proveedor de medicamentos, equipos y dotación en buen estado de funcionamiento, condicionando la prestación del servicio con adecuados estándares de calidad y humanismo. * Personal contratado idóneo para la atención en el proceso de dispensación y atención a los usuarios. * Disposición de plan de contingencia ante el	Como resultado del seguimiento permanente que la Supervisión Nacional de Medicamentos adelantó durante la ejecución del contrato que finalizó en mayo de 2025, en cumplimiento de las funciones de vigilancia y control que le son propias, se identificaron las siguientes situaciones susceptibles de mejora. Estas no reflejan la ausencia de planeación en la contratación, sino que constituyen el insumo técnico derivado de dicho seguimiento y retroalimentación, el cual ha sido incorporado como criterio orientador en el diseño técnico, contractual y operativo del presente proceso de contratación, en aplicación del principio de planeación en su dimensión de mejora continua: *Dada el mecanismo de contratación en la cual la Entidad no tiene injerencia sobre los incentivos para que los proponentes ferten precios competitivos, se terminan adjudicando precios de catalogo que pueden estar elevados frente a los precios de mercado, generando sobrecostos que excenden el control de la Entidad. *Comportamiento anormal en los consumos de medicamentos secundario a aumento exponencial en rotaciones de los mismos, en gran medida debido a la aplicación en gran proporción del Acuerdo 080 de 2022, lo que llevó a una necesidad de solicitud de recursos adicionales a los recursos presupuestados para la

				desabastecimiento de opciones pactadas con rápida resolución. * Disminución del número de medicamentos pendientes por optimización en los procesos de la cadena de suministro dispuesta por el gestor farmacéutico, en los últimos 6 meses de la vigencia 2024 el indicador de entregas efectivas se ha mantenido sobre el 98,5%. * Mayor agilidad en gestión por parte del equipo técnico administrativo del proveedor de farmacia, para dar pronta respuesta a procesos de tutelas, programaciones, EIPS; productos nuevos por fuera de contratación por autorización, población especial, entre otros. * Respuesta oportuna ante los requerimientos en el seguimiento de medicamentos pendientes, procedimiento de pactar precios, procedimiento de análisis de marcas, procedimiento de atención farmacéutica, procedimiento de dirección técnica y gestión de pendientes. *En el catálogo inicial de la Orden de Compra ofertado la mayoría de productos tienen 2 opciones con el mismo valor comercial.	ejecución de la orden de compra vigente. *Insuficiente tiempo para la realización de un empalme adecuado de los procesos para el inicio de la ejecución entre el contratante y el gestor farmacéutico. *Dificultades en la gestión de abastecimiento y de inventarios por parte del Proveedor debido principalmente a las órdenes de compra incumplidas que no están concertadas como novedad en el Anexo técnico para rotación de productos por desabastecimiento de la 1 y 2 opción. *Dificultades técnicas por parte del gestor farmacéutico relacionado con el cargue de inventarios en MDM, cuyo objeto busca evaluar la oportunidad de la entrega de medicamentos en cada unidad. *El MDM no permite entrega de productos diferentes al que se encuentre en opción 1, siendo una necesidad sentida que permita dicha rotación primero porque en la orden de compra la mayoría de los productos tienen 2 opciones con el mismo valor, y se debería permitir que se entregara alguno de los productos en las marcas pactadas para no generar pendientes.
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA.	Contrato 07-8-20051-25 Fecha de Suscripción: 2 de mayo de 2025. Ejecución: Inicio de ejecución el 8 de Mayo de 2025 hasta el 7 de Noviembre de 2025	SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, A NIVEL NACIONAL	PN DISAN CD 052 2025	Se mantuvo el mismo listado de productos pactado al cierre de la orden de compra, lo cual disminuyo la carga operativa e renegociar precios de productos que no se contrataran, evitando el pago del porcentaje de intermediación *Continuidad sin interrupciones de los tratamientos, especialmente los autorizados por EIPS, farmacovigilancia y los ordenados por fallo judicial. +Sostenimiento de las condiciones logísticas, técnicas y operativas que permitieron garantizar la cobertura alcanzada mediante la orden de compra previa.	*Si bien se logró una renegociación de un segmento de los ítems contratados, en la mayoría se mantuvieron los mismos precios de la Orden de Compra previa con las limitaciones para obtener precios competitivos en lo pactado. *Limitaciones técnicas para la actualización del sistema de información institucional que permitieran una optimización en el control de la dispensación, restringiendo la capacidad de supervisión del consumo de recursos.
POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD POLPHARMA UT	Contrato 07-8-20218-25 Fecha de Suscripción: 4 de noviembre de 2025. Ejecución: Inicio de ejecución el 8 de noviembre de 2025 hasta 26 de junio de 2026	SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUE INCLUYA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA	PN DISAN LI 006 2025	* Comunicación efectiva y permanente con el coordinador del operador logístico, lo cual ha permitido gestionar de manera ágil situaciones que requieren intervención prioritaria, resolver novedades relacionadas con la dispensación y la entrega de medicamento. * Mejoramiento en el proceso de facturación, disminuyo el porcentaje de glosas. *Disponibilidad de personal profesional Químicos Farmacéuticos, que apoyan procesos como: Sistema de distribución dosis unitaria. PROA (Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos)	•Inconsistencia a existente entre el vademécum institucional y las opciones terapéuticas disponibles en el SISAP para la respectiva formulación •Es responsabilidad de la Dirección de Sanidad, proveer al Químico Farmacéutico de Atención Farmacéutica la agenda de los pacientes y las herramientas físicas de trabajo; a saber: computador, disponibilidad del consultorio donde será la consulta, conectividad a sistemas ofimáticos (MDM, tarantela, SISAP, o sistema que haga sus veces), acceso a impresora cuando se requiera y puesto de trabajo administrativo. En muchas unidades no se cuenta con la infraestructura ni equipos necesarios para dar cumplimiento.

		POLICÍA NACIONAL, A NIVEL NACIONAL		Programa de Farmacovigilancia, Conciliación medicamentosa para los servicios críticos, Seguimiento farmacoterapéutico pacientes hospitalarios., seguimiento a pacientes polimedicados *Control en seguimiento a los tiempos de dispensación de medicamentos en especial ámbito ambulatorio	*Existencia de medicamentos en farmacia donde el usuario evidencia la disponibilidad, pero en el MDM aparece bloqueado por desabastecimiento, causando esto inconformidad en el usuario lo que genera que el usuario sienta que se le está negando el servicio. Nota: Las situaciones descritas fueron objeto de análisis por parte del Comité Estructurador, incorporándose como insumo para trasladar dichas debilidades a la Supervisión Nacional de Medicamentos, ya que estas no corresponden a dificultades derivadas de la planeación sino de la operación contractual. De igual manera, se han incorporado algunos ajustes correspondientes en las especificaciones técnicas, orientados a subsanar las inconsistencias detectadas.

Elaborado por: Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026
Fuente: Bases de datos propias

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

LICITACIÓN PÚBLICA. Regulada por el artículo 30 Ley 80 de 1993, numeral 1 del Artículo 2º de la ley 1150 de 2007 y el Capítulo 2, Sección 1, Subsección 1 del Decreto 1082 de 2015, que prevé:

"(...) La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones que se señalan en los numerales 2, 3 y 4 del presente artículo. Cuando la entidad estatal así lo determine, la oferta en un proceso de la licitación pública podrá ser presentada total o parcialmente de manera dinámica mediante subasta inversa, en las condiciones que fije el reglamento..."

Así mismo, el numeral 1 del capítulo II "Modalidades de Selección" de la Resolución No. 03049 de 2014, expresa: *"(...) Procedimiento mediante el cual se formula públicamente una convocatoria para que, en igualdad de oportunidades, los interesados presenten sus ofertas, y entre ellas la entidad seleccione la más favorable. La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones señaladas en los numerales 2º, 3º y 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007. (...)"*

Para satisfacer la necesidad del suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios, hospitalarios, que incluya la prestación del servicio farmacéutico integral para la población de usuarios del subsistema de salud de la policía nacional a nivel nacional, la Entidad acoge para su adquisición la modalidad de Licitación Pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 80 de 1993, artículo 2º numeral 1º de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.1.1 del Decreto 1082 de 2015, la Resolución 03049 del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*" en concordancia con la Resolución 00090 del 2018 *"Por la cual se actualiza , modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014*" y demás normas concordantes.

La modalidad acogida procede en aquellos eventos en los cuales la cuantía supera los 1000 SMLMV, y cuando el objeto a contratar por la complejidad del mismo, no es susceptible de contratación por las otras modalidades de selección.

3.1. MARCO LEGAL

- **Constitución Política de Colombia** Artículo 48*: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.*
- **Ley 9 de 1979** "*Por la cual se dictan Medidas Sanitarias*" – Titulo VI, reglamenta lo relacionado con DROGAS, MEDICAMENTOS, COSMETICOS Y SIMILARES Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS.
- **Ley 23 de 1981** *"Por la cual se dictan normas en materia de ética médica".*
- **Ley 80 de 1993** *"Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública".*
- **Ley 212 de 1995** *"Por la cual se Reglamenta la Profesión de Químico Farmacéutico y se dictan otras disposiciones".*
- **Ley estatutaria 1751 de 2015** *"POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"*
- **Ley 1882 de 2018** *"Por la cual se adicionan, modifican y dictan disposiciones orientadas a fortalecer la contratación pública en Colombia, la ley de infraestructura y se dictan otras disposiciones"*
- **Ley 2080 de 2020** *Por medio de la cual se reforma el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo -ley 1437 de 2011- y se dictan otras disposiciones en materia de descongestión en los procesos que se tramitan ante la jurisdicción".*
- **Ley 2015 de 2020** *"Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones".*
- **Ley 2157 de 2021** *"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley Estatutaria 1266 de 2008, y se dictan disposiciones generales del Hábeas Data con relación a la información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones"*
- **Ley 2160 de 2021** *"Por medio del cual se modifica la ley 80 de 1993 y la ley 1150 de 2007"*
- **Ley 2179 de 2021** *"Por la cual se crea la categoría de patrulleros de policía, se establecen normas relacionadas con el régimen especial de carrera del personal uniformado de la policía nacional, se fortalece la profesionalización para el servicio público de policía y se dictan otras disposiciones"*
- **Ley 2194 de 2022"***Por medio de la cual se modifica la ley 1384 de 2010, ley Sandra Ceballos"-* REHABILITACION INTEGRAL DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA Y OTROS TIPOS DE CÁNCER.
- **Ley 2195 de 2022** *"Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones"*
- **Ley 2196 de 2022** *"Por medio de la cual se expide el estatuto disciplinario policial"*

- **Ley 2386 de 2024** *"Por medio de la cual se establecen las pautas de la Política Nacional de investigación científica, desarrollo tecnológico, innovación y producción de la industria farmacéutica para la autonomía sanitaria de Colombia y se dictan otras disposiciones"*
- **Decreto 1290 de 1994** *"Por la cual se precisan las funciones del INVIMA y se establece su organización básica", modificado por Decreto 2816 de 1998. Derogado excepto su artículo 18 por el Decreto 2078 de 2012".*
- **Decreto 677 de 1995** *"Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia".*
- **Decreto 1792 de 1998** *"Por el cual se modifica el Decreto 677 de 1995 del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones, el cual define el término de Buenas Prácticas de Manufactura".*
- **Decreto Ley de 1795 de 2000** *"Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".*
- **Decreto 481 de 2004** *"Por el cual se dictan normas tendientes a incentivar la oferta de medicamentos vitales no disponibles en el país".*
- **Decreto 4170 de 2011** *"Por el cual se crea la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente- se determinan sus objetivos y su estructura"*
- **Decreto Ley 019 de 2012** *"Por el cual se dictan normas para suprimir, reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública."*
- **Decreto 1782 de 2014 MINSALUD** *"Por la cual se establece los requisitos y el procedimiento para las evaluaciones farmacológica y farmacéutica de los medicamentos biológicos en el trámite del registro sanitario".*
- **Decreto 1076 de 2015** *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiental y Desarrollo Sostenible".*
- **Decreto 1082 de 2015** *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de planeación Nacional".*
- **Decreto 780 de 2016** *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector -Salud y Protección Social".*
- **Decreto 392 de 2018** *"Por el cual se reglamentan los numerales 1del artículo 13 de la Ley 1618 de 2013, sobre incentivos en Procesos de Contratación en favor de personas con discapacidad".*
- **Decreto 1874 de 2021** *"Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Defensa Nacional, se crean nuevas dependencias, funciones y se dictan otras disposiciones"*
- **Decreto 579 de 2021** *"Por el cual se sustituyen los parágrafos transitorios del artículo 2.2.1.1.1.5.2., el parágrafo transitorio 1 del artículo 2.2.1.1.1.5.6., así como el parágrafo transitorio del artículo 2.2.1.1.1.6.2. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, para que los proponentes acrediten el mejor indicador financiero y organizacional de los últimos 3 años, con el fin de contribuir a la reactivación económica".*
- **Decreto 441 de 2022** *"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"*

- **Decreto 334 de 2022** *"Por el cual se establecen disposiciones para la renovación, modificación y suspensión de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química, gases medicinales, biológicos y homeopáticos; de información y publicidad de medicamentos y productos Fito terapéuticos; de adopción de medidas para garantizar el abastecimiento de medicamentos de síntesis química, gases medicinales y biológicos; y se dictan otras relacionadas con estos productos*
- **Decreto 0199 de 2024** *"Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2024 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación".*
- **Resolución 1478 de 2006 MINSALUD** *"Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado". Modificada por la resolución 2564 de 2008.*
- **Resolución 1403 de 2007 MINSALUD** *"Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones".*
- **Resolución 1776 de 2008 SUPERSALUD** *"Por medio de la cual se determina la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9 de la Ley 1146 de 2007"*
- **Resolución 0371 de 2009 MINAMBIENTE** *"Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Pos consumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos".*
- **Resolución 1604 de 2013 MINSALUD** *"Por la cual se reglamenta el artículo 131 del decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones".*
- **Resolución 04935 de 2013 DIPON** *"Por la cual se expide el Manual Logístico de la Policía Nacional" Titulo XII, artículos 142, 143 y 145 adquisición y dispensación de medicamentos".*
- **Resolución 03049 de 2014 DIPON** *"Por la cual se expide el manual de contratación de la Policía Nacional".*
- **Resolución 0718 de 2015 MINSALUD** *"Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados en las circulares 04, 05 y 07 de 2013 y 01 de 2014, de la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos".*
- **Resolución 256 de 2016 MINSALUD** *"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".*
- **Resolución 1124 de 2016 MSPS** *"Por la cual se establece la Guía que contiene los criterios y requisitos para el estudio de Biodisponibilidad y Bioequivalencia de medicamentos, se define el listado de los que deben presentarlos y se establecen las condiciones de las Instituciones que los realicen"*
- **Resolución 1956 de 2018 DIPON** *"Por la cual se adoptan las directrices de evaluación al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para los contratistas y subcontratistas, bajo cualquier modalidad de contrato civil, comercial y administrativo…".*
- **Resolución 00090 de 2018 DIPON** *"Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".*
- **Resolución 1111 de 2017 MINTRABAJO** *"Por el cual se definen los Estándares Mínimos de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes."*

7

- **Resolución 3280 de 2018 MINSALUD** *"por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".*
- **Resolución 3311 de 2018 MINSALUD** *"por la cual se define el estándar de datos de medicamentos de uso humano en Colombia y se dictan otras disposiciones".*
- **Resolución 05884 del 27 de diciembre de 2019 DIPON** *"Por la cual se expide el Manual para la administración de los Recursos Logísticos de la Policía Nacional de Colombia".*
- **Resolución 202 de 2021 MINSALUD:** *"Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal"*
- **Resolución 2335 de 2023 MINSALUD** **"***Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones".*
- **Resolución No. 267 de 2023 DIPON** *"Por la cual se define la estructura orgánica de la Dirección de Sanidad y se determinan las funciones de sus dependencias internas"*
- **Resolución No. 435 del 18 de octubre de 2023 DISAN** **"***Por la cual se actualiza el directorio y portafolio de servicios de las unidades prestadoras de salud hospital central y grupos funcionales del Subsistema de salud de la Policía Nacional"*
- **Resolución No. 592 del 13 de diciembre de 2023 DISAN** "*Por la cual se reorganiza el comité de farmacovigilancia de la Dirección de Sanidad y se conforma los equipos de apoyo en las Regionales de Aseguramiento en Salud, ESPCO y el Hospital Central de la Policía Nacional y se deroga una disposición"*
- **Resolución No. 593 del 13 de diciembre de 2023 DISAN** **"***Por la cual se crea un equipo interdisciplinario de profesionales de profesionales de la salud de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional".* Revoca la resolución No.356 del 18 de septiembre de 2020 comité técnico científico.
- **Resolución No. 2366 de 2023 MINSALUD** **"***Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"*
- **Resolución No. 276 del 24 de junio de 2024** "*Por la cual se actualiza la georreferenciación operativa del Subsistema de Salud".*
- **Resolución No. 560 de 2024 MINSALUD** **"***Por la cual se establecen los requisitos para obtener la certificación en buenas prácticas de elaboración de radiofármacos".*
- **Resolución No. 740 de 2024 MINSALUD** **"***Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones".*
- **Resolución No. 1809 de 2025** **"***Por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019"*
- **Resolución No. 04134 del 09 de diciembre de 2024** "*Por la cual se adicionan unos artículos a la resolución No. 0267 del 25 de enero de 2023, por la cual se define la estructura orgánica de la dirección de sanidad y se determinan las funciones de sus dependencias internas".*

- **Resolución No. 00502 del 05 de marzo de 2026 DIPON** *"Por la cual se delega la ordenación del gasto y competencias propias de la Gestión Contractual y Convenios en la Policía Nacional de Colombia, y se dictan otras disposiciones"*
- **Acuerdo 093 de 2025 CSSMP** *"Por el cual se establece el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".*
- **Acuerdo 005 de 2001 CSSMP** *"Por el cual se establece la Política general sobre la conformación de la red prestadora de servicios de salud en el SSMP".*
- **Acuerdo 070 de 2019 CSSMP** *"Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral de Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"*
- **Acuerdo 080 de 2022 CSSMP** *"Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".*
- **Circular No. 018 del 13 de marzo de 2024** *"Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional"*
- **Circular No. 022 del 19 de junio de 2026** *"Por la cual se incorpora, modifica y se actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios"*
- **Circular No. 017 del 11 de mayo de 2026** "*Instrucciones para el cumplimiento del suministro de medicamentos, en el marco del aseguramiento en salud, para la protección del derecho fundamental a la salud".*
- **Instructivo 042 de 2009 DISAN** *"Implementación modelo de atención en salud familiar"*
- ***Instructivo 026 de 2010 DISAN*** *"Definición de la malla de pertinencia para el subsistema de salud".*
- **Instructivo 019 de 2011 DISAN** *"Por el cual se modifica el Instructivo 040 DISAN AGESA del 23 de septiembre de 2010 en cuanto al sistema de numeración de talonarios y se instruye para la asignación de talonarios y el manejo de información de firma, sellos, digitalizados y almacenados en el módulo de dispensación de medicamentos MDM"*
- **Instructivo 014 de 2012 DISAN** *"Actualización de Lineamientos para la implementación del modelo de atención en salud para la DISAN"*
- **Instructivo 017 de 2012 DISAN** *"Guía para realizar el trámite de recobro al FOSYGA por fallos de tutela".*
- **Instructivo 013 de 2013 DISAN** *"Modificación al modelo de regulación para la prestación de servicios de salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional"*
- **Instructivo 012 de 2015 DISAN** *"Instructivo para la parametrización de reservas en el MDM para dar cumplimiento a fallos judiciales y programas crónico".*

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente debe cumplir con la oferta mínima de productos válidamente ofertados del Formulario - Listado Técnico Económico y con las condiciones técnicas y capacidad operacional definidas en el Anexo – "Especificaciones Técnicas de la Ejecución"

Tabla 10. Componentes de la oferta

DETALLE CONDICIONES MÍNIMAS	VALORACIÓN
Oferta mínima de productos válidamente ofertados de la hoja de cálculo rotación histórica: · Primera opción: 80% de los ítems · Segunda opción: 40% de los ítems · Tercera opción: 10% de los ítems Oferta mínima de productos válidamente ofertados de la hoja de cálculo rotación potencial: · Primera opción: 50% de los ítems · Segunda opción: 10% de los ítems	Verificación técnica ítem por ítem del Formulario - *Listado Técnico Económico* y se adiciona con el concepto de verificación del comité económico (cumple/no cumple)
Condiciones Técnicas y Capacidad Operacional	Verificación aceptación de condiciones Anexo - Especificaciones *Técnicas de la Ejecución* (cumple/no cumple)
Condiciones ambientales	Verificación Formulario - *Aceptación de las condiciones ambientales* durante la ejecución del contrato.

4.1.1. Experiencia del proponente

Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia.

La verificación de la experiencia de los proponentes se realizará con base en la información contenida en el Registro Único de Proponentes (RUP), de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015. Se tendrán en cuenta los contratos ejecutados y registrados en los códigos de clasificación de bienes y servicios UNSPSC, como se indica a continuación y cuya sumatoria sea mayor o igual al 60% del valor del presupuesto expresado en SMMLV. Esta experiencia deberá ser acreditada con un máximo de ocho (8) contratos.

De este 60%, el proponente deberá acreditar como mínimo el 50% del presupuesto oficial expresado en SMMLV bajo el código principal 85121900, el 10% podrá acreditarlo en uno o varios de los códigos secundarios comprendidos entre 51101500 a 51241300, de acuerdo con la Tabla 11.

Adicionalmente, los oferentes deberán adjuntar a su propuesta una certificación de un contrato ejecutado, con la cual se demuestre experiencia especifica en la dispensación de medicamentos hospitalarios, por un valor mayor o igual al 5% del valor del presupuesto expresado en SMMLV, que contenga como mínimo la siguiente información:

- Nombre de la entidad contratante.
- Fecha de inicio y fecha de finalización del contrato
- Valor total del contrato en SMMLV
- Objeto del contrato

- Valor de la ejecución con discriminación en el ámbito hospitalario.
- Información referente a imposición de multas o sanciones (si aplica).
- Firma del representante legal de la entidad contratante o persona facultada para certificar contratos.
- Datos de contacto de la entidad contratante.

Dichos contratos deberán ser relacionados e identificados en el **FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**, los cuales serán verificados por parte del comité evaluador.

La experiencia del oferente plural (unión temporal, consorcio) corresponde a la suma de la experiencia que acredite cada uno de los integrantes multiplicada por el porcentaje de participación indicada en el documento de asociación del oferente, en la clasificación exigida.

Cada uno de los integrantes del proponente plural deberá aportar mínimo uno (1) de los contratos certificados.

En caso de que algún oferente haya suscrito contratos con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (NIT 830.041.314-4), basta con que en el **FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE,** haga relación al número de contrato, fecha de inicio, valor final del contrato. La información relacionada será verificada por el comité evaluador con la colaboración de la Supervisión Nacional de Medicamentos de la Dirección de Sanidad.

Tabla 11. Sistema de codificación de las Naciones Unidas para estandarización de productos y servicios

Código principal

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
85121900	85 SERVICIOS DE SALUD	12 PRÁCTICA MÉDICA	19 FARMACEUTICOS

Códigos secundarios

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
51101500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antibióticos
51101600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Amebicidas, Tricomonacidas y Antiprotozoarios
51101700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antihelmínticos y otros antiparasitarios
51101800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Fungicidas
51101900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos contra la malaria
51102000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos antituberculosos
51102100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Leprostáticos

51102200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antiinfecciosos y analgésicos urinarios
51102300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Medicamentos antivirales
51102400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Oftálmico
51102700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos Antiinfecciosos	Antisépticos
51111500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Agentes Alquilante
51111600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Antimetabolitos
51111700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Antibióticos antineoplásicos
51111800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Hormonas y antihormonas
51111900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes antitumorales	Productos antitumorales naturales
51121500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes antiarritmia
51121600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos antiangina
51121700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos antihipertensivos
51121800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes antihiperlipidémicos/hipocolesterolémicos
51121900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Medicamentos usados para insuficiencia cardíaca congestiva
51122100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Vasodilatadores
51122200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Fármacos contra la hipotensión
51122300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos cardiovasculares	Agentes cardiopléjicos
51131500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Medicamentos antianémicos
51131600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Anticoagulantes
51131700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Trombolíticos/inhibidores de agregación de plaquetas
51131800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Agentes hemostáticos sistémicos y coagulantes
51131900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Sustitutos de plasma sanguíneo y extensores y expansores
51132000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos hematólogos	Agentes hemorreológicos
51141500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Anticonvulsivos
51141600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Antidepresivos
51141700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Agentes antipsicóticos
51141800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Hipnóticos
51141900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Tranquilizantes y fármacos ansiolíticos y antimaniacos
51142000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Analgésicos no narcóticos/antipiréticos
51142100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)
51142200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Analgésicos narcóticos
51142300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Antagonistas narcóticos
51142400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos para dolores de cabeza vasculares y migraña
51142500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Medicamentos contra el Parkinson

51142600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Estimulantes/anoréxicos
51142800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos de tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
51142900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso central	Fármacos anestésicos, complementos relacionados y analépticos
51151500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Colinérgicos y inhibidores de la colinesterasa
51151600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores colinérgicos
51151700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Simpatomiméticos (adrenérgicos)
51151800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores adrenérgicos
51151900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Relajantes músculo-esqueléticos de acción centrada
51152000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo	Agentes bloqueadores neuromusculares
51161500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema respiratorio	Antiasmáticos
51161600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema respiratorio	Antihistamínicos (bloqueadores H1)
51161700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema respiratorio	Medicamentos para alteraciones del tracto respiratorio
51161800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema respiratorio	Productos para tos, resfriados y antialérgicos
51161900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema respiratorio	Descongestionantes nasales
51171500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Antiácidos y antiflatulentos
51171600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Laxantes
51171700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Antidiarréicos
51171800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Agentes antivértigo, antinauseantes y antieméticos
51171900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Fármacos antiúlcera y otros fármacos gastrointestinales (GI) relacionados
51172000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Medicamentos para enfermedades de la vesícula biliar
51172100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos que afectan al sistema gastrointestinal	Antiespasmódicos
51181500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Agentes antidiabéticos y agentes hiperglicémicos
51181600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Medicamentos tiroideas y antitiroideas
51181700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Corticosteroides
51181800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Estrógenos, progesteronas y anticonceptivos internos
51181900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas gonadotrópicas y estimulantes e inhibidores ováricos
51182000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Andrógenos e inhibidores androgénicos
51182100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas de la pituitaria posterior
51182200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Medicamentos para la inducción del parto
51182300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Hormonas del crecimiento y sus inhibidores
51182400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Hormonas y antagonistas hormonales	Sales de calcio y reguladores del calcio
51191500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Diuréticos
51191600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Electrolitos

51191700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Agentes alcalinizadores
51191800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Sales de potasio
51191900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Agentes que afectan el agua y los electrolitos	Suplementos dietéticos y productos de terapia alimenticia
51201500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Inmunodepresores
51201600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Vacunas, antígenos y toxoides
51201700	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Vacunas aviares
51201800	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Agentes inmunoestimulantes
51201900	Medicamentos y productos farmacéuticos	Medicamentos inmunomodulares	Agentes de la esclerosis múltiple (EM)
51211500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Medicamentos antigota
51211600	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Antídotos y eméticos
51212000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos herbales
51212100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos dentales
51212200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos contra las adicciones
51212300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Radiofármacos y agentes de diagnóstico
51212400	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Fármacos para tratar la disfunción sexual
51212500	Medicamentos y productos farmacéuticos	Categorías de medicamentos varios	Medio de contraste para imágenes médicas
51241000	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Preparados aurales
51241100	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Agentes oftálmicos
51241200	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Agentes dermatológicos
51241300	Medicamentos y productos farmacéuticos	Fármacos que afectan a los oídos, los ojos, la nariz y la piel	Astringentes

Nota: La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional establece como criterio diferencial para **emprendimientos y empresas de mujeres,** el número de contratos que respaldan la experiencia, el cual podrá ser acreditado en máximo diez (10) contratos, dando cumplimiento a los mismos porcentajes y condiciones requeridos en el presente numeral.

4.1.2. Nivel de educación o nivel académico

NO APLICA.

4.1.3. Experiencia

NO APLICA

4.1.4. Experiencia del personal

La experiencia requerida para el personal mínimo requerido por parte del contratista se describe en el apartado 4.1.5. Capacidad operativa

4.1.5. Capacidad operativa

El contratista deberá contar con el personal necesario y suficiente para llevar a cabo el objeto del contrato en los siguientes ámbitos y grupos según lo descrito en el ítem 5 de la *Tabla 1. DEFINICIÓN FORMA DE DISPENSACIÓN* del anexo "Especificaciones Técnicas de la Ejecución" como cumple o no cumple siendo parte de la oferta:

Tabla 1.1. Personal mínimo requerido.

