MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No1
GRUPO DE CONTRATOS

GS-2026 – - 022334 / REGI1 – GRUCO 29.25

Bogotá D.C., 28 OCT 2026

Señores
CLÍNICA RETORNAR S.A.S
Bogotá D.C.

ASUNTO: respuestas a observaciones presentadas al proyecto de pliego de condiciones

En atención a las observaciones presentada al Proyecto de Pliego de Condiciones del proceso **PN RASES No. 1 SA 038 2026** que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INTRAHOSPITALARIA, HOSPITAL DÍA Y CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE ADULTOS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, se emiten respuestas así:

OBSERVACIÓN No. 1

" 1. Modificación del límite de endeudamiento — Numeral 1.2.2, literal A, página 34

El documento establece un índice de endeudamiento igual o inferior al 67 %, calculado como pasivo total dividido entre activo total, multiplicado por cien.

Solicitamos modificar este límite a un índice igual o inferior al 80 %, previa evaluación de su correspondencia con el comportamiento financiero de prestadores comparables y los riesgos de ejecución.

El indicador debe analizarse conjuntamente con la liquidez, cobertura de intereses y rentabilidades exigidas, pues la proporción de pasivos no refleja por sí sola su vencimiento, el costo financiero ni la capacidad operativa del prestador. La solicitud busca ampliar la concurrencia manteniendo la verificación integral de capacidad financiera. Redacción solicitada:

"El índice de endeudamiento se calculará mediante la fórmula: (pasivo total / activo total) × 100. El proponente deberá acreditar un resultado igual o inferior al ochenta por ciento (80 %), conforme a los estados financieros y soportes establecidos en el proceso".

Solicitamos publicar o identificar la muestra sectorial, los periodos financieros y la metodología que respaldan el límite adoptado. Si no se acepta la modificación, solicitamos explicar por qué el 67 % resulta indispensable para gestionar los riesgos específicos del contrato."

OBSERVACIÓN No. 2

"2. Conservación de los demás indicadores y claridad sobre su acreditación — Páginas 32 a 34

Solicitamos mantener los siguientes umbrales establecidos en la página 34:

- *Liquidez: igual o superior a 0,30.*
- *Cobertura de intereses: igual o superior a 2,81.*
- *Rentabilidad dei patrimonio: igual o superior a 0,01.*
- *Rentabilidad del activo: igual o superior a 0,006.*

La solicitud de modificación financiera se concentra en el endeudamiento, sin proponer incrementos en las demás exigencias

El numeral 1.2.1.1, página 32, exige estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2025. A su vez, el numeral 1.2 2, página 33, señala que no se exigirá RUP para esta contratación de servicios de salud y que la verificación será realizada directamente.

Solicitamos conservar esta claridad y armonizar las referencias documentales para que la evaluación financiera se efectúe con los estados financieros, notas, certificaciones y dictamen, cuando corresponda, sin convertir el RUP en una exigencia obligatoria.

Asimismo, solicitamos precisar las reglas de cálculo, aproximación y comparación de resultados, evitando diferencias derivadas del redondeo de los indicadores."

RESPUESTA OBSERVACIONES No. 1 Y 2

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1** analizó la solicitud de modificar el indicador de endeudamiento de un máximo del 67 % a un máximo del 80 %, revisando para ello la muestra de mercado utilizada para la construcción de los requisitos habilitantes financieros y organizacionales.

Del análisis efectuado sobre ocho (8) potenciales oferentes del sector, se evidenció que los índices de endeudamiento observados corresponden a 73,06 %, 7,00 %, 23,30 %, 91,29 %, 37,52 %, 33,24 %, 75,87 % y 3,21 %, bajo el requisito inicialmente establecido de endeudamiento ≤ 67 %, únicamente cinco (5) oferentes, equivalentes al 62,5 % de la muestra, cumplen el indicador.

Igualmente, se observó que dos (2) oferentes adicionales presentan niveles de endeudamiento de 73,06 % y 75,87 %, respectivamente, y mantienen simultáneamente adecuados indicadores de capacidad financiera y organizacional, particularmente en la razón de cobertura de intereses, con resultados de 35,40 y 12,78, ampliamente superiores al mínimo exigido por la Entidad (2,81), lo cual evidencia capacidad para atender sus obligaciones financieras y respaldar la ejecución contractual.