Nº	DEPARTAMENTO	PUNTO DE DISPENSACIÓN	Promedio Histórico Mensual Fórmulas (enero 2025 a marzo 2026)	AMBULATORIA		HOSPITALARIA 24 HORAS	Químico Farmacéutico			Regente de Farmacia	Aux. de Farmacia	Aux. Administrativo
				Horario								
				Lun a Sáb 07:00 a 19:00 horas	Lun a Dom 07:00 a 19:00 horas		Director Técnico	Asistencial	Consulta Atención Farmacéutica			
1	AMAZONAS	LETICIA	343	X			0	0	0	1	2	0
2	ANTIOQUIA	BELLO	5094	X			0	0	1	1	6	1
3	ANTIOQUIA	ESPCO DEANT ENVIGADO	12737		X	X	1	2	0	2	10	1
4	ANTIOQUIA	RIONEGRO	779	X			0	0	0	1	3	0
5	ANTIOQUIA	MEDELLIN	1049	X			0	0	0	1	2	0
6	ARAUCA	ARAUCA	340	X			0	0	0	1	2	0
7	ATLANTICO	BARRANQUILLA*	NUEVO	X			0	0	0	1	6	1
8	ATLÁNTICO	ESPCO DEATA SOLEDAD	10879		X	X	1	1	1	1	9	0
9	ATLÁNTICO	SOLEDAD	5586	X			0	0	0	1	6	1
10	BOGOTA	BG. EDGAR DUARTE VALERO	13839		X		0	0	1	1	8	1
11	BOGOTA	BG. EDGAR DUARTE VALERO No. 2 (satélite)*	NUEVO	X			0	0	0	1	10	1
12	BOGOTÁ	CHAPINERO	2388	X			0	0	1	1	4	0
13	BOGOTÁ	ESMERALDA	5413		X		0	0	0	1	6	1
14	BOGOTÁ	VENECIA SUR	2351	X			0	0	0	1	3	0
15	BOGOTA	NORTE	3597	X			0	0	0	1	5	0
16	BOGOTÁ	ESPOL	983	X			0	0	0	1	1	0
17	BOGOTÁ	HOCEN	14821		X	X	1	4	1	2	15	1
18	BOGOTÁ	HOCEN (Salas de cirugía)	1286			X	0	0	0	0	1	0
19	BOGOTÁ	SAN ANTONIO SUR	3177	X			0	0	0	1	5	0
20	BOGOTA	CLINICA DEL SUR Ambulatoria	7862		X		0	0	1	1	8	0

21	BOGOTA	CLINICA DEL SUR Ambulatoria No. 2 (satélite)*	NUEVO	X			0	0	0	1	8	0
22	BOGOTA	CLINICA DEL SUR Hospitalaria	558		X	X	1	2	0	2	8	1
23	BOGOTA	CLINICA DEL SUR Salas de Cirugía **	#N/D		X	X	0	0	0	0	1	0
24	BOLÍVAR	CARTAGENA	5624		X		0	0	1	1	8	1
25	BOLÍVAR	MAGANGUE	S/D	X			0	0	0	1	1	0
26	BOYACÁ	CHIQUINQUIRÁ	365	X			0	0	0	1	1	0
27	BOYACÁ	DUITAMA	908	X			0	0	0	1	1	0
28	BOYACÁ	GARAGOA	124	X			0	0	0	1	1	0
29	BOYACÁ	SANTA ROSA DE VITERBO	354	X			0	0	0	1	1	0
30	BOYACÁ	SOATÁ	152	X			0	0	0	1	1	0
31	BOYACÁ	SOGAMOSO	919	X			0	0	0	1	1	0
32	BOYACÁ	ESPCO DEBOY TUNJA	3594		X	X	1	0	1	1	2	1
33	CALDAS	ESPCO DECAL MANIZALES	6040		X	X	1	1	1	1	7	1
34	CALDAS	LA DORADA	322	X			0	0	0	1	1	0
35	CALDAS	MANIZALES CENTRO	1046	X			0	0	0	1	3	0
36	CAQUETÁ	FLORENCIA	644	X			0	0	0	1	1	0
37	CASANARE	YOPAL	659	X			0	0	0	1	1	0
38	CAUCA	POPAYAN	3000		X		0	0	0	1	3	0
39	CAUCA	SANTANDER DE QUILICHAO	214	X			0	0	0	1	1	0
40	CESAR	AGUACHICA	305	X			0	0	0	1	1	0
41	CESAR	VALLEDUPAR	3248		X		0	0	0	1	4	0
42	CHOCÓ	QUIBDÓ	1349	X			0	0	0	1	2	0
43	CÓRDOBA	LORICA	358	X			0	0	0	1	1	0
44	CÓRDOBA	MONTERÍA	4588		X		0	0	0	1	3	0
45	CÓRDOBA	SAHAGUN	258	X			0	0	0	1	1	0
46	CUNDINAMARCA	CÁQUEZA	57	X			0	0	0	1	1	0
47	CUNDINAMARCA	CHIA	505	X			0	0	0	1	1	0
48	CUNDINAMARCA	FACATATIVA	1080	X			0	0	0	1	1	0
49	CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	1708	X			0	0	1	1	2	0
50	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	1560	X			0	0	1	1	2	0
51	CUNDINAMARCA	SIBATE	284	X			0	0	0	1	1	0
52	CUNDINAMARCA	SOACHA	912	X			0	0	0	1	1	0
53	CUNDINAMARCA	VILLETA	239	X			0	0	0	1	1	0
54	CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRA	445	X			0	0	0	1	1	0
55	GUAINIA	PUERTO INIRIDA	64	X			0	0	0	1	1	0

56	GUAJIRA	MAICAO	131	X			0	0	0	1	1	0
57	GUAJIRA	RIOHACHA	1320	X			0	0	0	1	2	0
58	GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE	230	X			0	0	0	1	1	0
59	HUILA	GARZON	393	X			0	0	0	1	1	0
60	HUILA	LA PLATA	153	X			0	0	0	1	1	0
61	HUILA	ESPCO DEUIL	6974		X	X	1	1	1	1	5	1
62	HUILA	NEIVA	813	X			0	0	0	1	2	0
63	HUILA	PITALITO	542	X			0	0	0	1	1	0
64	MAGDALENA	SANTA MARTA	3761		X		0	0	0	1	4	0
65	META	VILLAVICENCIO	6279		X		0	0	1	1	4	0
66	NARIÑO	IPIALES	397	X			0	0	0	1	1	0
67	NARIÑO	PASTO	3810		X		0	0	0	1	4	0
68	NARIÑO	TUMACO	209	X			0	0	0	1	1	0
69	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	7312		X		1	0	1	1	4	1
70	NORTE DE SANTANDER	PAMPLONA	344	X			0	0	0	1	1	0
71	NORTE DE SANTANDER	OCAÑA *	NUEVO	X			0	0	0	1	1	0
72	PUTUMAYO	MOCOA	575	X			0	0	0	1	1	0
73	QUINDÍO	ARMENIA	4997		X		0	0	0	1	3	0
74	RISARALDA	PEREIRA	7051		X		1	0	1	1	5	1
75	SAN ANDRÉS	SAN ANDRES	188	X			0	0	0	1	1	0
76	SANTANDER	BARBOSA	431	X			0	0	0	1	1	0
77	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	639	X			0	0	0	1	1	0
78	SANTANDER	BUCARAMANGA CEPRE	3341	X			0	0	1	1	4	1
79	SANTANDER	ESPCO DESAN	7373		X	X	1	1	1	1	5	1
80	SANTANDER	MALAGA	170	X			0	0	0	1	1	0
81	SANTANDER	SAN GIL	647	X			0	0	0	1	1	0
82	SANTANDER	SOCORRO	430	X			0	0	0	1	1	0
83	SANTANDER	VELEZ	230	X			0	0	0	1	1	0
84	SUCRE	COROZAL	416	X			0	0	0	1	1	0
85	SUCRE	SINCELEJO	3269		X		0	0	0	1	4	0
86	TOLIMA	CENOP	123	X			0	0	0	1	1	0
87	TOLIMA	ESPINAL	1293	X			0	0	0	1	2	0
88	TOLIMA	IBAGUE	8339		X		0	0	1	1	4	1
89	TOLIMA	MARIQUITA	507	X			0	0	0	1	1	0
90	URABÁ	APARTADO	408	X			0	0	0	1	1	0
91	VALLE	BUENAVENTURA	486	X			0	0	0	1	1	0

92	VALLE	BUGA	1141	X			0	0	0	1	1	0
93	VALLE	ESPCO DEVAL	9436		X	X	1	1	1	1	6	1
94	VALLE	ESPRI FATIMA	7515	X			0	0	0	1	6	1
95	VALLE	CARTAGO	1272	X			0	0	0	1	1	0
96	VALLE	PALMIRA	1665	X			0	0	0	1	2	0
97	VALLE	ROLDANILLO	638	X			0	0	0	1	1	0
98	VALLE	SEVILLA	408	X			0	0	0	1	1	0
99	VALLE	TULUA	2621	X			0	0	0	1	3	0
100	VAUPÉS	MITU	45	X			0	0	0	1	1	0
101	VICHADA	PUERTO CARREÑO	149	X			0	0	0	1	1	0
TOTAL				**75**	**25**	**11**	**11**	**13**	**19**	**102**	**284**	**19**

* Estos puntos de dispensación no tienen datos históricos de operación ya que son nuevos puntos considerados para el nuevo contrato.
** Para este punto de dispensación los registros históricos se encuentran contabilizados dentro de la farmacia hospitalaria del mismo centro asistencial.
Nota: Los puntos de dispensación previstos en esta tabla para los municipios de Barranquilla (Atlántico) y Ocaña (Norte de Santander) estarán supeditados a la entrada en operaciones de los ESPRI respectivos, cuya fecha de apertura no estaba definida aún a la fecha de publicación de los documentos preliminares de este estudio.

Elaborado por: Equipo Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026
Fuente: Base de archivos del proceso.

La Tabla 1.1. "*Personal mínimo requerido*" establece el personal mínimo requerido por cada punto de dispensación, conforme a los perfiles laborales necesarios para garantizar la adecuada ejecución de las actividades de suministro y dispensación de medicamentos, así como el estricto cumplimiento de la normatividad vigente aplicable al manejo de medicamentos en los ámbitos ambulatorio y hospitalario. La cantidad de personal establecida corresponde al *número mínimo obligatorio de recurso humano por perfil que deberá encontrarse disponible y ejerciendo efectivamente sus funciones en cada punto de dispensación durante toda la operación del servicio*, conforme a los horarios definidos para cada establecimiento.

En consecuencia, el contratista deberá garantizar de manera permanente la presencia simultánea del número mínimo de funcionarios exigidos para cada perfil ocupacional, sin que sea admisible disminuir unilateralmente dicha disponibilidad por razones operativas, administrativas, turnos, descansos, novedades de personal o cualquier otra circunstancia que afecte la adecuada prestación del servicio.

No obstante, para los horarios nocturnos, así como para la operación en domingos y días festivos, la disponibilidad del personal podrá ajustarse de acuerdo con las necesidades reales del servicio y las variaciones en el volumen de usuarios y fórmulas atendidas en dichos periodos. Cualquier ajuste deberá ser previamente concertado y aprobado por los equipos de apoyo a la supervisión correspondiente mediante concepto escrito, garantizando en todo momento la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio farmacéutico.

De igual manera, en aquellos casos en los cuales, durante la ejecución contractual, se evidencie que el personal mínimo establecido para un determinado punto de dispensación excede las necesidades

reales de operación del servicio, el gestor farmacéutico podrá presentar solicitud formal ante el equipo de apoyo a la supervisión correspondiente, sustentando técnica y operativamente las razones que justifican el ajuste propuesto. La aprobación de cualquier modificación quedará sujeta al análisis y autorización previa del equipo de apoyo a la supervisión y a la autorización definitiva de la Supervisión Nacional de Medicamentos, con base en criterios de demanda, volumen de atención, oportunidad del servicio, condiciones operativas y demás variables que se consideren pertinentes.

El cumplimiento de la disponibilidad permanente de este personal requerido podrá ser verificado en cualquier momento mediante visitas o inspecciones aleatorias realizadas por los equipos de apoyo a la supervisión, o la Supervisión Nacional quienes podrán constatar la presencia efectiva del personal exigido y el cumplimiento de las funciones correspondientes en cada punto de dispensación.

Por otra parte, el gestor farmacéutico deberá garantizar, durante la totalidad del horario de atención de cada punto de dispensación, condiciones óptimas y permanentes de limpieza, higiene, orden y salubridad en todas las áreas destinadas a la atención de usuarios, almacenamiento, dispensación y circulación del personal.

Lo anterior, en cumplimiento de la normatividad vigente aplicable a los servicios farmacéuticos y establecimientos de almacenamiento y dispensación de medicamentos, debiendo implementar de manera continua las actividades de aseo, desinfección, manejo de residuos y control de condiciones locativas necesarias para preservar la seguridad sanitaria, la calidad del servicio y la adecuada conservación de las tecnologías en salud.

De la misma forma, el gestor farmacéutico deberá garantizar un sistema operativo y de personal suficiente para la realización de entregas domiciliarias de medicamentos a aquellos usuarios a quienes, por causas atribuibles a la operación logística, disponibilidad de inventario o cualquier otra situación relacionada con la ejecución contractual, les hayan quedado medicamentos pendientes por entregar al momento de la dispensación presencial, asegurando el cumplimiento de los tiempos máximos de oportunidad establecidos en la normatividad vigente y en las obligaciones contractuales aplicables, los cuales corresponden a días calendario y no a días hábiles; en consecuencia, cuando las necesidades lo requieran, deberá garantizar la ejecución de actividades de entrega domiciliaria durante domingos y días festivos, preservando en todo momento la continuidad, oportunidad y trazabilidad del servicio farmacéutico.

4.1.5.1. Ámbito ambulatorio

- Químico farmacéutico de atención farmacéutica (dedicación exclusiva) de tiempo completo, con perfil asistencial, con mínimo seis (06) meses de experiencia en atención farmacéutica.
- Regentes de farmacia con experiencia mínima de seis (6) meses como coordinador de servicios farmacéuticos.
- Auxiliares de farmacia con experiencia mínima de tres (3) meses como auxiliar de farmacia.
- Auxiliares administrativos necesarios para la operación con o sin experiencia.

- Personal de servicios generales suficiente (al menos un funcionario disponible) debe realizar jornada de aseo en el punto de dispensación, al menos una vez al día durante todos los días en los que la farmacia tenga atención al público. Así mismo, se solicita que este personal tenga disponibilidad permanente para atender de manera presencial, dentro de un tiempo de respuesta razonable, durante el horario de atención al público, en caso de que se requiera realizar una limpieza extraordinaria por una eventualidad o contaminación del espacio..

- Personal que preste servicio de entrega de medicamentos a domicilio con o sin experiencia (Exclusivos, compartidos y tercerizados)

4.1.5.2. Ámbito hospitalario

Aplica para la dispensación de medicamentos en los ESPCO y Hospital Central:

- Químico farmacéutico de tiempo completo en el número de horas conforme a la legislación vigente, que desempeñará las funciones de director técnico del servicio farmacéutico con mínimo un (01) año de experiencia específica en el cargo.

  Nota: El director técnico en representación del gestor farmacéutico asistirá al comité de farmacia y terapéutica en calidad de invitado para presentar los indicadores de la farmacia, aportar y desarrollar las actividades que son de su pertinencia, y realizar seguimiento a los lineamientos acordados en dicho comité.

- Químicos Farmacéuticos para cada ESPCO y Hospital Central con mínimo seis (6) meses de experiencia específica con perfil asistencial que se encarguen de los procesos especiales del servicio farmacéutico definidos en el Decreto 780 de 2016 operativizados por la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que adicionen modifiquen o sustituyan, los cuales se encargarán de:

  A. Sistema de distribución dosis unitaria.
  B. PROA (Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos)
  C. Programa de farmacovigilancia
  D. Conciliación medicamentosa para los servicios críticos,
  E. Seguimiento farmacoterapéutico pacientes hospitalarios
  F. Atención farmacéutica en servicios ambulatorios como oncología y demás procesos que según el nivel de complejidad requiera el prestador en el HOCEN y los ESPCO.

- Regente de farmacia con experiencia mínima de seis (6) meses como regente de farmacia en el ámbito hospitalario. Cuando la farmacia sea hospitalaria y la *Tabla 8. "Personal mínimo requerido"* no exija Químico Farmacéutico en el rol de director técnico; el Regente de Farmacia debe contar con experiencia mínima de seis (6) meses como coordinador y/o director técnico de servicios farmacéuticos.

- Auxiliares de farmacia con experiencia mínima de tres (3) meses como auxiliar de farmacia

- Auxiliares administrativos necesarios para la operación con o sin experiencia.

- Personal de servicios generales suficiente (al menos un funcionario disponible) debe realizar jornada de aseo en el punto de dispensación, al menos una vez al día durante todos los días en los que la farmacia tenga atención al público. Así mismo, se solicita que este personal tenga disponibilidad permanente para atender de manera presencial, dentro de un tiempo de respuesta razonable, durante el horario de atención al público, en caso de que se requiera realizar una limpieza extraordinaria por una eventualidad o contaminación del espacio.
- Personal que preste servicio de entrega de medicamentos a domicilio con o sin experiencia, en los puntos señalados

Nota: El contratista **debe garantizar la disponibilidad mínima del personal especificado en cada punto de atención (en especial el personal que realiza la atención al público), durante toda la jornada de atención** definida en la Tabla 12. "*Personal mínimo requerido*". El incumplimiento de esta disposición afecta directamente la oportunidad y calidad del servicio prestado a los usuarios del Subsistema de Salud, generando retrasos en la entrega de medicamentos y un incremento en la insatisfacción expresada mediante reclamos y quejas.

4.1.5.3. Soporte tecnológico

El contratista deberá disponer un equipo técnico el cual estará conformado por:

- **Funcionario Líder Técnico**: El cual servirá de enlace entre la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el proveedor respecto de la operación desde la perspectiva de infraestructura, soporte y sistemas de información. Este funcionario deberá ser profesional en alguno de los siguientes pregrados: Ingeniería de Sistemas, Ingeniero Electrónico, Ingeniero de software o Ingeniero informático y debe contar con alguno de los siguientes posgrados: Gerencia de Proyectos, Desarrollo de Software, Seguridad Informática o afines, con experiencia minina de 1 año.

- **Funcionario(s) Soporte de Redes**: Se encargará del soporte desde la perspectiva de redes de comunicaciones. Este funcionario deberá ser profesional en Ingeniería de redes, Ingeniero de Sistemas o Ingeniero Electrónico con especialización o diplomado relacionado con el área de las telecomunicaciones, con experiencia de mínimo 1 año.

- **Funcionario(s) Soporte Técnico (Hardware)**: Se encargará del oportuno soporte de los equipos de cómputo e impresoras. Este funcionario deberá ser tecnólogo o técnico en sistemas y/o poseer algún tipo de certificación en soporte técnico de redes de comunicaciones y equipos de cómputo, con experiencia de mínimo 1 año.

- **Funcionario(s) Operativos de Bases de Datos y Sistemas de Información**: Se encargará de valorar y ejecutar actividades de administración de información y bases de datos. Este funcionario deberá ser profesional en Ingeniería de Sistemas o Ingeniero Electrónico, con conocimientos en Excel avanzado, bases de datos y herramientas de Business Intelligence BI, con experiencia de mínimo 1 año.

7

- **Funcionario(s) Administración de Servidores**: Encargado de realizar gestión sobre los diferentes servidores que se vean involucrados dentro de la operación del sistema. Este funcionario deberá ser profesional en Ingeniería de Sistemas o Ingeniero Electrónico, deberá contar con certificados de administración de infraestructura de servidores y/o data center, con experiencia de mínimo 1 año.

Nota: El personal referido en el componente tecnológico, es el personal mínimo requerido para el inicio de la operación del contrato; finalizada la instalación y puesta en funcionamiento de los puntos de dispensación, el gestor farmacéutico considerará la continuidad de este personal para la fase de ejecución, garantizando el soporte técnico y mantenimiento de los equipos (soporte y redes) en los puntos de dispensación.

Al ser un proyecto de ámbito nacional el líder técnico del proveedor deberá coordinar de forma simultánea en cada ciudad una cuadrilla con la cantidad de personal de técnicos que considere pertinente para la instalación de las redes y los equipos necesarios para el funcionamiento de cada farmacia en el tiempo establecido en el contrato.

Los costos de desplazamiento y viáticos de este personal a las ciudades y municipios para la instalación de la infraestructura tecnológica, puesta en funcionamiento, soporte técnico y mantenimientos preventivos y correctivos durante toda la vigencia del contrato estarán a cargo del proveedor.

Tabla 13. Personal componente tecnológico

PERSONAL MINIMO COMPONENTE TECNOLÓGICO		
No.	ROL	CANTIDAD
1	Funcionario Líder Técnico	1
2	Funcionario(s) Soporte de Redes	1
3	Funcionario(s) Soporte Técnico (Hardware):	1
4	Funcionario(s) Operativos de Bases de Datos y Sistemas de Información	1
5	Funcionario(s) Administración de Servidores	1

Elaborado por: Equipo Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026.

4.1.5.4. Gestores administrativos

Se requerirá de un gestor administrativo en cada cabecera de regional, con poder de decisión y disponibilidad permanente, para la canalización y resolución de los aspectos relacionados con la atención a los usuarios y la operación logística durante la ejecución del contrato, quien estará en permanente contacto con el jefe de la oficina de atención al usuario y con los equipos de apoyo a la supervisión designados para cada Unidad Prestadora de Salud así:

REGIONAL 1: Bogotá D.C. (cabecera), Amazonas, Boyacá, Cundinamarca, Guainía, San Andrés y Providencia, Vichada
REGIONAL 2: Huila (cabecera), Tolima, Caquetá, Putumayo.
REGIONAL 3: Risaralda (cabecera), Caldas, Quindío.
REGIONAL 4: Valle del Cauca (cabecera), Cauca, Nariño.

REGIONAL 5: Santander (cabecera), Norte de Santander, Arauca.
REGIONAL 6: Antioquia (cabecera), Córdoba, Chocó, Urabá.
REGIONAL 7: Meta (cabecera), Casanare, Vaupés, Guaviare.
REGIONAL 8: Atlántico (cabecera), Magdalena, Sucre, Cesar, Bolívar, Guajira.

Tabla 14. Personal gestores administrativos

PERSONAL MINIMO GESTORES ADMINISTRATIVOS		
REGIONAL	GESTOR ADMINISTRATIVO	CANTIDAD
1	Gestor Administrativo Regional 1	1
2	Gestor Administrativo Regional 2	1
3	Gestor Administrativo Regional 3	1
4	Gestor Administrativo Regional 4	1
5	Gestor Administrativo Regional 5	1
6	Gestor Administrativo Regional 6	1
7	Gestor Administrativo Regional 7	1
8	Gestor Administrativo Regional 8	1

Elaborado por: Equipo Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026

El gestor farmacéutico debe estar en capacidad de asumir la operación logística integral del servicio, basado en el cumplimiento de los requisitos mínimos para el presente proceso de contratación, definidos en el Anexo - *Especificaciones Técnicas de la Ejecución.*

4.1.5.5. Fomento de la inserción laboral para jóvenes (Ley 2119 de 2021)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 2119 de 2021 "*Por medio del cual se establecen medidas para fortalecer la conciencia educativa para el trabajo en la educación básica secundaria, educación media y educación superior y se dictan otras disposiciones en materia de inserción laboral para jóvenes*", así como de los lineamientos nacionales orientados al fortalecimiento de la inserción laboral juvenil contenidos en la Ley 2039 de 2020, el Decreto 952 de 2021 y la Ley 2214 de 2022, la Dirección de Sanidad incorporó dentro del análisis del sector la evaluación de los perfiles ocupacionales susceptibles de ser desempeñados por jóvenes entre los 18 y 28 años de edad durante la ejecución contractual.

Dado que el presente contrato contempla la disposición de personal por parte del contratista para garantizar la operación del suministro, dispensación y soporte logístico de medicamentos a nivel nacional, y que dentro de los perfiles requeridos se encuentran cargos operativos, técnicos y administrativos susceptibles de ser desempeñados por población joven, la Dirección de Sanidad incorpora dentro del presente proceso contractual las medidas orientadas a promover la inserción laboral juvenil, conforme a la normatividad vigente.

En consecuencia, se establece como obligación contractual que el proponente adjudicatario **garantice la vinculación laboral o contractual de jóvenes entre los 18 y 28 años de edad, en una proporción no inferior al ocho por ciento (8%) del total** del personal requerido para la ejecución del contrato.

Tabla 15. Perfiles requeridos para la ejecución contractual y viabilidad para inserción laboral para jóvenes

Perfil	Nivel de formación	Experiencia mínima exigida	Potencial de vinculación laboral juvenil	Observaciones relevantes
Auxiliares de farmacia	Técnico o tecnólogo en servicios farmacéuticos	3 meses	Alta	Formación disponible en instituciones SENA y similares
Auxiliares administrativos	Técnico, tecnólogo	No se exige	Alta	Compatible con jóvenes recién egresados
Personal de servicios generales	Básica o técnica certificada	No se exige	Alta	Se recomienda enfoque en contratación digna y con enfoque diferencial
Personal de entrega de medicamentos a domicilio	Bachiller o técnico	No se exige	Alta	Puede incluir jóvenes con formación básica
Soporte técnico (hardware/redes)	Técnico o tecnólogo en sistemas	1 año	Media	Jóvenes con certificaciones pueden cumplir el perfil
Operadores de bases de datos y sistemas de información	Profesional en Ingeniería de Sistemas o afines	1 año	Media	Viable para jóvenes egresados con enfoque en análisis de datos y BI
Gestores administrativos regionales	Profesional administrativo	≥6 meses	Media	Cargos con capacidad de decisión y con mediano nivel de responsabilidad
Regentes de farmacia	Tecnólogo con experiencia certificada	≥6 meses	Media	Experiencia específica limita participación de jóvenes sin trayectoria
Químicos farmacéuticos *(perfiles Asistencial en el ámbito hospitalario y de consulta Atención Farmacéutica en el ámbito ambulatorio).*	Profesional	≥ 6 meses	Baja	Experiencia específica limita participación de jóvenes sin trayectoria
Químicos farmacéuticos *(perfil Director Técnico en ámbito hospitalario).*	Profesional	≥ 1 año	Baja	Experiencia específica limita participación de jóvenes sin trayectoria

Elaborado por: Comité Estructurador Contrato de Medicamentos 2026

Nota: La obligación relacionada con la vinculación laboral juvenil será objeto de verificación por parte de la Dirección de Sanidad al inicio de la ejecución contractual y durante toda la vigencia del contrato, conforme a los mecanismos de seguimiento y supervisión establecidos por la entidad. El presente requisito no constituye un factor de evaluación o asignación de puntaje dentro del proceso de selección.

Nota 2: El incumplimiento injustificado de las obligaciones relacionadas con la inserción laboral juvenil podrá dar lugar a la aplicación de las medidas contractuales, administrativas y legales a que haya lugar, conforme a la normatividad vigente y a las condiciones establecidas en el contrato.

4.1.5.6. Análisis de oportunidad para la inclusión de población con especial protección constitucional

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 34 de la Ley 2069 de 2020, así como de lo reglamentado en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1082 de 2015, la Dirección de Sanidad adelantó el análisis de oportunidad orientado a identificar la viabilidad de promover mecanismos de inclusión laboral y participación de población con especial protección constitucional dentro de la ejecución del presente contrato.

Para efectos del presente análisis, se entiende como población con especial protección constitucional aquella respecto de la cual el ordenamiento jurídico colombiano ha reconocido condiciones particulares de vulnerabilidad, debilidad manifiesta o necesidad de protección reforzada, incluyendo, entre otros, personas en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, población en proceso de reincorporación o reintegración, comunidades étnicas, población en situación de pobreza extrema, personas desplazadas por la violencia y población con identidades de género diversas.

Teniendo en cuenta la naturaleza del objeto contractual y las actividades requeridas para la operación nacional del suministro, dispensación y soporte logístico de medicamentos, se identificaron diversos perfiles operativos, técnicos y administrativos susceptibles de ser desempeñados por personas pertenecientes a estos grupos poblacionales, sin que ello afecte las condiciones de calidad, oportunidad, seguridad y continuidad exigidas para la adecuada prestación del servicio farmacéutico.

Particularmente, se evidencian como perfiles con potencial de inclusión laboral diferencial aquellos relacionados en la Tabla 16.

Tabla 16. Identificación de perfiles operativos con viabilidad para la inclusión de población con especial protección constitucional en la ejecución del contrato.

Perfil	Potencial de inclusión laboral diferencial
Auxiliares de farmacia	Requiere formación técnica básica, que puede ser obtenida mediante programas del SENA y otras entidades que ofrecen formación a población víctima, reintegrada o desplazada. La estandarización de funciones bajo supervisión farmacéutica permite su adecuada inserción con acompañamiento.
Auxiliares administrativos	Las labores administrativas básicas como digitación, archivo, gestión documental y soporte logístico no requieren experiencia previa ni alta especialización, y pueden ser desempeñadas con una inducción adecuada. Esto habilita la posibilidad de vincular personas con baja cualificación formal o en proceso de inclusión laboral, siempre que cuenten con habilidades básicas de lectoescritura y manejo de herramientas ofimáticas.
Personal de servicios generales	El perfil de este cargo no exige formación técnica específica ni experiencia previa. Su entrenamiento puede realizarse de manera práctica en el sitio de trabajo. Es un rol ideal para población en situación de vulnerabilidad socioeconómica o personas en reintegración, permitiendo un acceso más equitativo a oportunidades laborales en el marco del contrato.
Personal domiciliario (entregas a usuarios)	Este rol puede ser desempeñado por personas con conocimientos básicos de georreferenciación, comunicación y manejo de rutas. Es compatible con estrategias de empleabilidad flexible para personas desplazadas, con movilidad reducida o con necesidades de reinserción social. La logística puede ser estandarizada, permitiendo establecer protocolos de calidad y trazabilidad que garanticen el cumplimiento del servicio.
Conductores	La operación farmacéutica a nivel nacional demanda transporte terrestre de medicamentos desde centros de distribución. La conducción de vehículos utilitarios o motocicletas puede ser desempeñada por personas en proceso de reincorporación o víctimas del conflicto con licencia de conducción vigente, una vez se cumplan requisitos normativos de seguridad vial y responsabilidad.

Auxiliares de bodega / logística	Tareas como cargue, descargue, alistamiento de pedidos y rotulación, requieren habilidades físicas básicas y seguimiento de instrucciones, lo que permite la inclusión de personas con baja escolaridad, en situación de pobreza o con barreras de acceso al mercado laboral formal. La ejecución puede garantizarse mediante formación corta en manipulación de medicamentos y almacenamiento.

Elaborado por: Comité Estructurador Contrato de Medicamentos 2026

Con fundamento en lo anterior, la Dirección de Sanidad considera técnica y operativamente viable incorporar medidas orientadas a promover la inclusión laboral de población con especial protección constitucional dentro de la ejecución contractual, particularmente en perfiles operativos, técnicos y administrativos que permiten procesos de vinculación progresiva y acompañamiento laboral.

En consecuencia, el contratista adjudicatario deberá implementar mecanismos orientados a fomentar la participación de población con especial protección constitucional dentro de la ejecución del contrato, procurando que dicha vinculación corresponda, como referencia mínima, **al cinco por ciento (5%) del personal operativo y de apoyo** requerido para la ejecución contractual, siempre que se garantice el cumplimiento de los requisitos técnicos, operativos y legales exigidos para cada perfil ocupacional. Esta medida constituye una obligación contractual de ejecución y no un factor objeto de calificación o ponderación dentro de la evaluación de las ofertas.

La Dirección de Sanidad verificará el cumplimiento de estas medidas durante la ejecución contractual, conforme a los mecanismos de seguimiento y supervisión establecidos por la entidad.

4.1.6. Otras condiciones técnicas verificables

4.1.6.1. Oferta mínima de productos válidamente ofertados

Los medicamentos objeto de este proceso deben estar sujetos al cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 677 del 26 de abril de 1995 "*Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia*" del Ministerio de Salud, sus normas complementarias y a la Resolución 1478 del 10 de mayo de 2006 expedido por el Ministerio de Protección Social "*Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado*". Como condiciones de obligatorio cumplimiento, las especificaciones técnicas básicas (principio activo, concentración, forma farmacéutica y vía de administración) se encuentran descritas en el "*Formulario - Listado Técnico Económico*".

El Formulario - Listado Técnico Económico contiene dos hojas de cálculo así:

- **Hoja 1 <u>Rotación histórica</u>:** con los ítems para los cuales la Dirección de Sanidad cuenta con registro de compra durante la ejecución del contrato 07-8-20098-18 o de la orden de compra No. 111844, que incluye tanto medicamentos que hacen parte del Manual de Medicamentos y Terapéutica para el CSSMP, así como otros que han tenido aprobación por el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud-EIPS, comité de farmacovigilancia institucional

y/o fallos judiciales. Los proponentes podrán presentar hasta tres (03) opciones en cada ítem para ofertar sus productos.

- **Hoja 2 Rotación potencial:** incluye ítems en los cuales no existe histórico de compra en la entidad o la rotación ha sido mínima. Los proponentes podrán presentar hasta tres (03) opciones en cada ítem para ofertar sus productos.

Para ambas hojas del *Formulario - Listado Técnico Económico*, la opción 1 siempre deberá contener el precio más económico por unidad de medida. En dado caso que se oferte una opción 2, su precio será igual o mayor a la opción 1, por lo que la opción 3 deberá tener precio igual o mayor a la opción 2.

El estado del registro sanitario de los productos ofertados solo puede ser "vigente" o "en trámite de renovación". En caso de que el estado del registro sanitario sea diferente a los anteriores, el oferente debe presentar la documentación que soporte la explicación de dicho estado del registro, con el fin de que sea evaluada para definir su comercialización. La documentación debe ser pertinente y válida por la autoridad sanitaria correspondiente (INVIMA).

El oferente debe cargar a través de la plataforma electrónica del SECOP II, el Formulario - Listado Técnico Económico, debidamente diligenciado en sus dos hojas de cálculo (Hoja 1 Rotación histórica y Hoja 2 Rotación potencial), como parte integral de la oferta.

En la Hoja 1 - Rotación Histórica se debe cumplir con la exigencia mínima técnica de ofertar:

- En la primera opción: 80% de los ítems
- En la segunda opción: 40% de los ítems
- En la tercera opción: 10% de los ítems

Para la Hoja 2 - Rotación Potencial se debe cumplir con la exigencia mínima técnica de ofertar:

- En la primera opción: 50% de los ítems
- En la segunda opción: 10% de los ítems

Es pertinente aclarar que, para la Hoja 2 – Rotación Potencial, para la Opción 3 no se exigirá un porcentaje mínimo de cumplimiento por ítems ofertados.

Es importante precisar que los porcentajes mínimos exigidos en la presente estudio previo difieren de los establecidos en el proceso licitatorio anterior (85% para la primera opción y 35% para la segunda), en razón de un ajuste metodológico relevante: en el proceso anterior existía un mecanismo de reubicación, mediante el cual, ante la no validación de un ítem ofertado en la primera opción, el ítem ofertado en la segunda opción ascendía a ocupar dicha posición, y el de la tercera opción ascendía a la segunda. En consecuencia, para el presente proceso se eliminó el mecanismo de reubicación, y como efecto directo de ello, se ajustaron los porcentajes mínimos exigidos: la primera opción se redujo del 85% al 80%, en atención a que ya no cuenta con el respaldo que anteriormente ofrecía la reubicación de ítems desde las opciones subsiguientes; y la segunda opción se incrementó del 35% al 40%, con el fin de que dicha opción cuente con un piso de exigencia más robusto de manera autónoma, sin depender de la redistribución interna de ítems que antes la nutría. La tercera opción se mantiene en 10%, conservando su función de cobertura residual.

Es preciso aclarar que no todos los ítems cuentan con múltiples opciones disponibles en el mercado nacional, como el caso de las marcas comerciales especificas requeridas o medicamentos innovadores, cuya oferta se reduciría a una única opción, razón por la cual no es pertinente establecer un criterio de igualdad como porcentaje mínimo en cada una de las opciones a ofertar.

Adicionalmente, la inclusión de porcentajes mínimos en la hoja de Rotación Potencial —inexistentes en el proceso licitatorio anterior— responde a la necesidad de asegurar la oferta de precios para medicamentos críticos que, aun sin rotación histórica consolidada, resultan previsiblemente requeridos durante la ejecución contractual. Exigir su oferta desde el proceso de selección evita que dichos medicamentos deban gestionarse posteriormente como productos no pactados sujetos a porcentaje de intermediación, lo cual incrementaría el valor facturado a la Entidad.

Para todas las opciones las ofertas deberán cumplir con las especificaciones técnicas y económicas requeridas para ser consideradas como "Productos Válidamente Ofertados", como se enuncia a continuación:

4.1.6.1.1 Diligenciamiento casillas técnicas

Las casillas técnicas deberán estar diligenciadas conforme a lo requerido en el Listado Técnico Económico según lo especificado en las instrucciones del mismo. Las casillas que **NO** estén diligenciadas sin justificación o que estén diligenciadas en forma incorrecta, de modo que no sea posible identificar el producto ofertado en esa opción, no será considerado como "*Producto Válidamente Ofertado*". En caso de corresponder a ítems sin registro sanitario o con registro diferente a medicamentos se usarán los siguientes rótulos para el diligenciamiento en dicho formato:

TIPO PRODUCTO	SIGLA A DILIGENCIAR
Magistrales	MAG
Vitales no disponibles	VND
Drogas blancas	DB
Alimentos y suplementos dietarios	N/D

4.1.6.1.2 Coincidencia técnica con el producto requerido

El producto NO será evaluado como "*Producto Válidamente Ofertado", cuando:*

- No cumpla con las especificaciones técnicas mínimas definidas.
- Se presenten inconsistencias en el diligenciamiento del código CUM que impidan la clara identificación del producto ofertado, no logrando diferenciarlo de otros y/o que puedan inducir a confusión acerca del verdadero producto ofertado.
- El código CUM (*número de expediente - numero consecutivo*) se encuentren "INACTIVO" en la página web del INVIMA. Para los ítems que no corresponden a medicamentos, a cambio del código CUM se deberá diligenciar el número del expediente sanitario.

Para un mismo ítem no se permitirá la oferta de un mismo código CUM en más de una opción, aun cuando se trate de consecutivos diferentes asociados al mismo registro sanitario.

En consecuencia, cada opción ofertada para un mismo ítem deberá corresponder a un código CUM DIFERENTE e INDEPENDIENTE, con el fin de garantizar diversidad real en las alternativas de suministro y mitigar el riesgo de afectación simultánea derivada de situaciones asociadas a desabastecimiento, disponibilidad de materias primas, importación de insumos, procesos de fabricación, producción o distribución que puedan impactar productos pertenecientes a un mismo titular o línea de fabricación.

Se permitirá la utilización de un mismo código CUM en ítems diferentes cuando el respectivo registro sanitario ampare expresamente las presentaciones ofertadas y el producto corresponda simultáneamente a un ítem solicitado bajo marca comercial específica y a otro solicitado en denominación genérica, caso en el cual podrá ser ofertado en ambos ítems, siempre que cumpla integralmente las características técnicas exigidas para cada uno de ellos.

Asimismo, para aquellos productos en los cuales un mismo registro sanitario ampare diferentes presentaciones comerciales, y estas correspondan a ítems distintos expresamente requeridos en el Listado Técnico Económico, se permitirá la oferta del mismo código CUM con diferente número consecutivo, siempre y cuando la descripción comercial asociada al consecutivo ofertado coincida exactamente con la presentación solicitada para el respectivo ítem. Para ilustrar este escenario se presentan los siguientes ejemplos:

Tabla 17. Ejemplo de excepciones para el diligenciamiento del CUM

#	Descripción / Nombre Genérico / Principio Activo / Compuesto	Concentración	Forma Farmacéutica	Vía Administración Revisada	Presentación Comercial a entregar	EXPEDIENTE	CONSECUTIVO	DESCRIPCION
80	AFLIBERCEPT	40mg/ml	SOLUCION/SUSPENSION INYECTABLE	INTRAVITREA	AMP/VIAL	20039088	3	Caja por 1 frasco vial en vidrio tipo I que contiene 0,278 mL con concentración de 40mg/mL de Aflibercept
859	AFLIBERCEPT	40mg/ml	SOLUCION/SUSPENSION INYECTABLE	INTRAVITREA	JERINGA PRELLENA	20039088	11	Caja por 1 Jeringa precargada en vidrio tipo I que contiene 177 µL (0,177 mL) con concentración de 40mg/mL de Aflibercept
157	CABOZANTINIB (S) - MALATO	20 mg	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	ORAL	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	20172869	1	1C10384210000100- CABOZANTINIB 20 mg TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL (CABOMETYX) TABLETA 1 U / CAJA X 30 - CAJA CON UN FRASCO BLANCO DE HDPE+ SILICA GEL CON TAPA BLANCA A PRUEBA DE NIÑOS DE POLIPROPILENO + ALUMINIO POR 30 TABLETAS
216	CABOZANTINIB (S) - MALATO	40 mg	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	ORAL	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	20172869	2	1C10384310000100 CABOZANTINIB 40 mg TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL (CABOMETYX) TABLETA 1 U / CAJA X 30 - CAJA CON UN FRASCO BLANCO DE HDPE+ SILICA GEL CON TAPA BLANCA A PRUEBA DE NIÑOS DE POLIPROPILENO + ALUMINIO POR 30 TABLETAS
373	CABOZANTINIB (S) - MALATO	60 mg	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	ORAL	TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	20172869	3	1C10384410000100 - CABOZANTINIB 60 mg TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ORAL (CABOMETYX) TABLETA 1 U / CAJA X 30 - CAJA CON UN FRASCO BLANCO DE HDPE+ SILICA GEL CON TAPA BLANCA A PRUEBA DE NIÑOS DE POLIPROPILENO + ALUMINIO POR 30 TABLETAS

El comité técnico evaluador de la licitación realizará la verificación de los productos ofertados con la página oficial de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, teniendo como punto de corte del archivo de consulta la fecha de cierre de la presentación de la oferta. En caso de presentarse novedad para la consulta de dicha página, se recurrirá a bases de datos abiertos de origen oficial (www.datos.gov.co).

Sólo en el caso de presentarse dudas o diferencias sobre las especificaciones del producto ofertado respecto a las contenidas en la página web del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA, se solicitará al oferente anexar los registros sanitarios físicos de los productos cuestionados.

4.1.6.1.3 Verificación de estado de comercialización

En el marco del presente proceso de selección, el comité estructurador dispuesto por la Dirección de Sanidad determinó no exigir la presentación de cartas de comercialización emitidas por laboratorios fabricantes, titulares de registro sanitario, importadores o distribuidores autorizados como requisito mínimo habilitante para la presentación de la oferta, decisión que obedece a un análisis técnico, operativo y contractual realizado por dicho comité.

Lo anterior considerando que, en experiencias contractuales previas, la exigencia de dicho requisito generó importantes dificultades durante la etapa de evaluación de ofertas, particularmente frente a la validación documental, interpretación de alcances comerciales, vigencias y verificación de relaciones comerciales entre los diferentes actores de la cadena de suministro, sin que ello representara una garantía material efectiva de abastecimiento durante la ejecución contractual.

Adicionalmente, se evidenció que la existencia de cartas de comercialización no elimina ni mitiga en tiempo real los riesgos asociados a situaciones de desabastecimiento de medicamentos, contingencias regulatorias, suspensión de registros sanitarios, limitaciones en la capacidad de producción, problemas logísticos de distribución o demás eventos que puedan afectar la disponibilidad efectiva de tecnologías en salud durante la ejecución del contrato.

En reemplazo de la presentación de las cartas de comercialización, el representante legal de cada oferente deberá diligenciar y suscribir una declaración juramentada denominada *"FORMULARIO – CERTIFICACIÓN DE CAPACIDADES Y RELACIONES COMERCIALES"*, mediante la cual certifique que cuenta con relaciones comerciales suficientes con fabricantes, titulares de registro sanitario, importadores y/o distribuidores autorizados de la industria farmacéutica, que le permitan garantizar la disponibilidad y capacidad de abastecimiento requerida para atender la demanda proyectada por la Dirección de Sanidad, así como las inclusiones, ajustes o necesidades adicionales que se generen durante la ejecución contractual.

La presente decisión fue adoptada por el Comité Estructurador del presente estudio previo considerando criterios de proporcionalidad y razonabilidad, en atención a la naturaleza y complejidad del proceso contractual, buscando fortalecer la pluralidad de participación y optimizar las condiciones de evaluación técnica de las ofertas.

La Dirección de Sanidad se reserva el derecho a realizar la verificación del estado de comercialización de los productos ofertados con base en el estado del registro sanitario del INVIMA

4.1.6.1.4. Condiciones ambientales

Considerando la normatividad vigente, el gestor farmacéutico debe cumplir con las siguientes condiciones ambientales:

4.1.6.1.4.1. Cláusulas ambientales

a) Cláusula 1. Antecedentes ambientales del oferente

El oferente deberá informar si presenta sanciones ambientales vigentes registradas en el Registro Único de Infractores Ambientales – RUIA, administrado por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Para tal efecto, deberá anexar certificación o comunicación suscrita

por su representante legal, en la cual manifieste expresamente si cuenta o no con sanciones ambientales vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana, verificables en el aplicativo oficial VITAL – RUIA.

b) Cláusula 2. Responsabilidad por infracciones ambientales

Cualquier infracción ambiental, derivada de:

- La violación de la normatividad ambiental vigente,
- La omisión en la obtención de permisos, licencias o autorizaciones ambientales requeridas,
- Hechos ocurridos antes, durante o con posterioridad a la ejecución del contrato, será asumida en su totalidad y de manera exclusiva por el CONTRATISTA, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar.

c) Cláusula 3. Gestión posconsumo de medicamentos vencidos

El CONTRATISTA deberá disponer puntos de recepción de medicamentos vencidos y garantizar su gestión integral mediante un gestor externo debidamente autorizado por las autoridades ambientales competentes, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 0371 de 2009 emitida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural "Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos".

d) Cláusula 4. Gestión de residuos peligrosos y de manejo diferenciado

En caso de generarse residuos peligrosos (RESPEL) y/o residuos de manejo diferenciado durante el desarrollo de la actividad contractual, el CONTRATISTA deberá asegurar su almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final a través de gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente, conforme a la normatividad vigente.

e) Cláusula 5. Articulación con el Sistema de Gestión Ambiental Institucional

El CONTRATISTA deberá atender los requerimientos y controles establecidos en el marco del Sistema de Gestión Ambiental de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, relacionados con la ejecución del objeto contractual.

Las cláusulas ambientales anteriores se establecen conforme a:

- Nota 4 de la Resolución 03049 de 2014, "Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional".

- Numeral 5 del apéndice de la Resolución 00090 de 2018, que modifica, complementa y actualiza el Manual de Contratación de la Policía Nacional, incorporando criterios ambientales y de sostenibilidad en los procesos contractuales.

4.1.6.1.4.2. Normatividad ambiental de obligatorio cumplimiento

El CONTRATISTA, en desarrollo del objeto contractual consistente en el "*SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO INTEGRAL A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, A NIVEL NACIONAL*" se obliga a cumplir estrictamente con toda la normatividad ambiental vigente en Colombia, así como con los lineamientos en materia ambiental establecidos en la Nota 4 de la Resolución 03049 de 2014, mediante la cual se adoptó el Manual de Contratación de la Policía Nacional.

El CONTRATISTA deberá garantizar el cumplimiento de:

- Ley 99 de 1993: Obligaciones derivadas del Sistema Nacional Ambiental (SINA), prevención del deterioro ambiental y responsabilidad por daños.

- Decreto 1630 de 2021: "*Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial, incluida su gestión del riesgo, y se toman otras determinaciones*".

- Decreto 1076 de 2015: (Título 6, compilación del Decreto 4741 de 2005) y la reglamentación ambiental aplicable en temas de manejo de residuos peligrosos (RESPEL), vertimientos, emisiones y protección de recursos naturales.

- Normatividad y permisos de las autoridades ambientales: Permisos y autorizaciones que apliquen según la naturaleza de los residuos y actividades farmacéuticas.

- Resolución 3957 de 2009: emitida por la Secretaría Distrital de Ambiente, "*Por la cual se establece la norma técnica, para el control y manejo de los vertimientos realizados a la red de alcantarillado público en el Distrito Capital*".

- Resolución 631 de 2015 Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. *"Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones".*

4.1.6.1.4.3. Obligaciones ambientales específicas del servicio farmacéutico integral

El CONTRATISTA deberá asegurar que el suministro y la dispensación de medicamentos, así como todos los procesos asociados al servicio farmacéutico (adquisición, almacenamiento, distribución, preparación, dispensación y disposición final), cumplan con:

- Buenas prácticas ambientales en la operación logística y asistencial.

- Compras verdes para insumos farmacéuticos y logísticos cuando sea aplicable (reciclabilidad, reducción de sustancias peligrosas, eficiencia ambiental del producto).

- Evaluación del ciclo de vida de los bienes farmacéuticos e insumos asociados: envases, empaques, dispositivos médicos, consumibles de farmacia.

- Entrega de hojas de seguridad y fichas técnicas para todos los productos que representen riesgo químico o ambiental, incluyendo medicamentos citotóxicos, radioactivos, fotosensibles o de control especial.

4.1.6.1.4.4. Gestión ambiental de residuos farmacéuticos

El CONTRATISTA deberá diseñar e implementar un **Plan de Gestión Integral de Residuos Farmacéuticos** que garantice:

- Recolección diferenciada de residuos farmacéuticos vencidos, parcialmente utilizados, devueltos o rechazados.

- Gestión adecuada de residuos peligrosos (RESPEL), incluyendo medicamentos citotóxicos, químicos, controlados y materiales contaminado, en cumplimiento a la Resolución 591 de 2024 "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.

- Entrega de residuos únicamente a gestores autorizados, conforme a la normativa del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Decreto 1076 de 2015.

- Cumplimiento de protocolos de bioseguridad, tal como lo exigen las normas de salud ambiental del sector salud.

4.1.6.1.4.5. Responsabilidad y verificación

El CONTRATISTA reconoce que:

- La Policía Nacional podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de las obligaciones ambientales conforme al Manual de Contratación.

- El incumplimiento de esta cláusula constituye causal de sanciones, multas, imposición de planes de mejoramiento, suspensión o terminación contractual.

4.1.6.1.4.6. Actualización normativa

El CONTRATISTA se obliga a mantenerse actualizado frente a:

- Nuevas resoluciones o actualizaciones del Manual de Contratación.

- La Resolución 00090 de 2018, que complementa la Resolución 03049 e incorpora lineamientos reforzados de buenas prácticas ambientales.

4.2. CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

La Dirección de Sanidad, con el fin de garantizar el adecuado suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios y hospitalarios, así como la prestación integral del servicio farmacéutico para la población usuaria del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a nivel nacional, ha establecido, además de las condiciones mínimas habilitantes previamente descritas, una serie de criterios técnicos adicionales susceptibles de evaluación y asignación de puntaje.

4.2.1. Evaluación técnica (400 puntos)

El oferente deberá presentar su oferta en el Listado Técnico Económico el cual debe cargarse junto con los soportes que el oferente considere pertinentes en la plataforma SECOP II.

Tabla 18. Asignación puntaje evaluación técnica

CRITERIO TÉCNICO	ASIGNACIÓN PUNTAJES						
	ROTACIÓN HISTÓRICA			ROTACIÓN POTENCIAL			TOTAL
	OPCION 1 (Puntos)	OPCION 2 (Puntos)	OPCION 3 (Puntos)	OPCION 1 (Puntos)	OPCION 2 (Puntos)	OPCION 3 (Puntos)	
Porcentaje mínimo habilitante	80%	40%	10%	50%	10%	0%	
Umbral para asignación de puntaje	90%	45%	20%	60%	20%	10%	
Volumen de la oferta	90	70	45	70	10	3	**288**
Apoyo a la Industria Nacional	100						**100**
Incentivo puntaje adicional proponentes con trabajadores con discapacidad (1%)	10						**10**
Incentivo emprendimientos y empresas de mujeres (0,2%)	2						**2**
Subtotal Puntaje Técnico	400						

Elaborado por: Comité Estructurador Contrato de Medicamentos 2026

4.2.1.1. Volumen de oferta (diligenciamiento del Formulario - *Listado Técnico Económico*) (288 puntos)

Para la evaluación técnica de las ofertas se establecen dos criterios diferenciados relacionados con el porcentaje de "*Productos Válidamente Ofertados*" en cada una de las opciones de las Hojas de Rotación Histórica y Rotación Potencial, a saber:

i) el "Porcentaje mínimo habilitante"
ii) el "Umbral para asignación de puntaje".

El "Porcentaje mínimo habilitante" corresponde a la cantidad mínima de "*Productos Válidamente Ofertados*" que deberá acreditar el proponente en cada opción para que su oferta sea considerada técnicamente admisible y pueda continuar en el proceso de evaluación. En consecuencia, el incumplimiento de dichos porcentajes implicará que la oferta sea rechazada.

Por su parte, el "Umbral para asignación de puntaje" corresponde al porcentaje mínimo de "*Productos Válidamente Ofertados*" que deberá alcanzar el oferente en cada opción para efectos de acceder a

la asignación de puntaje técnico sobre los ítems ofertados. Lo anterior implica que una oferta podrá encontrarse habilitada para participar en el proceso de selección, aun cuando no alcance el umbral requerido para la obtención de puntaje, siempre y cuando haya superado el "Porcentaje mínimo habilitante" descrito previamente.

Es importante precisar que el "porcentaje mínimo habilitante" y el "umbral para asignación de puntaje" constituyen dos mecanismos independientes y con propósitos distintos: el primero determina si la oferta resulta habilitada para continuar en el proceso de evaluación, mientras que el segundo determina si, estando ya habilitada, dicha oferta tiene derecho a recibir puntaje adicional por superar un nivel de exigencia superior al mínimo habilitante. Ambos umbrales pueden coexistir de manera independiente dentro de una misma opción, según se ilustra a continuación:

A manera de ejemplo, si para la Opción 1 de la Hoja de Rotación Histórica se establece un porcentaje mínimo habilitante del ochenta por ciento (80,00%) y un umbral para asignación de puntaje del noventa por ciento (90,00%), un oferente que presente una propuesta con un ochenta y seis coma treinta y dos por ciento (86,32%) de "*Productos Válidamente Ofertados*" quedará habilitado para continuar en el proceso de evaluación; sin embargo, no tendrá derecho a la asignación de puntaje en dicha opción, toda vez que no alcanzó el umbral mínimo establecido para tal efecto.

La implementación de este mecanismo tiene como finalidad incentivar mayores niveles de completitud en las ofertas presentadas por los proponentes, promoviendo la presentación de propuestas con la mayor cantidad posible de "*Productos Válidamente Ofertados*" en cada opción. De esta manera, además de garantizar condiciones mínimas de participación, se busca reconocer técnicamente aquellas ofertas que acrediten mayores niveles de cobertura frente a las necesidades de la Dirección de Sanidad.

Es pertinente aclarar que, para la Opción 3 de la Hoja de Rotación Potencial, no se exigirá un porcentaje mínimo de completitud como requisito habilitante.

- **Volumen de oferta Hoja 1 - Rotación Histórica (*diligenciamiento del formulario - Listado Técnico Económico*) (205 puntos)**

La asignación de puntaje por concepto de Volumen de Oferta en la Hoja - Rotación Histórica se realizará únicamente entre aquellos oferentes que, además de cumplir el porcentaje mínimo habilitante de la oferta establecido para cada opción en la Tabla 18. "Asignación puntaje evaluación técnica", superen el umbral definido para la asignación de puntaje correspondiente.

Una vez verificado el cumplimiento de dicho umbral, a la propuesta que cuente con el mayor número de "*Productos Válidamente Ofertados*" en cada una de las opciones de la Hoja de Rotación Histórica, se le asignará el puntaje máximo definido para la respectiva opción, para un total de doscientos cinco (205), distribuidos de la siguiente manera:

- 90 puntos para la propuesta con mayor número de "Productos Válidamente Ofertados" en la opción 1.
- 70 puntos para la propuesta con mayor número de "Productos Válidamente Ofertados" en la opción 2.

- 45 puntos para la propuesta con mayor número de "Productos Válidamente Ofertados" en la opción 3.

A los demás oferentes se le asignará el puntaje correspondiente en cada una de las opciones proporcionalmente de la siguiente manera:

$$PVORH = \frac{PVOPE}{PVOMP} \text{ X } pVORH$$

PVORH = Puntaje Volumen de Oferta Rotación Histórica
PVOPE = Cantidad de "*Productos Válidamente Ofertados*" de Propuesta a Evaluar
PVOMP = Cantidad de "*Productos válidamente Ofertados*" de la Mejor Propuesta
pVORH = Puntos Establecidos para Volumen de Oferta Rotación Histórica por cada opción.

- **Volumen de oferta Hoja 2 - Rotación Potencial (diligenciamiento del formulario - *Listado Técnico Económico*) (83 puntos)**

La asignación de puntaje por concepto de volumen de oferta en la Hoja - Rotación Potencial se realizará únicamente entre aquellos oferentes que, además de cumplir el porcentaje mínimo habilitante de la oferta establecido para cada opción, superen el umbral definido para la asignación de puntaje correspondiente.

Es pertinente aclarar que, para la Opción 3 de la Hoja - Rotación Potencial, no se exigirá un porcentaje mínimo habilitante de completitud de la oferta. No obstante, los "*Productos Válidamente Ofertados*" presentados en dicha opción sí serán objeto de evaluación y generarán asignación de puntaje, siempre que se cumpla el umbral mínimo definido para tal fin (10%).

Una vez verificado el cumplimiento de los respectivos umbrales, a la propuesta que cuente con el mayor número de "*Productos Válidamente Ofertados*" en cada una de las opciones de la Hoja de Rotación Potencial, se le asignará el puntaje máximo definido para la respectiva opción, para un total de ochenta y tres (83) puntos, distribuidos de la siguiente manera:

- 70 puntos para la propuesta con mayor número de "*Productos Válidamente Ofertados*" en la opción 1.
- 10 puntos para la propuesta con mayor número de "*Productos Válidamente Ofertados*" en la opción 2.
- 3 puntos para la propuesta con mayor número de "*Productos Válidamente Ofertados*" en la opción 3.

$$PVORP = \frac{PVOPE}{PVOMP} \text{ X } pVORP$$

PVORP = Puntaje Volumen de Oferta Rotación Potencial
PVOPE = Cantidad "*Productos Válidamente Ofertados*" de la Propuesta a Evaluar
PVOMP = Cantidad de "*Productos Válidamente Ofertados*" de la Mejor Propuesta

pVORP = Puntos Establecidos para Volumen de Oferta Rotación Potencial según opción.

4.2.1.2. Apoyo Industria Nacional (100 puntos)

La evaluación de este criterio se efectuará conforme lo establecido en el numeral 2 del Formulario - *Factores de verificación y ponderación.*

4.2.1.3. Incentivos de puntaje adicional

- **Incentivo de puntaje adicional a proponentes con trabajadores con discapacidad (10 puntos)**

En aplicación de lo establecido en el Decreto 392 del 29 de febrero de 2018 *"Por el cual se reglamentan los numerales 1, y 8 del artículo 13 de la Ley 1618 de 2013, sobre incentivos en Procesos de Contratación en favor de personas con discapacidad"*, se otorga el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos (técnicos y económicos), equivalente a diez (10) puntos, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal, para lo cual el oferente deberá anexar:

1. Certificación firmada por el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, en donde se notifique el número total de trabajadores con discapacidad vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección.

2. Certificación del número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal, de conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección, así:

Tabla 19. Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido.

Número total de trabajadores de la planta de personal del proponente	Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido
Entre 1 y 30	1
Entre 31 y 100	2
Entre 101 y 150	3
Entre 151 y 200	4
Más de 200	5

Fuente: Decreto 392 del 2018 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Nota. Para efectos de lo señalado en la norma, si la oferta es presentada por un consorcio o unión temporal, se tendrá en cuenta la planta de personal del integrante del proponente plural que aporte como mínimo el cuarenta por ciento (40%) de la experiencia requerida para la respectiva contratación.

- **Incentivo de puntaje adicional a proponentes con emprendimientos y empresas de mujeres (2 puntos)**

7

En cumplimiento a lo establecido en los Artículos 2.2.1.2.4.2.14 y 2.2.1.2.4.2.15 del Decreto 1860 de 2021 "*Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin reglamentar los artículos 30, 31, 32, 34 y 35 de la Ley 2069 de 2020 en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones*"

*"**Artículo 2.2.1.2.4.2.14. Definición de emprendimientos y empresas de mujeres.** Con el propósito de adoptar medidas afirmativas que incentiven la participación de las mujeres en el sistema de compras públicas, se entenderán como emprendimientos y empresas de mujeres aquellas que cumplan con alguna de las siguientes condiciones:*

1. *Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.*

2. *Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador.*

3. *Cuando la persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.*

4. *Para las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal.*

***Parágrafo.** Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones de que trata el presente artículo deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección".*

*"**Artículo 2.2.1.2.4.2.15. Criterios diferenciales para emprendimientos y empresas de mujeres en el sistema de compras públicas.** En los procesos de licitación pública, selección abreviada de menor cuantía y concurso de méritos, así como en los procesos competitivos que adelanten las Entidades Estatales no sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, las Entidades incluirán condiciones habilitantes para incentivar los emprendimientos y empresas de mujeres con domicilio en el territorio nacional. Para el efecto, los Documentos del Proceso deberán incorporar requisitos habilitantes diferenciales relacionados con alguno o algunos de los siguientes aspectos:*

1. *Tiempo de experiencia.*
2. *Número de contratos para la acreditación de la experiencia.*
3. *Índices de capacidad financiera.*
4. *Índices de capacidad organizacional.*
5. *Valor de la garantía de seriedad de la oferta.*

Los requisitos mencionados deberán fijarse respetando las condiciones habilitantes requeridas para el cumplimiento adecuado del contrato, teniendo en cuenta el alcance de las obligaciones.

En desarrollo de lo anterior, con la finalidad de beneficiar a las empresas y emprendimientos de mujeres, se establecerán condiciones más exigentes respecto a alguno o algunos de los criterios de participación antes enunciados frente a los demás proponentes que concurran al procedimiento de selección que no sean empresas o emprendimientos de mujeres. De manera que no se ponga en riesgo el cumplimiento adecuado del objeto contractual, con excepción de los procedimientos donde el menor precio ofrecido sea el único factor de evaluación, las Entidades también otorgarán un puntaje adicional de hasta el cero punto veinticinco por ciento (0.25%) del valor total de los puntos establecidos en los pliegos de condiciones o documentos equivalentes, a los proponentes que acrediten alguno de los supuestos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del presente Decreto. Las Entidades incluirán estos requisitos diferenciales y puntajes adicionales de acuerdo con los resultados del análisis del sector, desde la perspectiva del estudio de la oferta de las obras, bienes o servicios que requiere, sin perjuicio de los compromisos adquiridos por Colombia en los Acuerdos Comerciales vigentes.

***Parágrafo 1**. Tratándose de proponentes plurales, los criterios diferenciales y los puntajes adicionales solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredita que es emprendimiento y empresa de mujeres bajo los criterios dispuestos en el artículo precedente y que tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal.*

***Parágrafo 2.** Los incentivos contractuales para las empresas y emprendimientos de mujeres no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para Mipymes en el sistema de compras públicas"*

En atención a los artículos anteriormente citados, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional establece como criterio diferencial el número de contratos que respaldan la experiencia, el cual podrá ser acreditado en máximo diez (10) contratos. La suma de los valores de dichos contratos expresados en SMMLV deberán ser iguales o superiores a 60%del presupuesto del contrato. En virtud de lo anterior, la Dirección de Sanidad asignará un puntaje de dos (02) puntos al oferente que acredite la condición anteriormente descrita.

4.3. EVALUACIÓN FINANCIERA Y ECONOMICA

Una vez cumplida la totalidad de los requisitos de orden jurídico, técnico y financiero, el factor de evaluación económica estará determinado por los siguientes criterios

7

4.3.1. Verificación capacidad financiera (cumple o no cumple)

En virtud del análisis y dada la naturaleza, complejidad y riesgos inherentes al objeto contractual, así como la no aplicación de anticipo y en concordancia con el "*MANUAL PARA DETERMINAR Y VERIFICAR LOS REQUISITOS HABILITANTES EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN*", de la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-, la entidad opta por utilizar indicadores adicionales a los señalados en el artículo 2.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 para evaluar la capacidad financiera. Como Capital de Trabajo y Patrimonio, garantizando la continuidad, oportunidad, calidad en la prestación del servicio y la disponibilidad permanente de inventarios con una logística eficiente de distribución a nivel nacional y el cumplimiento de condiciones regulatorias y sanitarias estrictas. En este contexto, el oferente debe contar con recursos suficientes para cubrir los costos asociados a la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de medicamentos, incluso antes de recibir los pagos correspondientes.