En virtud de lo anterior, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1** considera procedente **ACEPTAR PARCIALMENTE LA OBSERVACIÓN**, ajustando el indicador de razón de endeudamiento a un valor máximo del setenta y seis por ciento (76 %). Este ajuste permite ampliar la pluralidad de oferentes, habilitando financieramente a siete (7) de los ocho (8) integrantes de la muestra analizada, equivalentes al 87,5 % de los posibles participantes del mercado.

No obstante, no considera viable incrementar el indicador hasta el 80 % solicitado, toda vez que el análisis realizado demuestra que el límite del 76 % es suficiente para garantizar una mayor concurrencia de oferentes sin afectar las condiciones de solvencia financiera requeridas para la adecuada ejecución del contrato. De igual forma, este umbral mantiene excluido al único oferente de la muestra que presenta un endeudamiento del 91,29 %, nivel que supera significativamente el comportamiento observado en los demás participantes y que representa un mayor nivel de riesgo financiero.

En consecuencia, la Entidad modificará el indicador de razón de endeudamiento a **≤ 76 %**, manteniendo inalterados los demás indicadores financieros y organizacionales previstos en el proceso, por considerar que dicho valor guarda proporción con las condiciones del mercado, favorece la pluralidad de oferentes y preserva las medidas de mitigación del riesgo contractual.

Quedando establecidos los indicadores de la siguiente manera:

LIMITES DE ORDEN FINANCIERO Y ORGANIZACIONAL				
Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo	Índice liquidez	Razón de endeudamiento	Cobertura de Intereses
>= 0,01	**>= 0,006**	**>= 0,30**	**<= 76 %**	**>= 2,81**

OBSERVACIÓN No. 3

"3. Corrección de la inconsistencia en el presupuesto y el diligenciamiento de la oferta — Páginas 5 y 39
La página 5 establece un presupuesto oficial de $1.700.000.000, distribuido así:

- *Vigencia 2026: $700.000.000.*
- *Vigencia 2027: $1.000.000.000.*

Sin embargo, el numeral 2.2, página 39, ordena diligenciar la oferta económica en SECOP II por $2.500.000.000.

Solicitamos corregir esta inconsistencia y unificar el presupuesto en el pliego, la plataforma y los formularios económicos.
Redacción solicitada, en concordancia con el presupuesto de la página 5:

"El oferente diligenciará en SECOP II el valor total del presupuesto oficial de $1.700.000.000 y presentará el anexo económico con las tarifas y descuentos ofrecidos, conforme a las reglas de evaluación del proceso".

También solicitamos informar el estado de aprobación de las vigencias futuras mencionadas en la página 5 y precisar los efectos sobre el presupuesto, plazo y alcance si la autorización no se obtiene en los términos previstos."

RESPUESTA OBSERVACION No. 3:

La **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 ACEPTA** la observación y ajusta en el pliego de condiciones definitivo el numeral 2.2 **EVALUACIÓN ECONÓMICA,** corrigiendo el presupuesto oficial del proceso.

Es de anotar, que el presupuesto oficial aumentó a **CINCO MIL NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS ($ 5.900.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** lo cual se discrimina en el acápite ***"Presupuesto Oficial"*** del pliego de condiciones, así mismo, se comunica que para el presente proceso se cuenta con autorización vigencias futuras según aprobación impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante Oficio No. 2-2026-070557 del 8 de octubre de 2026 y comunicación GS-2026-093837-DISAN del 13 de octubre de 2026 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

OBSERVACIÓN No. 4

4. Acreditación conjunta de experiencia y contratos en ejecución — Numeral 1.3.1, páginas 35 y 36

El documento permite acreditar contratos con entidades públicas o privadas, de objeto igual o similar, cuya sumatoria alcance el 70 % del presupuesto oficial. Sobre un presupuesto de $1.700.000.000, este requisito equivale a $1.190.000.000.