Lo anterior considerando que el inicio del flujo de pagos puede experimentar demoras de hasta noventa (90) días, derivado de variables propias de la gestión contractual y administrativa, tales como: la disponibilidad de cupo PAC (Plan Anual de Caja), el proceso de acoplamiento a las condiciones administrativas del contratante, el empalme operativo y técnico, y la necesidad de abastecimiento inicial de inventarios por parte del oferente.

Bajo estas condiciones, el indicador de capital de trabajo y patrimonio se convierte en una herramienta clave para medir la capacidad del oferente, asegurando que dispone de una base financiera sólida para soportar la operación durante el periodo crítico sin ingresos efectivos.

En consecuencia, el valor de dichos indicadores se fijó de acuerdo con el promedio de consumo bimestral del contrato vigente.

Para la definición de los indicadores de capacidad financiera y la capacidad organizacional se realizó solicitud al Grupo Financiero de la Dirección de Sanidad, mediante comunicaciones oficiales GS-2026-035317-DISAN de fecha 27 de abril de 2026 y GS-2026-040198-DISAN del 11 de mayo de 2026, la cual fue respondida mediante comunicación oficial GS-2026-037297-DISAN de fecha 04 de mayo de2026 y GS-2026-042742-DISAN de fecha 19 de mayo de 2026, así mismo se solicitó alcance para los indicadores capital de trabajo y patrimonio mediante comunicación oficial GS-2026-050750-DISAN de fecha 9 junio del 2026, para lo cual el Grupo Financiero emitió respuesta mediante comunicación oficial GS-2026-051497-DISAN de fecha 11 de junio del 2026. El dia 22 de junio de 2026, se solicita revisión y alcance a los indicadores financieros y organizacionales al Grupo Financiero mediante comunicación oficial GS-2026-054725-DISAN, recibiendo respuesta a través de la comunicación oficial GS-2026-055094-DISAN del 23 de junio de 2026, estableciéndolos con base en la información financiera contenida en el RUES vigencia 2025.

Las empresas que fueron incluidas en esta muestra fueron:

Tabla 20. Empresas incluidas en la muestra analizada.

	Empresa
1	Droguerías y Farmacias CRUZ VERDE SAS
2	Organización LADMEDIS SAS
3	Medisfarma SAS
4	Suministros y Dotaciones Colombia SA
5	Productos Hospitalarios SA
6	Comercializadora DUARQUINT SAS
7	Global Sevice Pharmaceutical SAS
8	Union de Droguistas UNIDROGAS SAS
9	Grupo Afin Farmaceutica SAS
10	Distribuciones Axa SAS
11	Éticos Serrano Gómez LTDA
12	Suplimax Del Caribe SAS
13	Discolmets SAS
14	Alfa Trading SAS

"En atención al oficio de asunto de manera atenta me permito remitir a mi coronel, el análisis de indicadores financieros y organizacionales del sector con cifras acordes a lo establecido en el decreto 1082 de 2015, realizado al proceso de ***"SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y PRESTACION DEL SERVICIO FARMACEUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACION DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL"*** *esto para tener en cuenta y anexar al estudio previo, así:*

1. ***Consideraciones***

- *Normativas*

a. *Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015* ***"por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional"****, artículos 2.2.1.1.1.6.1 y 2.2.1.1.1.53 numerales 3 y 4*
b. *Guía para la elaboración de Estudios del Sector versión G-EES-02*
c. *Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los procesos de contratación CCE-EICP-MA-04*

- *La información financiera que se tomará para el presente análisis del sector será con base en las cifras 2025, tomadas del Registro Único Empresarial y Social de la Superintendencia de sociedades RUES y de los Estados Financieros.*

- *Es de anotar que de acuerdo a lo indicado en la introducción de la Guía para la elaboración de Estudios del Sector versión G-EES-02 se indica en la parte introductoria que **"El resultado del análisis debe plasmarse en los estudios y documentos previos del Proceso de Contratación."** (resaltado y subrayado fuera de texto).*

2. ***Elaboración de Estudios**:*

Por la Señorita CPS JANICK LUCIA CHAPETON CULMA del Grupo Financiero, Contabilidad.

Metodología Indicadores de Orden Financiero (Índice de liquidez, Cobertura de Intereses), de Orden Organizacional (Rentabilidad del Patrimonio, Rentabilidad del activo) y Capacidad Financiera (capital de trabajo, patrimonio).

La metodología utilizada está sustentada en lo dispuesto y establecido en los manuales y guías elaborados por la Agencia Nacional de Contratación Pública, Colombia Compra Eficiente; partiendo de la obligatoriedad de tener en cuenta los 5 indicadores de orden financiero y organizacional, se tomó información financiera de 14 empresas del sector, ubicadas 5 en la ciudad de Bogotá, 3 en la ciudad de Barranquilla, 2 en la ciudad de Antioquia, 1 en Bucaramanga, 1 en Santander 1 en Valle del Cauca y 1 en Cucuta, las cuales pertenecen al sector de los bienes y/o servicios requeridos, mediante la aplicación de cinco medidas o promedios estadísticos asi:

a. ***Media Aritmética**: Consiste en la determinación del valor promedio central de la muestra mediante la suma de los valores del indicador de los catorce (14) oferentes evaluados, dividida por el número total de estos. Este método permite identificar la tendencia central de los datos de manera directa y equitativa, sin ponderaciones iniciales que sesguen el comportamiento del mercado.*
b. ***Media podada**: Con el objetivo de neutralizar el impacto de los datos atípicos o extremos que puedan distorsionar el comportamiento real de la muestra, se aplica la media podada. Para este caso específico, se eliminan los valores correspondientes a los dos (2) extremos de la distribución: el valor más bajo (mínimo) y el valor más alto (máximo). En consecuencia, el cálculo del promedio se realiza de forma lineal y equilibrada sobre las doce (12) empresas restantes, garantizando un resultado objetivo y protegido contra desviaciones severas*
c. ***Mediana**: Esta medida de tendencia central determina el valor exacto que se encuentra en la posición intermedia de la distribución de los datos, una vez los indicadores de las catorce (14) empresas han sido ordenados de manera ascendente o descendente. Dado que la muestra es un número par, la mediana corresponderá matemáticamente al promedio de los dos valores centrales. Al ser una medida*

insensible a los valores extremos, Colombia Compra Eficiente la reconoce como un instrumento altamente eficaz para reflejar la realidad del sector.

d. ***Mínimo:*** *Corresponde al valor numérico más bajo registrado para el indicador respectivo entre los catorce (14) oferentes de la muestra. No constituye un promedio en sí mismo, sino que se establece como la frontera o límite inferior del mercado evaluado. Se utiliza metodológicamente para definir el umbral básico de participación o como punto de referencia mínimo para la asignación de puntajes decrecientes o umbrales de elegibilidad.*

e. ***Máximo:*** *Representa el valor numérico más alto y exigente identificado dentro de la muestra poblacional de las catorce (14) oferentes. Al igual que el anterior, no es un cálculo promediado, sino la frontera o límite superior observado. Funciona como el techo de la distribución y se emplea técnicamente en las fórmulas de interpolación lineal para otorgar el puntaje máximo a la oferta que demuestre la mayor solidez o eficiencia en el indicador evaluado.*

f. ***Promedio Ponderado:*** *Este método metodológico final integra y sintetiza las métricas anteriores. Consiste en asignar un porcentaje o ponderación a cada una de las medidas estadísticas previamente calculadas para el indicador respectivo. La suma de estos productos proporciona un índice ponderado final que atenúa la volatilidad de un solo método estadístico, asegurando una asignación de puntajes o umbrales de contratación técnica, integral y ajustada a la matriz de riesgos del proceso.*

3. *Metodología Indicador de orden Financiero*

Partiendo del resultado obtenido del valor absoluto para cada empresa según metodología anterior se procede a realizar un análisis individual por empresa mediante la aplicación del grafico de tallos y hojas de Para en forma posterior aplicar medidas estadísticas como lo son el promedio ponderado, la mediana, la desviación estándar, la media podada.

Finalmente, la asignación de los límites para cada requisito habilitante de orden financiero y organizacional se toma del valor arrojado por la medida estadística del ***Mínimo*** *(Índice de Liquidez, Cobertura de Intereses, Rentabilidad del Patrimonio y Rentabilidad del Activo) y para la Razón de Endeudamiento se asigna el resultado de aplicar el gráfico* ***TALLO-HOJAS.***

4. *Resultado del Análisis*

a. Análisis para cada Indicador por oferente excepto Razón de Endeudamiento

Tabla 21. Análisis de indicadores por oferente (Excepto razón de endeudamiento)

"SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y PRESTACION DEL SERVICIO FARMACEUTICO INTEGRAL PARA LA POBLACION DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL"							
	Índices Capacidad Organizacional		Índices Capacidad Financiera				
Cantidad Proponentes	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura de Intereses	Capital de Trabajo	Patrimonio
1	0,14	0,02	1,07	0,83	0,83	194.757.176,00	705.668.355,00
2	0,13	0,11	4,82	0,18	11,62	16.826.453.000,00	20.416.592.000,00
3	0,38	0,15	3,08	0,60	4,54	36.818.910.000,00	22.176.457.000,00
4	0,22	0,13	2,25	0,44	19,35	113.457.594.647,00	120.154.450.532,00
5	0,02	0,01	3,30	0,52	INDEFINIDO	9.881.320.395,00	10.445.546.127,00
6	0,04	0,03	6,77	0,15	INDEFINIDO	115.067.491.755,00	137.097.088.223,00
7	0,54	0,13	1,33	0,76	10.207,55	22.726.620.000,00	23.603.353.000,00
8	0,21	0,05	1,51	0,74	4,59	152.145.363.000,00	229.511.852.000,00
9	0,65	0,14	1,36	0,79	20,94	31.601.475.968,00	26.303.782.353,00
10	0,21	0,07	1,50	0,65	275,08	44.230.224.472,00	46.305.294.064,00
11	0,40	0,10	1,35	0,76	30,92	239.259.045.795,00	268.479.970.405,00
12	0,30	0,23	5,68	0,24	8,87	4.578.766.602,00	6.432.413.163,00
13	0,33	0,17	2,71	0,48	6,81	161.478.968.036,00	153.907.139.518,00
14	0,15	0,12	5,58	0,19	3,95	173.551.560.000,00	187.775.585.000,00
a. Valor Promedio Media Aritmética	**0,27**	**0,10**	**3,02**	**0,52**	**756,79**	**80.129.896.489,00**	**89.522.513.695,71**
b. Valor Promedio Aritmético sin negativos	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
b. Valor promedio Media Podada	**0,25**	**0,10**	**2,87**	**0,53**	**32,22**	**93.087.085.589,00**	**0,00**
c. Valor promedio de la Mediana	**0,22**	**0,11**	**2,48**	**0,56**	**10,25**	**40.524.567.236,00**	**36.304.538.208,50**
d. Valor Mínimo	**0,02**	**0,01**	**1,07**	**0,15**	**0,83**	**194.757.176,00**	**705.668.355,00**
e. Valor Máximo	**0,65**	**0,23**	**6,77**	**0,83**	**10.207,55**	**239.259.045.795,00**	**268.479.970.405,00**
f. Valor promedio techo para cada límite	**0,28**	**0,11**	**3,24**	**0,80**	**2.201,53**	**55.995.674.042,60**	**61.098.035.393,70**

Fuente: Comunicación Oficial GS-2026-055094-DISAN

b. Análisis de la Razón de Endeudamiento

Tabla 22. Análisis de la Razón de Endeudamiento

Muestra Poblacional	Tallo	Hojas	Bajo, medio y alto nivel de endeudamiento	Mayoria de oferentes estan en este rango	Promedio de los 14 muestra poblacional	Mediana	Desviacion estandar	Media podada 12 items de 14	Desviacion estandar de la media podada	Razon de endeudamiento por encima o debajo de la media podada frente a la desviacion estandar	Valor Ideal o Limite fijado al indicador
15	0										
18	1	589									
19	2	4									
24	3		10 Y 15								
44	4	48									
48	5	2	40 Y 44	74 Y 79	52	56	24	56	22	entre (56-22)=34 y (56+22)=78	78%
52	6	05									
60	7	4669	80 Y 83								
65	8	3									
74	9										
76	10										
76	11										
79	12										
83	13										

Fuente: Comunicación Oficial GS-2026-055094-DISAN

c. Consolidado de los 5 indicadores de orden financiero y organizacional.

- ***Índice de Liquidez:*** *Mide la capacidad del proponente para atender sus obligaciones de corto plazo a medida que estas vencen. Garantiza que el oferente cuenta con activos fácilmente realizables para cubrir sus pasivos operativos inmediatos efectuando la formula activo corriente sobre pasivo corriente.*
- ***Cobertura de Intereses:*** *Refleja la capacidad que tiene el proponente de cumplir con sus obligaciones financieras a partir de sus utilidades operativas. Mide el grado de apalancamiento y el riesgo de afectación de la caja por deudas bancarias efectuando la formula utilidad operacional sobre gastos de interés.*
- ***Rentabilidad del Patrimonio:*** *Mide la rentabilidad del capital invertido por los accionistas. Evalúa la capacidad de la empresa para retener utilidades y fortalecer su patrimonio, sirviendo como amortiguador ante eventuales pérdidas en el contrato; efectuando la formula utilidad operacional sobre el patrimonio total.*
- ***Rentabilidad del Activo:*** *Mide la eficacia global de la empresa en el uso de sus activos para generar utilidades operacionales, independientemente de cómo estén financiados; efectuando la formula utilidad operacional sobre el activo total.*

7

- ***Razón de Endeudamiento:*** *Se realiza mediante el Gráfico de Tallo y Hojas; dado que con este indicador se mide el nivel de apalancamiento y el riesgo de los acreedores frente a los activos de la empresa, un valor excesivamente alto representa un riesgo crítico de ejecución para la entidad estatal.*
  Por lo tanto, el límite máximo permitido para este indicador no se tomará de un mínimo o promedio directo, sino que se determinará técnicamente a partir de la concentración y agrupación visualizada en el Gráfico de Tallo y Hojas. Esto permitirá ubicar el umbral en el límite superior de la concentración real del mercado, inhabilitando únicamente a aquellos oferentes cuyo nivel de endeudamiento se encuentre en rangos atípicos o críticos de riesgo financiero para el proyecto, basado con la media podada y su desviación estándar media podada

Tabla 23. Consolidado de los indicadores de orden financiero y organizacional.

Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura por intereses
>= 0.02	>= 0.01	>= 1.07	<=78%	>= 0.83

Fuente: Comunicación Oficial GS-2026-055094-DISAN

d. *Se realizó la verificación del capital de trabajo y del patrimonio; el resultado de dicha evaluación se proyecta mediante un promedio mensual estimado de facturación de treinta y cinco mil setecientos millones de pesos ($35.700.000.000), proyectado a dos meses, el cual se desglosa a continuación evaluando las catorce (14) empresas con la que se proyectaron los indicadores mediante la fórmula de activo corriente menos pasivo corriente; lo anterior para representar los recursos disponibles en pesos con los que cuenta una empresa para operar en el corto plazo, su análisis garantiza la liquidez operativa durante la fase inicial de ejecución contractual.*

Tabla 24. Verificación capital de trabajo y de patrimonio de la muestra analizada.

Oferente	Capital de Trabajo (Por miles de pesos >=71.400.000.000)	Patrimonio (Por miles de pesos >=71.400.000.000)
1	194.757.176,00	705.668.355,00
2	16.826.453.000,00	20.416.592.000,00
3	36.818.910.000,00	22.176.457.000,00
4	113.457.594.647,00	120.154.450.532,00
5	9.881.320.395,00	10.445.546.127,00
6	115.067.491.755,00	137.097.088.223,00
7	22.726.620.000,00	23.603.353.000,00
8	152.145.363.000,00	229.511.852.000,00

9	31.601.475.968,00	26.303.782.353,00
10	44.230.224.472,00	46.305.294.064,00
11	239.259.045.795,00	268.479.970.405,00
12	4.578.766.602,00	6.432.413.163,00
13	161.478.968.036,00	153.907.139.518,00
14	173.551.560.000,00	187.775.585.000,00

Fuente: Comunicación Oficial GS-2026-055094-DISAN

5. Conclusiones y Notas

De todo lo anterior se concluye que los límites fijados a cada indicador son el resultado no solo de la aplicación de fórmulas financieras y estadísticas, sino que también respaldan los dos objetivos principales del Decreto 1082 de 2015, garantizar la pluralidad de oferentes y minimizar el riesgo para la Entidad". [2]

Adicionalmente, y en concordancia con los pilares de la contratación estatal entre estos los Principios de Libre Concurrencia y Pluralidad de Oferentes, se evidencia que la entidad permite la participación en igualdad de condiciones y promueve la presentación de varias propuestas para el respectivo proceso, sobre la muestra sectorial de 14 empresas.

De conformidad con el numeral *1.6.2. Necesidad desde la sostenibilidad financiera - Condicionamiento presupuestal derivado del régimen de transición electoral y la Ley de Garantías*, y de darse la aprobación de cupo de vigencias futuras por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se prevé reevaluar los indicadores de capital de trabajo y patrimonio aumentándose en un (1) mes del promedio de consumo mensual del contrato vigente.

Para la determinación de los indicadores financieros y su correspondiente ponderación se procederá de la siguiente manera: para los consorcios o uniones temporales, se calcularán los indicadores financieros en forma individual y el resultado de estos se multiplicará por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes y la sumatoria de éstos, será considerado para verificar la capacidad del consorcio o unión temporal.

4.3.2. Verificación económica

La oferta económica deberá presentarse en la plataforma de contratación estatal SECOP II mediante el "*Formulario - Listado técnico económico*".

Los precios deberán ofertarse según la unidad de medida requerida para cada ítem, e incluirán todos los costos directos e indirectos asociados, así como el valor del IVA en los casos que aplique, teniendo en cuenta lo siguiente:

7

[2] Comunicación Oficial GS-2026-055094-DISAN.

Tabla 25. Verificación de condiciones económicas

DETALLE CONDICIONES	VALORACIÓN	NO CUMPLE/EFECTO
Verificación de precios de productos previamente calificados como "válidamente ofertados" en la evaluación técnica.	Verificación de ítems (casillas no diligenciadas en cualquier opción, diligenciadas con precio "0", valores negativos, caracteres diferentes a números, precio de opción 1 ≤ opción 2 ≤ opción 3. (cumple/no cumple)	Producto NO válidamente ofertado.
Precio techo para ítems a ofertar con precio regulado.	Verificación de ítems diligenciados en el Listado Técnico Económico: precios que superen el precio regulado establecido por la comisión (circular vigente), (cumple/no cumple)	Producto NO válidamente ofertado.
Precio Techo Global de Consumo Mensual PTGCM	Verificación diligenciamiento Formulario - *Listado Técnico Económico.* Se multiplicará la rotación de cada ítem por el precio válidamente ofertado de la opción 1, la sumatoria de esta operación para la totalidad de ítems ofertados (opción 1), no debe superar el PTGCM. (cumple/no cumple)	Causal de rechazo de la oferta
Precios artificialmente bajos	Verificación de ofertas que pueden ser artificialmente bajas de acuerdo a la Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en Procesos de Contratación CCE-EICP-GI-27 VERSION 01 DE FECHA 16-12 2024	Requerir al oferente
Sostenibilidad de precios	Verificación diligenciamiento del "Formulario - *Sostenibilidad de precios"* (cumple/no cumple)	Requerir al oferente

Elaborado por: Comité Estructurador Contrato de Medicamentos 2026

4.3.2.1. Verificación de Precios

De conformidad con lo descrito en el numeral *4.1.6.1. Oferta mínima de productos válidamente ofertados*; la Opción 1 siempre debe registrar el precio más bajo por unidad de medida. Si se ofrecen las opciones 2 y 3, sus precios deben ser iguales o superiores a la opción precedente.

Reglas de Validación de Precios

- **Valores inválidos:** Precios negativos, alfabéticos o en cero (0) no se evaluarán y el ítem se considerará "no ofertado"; por tanto, no obtendrán puntaje.
- **Producto ofertado en más de un (01) ítem:** El comité técnico identificara los productos que hayan sido ofertados en más de un (01) ítem, y remitirá el listado al comité económico evaluador para la verificación, en caso de que se encuentren precios distintos, se aplicará el menor valor ofertado para todos los casos.

Nota: Es pertinente aclarar que el valor registrado en la columna "PRECIO DE REFERENCIA POR UNIDAD DE MEDIDA" refleja el estudio de mercado realizado por la Dirección de Sanidad y no condiciona la oferta individual de cada ítem; sin embargo, el oferente deberá asegurar que el costo total de su propuesta no supere el Precio Techo Global de Consumo Mensual (PTGCM), situación que constituirá causal de rechazo en los términos del *numeral 4.3.2.3.*

4.3.2.2. Precio techo para ítems a ofertar con precio regulado

La Dirección de Sanidad (DISAN) establece precios techo individuales para ítems específicos, basados en la regulación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Reglas para el Oferente

- **Ítems Regulados:** En el Formulario Listado Técnico Económico (hojas 1 y 2), se activará una alerta si el precio ofertado supera el Precio Regulado con base en la Circular 022 de 2026 expedida por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). En caso de superarse este valor, el ítem se considerará "no válidamente ofertado"; por tanto, no obtendrán puntaje.

- **Ítems sin Precio Techo:** Para los demás medicamentos que no tienen esta regulación, se menciona la frase "ítem sin precio techo" y no se limitara la oferta para ese ítem, no obstante, el oferente siempre deberá tener en cuenta que el valor total de su oferta no supere el Precio Techo Global de Consumo Mensual (PTGCM), lo cual constituiría una causal de rechazo, como se establece en el numeral 4.3.2.3.

Las evaluaciones se realizarán de acuerdo a la circular de regulación de precios que se encuentre vigente al momento de la presentación de la oferta. En el evento que se expidan nuevas circulares de regulación de precios por parte de la CNPMDM, estas entrarán a aplicar durante la ejecución del contrato, a partir de la entrada en vigor de la norma, basado en la metodología descrita en el Formulario - *Sostenibilidad de precios.*

4.3.2.3. Precio Techo Global de Consumo Mensual PTGCM

Con el objetivo de proteger el presupuesto asignado para el presente proceso y evitar el riesgo de sobrecostos en las ofertas, el Precio Techo Global de Consumo Mensual es una figura mediante la cual los oferentes deben presentar ofertas con un costo global no superior a los estimativos presupuestales de la Dirección de Sanidad-DISAN.

Este techo aplicará de manera proporcional a los ítems válidamente ofertados de la opción 1. El oferente que supere dicho techo de consumo mensual será rechazado.

Cuando un oferente no presente propuesta para la totalidad de los ítems de la Opción 1, el Precio Techo Global de Consumo Mensual se ajustará de manera proporcional utilizando la siguiente fórmula:

$$PT_P = \sum_{i=1}^{n} v_1$$

Donde:

- PT_P **(Precio Techo Proporcional):** Es el nuevo límite máximo mensual que no podrá superar la oferta del proponente para los ítems que seleccionó.
- v_1 **(Valor Estimado del Ítem (i)):** Es el presupuesto oficial estimado por la DISAN para cada uno de los ítems válidamente ofertados por el proponente.

- n : Número total de ítems válidamente ofertados por el proponente en la Opción 1.

El Precio Techo Global de Consumo Mensual es la sumatoria del resultado de multiplicar el Precio (P) por Cantidad (Q) de cada ítem ofertado; el precio corresponde al valor del ítem con IVA incluido (cuando aplique), y la cantidad corresponde a la rotación promedio mes del ítem.

La celda "Precio techo global de consumo mensual" en el Listado Técnico Económico permite al proponente verificar si su oferta supera la proyección financiera estimada por la Dirección de Sanidad.

4.3.2.4. Precios artificialmente bajos

Con base en los precios ofertados por los proponentes, la Dirección de Sanidad aplicará lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.4 del Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación Pública, así como a los lineamientos técnicos definidos en la Guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en Procesos de Contratación (CCE-EICP-GI-27 Versión: 01 Fecha 16-12 2024), expedida por la Agencia Nacional Colombia Compra Eficiente. Si una vez requerida y analizada la justificación se determina que no existen razones que demuestren la diferencia entre los precios unitarios de referencia y los presentados por los oferentes en el respectivo proceso, la entidad podrá descalificarlos y declarar como no ofertados los ítems que presenten tal inconsistencia.

Nota: La causal de rechazo por precio artificialmente bajo no aplica de manera general a toda la propuesta del oferente, sino únicamente a los ítems específicos en los cuales se verifique tal situación. Esta interpretación se enmarca en el principio de proporcionalidad en la contratación pública.

4.3.2.5. Sostenibilidad de precios

Los precios de los productos farmacéuticos pactados serán sostenidos conforme a lo dispuesto en el Formulario - *Sostenibilidad de precios.*

4.3.3. Evaluación económica (600 puntos)

Tabla 26. Asignación de puntaje evaluación económica

CRITERIO	ROTACIÓN HISTÓRICA			ROTACIÓN POTENCIAL			TOTAL
	OPCIÓN 1 (PUNTOS)	OPCIÓN 2 (PUNTOS)	OPCIÓN 3 (PUNTOS)	OPCIÓN 1 (PUNTOS)	OPCIÓN 2 (PUNTOS)	OPCIÓN 3 (PUNTOS)	
Porcentaje mínimo de la oferta	80%	40%	10%	50%	10%	0%	
Impacto Económico	250	90	60	80	20	0	500
Oferta por debajo del precio de regulación	30	15	5	15	5	0	70
Porcentaje de intermediación	30						30
TOTAL PUNTAJE ECONÓMICO	600						

Elaborado por: Comité Estructurador Contrato de Medicamentos 2026

4.3.3.1. Impacto económico (500 puntos)

Este puntaje se asigna sobre la totalidad de los ítems, de forma proporcional al impacto económico precio por cantidad (PXQ), de cada ítem dentro del Formulario - Listado Técnico Económico. El cual se encuentra distribuido así:

Rotación Histórica (400 puntos): se distribuyen entre las opciones 1, 2 y 3 de los ítems incluidos en la *Hoja 1 Rotación Histórica del Formulario - Listado técnico económico,* de forma proporcional al impacto (PxQ) de cada ítem respecto al valor total en dicha hoja.

Rotación Potencial (100 puntos): se distribuyen entre las opciones 1 y 2 de los ítems incluidos en la *Hoja 2 Rotación Potencial del Formulario - Listado técnico económico*, de forma proporcional al impacto (PxQ) de cada ítem respecto al valor total en dicha hoja.

Esta asignación de puntos busca incentivar a los oferentes que hagan mejores ofertas sobre los ítems que generan mayor impacto económico (Rotación histórica y Rotación potencial) para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

4.3.3.2. Oferta por debajo del precio de regulación (70 puntos)

Este puntaje se asigna exclusivamente a los ítems regulados, por la Comisión de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, de forma proporcional al impacto económico precio por cantidad (PxQ) de cada ítem respecto al valor total de los ítems regulados. El cual se encuentra distribuido así:

Rotación Histórica (50 puntos): se distribuyen entre las opciones 1, 2 y 3 de los ítems objeto de regulación incluidos en la Hoja 1, de forma proporcional a su impacto (PxQ) respecto al valor total de los ítems regulados de dicha hoja.

Rotación Potencial (20 puntos): se distribuyen entre las opciones 1 y 2 de los ítems objeto de regulación incluidos en la Hoja 2, de forma proporcional a su impacto (PxQ) respecto al valor total de los ítems regulados de dicha hoja.

Este puntaje es adicional al asignado en el numeral 4.3.3.1 y busca incentivar a los oferentes que presenten ofertas altamente competitivas en los medicamentos y dispositivos con precios regulados que generan mayor impacto financiero para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional

Fórmula: El precio de los ítems ofertados se calificará con la siguiente fórmula:

$$PPIE = \frac{MPIO}{PIOE} X \ PEI$$

PPIE = PUNTAJE PRECIO ÍTEM A EVALUAR
MPIO = MENOR PRECIO ÍTEM OFERTADO
PIOE = PRECIO ÍTEM OFERTA A EVALUAR

7

PEI = PUNTOS ESTABLECIDOS PARA EL ÍTEM (Sumatoria de puntos *4.3.3.1 Impacto económico + 4.3.3.2 Oferta por debajo del precio de regulación)*

4.3.3.3. Porcentaje de intermediación para casos especiales (30 Puntos)

El *porcentaje de intermediación* es el porcentaje que la Dirección de Sanidad reconocerá al contratista por la operación logística en adquisición y distribución y/o dispensación de los medicamentos en casos especiales.

Por casos especiales se consideran:

- Cambio de marcas por desabastecimiento, descontinuado, no comercializado o novedades en el registro sanitario que impidan su comercialización, cuando este cambio se haga a una opción no pactada.

- Cambios de marcas por fármaco-vigilancia, cuando este cambio se haga a una opción no pactada.

- Suministro de medicamentos no incluidos en el Formulario - *Listado Técnico Económico* de la minuta que da inicio al contrato, solicitados por cualquiera de estas causales (EIPS, tutelas, magistrales, vitales no disponibles, urgencias vitales) y que se requieran durante la ejecución del contrato para atender necesidades derivadas de la atención de los usuarios.

- Medicamentos adquiridos por la DISAN mediante convenio con el Fondo Rotatorio o con el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el caso de vacunas extra-PAI para atención de enfermedades de impacto en salud pública.

Este porcentaje tendrá en cuenta costos asociados a distribución, embalaje, provisión, logística, envío, personal requerido, y demás costos asociados a la correcta operación logística con exclusividad para los productos no incluidos en el Formulario - Listado Técnico Económico de la minuta con la cual se da inicio al contrato y que sean requeridos durante su ejecución.

La Dirección de Sanidad reconocerá el porcentaje de intermediación ofertado por el proponente sobre los medicamentos que no fueron pactados y aplicará respecto al valor de la cotización seleccionada por el Equipo Gestión Farmacéutica de la Dirección de Sanidad, siguiendo el procedimiento establecido en la Tabla 8. DISPENSACIÓN DE MARCAS DIFERENTES A LAS PACTADAS del Anexo -Especificaciones Técnicas de la Ejecución, la cual hace parte integral del presente pliego.

Para medicamentos regulados, el valor total (cotización + porcentaje de intermediación) no podrá superar el el valor máximo establecido por la (CNPMDM). Es decir, en el evento que la suma del valor de la cotización más el valor del porcentaje de intermediación ofertado supere el valor máximo regulado, la DISAN reconocerá únicamente el valor máximo regulado. Los precios pactados por debajo de la regulación no serán objeto de ajuste.

Aplicación del puntaje por intermediación al oferente:

El oferente deberá presentar su oferta en el "Formulario de Intermediación para Casos Especiales", con un porcentaje entre el 0% y el 3,5%, sobre lo cual, se le asignará puntaje de la siguiente manera:

RANGOS	PUNTAJE
Igual al 0%	30
Mayor al 0% y menor o igual al 1,0%	20
Mayor al 1,0% y menor o igual al 2,0%	15
Mayor al 2,0% y menor o igual al 3,5%	10

Nota 1: En el caso de que el oferente no diligencie el porcentaje de intermediación en el formulario respectivo, no obtendrá puntaje para este criterio. Y, para efectos de la adjudicación y ejecución del contrato, se entenderá y aceptará que la intermediación será a costo cero (0).

Nota 2: En el caso de que el oferente presente un porcentaje de intermediación superior al 3,5%, será causal de rechazo de la propuesta.

4.4. Reducción de puntaje por incumplimiento de contratos:

En cumplimiento del artículo 58 de la Ley 2195 de 2022, la Dirección de Sanidad reducirá el dos por ciento (2%) del total de los puntos obtenidos por el oferente, sea individual o estructura plural, en los casos en que se le haya impuesto una o más multas o se le haya hecho efectiva una o más cláusulas penales durante el último año, contado a partir de la fecha de cierre prevista para el presente proceso de selección. Esta reducción también aplica a las estructuras plurales si alguno de sus integrantes se encuentra en la situación descrita.

4.5. Criterios de desempate

Se entenderá que hay empate entre dos propuestas, cuando presenten un número idéntico en el puntaje ciento por ciento con un número entero y dos (02) decimales aproximados en hoja de cálculo de Excel. En caso de empate, los criterios de desempate que se aplicarán serán los siguientes en su orden:

En caso de empate, la Dirección de Sanidad agotará los factores de desempate establecidos en los numerales 1 al 11 del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020. Si persiste el empate y de acuerdo con lo establecido en el numeral 12 del artículo 35 de la Ley 2069 de 2020, se procederá de la siguiente manera:

"ARTÍCULO 35. FACTORES DE DESEMPATE. *En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas en los Procesos de Contratación realizados con cargo a recursos públicos, los Procesos de Contratación realizados por las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de contratación, así como los celebrados por los Procesos de Contratación de los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales, el contratante deberá utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido, respetando en todo caso los compromisos internacionales vigentes.*

1. *Preferir la oferta de bienes o servicios nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.*
2. *Preferir la propuesta de la mujer cabeza de familia, mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por mujeres cabeza de familia, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.*
3. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un proponente plural, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el consorcio o unión temporal y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.*
4. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite la vinculación en mayor proporción de personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley.*
5. *Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite, en las condiciones establecidas en la ley, que por lo menos diez por ciento (10%) de su nómina pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rom o gitanas.*
6. *Preferir la propuesta de personas en proceso de reintegración o reincorporación o de la persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente; o, la de un proponente plural constituido por personas en proceso de reincorporación, y/o personas jurídicas en las cuales participe o participen mayoritariamente.*
7. *Preferir la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una madre cabeza de familia y/o una persona en proceso de reincorporación o reintegración, o una persona jurídica en la cual participe o participen mayoritariamente, y, que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el proponente plural; (b) la madre cabeza de familia, la persona en proceso de reincorporación o reintegración, o la persona jurídica aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la madre cabeza de familia o persona en proceso de reincorporación o reintegración, ni la persona jurídica, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural.*
8. *Preferir la oferta presentada por una Mipyme o cooperativas o asociaciones mutuales; o un proponente plural constituido por Mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales.*
9. *Preferir la oferta presentada por el proponente plural constituido por micro y/o pequeñas empresas, cooperativas o asociaciones mutuales.*
10. *Preferir al oferente que acredite de acuerdo con sus estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior, por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del total de pagos realizados a MIPYMES, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente, realizados durante el año anterior; o, la oferta presentada por un proponente plural siempre que: (a) esté conformado por al menos una MIPYME, cooperativa o asociación mutual que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la MIPYME, cooperativa o asociación mutual aporte mínimo*

el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la MIPYME, cooperativa o asociación mutual ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del proponente plural .

11. *Preferir las empresas reconocidas y establecidas como sociedad de beneficio e interés colectivo o sociedad BIC, del segmento MIPYMES.*
12. *Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente (Juego de balotas), método que deberá haber sido previsto previamente en los Documentos del Proceso"*, el cual se realizará de la siguiente manera:

- La Dirección de Sanidad dispondrá de balotas debidamente numeradas.
- La numeración de las balotas iniciará en el número 1 y continuarán numeradas en orden ascendente, de acuerdo al número de participantes que se encuentren en condición de empate.
- El delegado de la oficina de contratos de la Dirección de Sanidad, en presencia de todos los oferentes que se encuentren empatados en puntos, introducirá las balotas numeradas en una bolsa que no permita ver su contenido.
- Al momento de esta diligencia los oferentes deberán acreditar la facultad legal para participar en la misma.
- Se realizará la sustracción de las balotas de conformidad al orden de posición dado por la plataforma del SECOP II
- Una vez el oferente tome la balota de la bolsa la tendrá en su poder sin hacer público el número sacado, hasta tanto hayan tomado la balota todos los participantes.
- Posterior a esto, se hará pública la numeración de las balotas que los oferentes tienen en su poder.
- El empate se resolverá a favor del proponente que haya sacado la balota marcada con el mayor número.
- De la presente diligencia se levantará la respectiva acta, con la firma de todos los participantes.

"PARÁGRAFO PRIMERO. *Los factores de desempate serán aplicables en el caso de las cooperativas y asociaciones mutuales que cumplan con los criterios de clasificación empresarial, definidos por el Decreto 957 de 2019, priorizando aquellas que sean micro, pequeñas o medianas.*

PARÁGRAFO SEGUNDO*. Para los criterios enunciados que involucren la vinculación de capital humano, el oferente deberá acreditar una antigüedad igual o mayor a un año. Para los casos de constitución inferior a un año se tendrá en cuenta a aquellos trabajadores que hayan estado vinculados desde el momento de constitución de la misma.*

PARÁGRAFO TERCERO. *El Gobierno Nacional podrá reglamentar la aplicación de factores de desempate en casos en que concurran dos o más de los factores aquí previstos".*

5. CONDICIONES DEL CONTRATO

7

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los lugares donde se realizará el suministro se relacionan en el documento anexo – "*Especificaciones Técnicas de la Ejecución*" Tabla 2 "Puntos de dispensación".

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

El contrato se ejecutará por la modalidad de suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios, hospitalarios, que incluya la prestación del servicio farmacéutico integral atendiendo los lineamientos y políticas institucionales.

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución será de un (01) mes y quince (15) días de la vigencia 2026 o hasta agotar presupuesto, el cual iniciará una vez surta los trámites de pólizas y se expida la carta de inicio respectiva.

5.4. FORMA DE PAGO

La Dirección de Sanidad pagará el valor del contrato en moneda legal colombiana a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., teniendo en cuenta los temas relacionados en numerales siguientes y el saldo en pagos mensuales realizados en dos pasos de acuerdo a lo siguiente:

Paso 1

De acuerdo a las últimas disposiciones del Gobierno Nacional en la implementación de factura electrónica y dando alcance a la Resolución 165 de la DIAN del 01 de noviembre de 2023, a la Circular 042 del Ministerio de Hacienda SIIF NACION II del 26 de diciembre del 2023, que trata del *SISTEMA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DEL SIIF NACIÓN II* el contratista deberá enviar al *BUZON UNICO SIIF NACION* al correo siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co la factura electrónica y colocar en el asunto la siguiente información: ASUNTO: registrar la Posición de Catálogo Institucional (PCI) que identifica a la entidad que gestionará el pago, es decir la unidad o subunidad en la que se registró el compromiso presupuestal; datos del contrato o caja menor; y correo del supervisor o cuentadante de caja menor que aprobará el Documento Electrónico, separados por punto y coma y entre los signos #$ al inicio y final de dicha información,

Ejemplo: #$16-01-02-000;07-7-204080-24;PedroPerez@Entidadpgn.gov.co#$

Con la información anterior se realizará la revisión de la factura electrónica y una vez verificada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en la plataforma, el supervisor del contrato entrará a plataforma del *MINISTERIO DE HACIENDA SIIF NACION II* para la autorización de la factura, lo cual dará trámite a la obligación y pago de la misma.

Paso 2

Con base en la facturación soportada, el contratista presentará la factura y todos los reportes estadísticos mencionados en el documento Anexo "Especificaciones de Cumplimiento de Gestión

Administrativa", cada uno de los pagos se realizará dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de la factura comercial en la ventanilla única – Central de Cuentas del Nivel Central de la DISAN, al igual que la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos laborales, de acuerdo a la normatividad vigente. La factura será remitida al Supervisor del Contrato para que expida el Recibido a Satisfacción Técnico económico (RAS), una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, asignación del turno para pago respectivo y que la Dirección de Sanidad ubique los recursos correspondientes previa aprobación del cupo de PAC, cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional.

Para realizar el pago de la factura se requiere la presentación de los siguientes documentos:

a) Factura electrónica autorizada por el supervisor del contrato.
b) Recibido a satisfacción técnico y económico expedido por el supervisor del contrato.
c) Certificado de aportes parafiscales vigente expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal.
d) Certificado de importación de los bienes adjudicados en el evento en que estos sean importados.

Si los documentos en referencia son devueltos por el Ministerio de Hacienda y/o la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la *DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL*, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se aplicará en el caso de que el CONTRATISTA no presente el recibo a satisfacción a la *DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL*.

5.4.1. Facturación

Se realizará según lo estipulado en el Anexo - Especificaciones de Cumplimiento de Gestión Administrativa y bajo el contexto normativo vigente para su trámite de pago, o las que la complementen, modifiquen o sustituyan.

5.4.2. Objeciones y Glosas

Se realizará según lo estipulado en el Anexo - Especificaciones de Cumplimiento de Gestión Administrativa y bajo el contexto normativo vigente para su trámite de pago, o las que la complementen, modifiquen o sustituyan.

5.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR

El supervisor del contrato será el Responsable Nacional del Suministro de Medicamentos o quien haga sus veces o quien con posterioridad a la adjudicación del contrato designe la Dirección de Sanidad. Una vez notificado el Responsable Nacional del Suministro de Medicamentos, se procederá

a realizar mediante acto administrativo la conformación de los equipos de apoyo a la supervisión, quienes verificarán la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución 00090 DIPON de 2018 "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución 03049 de 2014*".

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

5.7. OBLIGACIONES DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD

Las obligaciones de la Policía Nacional están descritas en el Anexo - OBLIGACIONES DE LA DIRECCION DE SANIDAD.

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La adjudicación del presente proceso se hará en forma total de acuerdo a lo establecido en los pliegos de condiciones.

7. ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

De conformidad con lo previsto en el artículo 4° de la Ley 1150 de 2007, la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación, de acuerdo con la naturaleza del Contrato y las actividades involucradas en él, se encuentra descrito en el Anexo - *Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías.*

II. ESTUDIO DEL SECTOR

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

En cumplimiento de lo dispuesto en los lineamientos de la Guía para la Elaboración de Estudios del Sector (G-EES-02) de la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente, la Dirección de Sanidad presenta a continuación el análisis comparativo de los procesos de contratación adelantados con anterioridad para satisfacer la misma necesidad. Dicho comparativo contempla la modalidad de selección empleada, el objeto contratado, la cantidad del bien o servicio, las autorizaciones, permisos y licencias requeridas para su ejecución, el valor de los contratos y su forma de pago, el presupuesto con cargo al cual fueron ejecutados, los oferentes que participaron en los respectivos procesos de selección, los contratistas adjudicatarios, el comportamiento de estos durante la ejecución y la eventual imposición de sanciones, así como las condiciones de pago pactadas. El análisis de esta información histórica proporciona a la Entidad los elementos necesarios para adoptar mejores decisiones de compra y materializa los principios de planeación, responsabilidad y transparencia consagrados en la Ley 80 de 1993

Tabla 27. Comparativo de los aspectos generales contratos previos vs. contrato en actual ejecución

	O.C. 111844 de 2023 – ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA	Contrato 20051-25 – ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA	LI 20218-25 – UT POLPHARMA
Oferentes que participaron	Éticos Serrano Gómez LTDA	Éticos Serrano Gómez LTDA	Unión Temporal FARMAPOL Unión Temporal POLPHARMA Unión Temporal MEDIPOL 17 Unión Temporal SERVICIOS DISAN
	Unión Temporal AUDIDROGAS		
Contratista	Éticos Serrano Gómez LTDA	Éticos Serrano Gómez LTDA	Unión Temporal POLPHARMA
	NIT: 892300678	NIT: 892300678	NIT: 9020044651
Objeto del contrato	Suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios, hospitalarios y prestación del servicio farmacéutico integral para la población de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a nivel nacional.	Suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios, hospitalarios y prestación del servicio farmacéutico integral para la población de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional -SSPN, a nivel nacional.	Suministro y dispensación de medicamentos ambulatorios, hospitalarios y prestación del servicio farmacéutico integral para la población de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a nivel nacional.
Valor inicial del contrato	$ 472.568.522.420	$ 207.618.540.000	$ 271.146.594.969
Plazo de ejecución	4 de julio 2023 a 7 de mayo 2025	8 de mayo de 2025 a 7 de noviembre de 2025	8 de noviembre de 2025 a 26 de junio de 2026
	22 meses - 3 días calendario	6 meses	7 meses - 19 días calendario
Presupuesto inicial	Vigencia 2023: $131.533.986.805	Vigencia 2025: $207.618.540.000	Vigencia 2025: $ 66.391.147.305,41 Vigencia 2026: $ 204.755.447.663,29
	Vigencia 2024: $211.287.201.501		
	Vigencia 2025: $129.747.334.114		

Forma de pago	La Dirección de Sanidad ha realizado el pago del valor del contrato en moneda legal colombiana, a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C.	La Dirección de Sanidad ha realizado el pago del valor del contrato en moneda legal colombiana, a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C.	La Dirección de Sanidad ha realizado el pago del valor del contrato en moneda legal colombiana, a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C.
Anticipo	6,49% del total del contrato lo que equivale a: $ 38.278.050.316	No	No
Adiciones	Adición Nº 001 de 2023 por $35.734.184.206 Adición Nº 002 de 2024 por $167.315.987.907 Adición Nº 003 de 2024 por $26.919.530.780 Adición N° 004 de 2025 por $33.400.000.000	Adición Nº 001 de 2025 por $8.800.000.000	Adición N° 001 de 2026 por $148.789.000.000,00
Valor total adiciones	$ 263.369.702.893	$ 8.800.000.000	$ 148.789.000.000,00
Valor total del contrato	$ 735.938.226.313,78	$ 216.418.540.000	$ 419.935.594.968,00

Elaborado por: Supervisión Nacional del Contrato de Medicamentos 2026
Fuente: Bases de datos propias

La operación farmacéutica del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) constituye uno de los componentes asistenciales y financieros de mayor complejidad dentro del modelo institucional de aseguramiento en salud, considerando la magnitud de la población usuaria atendida, la dispersión geográfica de los Establecimientos de Sanidad Policial, la heterogeneidad epidemiológica de la población afiliada y la creciente complejidad de las tecnologías en salud requeridas para garantizar la continuidad de los tratamientos.

En este contexto, el análisis de la demanda y del comportamiento histórico del consumo farmacéutico representa un elemento fundamental para la adecuada estructuración técnica, operativa y financiera del presente proceso contractual, en la medida en que permite caracterizar las principales tendencias de utilización de medicamentos, identificar las patologías de mayor impacto institucional, evaluar la evolución del gasto farmacéutico y determinar las necesidades operativas requeridas para garantizar la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio.

La demanda farmacéutica institucional ha presentado durante los últimos años una transformación progresiva tanto en su composición epidemiológica como en su comportamiento financiero y operativo, evidenciándose un incremento sostenido en el consumo de tecnologías asociadas al manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías de alto costo, terapias biológicas, enfermedades huérfanas, tratamientos oncológicos y medicamentos especializados de alta complejidad terapéutica.

De manera paralela, el comportamiento del consumo farmacéutico del SSPN ha estado influenciado por múltiples factores estructurales, entre los cuales se destacan el envejecimiento progresivo de la población afiliada, el aumento en la supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas, la ampliación de alternativas terapéuticas disponibles en el mercado, el incremento en el acceso a tecnologías innovadoras, la evolución de las guías de práctica clínica y la necesidad

institucional de garantizar tratamientos más oportunos, continuos y ajustados a criterios de pertinencia médica y gestión integral del riesgo en salud.

Así mismo, la entrada en vigor del Acuerdo 080 de 2022 "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional", generó una transformación significativa en el comportamiento histórico de la demanda farmacéutica institucional, ampliando el acceso a múltiples tecnologías en salud y modificando de manera importante la distribución del gasto entre los diferentes ámbitos de dispensación y grupos terapéuticos.

Desde la perspectiva operativa, el análisis de la demanda también permite evidenciar la creciente complejidad logística y tecnológica requerida para garantizar la adecuada ejecución del servicio farmacéutico a nivel nacional, particularmente en lo relacionado con abastecimiento, trazabilidad, gestión de pendientes, almacenamiento especializado, transporte de medicamentos de control especial y cadena de frío, seguimiento farmacoterapéutico y capacidad de respuesta frente a eventos de desabastecimiento o variaciones en el comportamiento del consumo.

Es así como el presente análisis no se limita únicamente a la descripción cuantitativa de consumos históricos, sino que busca proporcionar una caracterización integral del comportamiento farmacéutico institucional, permitiendo identificar los principales determinantes operativos, demográficos, epidemiológicos y financieros que impactan la ejecución contractual y que justifican la necesidad de contar con un modelo de operación farmacéutica centralizado, robusto, técnicamente especializado y con capacidad de respuesta nacional.

1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

1.1.1. Censo poblacional año 2026

Tabla 28. Censo poblacional en el SSPN año 2026 (corte marzo)

CENSO POBLACIONAL POR MOMENTO CURSO DE VIDA Y UPRES								
RASES	UPRES	0 a 5 años Primera Infancia	6 a 11 años Infancia	12 a 17 años Adolescencia	18 a 28 años Juventud	29 a 59 años Adultez	Mayor a 60 Vejez	Total
RASES 1 (179.339 Usuarios) 28,9%	Bogotá	5.109	8.822	10.635	24.408	50.131	30.075	**129.180**
	Cundinamarca	992	1.995	2.184	6.355	8.421	3.960	**23.907**
	Boyacá	1.194	2.201	2.154	5.585	8.046	3.760	**22.940**
	Amazonas	87	152	137	484	521	92	**1.473**
	San Andrés	27	47	54	187	239	59	**613**
	Guainía	32	50	36	314	211	8	**651**
	Vichada	33	51	44	250	183	14	**575**
RASES 2 (52.724	Huila	1.104	1.881	1.772	2.608	7.023	2.581	**16.969**
	Tolima	1.261	2.599	2.765	6.504	10.843	5.409	**29.381**

Usuarios) **8,5%**	Caquetá	252	412	392	755	1.318	171	**3.300**
	Putumayo	232	332	275	756	1.325	154	**3.074**
RASES 3 (49.459 Usuarios) **8,0%**	Risaralda	804	1.727	1.975	2.623	8.910	4.358	**20.397**
	Caldas	467	1.042	1.243	4.156	6.250	3.163	**16.321**
	Quindío	415	973	1.143	1.740	5.155	3.315	**12.741**
RASES 4 (79.679 Usuarios) **12,8%**	Valle Del Cauca	2.198	4.357	4.765	10.307	22.105	11.375	**55.107**
	Cauca	382	912	1.023	1.872	4.598	1.873	**10.660**
	Nariño	585	1.222	1.238	2.348	6.010	2.509	**13.912**
RASES 5 (56.490 Usuarios) **9,1%**	Santander	1.635	3.242	3.682	5.055	13.701	4.880	**32.195**
	Norte de Santander	1.531	2.480	2.268	4.022	9.135	3.268	**22.704**
	Arauca	78	136	139	555	613	70	**1.591**
RASES 6 (76.532 Usuarios) **12,3%**	Antioquia	1.825	4.406	5.299	9.414	23.792	8.056	**52.792**
	Chocó	374	526	525	1.163	1.364	622	**4.574**
	Córdoba	996	2.136	2.102	2.801	6.882	1.420	**16.337**
	Urabá	182	352	379	639	1.170	107	**2.829**
RASES 7 (30.339 Usuarios) **4,9%**	Meta	1.283	2.392	2.470	4.562	9.024	3.640	**23.371**
	Casanare	353	545	536	1.134	1.889	232	**4.689**
	Guaviare	92	171	144	792	577	32	**1.808**
	Vaupés	7	18	17	295	129	5	**471**
RASES 8 (95.096 Usuarios) **15,3%**	Atlántico	2.084	4.212	4.190	7.252	13.644	4.927	**36.309**
	Bolívar	869	1.800	1.904	3.239	5.936	2.230	**15.978**
	Magdalena	865	1.660	1.678	2.978	5.231	1.318	**13.730**
	Sucre	692	1.467	1.461	2.833	4.348	950	**11.751**
	Cesar	872	1.447	1.531	2.306	4.608	812	**11.576**
	Guajira	493	758	617	1.427	2.180	277	**5.752**
Pendiente Destinación **(0,1%)**		27	38	46	222	127	108	**568**
Total		**29.432**	**56.561**	**60.823**	**121.941**	**245.639**	**105.830**	**620.226**

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

El censo poblacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se actualiza permanentemente como producto de la gestión de la afiliación realizada por los responsables de validación derechos en las UPRES, los cambios son consecuentes con el ingreso de nuevos usuarios, la modificación de su estado de afiliación al SSPN, retiro del subsistema o al fallecimiento.

Según el censo poblacional de usuarios del SSPN a corte marzo de 2026, la población total está comprendida por 620.226 usuarios, con una alta concentración principalmente en cuatro RASES. La mayor participación corresponde a RASES 1 (28,9%), seguida de RASES 8 (15,3%), RASES 4 (12,8%) y RASES 6 (12,3%). Estas cuatro regionales concentran el 69,3% del total de usuarios, lo

que evidencia una fuerte centralización de la demanda en territorios estratégicos, particularmente en Bogotá y grandes capitales o zonas urbanas densas. Este hallazgo es clave para la planeación, ya que sugiere que el mayor volumen de medicamentos debe concentrarse logísticamente en estas regionales, sin perder de vista las necesidades diferenciales de zonas dispersas.

A nivel de UPRES, resalta de manera predominante Bogotá con 129.180 usuarios, representando por sí sola el 20,8% del total de usuarios del SSPN, lo cual la posiciona como el principal nodo de demanda. Le siguen en magnitud departamentos como Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander, lo que configura un patrón de concentración en grandes centros urbanos y regiones con alta densidad poblacional institucional.

Desde la perspectiva del curso de vida, la estructura demográfica muestra un claro predominio de la población adulta. El grupo de adultez (29 a 59 años) concentra 245.639 usuarios (39,6%), constituyéndose en el núcleo principal del sistema, seguido por juventud (18 a 28 años) con 121.941 usuarios (19,7%) y vejez (>60 años) con 105.830 usuarios (17,1%). En conjunto, estos tres grupos representan aproximadamente el 76,3% de la población total, lo cual es consistente con el carácter del SSPN, donde existe una proporción importante de personal activo (uniformados) y sus beneficiarios. Por su parte, los grupos de menor edad tienen menor peso porcentual relativo: infancia (9,1%), adolescencia (9,8%) y primera infancia (4,7%).

Desde el enfoque territorial, se observa que esta estructura demográfica se mantiene relativamente homogénea en la mayoría de las RASES, aunque con algunas variaciones importantes. En regiones como RASES 1, 4, 6 y 8, la población adulta y joven es claramente predominante, lo cual sugiere una mayor demanda de servicios asociados a enfermedades crónicas, salud ocupacional, salud mental y eventos musculoesqueléticos. En contraste, en departamentos con menor volumen poblacional (Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada), aunque el número absoluto es bajo, se evidencia una distribución más dispersa que implica retos logísticos importantes en términos de acceso, oportunidad y costos de distribución de medicamentos.

Un aspecto clave desde la georreferenciación operativa es la coexistencia de alta concentración poblacional en grandes nodos urbanos con microterritorios de baja densidad y difícil acceso. Esto implica que la planeación farmacéutica no puede ser homogénea: mientras en ciudades principales se requieren esquemas de abastecimiento de alto volumen y rotación, en zonas dispersas se requieren estrategias de distribución diferencial, abastecimiento oportuno y control de inventarios más ajustado (dado el menor flujo de pacientes), pero mayores barreras de acceso.

En síntesis, la composición demográfica del SSPN evidencia una población mayoritariamente adulta, geográficamente concentrada en grandes centros urbanos, pero con presencia significativa en zonas dispersas, lo que obliga a una planeación farmacéutica diferenciada, territorializada y ajustada tanto al volumen como a las particularidades de acceso de cada región.

1.1.1.1. Georreferenciación operativa del SSPN

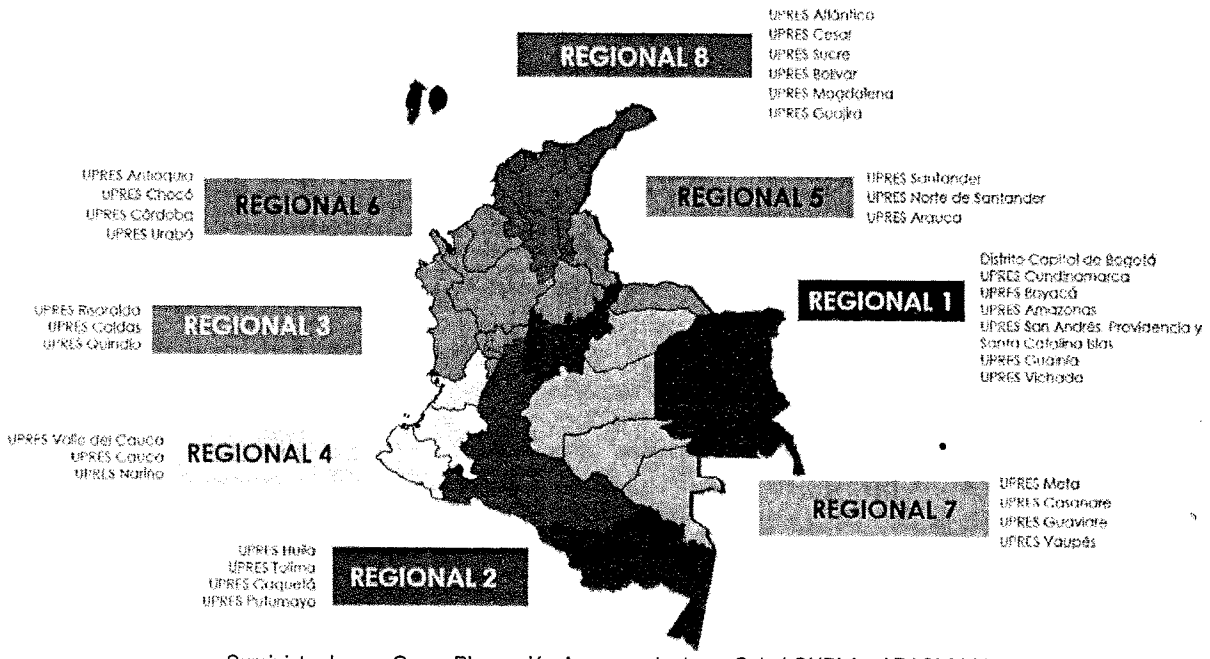
La georreferenciación operativa en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) se entiende como el análisis de la distribución territorial de la población usuaria en función de la organización de la red de prestación de servicios, estructurada a través de las Regionales de Aseguramiento en Salud (RASES) y sus respectivas Unidades Prestadoras de Salud (UPRES). Este enfoque, aunque se

7

correlaciona con la representación cartográfica dispuesta por la división político-administrativa del país (la cual es definida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE), también se encuentra relacionado con la identificación de concentraciones de demanda, dispersión geográfica y características demográficas diferenciales, constituyéndose en un insumo fundamental para la planeación del aseguramiento y la gestión del suministro de medicamentos.

La información del censo poblacional (base de datos georreferenciada de los usuarios del SSPN), se basa en lo definido en la Resolución 276 del 24 de junio de 2024 "Por la cual se actualiza la Georreferenciación Operativa del Subsistema de Salud de la Policía Nacional SSPN" y su anèxo técnico (así como los actos administrativos que a futuro la modifiquen o deroguen), siendo importante aclarar que el concepto de georreferenciación está en continuo cambio y depende de las variaciones de la división político-administrativa del país.

Gráfica 8. Georreferenciación operativa del SSPN



Suministrado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026

La integración de la distribución territorial con la estructura demográfica permite evidenciar que las regionales con mayor concentración poblacional coinciden con los grupos etarios que presentan mayor carga de enfermedad, particularmente en adultez y vejez, donde predominan patologías crónicas de manejo continuo. Este comportamiento tiene implicaciones directas en la planeación del suministro de medicamentos, dado que la demanda no solo se concentra geográficamente, sino que también se caracteriza por requerimientos terapéuticos de mediano y largo plazo.

En este contexto, la georreferenciación operativa permite orientar la planeación farmacéutica bajo un enfoque diferencial, en el cual las regionales con alta concentración poblacional requieren estrategias de abastecimiento de alto volumen y rotación, mientras que las zonas de baja densidad y difícil

acceso demandan esquemas logísticos ajustados que garanticen oportunidad, continuidad del tratamiento y eficiencia en la distribución.

En el marco de la georreferenciación operativa del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, es importante precisar que la organización territorial para la prestación de servicios y la gestión del aseguramiento no corresponde estrictamente a la división político-administrativa del país. En este sentido, la adscripción de los usuarios a una determinada Unidad Prestadora de Salud (UPRES) o a una Regional de Aseguramiento en Salud (RASES) responde a criterios funcionales y de eficiencia en la atención, tales como la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de la oferta de servicios, los tiempos de desplazamiento, la capacidad resolutiva instalada y la articulación de los procesos de referencia y contrarreferencia. Por lo anterior, pueden presentarse casos en los cuales determinados municipios, aun estando ubicados geográficamente en un departamento específico, se encuentren operativamente vinculados a una UPRES o RASES distinta, en función de garantizar una atención más oportuna, continua e integral a los usuarios. Esta lógica de organización permite optimizar el uso de los recursos del sistema y mejorar los resultados en salud, constituyéndose en un elemento clave para la planeación, incluida la estimación y distribución del consumo de medicamentos en el territorio.

En consecuencia, la incorporación de la georreferenciación operativa dentro del presente estudio constituye un elemento clave para la adecuada estimación de necesidades, optimización de recursos y garantía del acceso efectivo a los medicamentos en el territorio nacional, en concordancia con las particularidades demográficas y geográficas de la población usuaria del SSPN.