Solicitamos aclarar expresamente que:

- *Los componentes de internación, hospital día y consulta externa pueden acreditarse mediante varios contratos valorados conjuntamente.*
- *No es necesario que cada contrato contenga la totalidad de los componentes del proceso.*
- *La similitud se determina por las actividades ejecutadas y certificadas, sin exigir coincidencia literal entre los objetos.*
- *Para contratos en ejecución se contabiliza el valor efectivamente ejecutado y certificado a la fecha del soporte, sin exigir su terminación o liquidación.*

Redacción solicitada:

"La experiencia podrá acreditarse mediante la sumatoria de contratos con entidades públicas o privadas, terminados o en ejecución, relacionados con los servicios objeto del proceso. Los componentes podrán demostrarse de manera conjunta mediante diferentes contratos. Para los contratos en ejecución se tendrá en cuenta exclusivamente el valor ejecutado y certificado".

Solicitamos mantener el carácter facultativo del RUP previsto en la página 36 como mecanismo de acreditación, precisando los soportes complementarios necesarios cuando este no permita identificar el alcance específico del servicio.

RESPUESTA OBSERVACION No. 4:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 **ACEPTA** la observación y ajusta en el pliego de condiciones definitivo el numeral **1.3.1 EXPERIENCIA PROPONENTE,** como se indica a continuación, a la vez, se aclara que para acreditar la experiencia requerida, el proponente podrá presentar uno o varios contratos ejecutados o en ejecución, siempre que estos cumplan las condiciones exigidas en el pliego y permitan verificar la experiencia específica requerida por la entidad en cada uno de los ítems o servicios exigidos dentro del pliego.

Se mantiene el carácter facultativo del RUP previsto en el mencionado numeral.

"1.3.1 EXPERIENCIA PROPONENTE:

Para la acreditación de la experiencia deberá presentar certificaciones o contratos ejecutados o en ejecución, con entidades privadas o públicas, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea mayor o igual al 70% del valor del presupuesto asignado al presente proceso.

La experiencia podrá acreditarse mediante la sumatoria de contratos relacionados con los servicios objeto del presente proceso. Los componentes podrán demostrarse de manera conjunta mediante diferentes contratos.

(...)"

OBSERVACIÓN No. 5

5. Precisión de los servicios habilitados — Anexo técnico, ítem 1, página 43

El anexo exige habilitación para psiquiatría, psicología, hospitalización en salud mental, hospitalización parcial, urgencias y servicio farmacéutico.

Solicitamos identificar la denominación y el código de habilitación aplicable a cada servicio, distinguiendo los servicios inscritos en el REPS de los requisitos de interdependencia y de las condiciones de apoyo asistencial.

En particular, solicitamos aclarar si la exigencia de urgencias corresponde a un servicio independiente habilitado o al alcance de atención inmediata y manejo de crisis requerido dentro del servicio contratado. Si se exige un servicio independiente, solicitamos justificar su necesidad frente al modelo de atención y a los mecanismos de referencia previstos.
Respecto del servicio farmacéutico, solicitamos precisar la modalidad de organización y los soportes admisibles, incluyendo las alternativas legalmente permitidas que garanticen disponibilidad y suministro oportuno.

Ajuste solicitado:
"Incorporar una relación de servicios, códigos de habilitación, modalidades, grupos poblacionales y soportes exigibles, diferenciando los requisitos de habilitación de las condiciones de interdependencia y apoyo, sin imponer una única forma de organización cuando existan alternativas legalmente admisibles".

RESPUESTA OBSERVACION No. 5:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACLARA** que, atendiendo a las necesidades asistenciales de los usuarios de la Entidad y al modelo de atención requerido para la prestación integral de los servicios de salud mental intrahospitalaria, hospital día y consulta externa de psiquiatría infantil y de adultos, se requiere que los servicios objeto de contratación sean prestados por el mismo prestador de servicios de salud, bajo una organización asistencial que garantice la continuidad, integralidad, oportunidad y seguridad de la atención.

En consecuencia, el proponente deberá acreditar la inscripción y habilitación vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de los servicios exigidos en el Anexo Técnico, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones, así como con las demás disposiciones sanitarias aplicables.