1.1.1.2. Población de usuarios estimada

Tabla 29. Comportamiento demográfico SSPN 2019 – 2026 (corte marzo)

Comportamiento demográfico mensual SSPN 2019 - 2026 (corte marzo)									
Mes	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 (corte marzo)	Promedio
Enero	613.367	612.471	612.023	615.904	608.379	605.136	614.839	619.981	612.763
Febrero	619.571	613.370	610.101	615.651	610.133	606.574	620.738	620.319	614.557
Marzo	619.892	612.279	607.736	621.007	613.214	613.704	621.627	620.226	616.211
Abril	618.400	606.074	601.623	614.212	605.950	608.898	620.650	-	610.830
Mayo	613.654	598.857	609.073	615.119	610.733	610.523	627.502	-	612.209
Junio	612.679	599.858	615.594	614.697	609.100	617.330	621.215	-	612.925
Julio	613.089	600.182	615.441	610.327	605.865	613.698	621.013	-	611.374
Agosto	613.837	602.975	616.170	612.041	609.347	616.017	615.794	-	612.312
Septiembre	610.519	604.994	616.900	609.846	608.050	616.093	619.879	-	612.326
Octubre	610.447	603.170	617.031	612.219	604.577	610.289	619.343	-	611.011
Noviembre	604.471	606.250	616.683	611.018	608.913	609.398	620.264	-	611.000
Diciembre	609.057	609.057	616.821	608.620	608.144	618.036	620.303	-	612.863
Media Poblacional/Año	613.249	605.795	612.933	613.388	608.534	612.141	620.264	620.175	613.310
% Delta crecimiento		-1,2	1,2	0,1	-0,8	0,6	1,3	-0,01	

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026

Fuente: FTP DISAN

Tabla 30. Proyecciones anuales de acuerdo con datos históricos del censo poblacional SSPN

Proyecciones anuales SSPN 2025 - 2030 (corte censo junio en cada año proyectado)						
Año	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Proyección Poblacional	621.215	620.175	622.395	622.706	622.831	623.018

Elaborado por: Grupo Planeación ARASI 2025
Fuente: SISAP

1.1.1.3. Atenciones en salud durante los años 2023 a 2026 (corte marzo)

Tabla 31. Atenciones en salud realizadas en 2023.

Atenciones en salud durante 2023														
Tipo	Subtipo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
CONSULTA	CONSULTA AMBULATORIA	401.981	404.494	418.421	377.672	412.383	417.161	420.981	426.985	437.282	423.123	408.786	378.946	4.928.215
	CONSULTA HOSPITALARIA	59.315	58.607	68.945	61.243	72.185	68.619	64.205	68.149	63.258	62.826	61.492	58.624	767.468
	CONSULTA URGENCIAS	32.249	34.262	41.831	36.989	43.550	37.553	36.432	35.908	38.757	36.555	34.446	32.642	441.174
PROCEDIMIENTOS	IMAGENOLOGIA	7.619	7.205	4.964	999	4.862	11.822	7.209	9.636	6.608	5.433	6.473	3.709	76.539
	LABORATORIOS	249.912	256.361	277.737	243.724	263.362	244.893	258.873	255.970	251.822	255.984	247.838	209.043	3.015.519
	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1.442	1.878	1.930	1.632	2.190	1.774	1.612	1.953	1.951	1.944	1.347	1.459	21.112
	PROCEDIMIENTOS HC	478.120	403.305	403.194	343.320	423.669	411.562	459.835	419.243	453.455	411.485	417.898	372.041	4.997.127
	PROCEDIMIENTOS PANEL	74.417	90.650	90.457	83.264	87.969	97.528	107.773	92.802	108.305	101.658	90.324	85.717	1.110.864
	CIRUGIA	1.564	1.655	1.758	1.469	1.694	1.723	1.579	2.051	1.628	1.754	1.659	1.614	20.148
TOTAL GENERAL		1.306.619	1.258.417	1.309.237	1.150.312	1.311.864	1.292.635	1.358.499	1.312.697	1.363.066	1.300.762	1.270.263	1.143.795	15.378.166

Elaborado por: Observatorio de datos DISAN 2026
Fuente: Bodega de datos DISAN

Tabla 32. Atenciones en salud realizadas en 2024.

Atenciones en salud durante 2024														
Tipo	Subtipo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
CONSULTA	CONSULTA AMBULATORIA	428.786	453.381	404.954	437.295	414.563	389.596	426.172	410.306	429.037	436.538	405.554	406.694	5.042.876
	CONSULTA HOSPITALARIA	63.043	65.716	65.808	65.925	67.760	65.783	68.692	70.195	68.878	67.741	63.293	63.541	796.375
	CONSULTA URGENCIAS	36.433	34.347	37.237	37.538	41.199	37.878	37.112	35.062	34.238	33.339	30.862	31.784	427.029
PROCEDIMIENTOS	IMAGENOLOGIA	2.211	4.852	4.391	2.182	3.827	3.147	3.853	5.729	5.716	6.679	5.339	5.724	53.650
	LABORATORIOS	292.501	290.611	263.475	291.312	293.567	250.171	262.874	234.108	228.909	226.913	203.438	155.257	2.993.136
	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1.536	1.773	1.428	1.840	1.242	1.460	2.063	1.754	1.581	1.768	1.105	945	18.495
	PROCEDIMIENTOS HC	459.942	439.960	424.442	465.477	368.549	386.773	469.705	387.399	415.354	426.693	315.298	303.067	4.862.659
	PROCEDIMIENTOS PANEL	107.002	177.948	129.064	161.152	112.213	115.600	118.797	117.495	105.296	123.743	135.352	118.034	1.521.696
	CIRUGIA	1.797	2.041	2.170	1.820	1.699	1.732	1.936	1.874	2.013	1.895	1.597	1.467	22.041
TOTAL GENERAL		1.393.251	1.470.629	1.332.969	1.464.541	1.304.619	1.252.140	1.391.204	1.263.922	1.291.022	1.325.309	1.161.838	1.086.513	15.737.957

Elaborado por: Observatorio de datos DISAN 2026

Fuente: Bodega de datos DISAN

Tabla 33. Atenciones en salud realizadas en 2025

Atenciones en salud durante 2025														
Tipo	Subtipo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
CONSULTA	CONSULTA AMBULATORIA	437.016	426.563	394.875	412.127	436.682	418.959	467.684	423.377	439.425	441.280	437.178	442.602	5.177.768
	CONSULTA HOSPITALARIA	68.453	69.570	69.585	74.132	77.251	69.899	77.855	74.084	73.544	73.283	69.086	68.188	864.930
	CONSULTA URGENCIAS	34.320	32.797	36.181	34.389	37.396	35.167	36.413	34.278	35.236	34.869	33.343	30.583	414.972
PROCEDIMIENTOS	IMAGENOLOGIA	7.046	4.826	7.109	7.668	7.875	6.737	7.789	7.205	7.555	8.238	7.023	7.918	86.989
	LABORATORIOS	184.108	191.568	265.426	262.179	265.592	229.567	298.286	214.533	238.926	246.165	247.312	214.920	2.858.582
	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1.167	1.673	1.320	1.318	1.404	1.322	1.521	1.190	1.450	1.410	1.183	1.347	16.305
	PROCEDIMIENTOS HC	379.814	384.335	361.743	345.951	364.330	322.254	364.597	353.022	361.253	349.831	323.434	325.059	4.235.623
	PROCEDIMIENTOS PANEL	125.135	139.260	108.922	108.597	137.256	98.958	185.731	152.033	145.067	148.031	108.231	130.128	1.587.349
	CIRUGIA	1.649	1.708	1.997	1.604	1.860	1.960	2.146	1.855	2.087	1.840	1.934	1.808	22.448
TOTAL GENERAL		1.238.708	1.252.300	1.247.158	1.247.955	1.329.646	1.184.823	1.442.022	1.261.577	1.304.543	1.304.947	1.228.724	1.222.553	15.264.966

Elaborado por: Observatorio de datos DISAN 2026
Fuente: Bodega de datos DISAN

Tabla 34. Atenciones en salud realizadas en 2026 (corte marzo).

Atenciones en salud durante 2026 (corte 31 de marzo)					
Tipo	Subtipo	Ene	Feb	Mar	Total
CONSULTA	CONSULTA AMBULATORIA	442.777	428.783	412.589	1.284.149
	CONSULTA HOSPITALARIA	69.264	70.242	75.899	215.405
	CONSULTA URGENCIAS	33.697	33.133	40.124	106.954
PROCEDIMIENTOS	IMAGENOLOGIA	7.396	8.446	10.112	25.954
	LABORATORIOS	253.188	261.760	252.389	767.337
	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1.192	1.442	1.306	3.940
	PROCEDIMIENTOS HC	341.981	346.943	322.339	1.011.263
	PROCEDIMIENTOS PANEL	136.055	159.202	163.769	459.026
	CIRUGIA	1.643	1.864	1.791	5.298
TOTAL GENERAL		1.287.193	1.311.815	1.280.318	3.879.326

Elaborado por: Observatorio de datos DISAN 2026
Fuente: Bodega de datos DISAN

El análisis de las atenciones en salud realizadas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) durante el periodo 2023 a marzo de 2026, evidencia un volumen global elevado y relativamente estable, con ligeras variaciones interanuales que reflejan ajustes en los patrones de utilización de los servicios más que cambios estructurales en la demanda. En 2023 se registraron 15.378.166 atenciones, en 2024 se observa un incremento a 15.737.957, en 2025 una leve disminución a 15.264.966 y en lo transcurrido a marzo de 2026 se registran 3.879.326, lo que

7

representa haber alcanzado el 25,4% de las atenciones de la vigencia anterior en solo 3 meses. Este comportamiento sugiere un crecimiento moderado entre 2023 y 2024, seguido de una estabilización en 2025, manteniéndose en todos los casos un volumen superior a los 15 millones de atenciones anuales, lo cual evidencia una alta demanda sostenida sobre los servicios de salud del subsistema. Para el primer trimestre de 2026, el comportamiento mensual muestra estabilidad relativa (enero: 1.287.193; febrero: 1.311.815; marzo: 1.280.318), sin variaciones abruptas, lo que refuerza la continuidad en los patrones de uso de servicios observados en vigencias previas.

En el componente de consultas, la consulta ambulatoria concentra de manera consistente la mayor proporción de atenciones durante todo el periodo. En 2023 alcanzó 4.928.215 atenciones, incrementándose en 2024 a 5.042.876 y nuevamente en 2025 a 5.177.768, lo que refleja una tendencia de crecimiento sostenido. Este comportamiento reafirma el papel central del ámbito ambulatorio como principal puerta de entrada y eje resolutivo del sistema, sugiriendo un fortalecimiento progresivo de este nivel de atención y una mayor capacidad de respuesta para el manejo de patologías tanto agudas como crónicas sin requerir hospitalización. En lo transcurrido de 2026, este patrón se mantiene, registrando 1.284.149 atenciones ambulatorias en el primer trimestre, con un promedio mensual superior a 428 mil atenciones, lo que resulta consistente con la tendencia creciente observada en años anteriores.

La consulta hospitalaria, por su parte, muestra un incremento progresivo durante las tres vigencias, pasando de 767.468 atenciones en 2023 a 796.375 en 2024 y alcanzando 864.930 en 2025. Este crecimiento sostenido puede interpretarse como un aumento en la complejidad de los pacientes hospitalizados, mayor necesidad de seguimiento intrahospitalario o incremento en las interconsultas especializadas, lo que implica una mayor frecuencia en la atención dentro de los servicios de hospitalización. En el primer trimestre de 2026 se registran 215.405 atenciones hospitalarias, manteniendo una tendencia coherente con el incremento observado en 2025. En contraste, la consulta de urgencias presenta una tendencia a la disminución, pasando de 441.174 atenciones en 2023 a 427.029 en 2024 y 414.972 en 2025, lo que podría estar asociado a una mejor resolutividad en el ámbito ambulatorio, cambios en los patrones de acceso o en el comportamiento de la demanda de atención inmediata. No obstante, para 2026 se observa un leve repunte con 106.954 atenciones en el primer trimestre, particularmente influenciado por el incremento en marzo, lo que sugiere una posible variabilidad estacional o cambios puntuales en la demanda.

En relación con los procedimientos, los laboratorios constituyen un alto volumen dentro de esta categoría en las tres vigencias, aunque con una tendencia descendente progresiva: 3.015.519 en 2023, 2.993.136 en 2024 y 2.858.582 en 2025. Esta reducción podría estar asociada a optimización en la solicitud de ayudas diagnósticas, ajustes en protocolos clínicos o cambios en la práctica asistencial. Sin embargo, en el primer trimestre de 2026 se registra un total de 767.337 laboratorios, lo que evidencia una estabilización del comportamiento y una posible recuperación en la utilización de este tipo de servicios. Por su parte, los procedimientos HC (asociados a la atención clínica integral) también muestran una disminución sostenida, pasando de 4.997.127 en 2023 a 4.862.659 en 2024 y 4.235.623 en 2025, tendencia que continúa en 2026 con 1.011.263 procedimientos en el primer trimestre, lo cual es consistente con la dinámica observada en la vigencia anterior.

En contraste, los procedimientos registrados en el panel de enfermería presentan un crecimiento importante durante el periodo, pasando de 1.110.864 en 2023 a 1.521.696 en 2024 y 1.587.349 en 2025, lo que constituye uno de los cambios más relevantes en el componente de procedimientos.

Este incremento se mantiene en 2026 con 459.026 atenciones en el primer trimestre, evidenciando la consolidación de este tipo de servicios dentro del modelo de atención. De igual forma, la imagenología muestra un comportamiento variable, con una disminución marcada en 2024 (53.650) respecto a 2023 (76.539), seguida de un incremento significativo en 2025 (86.989). Para 2026 se registran 25.954 estudios en el primer trimestre, manteniendo un nivel de actividad acorde con la tendencia de recuperación observada en 2025.

Los procedimientos diagnósticos mantienen un volumen bajo y una tendencia leve a la disminución a lo largo del periodo, patrón que se conserva en 2026 con 3.940 procedimientos en el primer trimestre. Por su parte, las cirugías muestran un incremento progresivo, pasando de 20.148 en 2023 a 22.041 en 2024 y 22.448 en 2025.

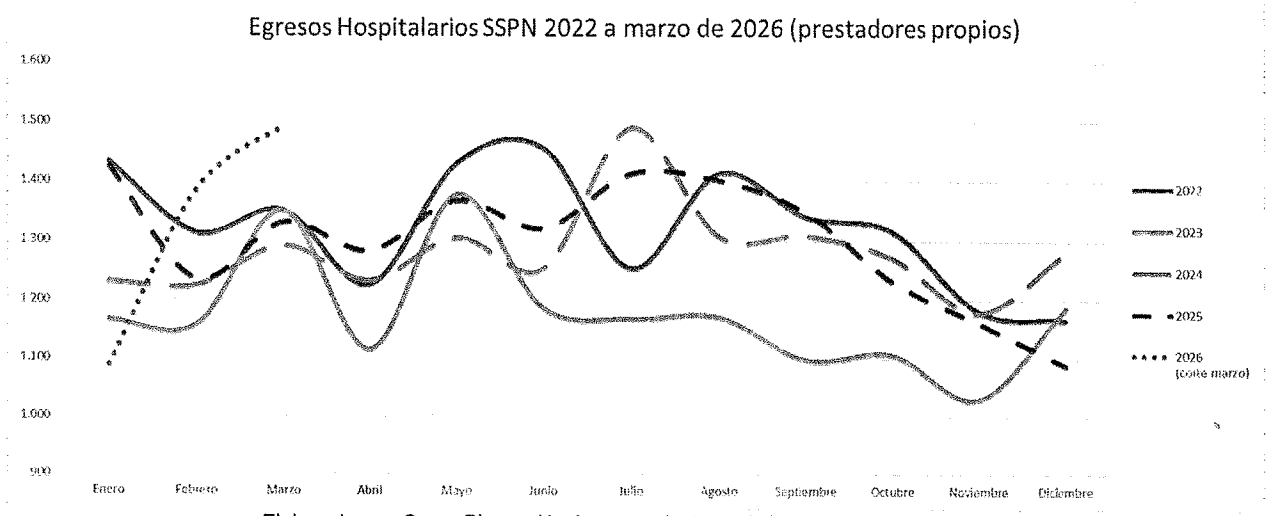
En lo corrido de 2026 se han realizado 5.298 procedimientos quirúrgicos, lo que sugiere la continuidad en la actividad quirúrgica del subsistema y una tendencia consistente con los incrementos observados en vigencias previas.

En términos generales, el análisis por subtipos de atención evidencia un sistema con alta dependencia del ámbito ambulatorio, un crecimiento progresivo en la atención hospitalaria y una reducción relativa en la utilización de urgencias, aunque con leves variaciones recientes. En el componente de procedimientos, se identifican dinámicas diferenciadas, con estabilización o ligera recuperación en algunos servicios como laboratorios e imagenología, continuidad en la reducción de procedimientos clínicos generales y consolidación de otros como los paneles y la actividad quirúrgica. Este comportamiento, observado también en el primer trimestre de 2026, sugiere la persistencia de transformaciones en los modelos de atención, en la organización de los servicios y en la forma en que se presta la atención en salud, lo cual constituye un insumo clave para la planeación de la capacidad instalada, la gestión de la red de servicios y la asignación eficiente de recursos dentro del SSPN.

1.1.1.4. Análisis de los egresos hospitalarios

Durante el periodo 2022 a 2025, el comportamiento de los egresos hospitalarios en los Establecimientos de Sanidad Policial muestra una dinámica global estable, con fluctuaciones interanuales que, si bien son cuantitativamente visibles, no configuran una tendencia estructural sostenida de crecimiento o decrecimiento. En 2022 se registraron 15.871 egresos hospitalarios; en 2023 se presentó una reducción a 14.109 egresos (disminución de 1.762 casos equivalentes al 11,1%); en 2024 se evidenció una recuperación hasta 15.373 (incremento en el 9,0% respecto a 2023); y en 2025 se alcanzaron 15.606 egresos (incremento del 1,5% frente a 2024). El promedio anual del cuatrienio fue de 15.240 egresos, con una variación acumulada entre 2022 y 2025 que representa una disminución cercana al 1,7%, lo que indica que, en términos generales, la demanda intrahospitalaria se ha mantenido estable.

Gráfica 9. Egresos hospitalarios SSPN desde 2022 a marzo de 2026 (prestadores propios)



Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

En lo transcurrido de enero a marzo de 2026 se registran 3.964 egresos hospitalarios, lo que representa aproximadamente el 25,4% del total reportado en 2025, evidenciando un comportamiento consistente con la dinámica observada en vigencias anteriores para el primer trimestre del año.

Por su parte, el incremento de las hospitalizaciones en 2024 y la estabilización en 2025 refuerzan la hipótesis de variabilidad coyuntural más que de transformación permanente del patrón de hospitalización. El comportamiento observado en el primer trimestre de 2026 mantiene esta misma lógica, con un volumen de egresos distribuido de manera relativamente homogénea entre los tres meses (enero: 1.089; febrero: 1.385; marzo: 1.490), aunque con un leve incremento progresivo hacia marzo que podría estar asociado a factores estacionales, variaciones en la demanda o ajustes operativos en la prestación de servicios hospitalarios. No obstante, este incremento no configura por sí mismo una ruptura de la tendencia histórica, sino que se mantiene dentro de los rangos esperados para la dinámica intrahospitalaria del subsistema.

No obstante, el análisis cuantitativo debe complementarse con consideraciones estructurales propias del modelo de aseguramiento del Subsistema. La disminución de egresos en los establecimientos propios puede estar influenciada por el aumento progresivo de usuarios que adquieren planes complementarios de salud o de medicina prepagada, trasladando la utilización de servicios de internación hacia prestadores externos. Este fenómeno podría generar un subregistro relativo de hospitalizaciones en la red propia, sin que ello implique necesariamente una reducción real en la necesidad asistencial de la población asegurada.

De igual manera, en aquellos territorios donde no existe oferta intramural de hospitalización por parte de establecimientos propios, la internación es cubierta por prestadores externos contratados, lo cual impacta directamente el número de egresos reportados por la red institucional, pero no necesariamente modifica la carga global de enfermedad ni el requerimiento de atención hospitalaria del SSPN en su conjunto.

Adicionalmente, es importante precisar que el volumen de egresos hospitalarios no constituye por sí solo un indicador lineal de la demanda de servicios hospitalarios, dado que esta se encuentra determinada por múltiples variables, entre ellas la duración promedio de la estancia hospitalaria, la complejidad clínica de los casos atendidos, el perfil de morbilidad predominante, la proporción de pacientes quirúrgicos versus clínicos y la frecuencia de ingreso a unidades de cuidado intermedio o intensivo.

Asimismo, la composición demográfica de la población adscrita a cada Regional de Aseguramiento en Salud influye de manera significativa en el patrón de hospitalización. Regiones con mayor concentración de adultos mayores tienden a presentar mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica), lo que puede traducirse en hospitalizaciones por descompensación y mayor demanda de atención intrahospitalaria. En contraste, regiones con población predominantemente joven pueden concentrar hospitalizaciones asociadas a trauma, patología infecciosa aguda y eventos quirúrgicos derivados de lesiones.

1.1.1.4.1. Análisis de la morbilidad en el ámbito hospitalario año 2022 a marzo de 2026

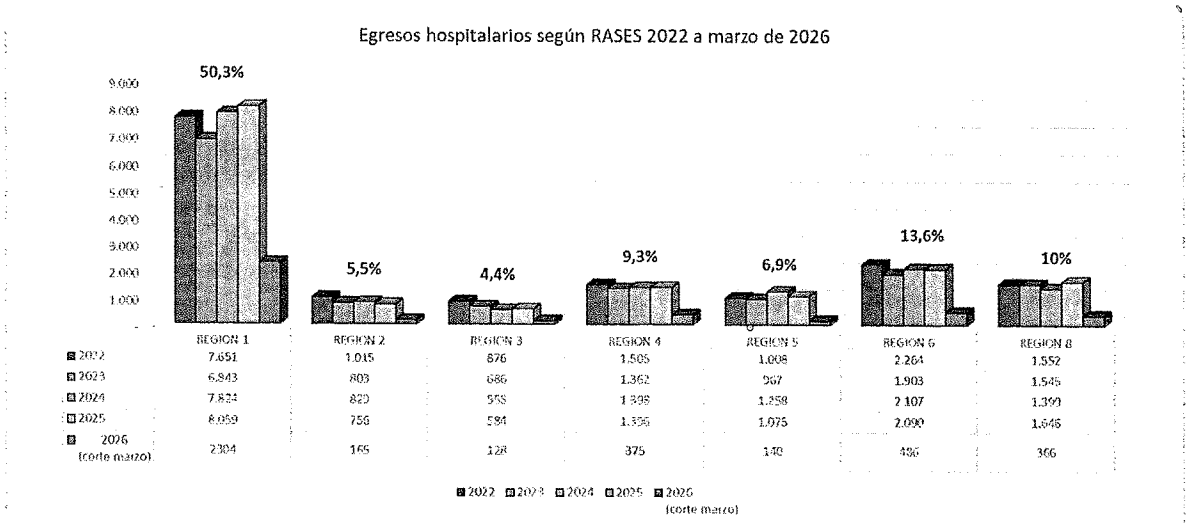
Entre el año 2022 a marzo de 2026 (corte marzo), la morbilidad atendida en el ámbito hospitalario presenta características similares a las reportadas en las vigencias anteriores, siendo la enfermedad cardiovascular la primera causa de atención intrahospitalaria, seguida por patologías del aparato digestivo y urinario. De lo anterior se infiere la importante carga de enfermedad para los usuarios del SSPN como consecuencia de las patologías crónicas, especialmente en el momento curso de vida vejez (60 años y mayores) que es la población en la cual se concentran en mayor medida estas atenciones.

En la era postpandémica se evidencia que las atenciones hospitalarias presentan una distribución de las principales causas con un patrón similar a la registrada en años anteriores, de hecho, la infección respiratoria aguda y otros trastornos del aparato respiratorio presentan una significativa tendencia a la disminución para este ámbito de atención cuando se compara con los años 2020 y 2021 (pandemia por COVID-19), sin embargo entre los años 2023 y 2025 se evidenció un nuevo incremento de 36%, manteniendo esta tendencia al aumento en las últimas dos vigencias. Por su parte, los traumas, enfermedades osteomusculares – articulares y las demás enfermedades infecciosas evidencian de igual manera una tendencia hacia el incremento en el número de atenciones.

Llama la atención el progresivo incremento en las atenciones hospitalarias para el tratamiento de enfermedades neoplásicas, trastornos mentales y del comportamiento y otros trastornos del sistema nervioso, de lo cual puede inferirse aumento en la prevalencia de estas patologías, diagnóstico tardío, necesidad de atención intrahospitalaria de complicaciones asociadas a la frecuente multimorbilidad de estos usuarios y el requerimiento de mayores niveles de complejidad para su tratamiento.

Gráfica 10. Egresos hospitalarios por RASES desde 2022 a marzo de 2026.

7



Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

El análisis de los egresos hospitalarios desagregados por Regionales de Aseguramiento en Salud (RASES) para el periodo 2022 a marzo de 2026 evidencia una alta concentración de la atención intrahospitalaria en la RASES 1, la cual acumula 32.681 egresos, equivalentes al 50,3 % del total institucional (64.923 egresos en este mismo período de tiempo). En términos prácticos, uno de cada dos egresos hospitalarios del Subsistema se produce en esta regional. Este comportamiento se explica principalmente por la presencia del Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN), centro de alta complejidad y referencia nacional para el SSPN, así como por la oferta complementaria existente en su ámbito territorial. La condición de centro de referencia implica no solo mayor volumen de hospitalizaciones, sino mayor complejidad clínica, mayor severidad de los casos y mayor utilización de tecnologías en salud, lo que convierte a esta regional en el principal determinante estructural de la demanda intrahospitalaria del SSPN. Para el primer trimestre de 2026, la RASES 1 registra 2.304 egresos hospitalarios, manteniendo su posición predominante dentro del Subsistema y evidenciando continuidad en el patrón de concentración de la atención de mayor complejidad.

En segundo orden de magnitud se encuentran la RASES 6 (13,6 % del total), la RASES 8 (10 %) y la RASES 4 (9,3 %), de tal forma que estas cuatro regionales (incluyendo la RASES 1) concentran el 83,3 % de los egresos hospitalarios del periodo analizado. Esta distribución evidencia una marcada asimetría territorial en la carga asistencial, lo que implica la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva y operativa en estas regionales, particularmente en servicios de mediana y alta complejidad. Durante los tres primeros meses de 2026, este patrón se mantiene, con 486 egresos en la RASES 6, 366 en la RASES 8 y 375 en la RASES 4, cifras que reflejan una continuidad en la concentración de la demanda hospitalaria en estas zonas del país.

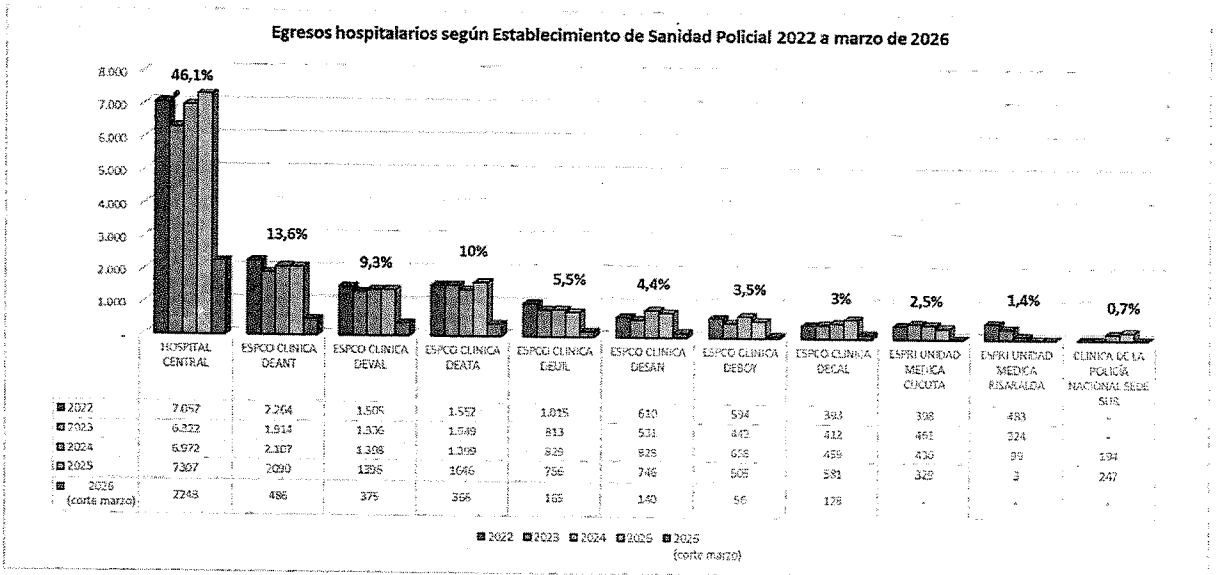
Las RASES 2 (5,5 % del total de egresos hospitalarios) y la RASES 3 (4,4 %) presentan menor participación relativa en el total de egresos, observándose en la RASES 3 una tendencia descendente entre 2022 y 2024, con leve recuperación en 2025. Estas variaciones pueden estar relacionadas con múltiples factores, entre ellos la utilización de prestadores externos contratados para la atención intrahospitalaria, la dinámica poblacional y la posible migración parcial de usuarios hacia planes complementarios de salud o medicina prepagada, lo que puede disminuir el registro de egresos en

establecimientos institucionales sin que necesariamente se reduzca la necesidad real de hospitalización. En el primer trimestre de 2026, estas regionales continúan con baja participación relativa, registrando 165 egresos en la RASES 2 y 128 en la RASES 3, lo cual es consistente con su comportamiento histórico.

En cuanto a la RASES 5, aunque no se destacaba previamente dentro de los mayores volúmenes, presenta una participación intermedia en el periodo analizado, acumulando el 6,9 % de los egresos. Para el primer trimestre de 2026 registra 140 egresos hospitalarios, manteniendo una contribución estable dentro de la distribución general del Subsistema.

En términos generales, la distribución territorial de los egresos hospitalarios confirma que la mayor demanda de servicios intrahospitalarios se concentra estructuralmente en la RASES 1 y en segundo lugar, en las regionales 6, 8 y 4. La información correspondiente a los primeros tres meses de 2026, con un total de 3.964 egresos hospitalarios, mantiene esta misma configuración, sin evidenciar cambios estructurales en la distribución regional de la atención. Esta consistencia en el comportamiento territorial refuerza la necesidad de una planeación estratégica de la red de servicios que garantice capacidad instalada suficiente, adecuada distribución de recursos y oportunidad en la atención, tanto en los centros de referencia como en las regionales con menor cantidad de egresos hospitalarios; pero con necesidades asistenciales igualmente relevantes.

- **Gráfica 11.** Egresos hospitalarios según Establecimiento de Sanidad Policial 2022 a marzo de 2026.



Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

Con base en la información consolidada de egresos hospitalarios por Establecimiento de Sanidad Policial para el periodo 2022–2025 (60.954 egresos en total), se identifican que el comportamiento anual muestra relativa estabilidad: 15.871 egresos en 2022, disminución en 2023 (14.104), recuperación en 2024 (15.373) y estabilización en 2025 (15.606). Para el año 2026, en el corte correspondiente a los meses de enero a marzo, se registran 3.964 egresos hospitalarios, lo que

representa aproximadamente el 25,4 % del total de egresos de 2025, evidenciando una dinámica consistente con la observada en vigencias anteriores en términos de volumen y distribución temporal de la demanda. La caída observada en 2023 (disminución del 11,1% respecto a 2022) seguida de un repunte en 2024 (aumento del 9,0%) sugiere una oscilación coyuntural más que una tendencia estructural descendente sostenida. Desde la perspectiva epidemiológica y de planeación, esto indica que el volumen global de hospitalizaciones del Subsistema se mantiene en una meseta relativamente constante, lo que permite proyectar necesidades de atención con márgenes de variación moderados.

El actor dominante del sistema hospitalario es el Hospital Central (HOCEN), que concentra 27.658 egresos entre 2022 y 2025, equivalentes al 45,4% del total nacional. Es decir, prácticamente uno de cada dos egresos del SSPN ocurre en este establecimiento. Aunque el HOCEN es hospital de alta complejidad y referencia nacional, la mayoría de su producción asistencial corresponde a Bogotá y a las UPRES de la RASES 1, lo que lo convierte simultáneamente en centro de referencia y en hospital base de su región. Su comportamiento muestra una disminución en 2023 (6.322) con recuperación progresiva en 2024 y 2025 (7.307). En el primer trimestre de 2026 registra 2.248 egresos, manteniendo su peso relativo dentro del sistema y confirmando su papel estructural como principal nodo de atención intrahospitalaria de mediana y alta complejidad.

En segundo nivel de participación se ubican los ESPCO que funcionan como centros de referencia de su regional correspondiente, de los cuales destacan:

- ESPCO Clínica DEANT (13,6% del total), con comportamiento relativamente estable, registrando 486 egresos en el primer trimestre de 2026.

- ESPCO Clínica DEATA (10%), también con estabilidad y leve incremento en 2025, con 366 egresos en 2026 (corte marzo).

- ESPCO Clínica DEVAL (9,3%), con ligera disminución sostenida, reportando 375 egresos en el mismo periodo de 2026.

- ESPCO Clínica DEUIL (5,5%), con tendencia descendente, con 165 egresos en el primer trimestre de 2026.

- ESPCO Clínica DESAN (4,4%), que muestra incremento en 2024 y leve descenso en 2025, registrando 140 egresos en 2026.

- ESPCO Clínica DEBOY (3,5%) y ESPCO Clínica DECAL (3,0 %), con variaciones moderadas, alcanzando 56 y 128 egresos respectivamente en el mismo periodo de 2026.

En conjunto, el HOCEN más los tres ESPCO de mayor volumen (DEANT, DEATA y DEVAL) continúan concentrando la mayor proporción de los egresos hospitalarios. La distribución observada en el primer trimestre de 2026 mantiene esta misma estructura, lo que reafirma una fuerte concentración territorial de la atención intrahospitalaria, especialmente en los nodos de mayor capacidad resolutiva. Esto debe traducirse en una planeación diferencial de la capacidad instalada, del talento humano y de los recursos operativos en estos establecimientos.

En relación con los ESPRI (Unidad Médica Cúcuta y Unidad Médica Risaralda), su participación es menor (2,5 % y 1,4 % respectivamente). Como bien se precisa en estas unidades, la mayoría de estos egresos hospitalarios corresponden a permanencias ambulatorias posteriores a procedimientos quirúrgicos ambulatorios, con escasa carga de hospitalización por patologías clínicas. Para el caso de Risaralda se evidencia una disminución marcada en 2024 (99) y prácticamente ausencia en 2025 (3), situación que se mantiene sin registros en el primer trimestre de 2026, lo que sugiere cambios en el modelo de prestación o en la forma de registro. Desde la perspectiva operativa, su impacto en la carga hospitalaria estructural del Subsistema es bajo.

Un caso particular es la Clínica de la Policía Nacional Sede Sur, que inició su operación hospitalaria en 2024 con 194 egresos y aumentó a 247 en 2025 (0,7 % del total acumulado). Aunque no registra egresos en el primer trimestre de 2026, su comportamiento en vigencias previas sugiere un proceso de consolidación progresiva que puede representar una estrategia de descongestión del HOCEN, especialmente en servicios de mediana complejidad. De mantenerse esta tendencia, podría generarse una redistribución parcial de la demanda hospitalaria dentro de Bogotá.

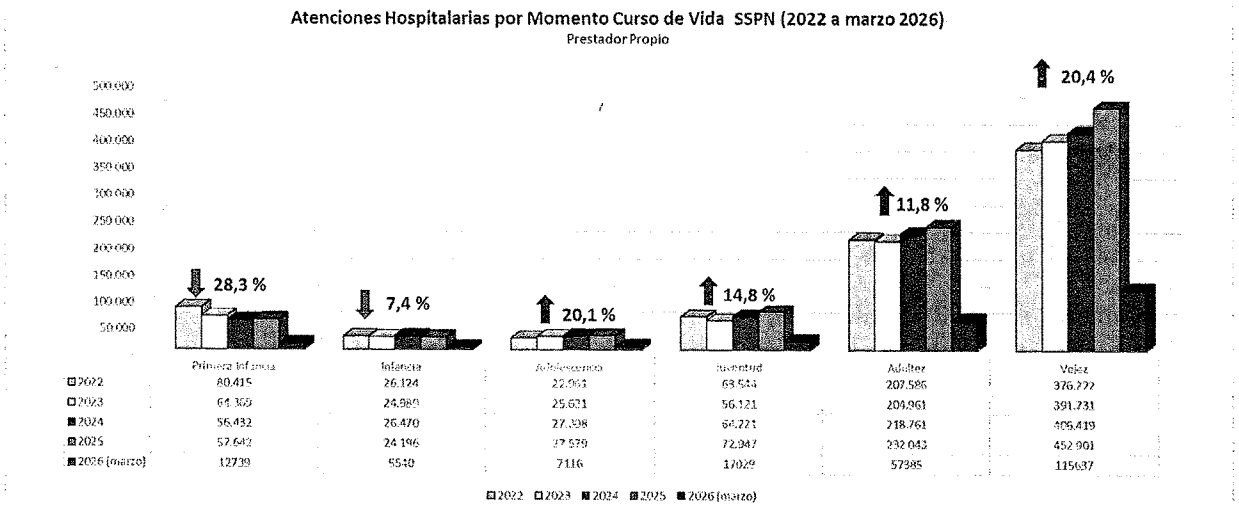
Es importante integrar al análisis la situación de territorios que no cuentan con ESPCO, como el caso de Meta, donde la totalidad de la hospitalización se realiza mediante prestadores externos contratados. En estos escenarios, aunque no se registren egresos en establecimiento institucional, la necesidad de atención hospitalaria se mantiene y debe ser garantizada a través de prestadores contratados.

Adicionalmente, la variación en el número de egresos no necesariamente se traduce de forma lineal en la necesidad de recursos, dado que esta depende de múltiples variables clínicas y demográficas: duración promedio de estancia, perfil de morbilidad atendida, complejidad de los casos, prevalencia de enfermedades crónicas, coexistencia de multimorbilidad en los usuarios, estructura etaria de la población adscrita y severidad de los cuadros clínicos. Las Regionales con mayor proporción de adultos mayores pueden generar mayor presión sobre servicios de hospitalización, mientras que las poblaciones predominantemente jóvenes pueden concentrar su demanda en trauma e infecciones agudas, con requerimientos asistenciales diferentes.

En síntesis, el análisis de egresos hospitalarios refleja estabilidad en el HOCEN y los ESPCO en el volumen de hospitalizaciones entre 2022 y 2026 (corte a marzo), lo que refleja un comportamiento consistente con esta tendencia. Se evidencia una alta concentración de servicios hospitalarios en el HOCEN (alrededor del 45% del total), un peso porcentual acumulado de cuatro establecimientos que concentran cerca del 80% de los egresos y una progresiva consolidación de la Clínica Sede Sur como potencial mecanismo de descongestión hospitalaria.

Desde la perspectiva epidemiológica y de gerencia en salud, estos hallazgos respaldan la estructuración de un modelo de atención con capacidad diferencial según carga hospitalaria, concentración territorial del riesgo, complejidad asistencial y continuidad en la prestación de servicios, garantizando cobertura integral del SSPN independientemente del lugar donde ocurra la hospitalización.

Gráfica 12. Atenciones hospitalarias por momento curso de vida (2022 a marzo de 2026)



Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

El análisis de las atenciones hospitalarias por momento de curso de vida para el periodo 2022 a marzo de 2026 (3.427.009 atenciones en total) permite comprender con mayor profundidad la dinámica asistencial de los servicios hospitalarios del SSPN y su potencial impacto sobre la planeación de los servicios. A diferencia del egreso hospitalario (que cuantifica el número de altas), el número de atenciones refleja la intensidad de la actividad asistencial durante la estancia, incluyendo valoraciones médicas, interconsultas, procedimientos y seguimientos por múltiples especialidades. Por tanto, constituye un mejor aproximador de la carga operativa intrahospitalaria, dado que se correlaciona con la duración de la estancia, la complejidad clínica y la coexistencia de comorbilidades.

Se evidencia un incremento sostenido del total de atenciones: 776.852 en 2022, ligera disminución en 2023 (767.792 atenciones), recuperación en 2024 (799.611 atenciones) y aumento significativo en 2025 (867.308 atenciones). En el año 2026, con corte a marzo, se registran 215.446 atenciones hospitalarias, lo que representa cerca del 24,8% del total alcanzado en 2025, manteniendo una dinámica consistente con la tendencia de crecimiento en la intensidad asistencial observada en vigencias recientes. Entre 2022 y 2025 el crecimiento acumulado es cercano al 11,6%, lo que evidencia un aumento progresivo en la intensidad asistencial hospitalaria del Subsistema, aun cuando el número de egresos hospitalarios haya mostrado mayor estabilidad. Este hallazgo es particularmente relevante, pues sugiere que, aunque el número de hospitalizaciones no crece de manera proporcional, la complejidad clínica de los usuarios o duración promedio de las estancias pudiera estar aumentando.

Desde la distribución por curso de vida, la Vejez concentra 1.742.910 atenciones en el periodo analizado, equivalentes al 50,9% del total de las atenciones para este grupo de usuarios, es decir, más de la mitad de toda la actividad hospitalaria del SSPN ocurre en población adulta mayor. Además, mantiene una tendencia creciente, pasando de 376.222 atenciones en 2022 a 452.901 en2025, y alcanzando 115.637 atenciones en el primer trimestre de 2026. Este comportamiento tiene implicaciones directas en la presión sobre los servicios hospitalarios, dado que esta población se

caracteriza por mayor carga de enfermedad crónica, multimorbilidad, mayor riesgo de complicaciones y estancias hospitalarias más prolongadas. En términos epidemiológicos y de gestión, este grupo etario constituye el principal determinante estructural de la demanda intrahospitalaria.

La Adultez representa el 26,9% del total (920.736 atenciones en este grupo de usuarios) y muestra un incremento progresivo en el periodo, pasando de 207.586 atenciones en 2022 a 232.043 en 2025, con 57.385 atenciones registradas en el primer trimestre de 2026. En conjunto, Adultez y Vejez concentran cerca del 78% de todas las atenciones hospitalarias del SSPN, confirmando que la carga asistencial está predominantemente determinada por población mayor de 29 años. Esto implica una alta demanda sostenida de servicios asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, eventos cardiovasculares, patologías metabólicas y condiciones de mayor complejidad clínica.

En el curso de vida Juventud (8,0% del total de atenciones), se observa un incremento progresivo, pasando de 63.544 atenciones en 2022 a 72.947 en 2025, y registrando 17.029 atenciones en los primeros tres meses de 2026. Aunque su participación relativa es menor, esta población suele concentrar eventos asociados a trauma, causas externas y patologías agudas, lo que genera una demanda importante de servicios hospitalarios, especialmente en áreas quirúrgicas y de urgencias.

La Adolescencia (3,2% del total) presenta un crecimiento sostenido, pasando de 22.961 atenciones en 2022 a 27.579 en 2025, con 7.116 atenciones en el primer trimestre de 2026. Aunque el volumen absoluto es bajo frente a otros grupos, el aumento relativo es relevante y puede estar asociado con el perfil epidemiológico de esta población.

En contraste, los grupos de Primera Infancia (7,9%) e Infancia (3,1%) muestran una reducción en el número de atenciones entre 2022 y 2025. La Primera Infancia pasó de 80.415 atenciones en 2022 a 57.642 en 2025, mientras que en el primer trimestre de 2026 registra 12.739 atenciones. Por su parte, Infancia presenta variaciones menores, con 5.540 atenciones en 2026 (corte a marzo). Este comportamiento puede asociarse a cambios demográficos, disminución de nacimientos en la población adscrita, mayor resolución ambulatoria o variaciones en la demanda hospitalaria pediátrica. En términos de gestión de servicios, esto refleja una menor presión relativa de la población pediátrica sobre la hospitalización en comparación con los grupos adultos.

Un elemento clave del análisis es que el incremento global de atenciones entre 2022 y 2025 (11,6%) supera la variación observada en egresos hospitalarios en el mismo periodo, tendencia que se mantiene con el comportamiento observado en 2026. Esto sugiere un aumento en la intensidad de la atención por evento hospitalario, posiblemente asociado a estancias más prolongadas, mayor complejidad clínica, incremento de interconsultas o mayor carga de multimorbilidad.

En conclusión, el análisis por curso de vida confirma que el principal determinante de la demanda hospitalaria del SSPN es la población en Vejez y Adultez, que concentran cerca de tres cuartas partes de las atenciones y mantienen una tendencia creciente, incluida la observada en el primer trimestre de 2026. La disminución en población pediátrica no compensa el aumento en los grupos de mayor edad, lo que implica que la tendencia global continúa orientándose hacia una mayor presión estructural sobre los servicios hospitalarios.

Desde la perspectiva epidemiológica y de gerencia en salud, estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer la planeación de la capacidad instalada, el talento humano y la organización de los

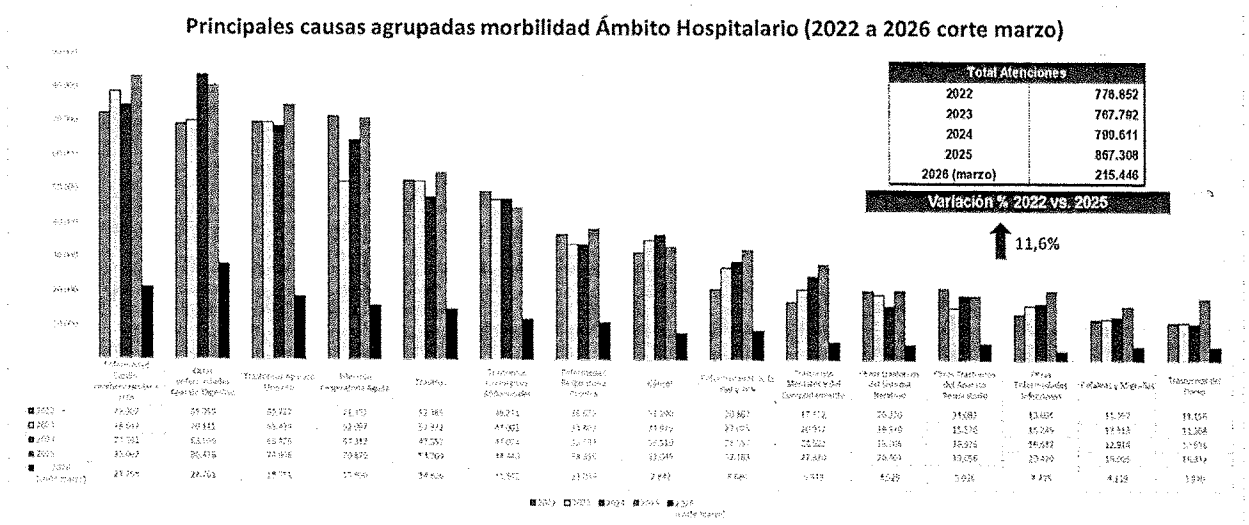
servicios con un enfoque diferencial por curso de vida, priorizando la atención de patologías prevalentes en población adulta y adulta mayor, sin dejar de garantizar la cobertura integral para los demás grupos etarios del Subsistema.

1.1.1.4.1.1. Caracterización de la morbilidad atendida según ámbito hospitalario (2022 a marzo de 2026)

El análisis de las principales causas agrupadas de atención en el ámbito hospitalario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) durante el período 2022 a marzo de 2026 evidencia un total de 3.427.009 atenciones, manteniendo un comportamiento creciente en el ámbito asistencial hospitalario. Se observa un incremento global del 11,6% entre 2022 y 2025, con continuidad de esta dinámica en 2026, donde en el primer trimestre ya se registran 215.446 atenciones, lo que representa cerca del 24,8% del total alcanzado en 2025, evidenciando una demanda sostenida.

Es importante mencionar que, en este contexto, el concepto de "atención" corresponde a cada contacto asistencial registrado durante la estancia hospitalaria, por lo cual su variación responde no solo a cambios en la ocurrencia de enfermedad, sino también a factores como complejidad clínica, duración de la estancia, número de interconsultas y organización del modelo de atención.

Gráfica 13. Principales causas agrupadas morbilidad ámbito Hospitalario (2022 a marzo de 2026)



Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: FTP DISAN

Desde el punto de vista epidemiológico, las enfermedades cardio-cerebrovasculares y la hipertensión arterial se mantienen como la principal causa de atención intrahospitalaria. Entre 2022 y 2025 presentan crecimiento sostenido (de 72.302 a 83.062 atenciones), y en el primer trimestre de 2026 ya alcanzan 21.258 atenciones, lo que confirma su papel estructural en la demanda hospitalaria y su alta recurrencia dentro de los servicios.

En segundo lugar, las enfermedades del aparato digestivo muestran un comportamiento dinámico, con incremento importante entre 2022 y 2024, leve reducción en 2025 y un volumen significativo en 2026 (27.761 atenciones en el primer trimestre). Este patrón sugiere una demanda constante, con posibles variaciones asociadas a cambios en la práctica clínica, resolutividad ambulatoria o características de la población atendida.

Los trastornos del aparato urinario mantienen un comportamiento relativamente estable a lo largo del periodo, con incremento en 2025 y 18.551 atenciones en el primer trimestre de 2026, lo que reafirma su peso dentro de la morbilidad hospitalaria, especialmente en contextos de enfermedad crónica y complicaciones agudas.

La infección respiratoria aguda (IRA) evidencia un comportamiento fluctuante: disminución marcada en 2023, recuperación en 2024 y 2025, y 15.850 atenciones en el primer trimestre de 2026, lo que sugiere persistencia de la demanda asociada a factores estacionales y circulación de agentes infecciosos, manteniéndose como una causa relevante de atención hospitalaria.

El grupo de traumas presenta una tendencia de incremento moderado, pasando de 52.485 atenciones en 2022 a 54.769 en 2025, con 14.826 atenciones en el primer trimestre de 2026, comportamiento coherente con el perfil ocupacional de la población usuaria y la demanda de servicios quirúrgicos y de urgencias.

En contraste, los trastornos quirúrgicos abdominales mantienen una tendencia descendente entre 2022 y 2025, con continuidad en 2026 (11.842 atenciones en el primer trimestre), lo que puede reflejar cambios en la indicación quirúrgica, fortalecimiento de la resolución ambulatoria o ajustes en la práctica clínica.

Las enfermedades respiratorias crónicas muestran estabilidad con ligera tendencia al aumento, alcanzando 11.034 atenciones en el primer trimestre de 2026, lo que refleja una carga persistente de enfermedad asociada a condiciones crónicas de manejo prolongado; por su parte, el cáncer evidencia una dinámica más marcada, con una tendencia creciente entre 2022 y 2025, pasando de 31.290 a 33.049 atenciones, con un pico en 2024 (36.519), y registrando 7.842 atenciones en el primer trimestre de 2026, lo que confirma su relevancia dentro de la morbilidad hospitalaria. Este comportamiento sugiere no solo un posible aumento en la ocurrencia de casos, sino principalmente una mayor prevalencia acumulada de pacientes oncológicos, asociada al envejecimiento poblacional, a la detección y a la mejora en la supervivencia, lo que incrementa la necesidad de atenciones hospitalarias recurrentes por diagnóstico, tratamiento, complicaciones y seguimiento; en consecuencia, el cáncer se consolida como una condición de manejo continuo dentro del sistema de salud, generando una presión creciente y sostenida sobre los servicios hospitalarios, especialmente en escenarios de mediana y alta complejidad, y constituyéndose en un componente estructural de la demanda asistencial del SSPN.

Entre los grupos con mayor crecimiento relativo se destacan las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos del dorso y las cefaleas y migrañas. En el primer trimestre de 2026, estos eventos mantienen una presencia relevante dentro de la atención hospitalaria, con volúmenes que oscilan entre aproximadamente 4.000 y 8.700 atenciones. Aunque su participación absoluta es menor frente a otras causas de mayor

7

carga, su tendencia creciente resulta significativa y sugiere posibles cambios en el perfil epidemiológico, mayor capacidad de detección o ampliación del acceso a servicios especializados.

Por su parte, otros grupos como los trastornos del sistema nervioso, los otros trastornos del aparato respiratorio y las otras enfermedades infecciosas mantienen participaciones intermedias, con volúmenes en 2026 que oscilan entre 2.725 y 5.016 atenciones, reflejando una demanda constante dentro del sistema hospitalario.

Es importante resaltar que el incremento en el número de atenciones hospitalarias observado entre 2022 y 2025, y su continuidad en 2026, supera la variación de los egresos hospitalarios, lo que sugiere un aumento en la intensidad de la atención por evento hospitalario. Este fenómeno puede estar asociado a mayor complejidad clínica, incremento de la multimorbilidad, mayor número de interconsultas y posibles estancias hospitalarias más prolongadas.

En términos generales, la distribución de las principales causas de atención hospitalaria en el SSPN mantiene un perfil epidemiológico consistente, caracterizado por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías digestivas, enfermedades infecciosas, trauma y condiciones quirúrgicas, junto con un crecimiento progresivo de trastornos de salud mental y condiciones musculoesqueléticas.

Este comportamiento confirma una demanda hospitalaria sostenida y compleja, que requiere una adecuada planeación de la capacidad instalada, del talento humano y de los recursos asistenciales, garantizando la respuesta oportuna y resolutiva a las necesidades de salud de la población usuaria del SSPN. Asimismo, refleja un incremento progresivo en la complejidad de las patologías atendidas, con mayor presencia de condiciones crónicas, multimorbilidad y eventos de alta severidad, lo que implica procesos de atención más intensivos y especializados. En este contexto, el ámbito hospitalario se configura como un escenario altamente sensible que demanda la disponibilidad permanente, oportuna y suficiente de medicamentos, con características técnicas y logísticas acordes a la complejidad clínica, garantizando la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la adecuada resolución de los eventos en salud.

1.1.1.5. Morbilidad

1.1.1.5.1. Comparación causas de morbilidad 2022 a marzo de 2026

Tabla 35. Primeras causas de morbilidad en el SSPN durante 2022.

Morbilidad 2022			
No.	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones	No. Usuarios
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	315.124	72.897
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	90.800	28.971
3	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	82.497	20.961
4	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	73.997	26.206
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	72.964	48.663
6	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	49.498	19.378

7	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	47.392	18.781
8	DOLOR EN ARTICULACIÓN	47.121	21.699
9	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	44.868	12.750
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	41.553	23.898
11	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	36.413	9.638
12	CEFALEA	35.824	21.963
13	COVID-19	57.195	20.381
14	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	28.651	4.659
15	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	27.596	4.940
16	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	25.667	8.293
17	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	25.612	9.798
18	ESGUINCES Y DESGARROS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO ANT-POST RODILLA	24.279	2.271
19	ASMA NO ESPECIFICADO	23.800	7.505
20	CERVICALGIA	23.522	6.118
	TOTAL	6.038.680	530.206

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

El análisis de la morbilidad registrada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) durante el año 2022, considerando de manera conjunta los tres ámbitos de atención (ambulatorio, urgencias y hospitalario), evidencia un total de 6.038.680 atenciones en 530.206 usuarios. Es importante precisar que un mismo usuario puede consultar en múltiples ocasiones durante el año y por diferentes diagnósticos, incluso en distintos ámbitos de atención y en diferentes regiones del país; por tanto, el número de usuarios no es acumulable por diagnóstico, dado que un mismo individuo puede aparecer registrado en varias atenciones dentro del mismo periodo.

Desde la perspectiva de la utilización de servicios, se observa que el ámbito ambulatorio concentra la mayor proporción de atenciones, con 4.823.433 registros (79,9% del total) en 518.235 usuarios, lo que refleja el papel predominante de la consulta externa y del manejo ambulatorio de las patologías más prevalentes en la población usuaria del subsistema. Por su parte, el ámbito hospitalario registró 776.852 atenciones (12,9%) en 38.835 usuarios, lo que corresponde a eventos de mayor complejidad clínica que requieren estancia hospitalaria y múltiples valoraciones durante la hospitalización. Finalmente, el ámbito de urgencias reportó 438.395 atenciones (7,3%) en 123.952 usuarios, reflejando la demanda de atención inmediata ante condiciones agudas o descompensaciones clínicas. Esta distribución es consistente con la organización habitual de los sistemas de salud, donde la mayor parte de la carga asistencial se resuelve en el ámbito ambulatorio.

En cuanto a la morbilidad específica registrada para el año 2022, se observa una marcada predominancia de enfermedades crónicas no transmisibles, encabezadas por la hipertensión esencial (primaria), que registra 315.124 atenciones en 72.897 usuarios, constituyéndose en el diagnóstico más frecuente del subsistema. La relación entre atenciones y usuarios en este caso sugiere múltiples contactos asistenciales por paciente a lo largo del año, lo cual es consistente con el seguimiento clínico periódico que requieren estas patologías. Desde la perspectiva farmacoterapéutica, este grupo

de enfermedades se asocia con el uso sostenido de antihipertensivos, diuréticos, bloqueadores bèta, inhibidores del sistema renina-angiotensina, calcioantagonistas y otros medicamentos cardiovasculares, lo que representa una fracción significativa del consumo farmacéutico institucional.

De manera complementaria, otras patologías crónicas metabólicas y endocrinas también muestran una participación importante en la carga de morbilidad. Tal es el caso del hipotiroidismo no especificado, con 73.997 atenciones en 26.206 usuarios, y de la diabetes mellitus, tanto insulinodependiente como no insulinodependiente, que en conjunto suman 83.805 atenciones. Estas enfermedades requieren tratamiento farmacológico continuo y seguimiento clínico periódico, lo que implica un consumo sostenido de hormonas tiroideas, antidiabéticos orales, insulinas, dispositivos de monitoreo y medicamentos asociados al control de comorbilidades metabólicas.

Otro grupo relevante dentro de la morbilidad corresponde a los trastornos musculoesqueléticos y del aparato locomotor, entre los cuales destacan el lumbago no especificado (90.800 atenciones), el dolor en articulación (47.121 atenciones), la cervicalgia (23.522 atenciones) y el síndrome del manguito rotatorio (27.596 atenciones). Si se analizan en conjunto, estas patologías representan una proporción considerable de las consultas del subsistema, lo cual puede estar relacionado con factores ocupacionales y con las características demográficas de la población usuaria. Desde el punto de vista terapéutico, estas condiciones suelen implicar el uso recurrente de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares, infiltraciones articulares y medicamentos coadyuvantes para manejo del dolor, lo cual tiene un impacto directo en la demanda farmacéutica, especialmente en el ámbito ambulatorio.

Las enfermedades infecciosas y respiratorias agudas también ocupan un lugar importante dentro de la morbilidad registrada. La rinofaringitis aguda (resfriado común) registra 72.964 atenciones en 48.663 usuarios, mientras que la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso alcanza 41.553 atenciones, y las infecciones de vías urinarias reportan 82.497 atenciones en 20.961 usuarios. Estos eventos suelen presentarse de forma episódica o con una estacionalidad definida, generando un volumen considerable de consultas, particularmente en los ámbitos ambulatorio y de urgencias. Desde la perspectiva farmacológica, su manejo se asocia con el uso de antibióticos, antipiréticos, analgésicos, antiespasmódicos, hidratación oral o parenteral y otros medicamentos de soporte clínico.

Dentro del mismo grupo de enfermedades respiratorias, se identifican patologías crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 28.651 atenciones, y el asma no especificada con 23.800 atenciones, las cuales requieren tratamiento farmacológico continuo y manejo de exacerbaciones agudas. En estos casos, el consumo farmacéutico suele concentrarse en broncodilatadores, corticosteroides inhalados o sistémicos, anticolinérgicos y medicamentos utilizados en el manejo de exacerbaciones respiratorias, lo que contribuye de manera significativa a la demanda de medicamentos en el subsistema.

Un elemento particular del año 2022 corresponde a la presencia de 57.195 atenciones asociadas a COVID-19, lo cual refleja que, aunque el impacto de la pandemia había disminuido respecto a los años iniciales, esta enfermedad continuaba generando una carga importante de atención dentro del sistema de salud. El manejo clínico de estos pacientes implicó el uso de antipiréticos, antiinflamatorios, anticoagulantes, corticosteroides y terapias de soporte respiratorio, entre otros medicamentos utilizados según la gravedad del cuadro clínico.

Adicionalmente, se observa la presencia de diagnósticos relacionados con salud mental, particularmente el trastorno mixto de ansiedad y depresión, con 25.667 atenciones en 8.293 usuarios. Aunque su peso relativo dentro del total de la morbilidad es menor en comparación con otras patologías, su presencia refleja la importancia creciente de estas condiciones dentro de la demanda de servicios de salud. Desde la perspectiva farmacológica, estos casos pueden implicar el uso de antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo y otros psicofármacos, generalmente en esquemas terapéuticos prolongados.

Asimismo, algunos diagnósticos presentan una relación particularmente alta entre número de atenciones y número de usuarios, lo cual sugiere seguimiento clínico periódico, recurrencia de consultas a lo largo del año o atenciones realizadas preferentemente en el ámbito hospitalario. Este comportamiento se observa especialmente en patologías crónicas como hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, donde el control clínico y la continuidad terapéutica son fundamentales.

En términos generales, la estructura de la morbilidad del SSPN durante 2022 muestra un perfil epidemiológico mixto, caracterizado por la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías musculoesqueléticas, enfermedades infecciosas agudas y trastornos metabólicos y endocrinos, lo cual es consistente con el comportamiento epidemiológico observado en la población general del país. Este patrón tiene implicaciones directas en la planeación del suministro farmacéutico, dado que combina medicamentos de uso crónico continuo (como antihipertensivos, antidiabéticos, hormonas tiroideas o broncodilatadores) con medicamentos de uso episódico asociados a eventos agudos, como antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y tratamientos sintomáticos.

En consecuencia, el análisis de la morbilidad para el año 2022 y en los años subsiguientes, constituye un insumo fundamental para la estimación de las necesidades farmacéuticas del subsistema, en la medida en que permite identificar los grupos terapéuticos con mayor probabilidad de consumo en los diferentes ámbitos de atención, así como anticipar la demanda asociada al manejo de enfermedades crónicas y eventos agudos en la población usuaria del SSPN. Este tipo de análisis contribuye a sustentar técnicamente los procesos de planeación y contratación relacionados con el suministro y dispensación de medicamentos, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la atención oportuna de las necesidades terapéuticas de los usuarios.

Tabla 36. Primeras causas de morbilidad en el SSPN durante 2023.