La Entidad mantendrá la exigencia de los servicios de psiquiatría, psicología, hospitalización en salud mental, hospitalización parcial, urgencias y servicio farmacéutico, en los términos que se establezcan en el Anexo Técnico definitivo, previa verificación de su correspondencia con los estándares de habilitación y las necesidades del modelo de atención contratado.
La verificación será realizada por el comité evaluador con base en la información oficial del REPS y los documentos exigidos en el proceso de selección.

Se aclara que el servicio farmacéutico requerido para la ejecución del contrato corresponde a la modalidad de servicio farmacéutico dependiente de la entidad prestante del servicio, como componente de apoyo asistencial integrado a la prestación de los servicios de salud mental intrahospitalaria, hospital día y atención de urgencias, con el propósito de garantizar la disponibilidad, custodia, conservación, distribución y suministro oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la atención de los usuarios. En consecuencia, el prestador deberá acreditar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y de los requisitos sanitarios

aplicables al servicio farmacéutico dependiente, de conformidad con el Decreto 780 de 2016, la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones institucionales.

Ante la situación ambulatoria se dispondrá de las diferentes transcripciones de seguimiento por parte de la red propia, quienes cuenta con los servicios en psiquiatría, psicología, trabajo social, neuropsicología y afines en salud mental de manera integral o independiente dado el caso según la *LEY 2460 DE 2025(Junio 16) "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL".*

Respecto a los códigos de habilitación, se acepta la observación y se ajusta el Anexo No. 1 del pliego de condiciones definitivo, estableciendo los códigos para cada servicio así:

DESCRIPCIÓN	SERVICIO HABILITADO REPS
PSIQUIATRÍA	345
PSICOLOGÍA	344
HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	131
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	132
URGENCIAS	1102
SERVICIO FARMACÉUTICO	714

OBSERVACIÓN No. 6

6. Prestación integral mediante varias sedes — Página 9 y anexo técnico, páginas 43 y 44
La página 9 exige ejecutar los servicios en instalaciones del contratista ubicadas en Bogotá D. C. y ofertar la totalidad de los servicios.

Solicitamos aclarar que un proponente individual puede cumplir integralmente el objeto mediante varias sedes habilitadas en Bogotá, sin que todos los componentes deban concentrarse en un único inmueble.

Redacción solicitada:

"El proponente individual podrá prestar los servicios mediante una o varias sedes habilitadas ubicadas en Bogotá D. C., siempre que acredite la disponibilidad de la totalidad de los componentes y garantice coordinación asistencial, continuidad, oportunidad y seguridad del paciente".

Para los apoyos que puedan organizarse legalmente mediante terceros, solicitamos precisar si se admiten acuerdos de prestación o interdependencia y sus soportes, manteniendo la responsabilidad integral del contratista y sin sustituir habilitaciones que deban ser propias.

RESPUESTA OBSERVACION No. 6:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACLARA** que, lo establecido en el proyecto de pliego de condiciones respecto a que los servicios objeto del proceso deberán prestarse en las instalaciones del contratista ubicadas en Bogotá D. C., no implica que la totalidad de los servicios deban concentrarse en una única instalación física.

En consecuencia, los servicios podrán prestarse en una o varias sedes del contratista ubicadas dentro de Bogotá D. C., de acuerdo con los servicios que se encuentren debidamente inscritos y habilitados en cada sede en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), conforme a la normatividad sanitaria vigente.

No obstante, el contratista deberá garantizar la prestación integral y dependiente de los servicios objeto del contrato, incluida la atención de urgencias médicas y psiquiátricas, asegurando la articulación entre las sedes, la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención, así como la disponibilidad de los recursos necesarios para la adecuada prestación de los servicios contratados.

Por lo anterior, se aclara que la exigencia de ubicación en Bogotá D. C. se refiere a las instalaciones habilitadas donde se prestarán los respectivos servicios, sin que ello implique la obligación de concentrarlos en un solo

inmueble, manteniéndose la responsabilidad integral del contratista frente al cumplimiento del objeto contractual.