Morbilidad 2023			
No.	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones	No. Usuarios
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	363.881	75.152
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	88.343	27.634
3	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	83.989	28.618
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	79.728	19.485
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	62.072	40.274
6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	59.215	20.893

7

7	DOLOR EN ARTICULACIÓN	51.025	21.992
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	49.617	20.268
9	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	49.335	13.767
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	44.963	24.336
11	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	42.110	10.425
12	CEFALEA	38.492	21.970
13	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	31.705	4.888
14	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	30.478	8.870
15	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	29.061	5.235
16	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	28.398	9.865
17	CERVICALGIA	24.134	6.324
18	ASMA NO ESPECIFICADO	23.760	7.097
19	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	23.715	3.301
20	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	22.416	2.071
TOTAL		6.137.324	520.337

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

El análisis de la morbilidad registrada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) durante el año 2023, considerando de manera integrada los tres ámbitos de atención (ambulatorio, urgencias y hospitalario), evidencia un total de 6.137.324 atenciones en 520.337 usuarios. Al igual que en el análisis del año 2022, es necesario reiterar que los usuarios pueden consultar en múltiples ocasiones durante el año por diferentes diagnósticos y en distintos ámbitos de atención, por lo que el número de usuarios no es acumulable por diagnóstico.

Desde la perspectiva de la utilización de servicios, la distribución de las atenciones por ámbito mantiene una estructura similar a la observada en el año anterior. El ámbito ambulatorio continúa concentrando la mayor proporción de atenciones, con 4.928.292 registros (aproximadamente 80,3% del total) en 506.406 usuarios, lo que reafirma el rol predominante de la consulta externa en la resolución de la mayoría de las necesidades de salud de la población usuaria. Por su parte, el ámbito hospitalario registró 767.792 atenciones (12,5%) en 37.836 usuarios, mientras que el ámbito de urgencias reportó 441.240 atenciones (7,2%) en 121.316 usuarios. En comparación con el año 2022, se observa un incremento moderado en el número total de atenciones (alrededor del 1,6%), acompañado de una ligera reducción en el número total de usuarios atendidos, lo que podría interpretarse como un aumento en la frecuencia de uso de los servicios por parte de algunos usuarios, particularmente en el contexto del seguimiento de enfermedades crónicas.

En cuanto a la estructura de la morbilidad, se mantiene la predominancia de enfermedades crónicas no transmisibles, encabezadas nuevamente por la hipertensión esencial (primaria), que registra 363.881 atenciones en 75.152 usuarios, lo que representa un aumento importante frente a las 315.124 atenciones reportadas en 2022. Este comportamiento sugiere un incremento en la demanda de controles clínicos o en la continuidad del seguimiento de los pacientes hipertensos dentro del subsistema. Desde la perspectiva farmacológica, este diagnóstico continúa siendo uno de los principales determinantes del consumo de antihipertensivos, diuréticos, inhibidores de la enzima

convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina y otros medicamentos cardiovasculares, consolidándose como un grupo terapéutico de alta relevancia dentro del gasto farmacéutico.

De forma similar, otras patologías metabólicas y endocrinas también muestran una tendencia creciente en comparación con el año anterior. El hipotiroidismo no especificado pasó de 73.997 atenciones en 2022 a 83.989 en 2023, mientras que la diabetes mellitus no insulinodependiente aumentó de 47.392 a 59.215 atenciones, y la diabetes mellitus insulinodependiente también presentó incremento, pasando de 36.413 a 42.110 atenciones. En conjunto, estas variaciones refuerzan la importancia de las enfermedades crónicas dentro del perfil epidemiológico del subsistema y su impacto directo en el consumo sostenido de antidiabéticos orales, insulinas, dispositivos asociados al control glicémico y otros medicamentos relacionados con el manejo integral del riesgo cardiovascular.

En el grupo de trastornos musculoesqueléticos, el comportamiento general se mantiene relativamente estable respecto al año anterior. El lumbago no especificado, que en 2022 había registrado 90.800 atenciones, presentó una leve disminución a 88.343 atenciones en 2023, mientras que diagnósticos como dolor en articulación (51.025 atenciones), síndrome del manguito rotatorio (29.061) y cervicalgia (24.134) mantienen niveles de demanda comparables a los observados previamente. Este grupo de patologías continúa representando una proporción significativa de las consultas del subsistema, con implicaciones directas en el uso recurrente de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y medicamentos utilizados en el manejo del dolor musculoesquelético.

En relación con las enfermedades infecciosas y respiratorias agudas, se observa una disminución en algunos diagnósticos frente a 2022. La rinofaringitis aguda (resfriado común) pasó de 72.964 atenciones en 2022 a 62.072 en 2023, lo que podría reflejar una reducción en la circulación de infecciones respiratorias virales o cambios en los patrones de consulta tras la fase más intensa de la pandemia por COVID-19. No obstante, otros eventos infecciosos como la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso presentaron un incremento moderado, pasando de 41.553 a 44.963 atenciones, mientras que las infecciones de vías urinarias mostraron una ligera disminución, de 82.497 a 79.728 atenciones. Estas variaciones, aunque moderadas, continúan representando una demanda relevante de antibióticos, antipiréticos, antiespasmódicos y otros medicamentos utilizados en el manejo de infecciones agudas, particularmente en los ámbitos ambulatorio y de urgencias.

Dentro de las enfermedades respiratorias crónicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) muestra un incremento moderado al pasar de 28.651 atenciones en 2022 a 31.705 en 2023, mientras que el asma no especificada mantiene un comportamiento relativamente estable (23.800 atenciones en 2022 frente a 23.760 en 2023). Estas patologías continúan siendo relevantes desde el punto de vista farmacológico debido al uso continuo de broncodilatadores, corticosteroides inhalados y medicamentos para el manejo de exacerbaciones respiratorias.

En cuanto a los trastornos de salud mental, el trastorno mixto de ansiedad y depresión presenta un incremento frente al año anterior, pasando de 25.667 atenciones en 2022 a 30.478 en 2023, lo que podría reflejar una mayor detección clínica, mayor acceso a los servicios de salud mental o cambios en la demanda de atención. Adicionalmente, aparece dentro de los principales diagnósticos la perturbación de la actividad y de la atención, con 23.715 atenciones en 3.301 usuarios, diagnóstico que no se encontraba entre los principales eventos del año previo. Este comportamiento sugiere una

7

mayor visibilidad de los trastornos del comportamiento y neurodesarrollo dentro de la consulta ambulatoria, con implicaciones en el uso de psicofármacos, medicamentos para trastornos de atención y terapias farmacológicas asociadas al manejo de estos cuadros clínicos.

Finalmente, resulta relevante señalar la aparición dentro de los principales diagnósticos de la insuficiencia cardíaca congestiva, con 22.416 atenciones en 2.071 usuarios, lo cual refleja la presencia de condiciones cardiovasculares de mayor complejidad clínica dentro del perfil de morbilidad del subsistema. Este tipo de patologías suele requerir manejo farmacológico especializado, incluyendo diuréticos, betabloqueadores, inhibidores del sistema renina-angiotensina y otros medicamentos cardiovasculares, además de una mayor utilización de servicios hospitalarios.

En términos generales, el análisis comparativo entre 2022 y 2023 sugiere una continuidad en el patrón epidemiológico predominante del SSPN, caracterizado por una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, acompañada de eventos infecciosos agudos y trastornos musculoesqueléticos. Sin embargo, se evidencian incrementos en algunos diagnósticos crónicos metabólicos y cardiovasculares, así como en trastornos de salud mental, lo cual podría traducirse en una mayor demanda de medicamentos asociados al manejo a largo plazo de estas condiciones.

Desde la perspectiva de la planeación del suministro farmacéutico, estas tendencias refuerzan la necesidad de garantizar la disponibilidad de medicamentos para enfermedades cardiovasculares, endocrino-metabólicas, respiratorias crónicas, analgésicos y antiinflamatorios, antibióticos y psicofármacos, dado que estos grupos terapéuticos continúan concentrando una parte significativa de la demanda asistencial en los diferentes ámbitos de atención del subsistema. Este comportamiento epidemiológico constituye un insumo relevante para la estimación de las necesidades farmacéuticas y para la estructuración técnica del proceso de contratación relacionado con el suministro de medicamentos para la población usuaria del SSPN.

Tabla 37. Primeras causas de morbilidad en el SSPN durante 2024.

Morbilidad 2024			
No	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones	No. Usuarios
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	339.506	74.496
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	86.712	27.354
3	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	86.160	28.681
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	76.102	19.114
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	60.967	39.931
6	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	55.035	15.289
7	DOLOR EN ARTICULACIÓN	55.311	24.485
8	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	53.551	19.679
9	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	44.433	24.299
10	CEFALEA	42.368	22.527
11	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	37.513	9.375
12	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	31.476	5.608

13	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	33.380	9.475
14	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	31.627	10.358
15	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	29.447	4.728
16	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	28.225	3.858
17	APNEA DEL SUEÑO	25.085	8.100
18	CERVICALGIA	25.311	6.716
19	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	26.140	16.457
20	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	24.697	9.335
TOTAL		6.289.448	527.692

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

El análisis de la morbilidad registrada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) durante el año 2024, considerando los tres ámbitos de atención (ambulatorio, urgencias y hospitalario), evidencia un total de 6.289.448 atenciones en 527.692 usuarios. En comparación con el año 2023 (6.137.324 atenciones), se observa un incremento aproximado del 2,5% en el volumen total de atenciones, lo cual sugiere una tendencia moderada al aumento en la utilización de los servicios de salud dentro del subsistema.

La distribución de la atención continúa mostrando un patrón muy similar al de los años previos, con predominio del ámbito ambulatorio, que registró 5.061.193 atenciones (80,5% del total) en 516.697 usuarios, confirmando que la mayor parte de las necesidades de salud se resuelven en este nivel. El ámbito hospitalario registró 799.611 atenciones (12,7%) en 39.395 usuarios, mostrando un leve incremento frente a 2023, lo cual podría estar relacionado con variaciones en la complejidad de los casos o en la duración de las estancias hospitalarias. Por su parte, el ámbito de urgencias reportó 428.644 atenciones (6,8%) en 116.177 usuarios, evidenciando una ligera disminución frente al año anterior. Este comportamiento podría reflejar ajustes en los patrones de utilización del servicio o mayor resolutividad en el ámbito ambulatorio.

Al analizar las principales causas de morbilidad, se mantiene la predominancia de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente las relacionadas con el riesgo cardiovascular y metabólico. La hipertensión esencial (primaria) continúa siendo el diagnóstico más frecuente, con 339.506 atenciones en 74.496 usuarios. Aunque se observa una disminución frente a 2023 (363.881 atenciones), el volumen sigue siendo considerablemente superior al de otras patologías, lo cual confirma su peso estructural dentro del perfil epidemiológico del SSPN y su impacto sostenido en el consumo de antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares.

Las enfermedades endocrino-metabólicas mantienen una participación importante. El hipotiroidismo no especificado muestra una tendencia creciente frente a 2022 y se mantiene estable respecto a 2023 (86.160 atenciones), mientras que la diabetes mellitus no insulinodependiente presenta una ligera reducción (53.551 atenciones frente a 59.215 en 2023). Aun así, estas patologías continúan representando una fracción relevante de la demanda farmacológica asociada al manejo crónico de enfermedades metabólicas.

Los trastornos musculoesqueléticos continúan ocupando un lugar destacado en la morbilidad del subsistema. Diagnósticos como lumbago no especificado (86.712 atenciones), dolor en articulación

7

(55.311), síndrome del manguito rotatorio (31.476) y cervicalgia (25.311) mantienen una presencia constante en el listado de las principales causas de consulta. En comparación con años previos, se observa una estabilidad general en el volumen de estas patologías, lo que sugiere una demanda sostenida asociada a factores ocupacionales, actividad física o condiciones degenerativas relacionadas con la edad. Desde la perspectiva farmacológica, estas patologías continúan asociándose al uso frecuente de analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y medicamentos para manejo del dolor.

Las enfermedades infecciosas agudas mantienen una presencia relevante, aunque con cierta tendencia a la estabilidad o ligera disminución. La rinofaringitis aguda registra 60.967 atenciones, mostrando una leve reducción frente a los años anteriores, mientras que la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso se mantiene prácticamente estable (44.433 atenciones). Las infecciones de vías urinarias, aunque continúan entre los principales diagnósticos, muestran una tendencia descendente gradual frente a 2022 y 2023, lo que podría reflejar variaciones en la demanda asistencial o en los patrones epidemiológicos de este tipo de infecciones.

En el año 2024 aparecen algunos diagnósticos que no figuraban entre los principales en los años previos, lo cual constituye uno de los cambios más relevantes del periodo analizado. Uno de ellos es la apnea del sueño, con 25.085 atenciones en 8.100 usuarios, diagnóstico que podría estar asociado a una mayor identificación clínica de trastornos respiratorios del sueño o a una ampliación del acceso a estudios diagnósticos especializados. Este tipo de patologías suele implicar manejo multidisciplinario y, en algunos casos, uso de dispositivos terapéuticos o tratamiento farmacológico complementario.

Asimismo, aparece dentro del listado la hiperlipidemia no especificada, con 26.140 atenciones en 16.457 usuarios, lo cual refuerza la importancia creciente de los factores de riesgo cardiovascular dentro del perfil epidemiológico de la población usuaria. Desde el punto de vista farmacológico, este diagnóstico se asocia principalmente al uso de estatinas, fibratos y otros medicamentos hipolipemiantes, que suelen formar parte de tratamientos crónicos. También se mantiene dentro de las principales causas la perturbación de la actividad y de la atención, con 28.225 atenciones, lo cual confirma la tendencia observada desde 2023 hacia una mayor presencia de trastornos del neurodesarrollo y del comportamiento dentro de la demanda de servicios de salud.

Tabla 38. Primeras causas de morbilidad en el SSPN durante 2025 (corte abril)

Morbilidad 2025			
No.	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones	No. Usuarios
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	351.720	75.804
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	86.351	26.942
3	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	85.100	17.691
4	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	89.308	29.622
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	58.592	37.756
6	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	63.339	17.710
7	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	52.814	19.824
8	DOLOR EN ARTICULACIÓN	54.236	23.978

9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	58.406	21.750
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	40.644	20.858
11	CEFALEA	40.301	22.073
12	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	40.370	9.654
13	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	33.612	4.929
14	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	32.914	5.957
15	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	33.085	9.327
16	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	29.429	9.847
17	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	31.604	19.293
18	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	31.471	4.437
19	APNEA DEL SUEÑO	27.823	8.768
20	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	26.044	8.785
	TOTAL	6.478.481	530.774

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

El análisis de la morbilidad registrada en el SSPN para el año 2025, considerando los tres ámbitos de atención (ambulatorio, urgencias y hospitalario), evidencia un total de 6.478.481 atenciones en 530.774 usuarios, lo que representa el mayor volumen de atenciones del periodo analizado (2022 – 2025). En comparación con 2024 (6.289.448 atenciones), se observa un incremento aproximado del 3,0%, consolidando una tendencia gradual al aumento en la utilización de los servicios de salud dentro del subsistema.

La estructura de utilización de servicios se mantiene estable respecto a los años anteriores. El ámbito ambulatorio continúa concentrando la mayor carga asistencial con 5.195.063 atenciones (80,2% del total) en 520.303 usuarios, manteniendo el rol central de la atención ambulatoria en el manejo de la mayoría de las condiciones de salud. El ámbito hospitalario registra 867.308 atenciones (13,4%) en 40.563 usuarios, mostrando el mayor incremento relativo del periodo, lo cual resulta consistente con los análisis previos sobre aumento de la intensidad de la atención hospitalaria y la complejidad clínica de los casos atendidos. Por su parte, el ámbito de urgencias reporta 416.110 atenciones (6,4%) en 110.524 usuarios, continuando la tendencia de ligera reducción observada desde 2023, lo que podría estar asociado a ajustes en los patrones de consulta o a mayor resolutividad en el ámbito ambulatorio.

En términos generales, la evolución entre 2022 y 2025 muestra un crecimiento progresivo del número total de atenciones, con relativa estabilidad en el número total de usuarios, lo que sugiere una mayor frecuencia de contacto asistencial por usuario, especialmente en patologías crónicas que requieren seguimiento clínico periódico. El perfil epidemiológico observado en 2025 mantiene una alta consistencia con los años anteriores, con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente aquellas relacionadas con el riesgo cardiovascular y metabólico.

La hipertensión esencial (primaria) continúa siendo el diagnóstico más frecuente, con 351.720 atenciones en 75.804 usuarios. Aunque presenta una leve disminución frente al pico observado en 2023, mantiene un volumen muy elevado y estable dentro del subsistema, lo que confirma su papel

como uno de los principales determinantes del consumo farmacológico asociado a antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares.

Dentro del mismo grupo de enfermedades metabólicas, el hipotiroidismo no especificado continúa mostrando una tendencia creciente, alcanzando 89.308 atenciones, el valor más alto entre 2022 a 2025. De forma similar, la diabetes mellitus no insulinodependiente vuelve a incrementarse (58.406 atenciones) tras la ligera reducción observada en 2024. La diabetes insulinodependiente también presenta incremento moderado (40.370 atenciones). En conjunto, estas patologías confirman el peso estructural de las enfermedades metabólicas crónicas dentro de la demanda asistencial y del consumo de medicamentos.

Otro grupo que mantiene una presencia constante corresponde a los trastornos musculoesqueléticos, particularmente el lumbago no especificado (86.351 atenciones), el dolor en articulación (54.236) y el síndrome del manguito rotatorio (32.914). Aunque las cifras muestran cierta estabilidad respecto a los años anteriores, estas patologías continúan representando un volumen importante de consultas, lo cual se traduce en una demanda sostenida de analgésicos, antiinflamatorios y medicamentos para manejo del dolor musculoesquelético.

Uno de los cambios más notorios en 2025 es el incremento en patologías relacionadas con factores de riesgo cardiovascular. La hiperlipidemia no especificada, que había ingresado al listado de las patologías más frecuentes en 2024, muestra un aumento importante hasta 31.604 atenciones en 19.293 usuarios, consolidándose como una de las condiciones emergentes dentro de las principales causas de consulta.

Asimismo, se observa un incremento progresivo de la hiperplasia de la próstata, que alcanza 63.339 atenciones, mostrando crecimiento sostenido frente a los años anteriores. Este comportamiento es consistente con el envejecimiento progresivo de la población usuaria y con el aumento de patologías crónicas asociadas a grupos etarios mayores. En el ámbito de salud mental y neurodesarrollo, se mantiene la presencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión (33.085 atenciones) y de la perturbación de la actividad y de la atención (31.471 atenciones), ambos con incrementos moderados frente a años previos, lo cual confirma la tendencia observada desde 2023 hacia una mayor visibilidad de estos diagnósticos dentro de la demanda asistencial.

También continúa consolidándose la apnea del sueño (27.823 atenciones), diagnóstico que apareció recientemente entre las principales causas de atención y que podría reflejar una mayor identificación clínica de trastornos respiratorios del sueño dentro del subsistema. Finalmente, aparece dentro del listado de las principales causas la bronquitis aguda no especificada (26.044 atenciones), diagnóstico que no figuraba en los años inmediatamente anteriores, lo cual podría asociarse a variaciones epidemiológicas en infecciones respiratorias agudas o a cambios en los patrones de registro diagnóstico.

Tabla 39. Primeras causas de morbilidad en el SSPN primer trimestre 2026

Morbilidad en el SSPN 2026 (corte marzo)			
No.	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones	No. Usuarios
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	80.498	48.012

2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	22.057	8.426
3	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	20.500	14.222
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	19.050	4.654
5	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	16.621	9.124
6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	14.263	10.092
7	DOLOR EN ARTICULACIÓN	13.047	6.268
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	12.417	4.993
9	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	12.077	8.685
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	10.539	5.327
11	CEFALEA	9.424	5.518
12	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	9.319	5.222
13	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	9.237	2.571
14	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	8.474	2.212
15	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	8.045	2.210
16	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	7.862	1.914
17	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	7.707	6.209
18	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	7.282	3.625
19	APNEA DEL SUEÑO	6.820	3.617
20	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	5.868	2.043
	TOTAL	1.607.416	282.527

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

El análisis de la morbilidad registrada en el SSPN para el primer trimestre de 2026, en comparación con el comportamiento observado durante 2025, permite evidenciar la continuidad de los patrones epidemiológicos previamente descritos, con un volumen de 1.607.416 atenciones en 282.527 usuarios en tan solo tres meses. Este nivel de actividad representa una proporción significativa frente al total anual de 2025 (6.478.481 atenciones), lo que sugiere una demanda sostenida y, en algunos casos, una intensificación en la frecuencia de uso de los servicios de salud.

En cuanto a la estructura de la morbilidad, se mantiene el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las de origen cardiovascular y metabólico. La hipertensión esencial (primaria) continúa siendo el diagnóstico más frecuente, con 80.498 atenciones en 48.012 usuarios durante el primer trimestre de 2026, lo que representa cerca de una cuarta parte del total registrado en todo 2025. Este comportamiento confirma su carácter estructural dentro de la demanda asistencial; adicionalmente, la relación entre número de atenciones y usuarios (aproximadamente 1,7 atenciones por usuario en el trimestre) evidencia la necesidad de seguimiento clínico continuo, característica propia de patologías crónicas.

En el grupo de enfermedades metabólicas, el hipotiroidismo no especificado (20.500 atenciones en 14.222 usuarios) y la diabetes mellitus no insulinodependiente (14.263 atenciones en 10.092 usuarios) muestran proporciones cercanas o superiores a la cuarta parte de lo observado en 2025, lo que sugiere una tendencia sostenida al incremento. La diabetes insulinodependiente también mantiene un comportamiento relevante (9.319 atenciones en 5.222 usuarios), reflejando una carga

7

importante de atención continua. En estos casos, la relación atenciones/usuario evidencia una frecuencia elevada de controles, coherente con el manejo integral de estas patologías.

Dentro de las condiciones asociadas al envejecimiento, la hiperplasia de la próstata registra 16.621 atenciones en 9.124 usuarios, alcanzando una proporción superior a la cuarta parte del total anual previo, lo que refuerza su tendencia creciente y su asociación con la estructura etaria de la población. De manera similar, la hiperlipidemia no especificada (7.707 atenciones en 6.209 usuarios) mantiene una dinámica ascendente, consolidándose como un factor de riesgo cardiovascular cada vez más relevante.

En el grupo de trastornos musculoesqueléticos, el lumbago no especificado (22.057 atenciones en 8.426 usuarios), el dolor en articulación (13.047 atenciones en 6.268 usuarios) y el síndrome del manguito rotatorio (8.474 atenciones en 2.212 usuarios) continúan representando un volumen importante de atención. En particular, el lumbago muestra una proporción que supera la cuarta parte de lo registrado en 2025, evidenciando una alta recurrencia de consultas por usuario (más de 2 atenciones por usuario en el trimestre), lo que sugiere persistencia de síntomas y necesidad de seguimiento clínico.

En cuanto a las patologías infecciosas y agudas, se observa un comportamiento relevante en la infección de vías urinarias (19.050 atenciones en 4.654 usuarios), la rinofaringitis aguda (12.077 atenciones en 8.685 usuarios) y la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso (10.539 atenciones en 5.327 usuarios). Estas patologías muestran, en algunos casos, una relación alta de atenciones por usuario, especialmente en infección urinaria, lo que podría estar asociado a recurrencias o controles evolutivos. La bronquitis aguda no especificada (5.868 atenciones en 2.043 usuarios) también mantiene presencia dentro de las principales causas, en coherencia con patrones estacionales.

En el componente de dolor y síntomas generales, destacan la cefalea (9.424 atenciones en 5.518 usuarios) y los dolores abdominales (más de 21.000 atenciones sumando sus dos categorías), los cuales reflejan una demanda importante de atención, con proporciones cercanas a una cuarta parte de lo observado en 2025, lo que sugiere estabilidad en su comportamiento.

En el ámbito de salud mental y trastornos del neurodesarrollo, la perturbación de la actividad y de la atención (7.862 atenciones en 1.914 usuarios) y el trastorno mixto de ansiedad y depresión (7.282 atenciones en 3.625 usuarios) mantienen una presencia relevante. Llama la atención la alta relación de atenciones por usuario, particularmente en trastornos de la actividad y la atención, lo que evidencia seguimiento frecuente y continuidad en la atención.

Finalmente, la apnea del sueño (6.820 atenciones en 3.617 usuarios) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8.045 atenciones en 2.210 usuarios) continúan consolidándose como diagnósticos de importancia dentro del perfil epidemiológico, con una carga significativa de atención en relación con el número de usuarios afectados.

En términos generales, al comparar el primer trimestre de 2026 con el comportamiento de 2025, se evidencia que varias patologías (particularmente hipertensión, lumbago, hipotiroidismo, hiperplasia prostática, diabetes e infecciones urinarias) ya han alcanzado o superado una proporción equivalente a la cuarta parte del total anual previo, lo que sugiere una intensificación en la frecuencia de atención

por usuario más que un aumento proporcional en el número de pacientes. Este hallazgo refuerza la hipótesis de un incremento en la carga de enfermedad crónica, la multimorbilidad y la necesidad de seguimiento continuo, consolidando un patrón de alta demanda asistencial sostenida en el SSPN.

El análisis consolidado del periodo 2022 a marzo de 2026 permite identificar varios patrones epidemiológicos relativamente consistentes:

- Predominio sostenido de enfermedades crónicas cardiovasculares y metabólicas, especialmente hipertensión arterial, diabetes, hipotiroidismo e hiperlipidemia.
- Alta frecuencia de trastornos musculoesqueléticos, asociados principalmente a dolor lumbar, dolor articular y patologías del hombro.
- Presencia recurrente de infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas, aunque con cierta variabilidad anual.
- Incremento progresivo en diagnósticos relacionados con salud mental y trastornos del neurodesarrollo.
- Mayor visibilidad de factores de riesgo cardiovascular como hiperlipidemia y condiciones asociadas al envejecimiento como hiperplasia prostática.

Desde la perspectiva del subsistema de salud, el comportamiento del número de atenciones sugiere una mayor intensidad de utilización de los servicios, con aumento progresivo del volumen asistencial, particularmente en el ámbito hospitalario. El perfil epidemiológico observado durante el periodo analizado tiene implicaciones directas para la planeación del abastecimiento farmacéutico del SSPN, dado que permite identificar los grupos terapéuticos con mayor probabilidad de consumo en los diferentes ámbitos de atención.

Tabla 40. Comparativo atenciones según CIE-10 (Tendencias de las 20 principales causas de atención) del 2022 a marzo de 2026.

No	Diagnóstico CIE-10	No. Atenciones 2022	No. Atenciones 2023	Variación % 2022 vs 2023	No. Atenciones 2024	Variación % 2023 vs 2024	No. Atenciones 2025	Variación % 2024 vs 2025	No. Atenciones 2026 (corte marzo)
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	315.124	363.881	15,5	339.506	-6,7	351.720	3,6	80.498
2	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	90.800	88.343	-2,7	86.712	-1,8	86.351	-0,4	22.057
3	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	73.997	83.989	13,5	86.160	2,6	89.308	3,7	20.500
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	82.497	79.728	-3,4	76.102	-4,5	85.100	11,8	19.050
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	72.964	62.072	-14,9	60.967	-1,8	58.592	-3,9	12.077
6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	47.392	59.215	24,9	53.551	-9,6	58.406	9,1	14.263
7	DOLOR EN ARTICULACIÓN	47.121	51.025	8,3	55.311	8,4	54.236	-1,9	13.047
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	49.498	49.617	0,2	48.727	-1,8	52.814	8,4	12.417
9	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	44.868	49.335	10,0	55.035	11,6	63.339	15,1	16.621
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORÍGEN INFECCIOSO	41.553	44.963	8,2	44.433	-1,2	40.644	-8,5	10.539

11	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	36.413	42.110	15,6	37.513	-10,9	40.370	7,6	9.319
12	CEFALEA	35.824	38.492	7,4	42.368	10,1	40.301	-4,9	9.424
13	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	28.651	31.705	10,7	29.447	-7,1	33.612	14,1	8.045
14	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	25.667	30.478	18,7	33.380	9,5	33.085	-0,9	7.282
15	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	27.596	29.061	5,3	31.476	8,3	32.914	4,6	8.474
16	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	25.612	28.398	10,9	31.627	11,4	29.429	-6,9	9.237
17	CERVICALGIA	23.522	24.134	2,6	25.311	4,9	24.523	-3,1	5.960
18	ASMA NO ESPECIFICADO	23.800	23.760	-0,2	21.994	-7,4	20.669	-6,0	5.309
19	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	19.521	23.715	21,5	28.225	19,0	31.471	11,5	7.862
20	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	19.708	22.416	13,7	20.836	-7,0	24.347	16,9	4.787
TOTAL		6.038.680	6.137.324	1,6	6.289.448	2,5	6.478.481	3,0	1.607.416

Elaborado por: Grupo Planeación Aseguramiento en Salud GUPLA - ARASI 2026
Fuente: SISAP DISAN

A partir del análisis de las 20 principales patologías por número de atenciones registradas en el SISAP (Sistema de Información en Sanidad Policial) entre 2022 y marzo de 2026, se identifican tendencias epidemiológicas consistentes, aunque con variaciones puntuales que resultan relevantes para la proyección del consumo potencial de medicamentos dentro del SSPN. En términos generales, el volumen total de atenciones muestra un crecimiento sostenido durante el periodo observado, pasando de 6.038.680 en 2022 a 6.478.481 en 2025, lo que representa un incremento acumulado equivalente al 7,3%, con variaciones anuales moderadas (1,6% entre 2022 – 2023, 2,5% entre 2023 – 2024 y 3,0% entre 2024 – 2025). Para el primer trimestre de 2026 se registran 1.607.416 atenciones, lo que equivale aproximadamente al 24,8% del total alcanzado en 2025, evidenciando un ritmo de utilización de servicios consistente con la tendencia creciente observada en los años previos.

Las enfermedades relacionadas con el riesgo cardiovascular y metabólico mantienen un papel predominante en la morbilidad del subsistema. La hipertensión arterial continúa siendo el diagnóstico con mayor número de atenciones durante todo el periodo analizado. Entre 2022 y 2023 presentó un incremento importante (15,5%), seguido de una reducción moderada en 2024 (-6,7%) y un nuevo incremento en 2025 (3,6%). A pesar de estas fluctuaciones, el número absoluto de atenciones se mantiene elevado y relativamente estable en el tiempo, consolidando su relevancia estructural dentro del perfil epidemiológico del SSPN. En el primer trimestre de 2026 se registran 80.498 atenciones, lo que representa cerca del 22,9% del total observado en 2025, manteniendo un comportamiento proporcionalmente estable y consistente con su tendencia histórica.

Un comportamiento similar se observa en las enfermedades endocrino-metabólicas. El hipotiroidismo presenta una tendencia sostenida al aumento durante estas vigencias, con incrementos consecutivos de 13,5%, 2,6% y 3,7%, lo que evidencia un crecimiento progresivo en la demanda de atención asociada a esta condición. En el primer trimestre de 2026 alcanza 20.500 atenciones (23% del total de 2025), manteniendo la misma línea de crecimiento. Por su parte, la diabetes mellitus no insulinodependiente muestra variaciones más marcadas, con un incremento significativo entre 2022 y 2023 (24,9%), una disminución en 2024 (-9,6%) y un nuevo aumento en 2025 (9,1%), comportamiento que se mantiene en 2026 con 14.263 atenciones (24,4%). La diabetes