Sobre los "*apoyos que puedan organizarse legalmente mediante terceros*" se aclara que el pliego de condiciones no contempla esta posibilidad, en su lugar, se establece la posibilidad de presentar propuestas conjuntas, en calidad de consorcio o unión temporal, como se indica en el numeral 1.1.3.PROPUESTAS CONJUNTAS del pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 7

7. Diferenciación entre requisitos mínimos y factores puntuables — Páginas 36 y 43

La página 36 asigna 200 puntos por prestar servicios ambulatorios en un plazo no superior a diez días calendario. No obstante, el ítem 2 de la página 43 ya establece ese mismo plazo como condición técnica mínima.

Solicitamos revisar esta duplicidad, de forma que el factor puntuable represente una mejora verificable respecto del requisito obligatorio. Si se mantiene el término de diez días como mínimo habilitante, deberá diferenciarse la condición adicional de calidad o redistribuirse el puntaje de manera motivada.

Asimismo, la página 43 exige aceptación de pacientes remitidos en un máximo de seis horas, mientras que la página 36 otorga 200 puntos por un compromiso máximo de cuatro horas.

Solicitamos aclarar que cumplir seis horas permite superar el requisito mínimo, y que no ofrecer cuatro horas genera únicamente la ausencia del puntaje correspondiente, sin constituir causal de rechazo.

También solicitamos definir el momento inicial de medición, los canales de recepción y la diferencia entre aceptación de la remisión e ingreso efectivo del paciente, sin afectar la atención inmediata que corresponda por su condición clínica.

RESPUESTA OBSERVACION No. 7:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACEPTA** la observación y modifica en el pliego de condiciones definitivo el numeral **2.1.1. CONDICIONES TÉCNICAS DE CALIDAD (400 PUNTOS)**, quedando de la siguiente manera:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CALIFICACIÓN
1	El oferente se compromete a prestar los servicios ambulatorios en un plazo no superior a ocho (8) días calendario, mejorando el tiempo máximo de diez (10) días calendario establecido como requisito técnico mínimo.	200 puntos
2	El oferente se compromete a aceptar los pacientes remitidos para hospitalización, de acuerdo con la referencia y la oportunidad hospitalaria requerida, en un tiempo no superior a cuatro (4) horas, mejorando el plazo máximo de seis (6) horas establecido como requisito técnico mínimo.	200 puntos

Se precisa que el cumplimiento de los requisitos técnicos mínimos establecidos en el Anexo Técnico será obligatorio para todos los oferentes. En consecuencia, el ofrecimiento de los tiempos adicionales de ocho (8) días calendario para la prestación de servicios ambulatorios y de cuatro (4) horas para la aceptación de pacientes remitidos para oportunidad de hospitalización aguda otorgará el puntaje correspondiente, pero no tendrá carácter habilitante.

Por tanto, el oferente que cumpla los requisitos técnicos mínimos, pero no ofrezca los tiempos adicionales objeto de puntuación, no será rechazado por esa sola circunstancia; simplemente no obtendrá el puntaje correspondiente al factor que no haya ofrecido.

Estos tiempos serán desde la presentación del paciente por la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante medios institucionales dispuestos por la Supervisión del contrato y reglamento de la oficina de referencia y contrarreferencia, lo anterior deberá aplicarse sin perjuicio de la atención inmediata que corresponda según la condición clínica del usuario y la normativa sanitaria vigente.

OBSERVACIÓN No. 8

"8. Liquidación de paquetes y revisión de descuentos por prolongación de la atención — Páginas 42 y 43

El ítem 27 contempla un paquete de hospitalización de quince días en habitación bipersonal y establece el pago del 80 % del valor diario para estancias adicionales. Para estancias inferiores menciona un 20 % adicional al valor diario.

El ítem 28 contempla un paquete de hospital día de veinte días hábiles, con pago del 90 % del valor diario para prolongaciones y un 10 % adicional para estancias inferiores.

Solicitamos:

1. *Definir la fórmula para obtener la tarifa diaria a partir de cada paquete.*
2. *Precisar cómo se liquidan los días efectivamente prestados, los ingresos, egresos y fracciones de atención.*
3. *Aclarar si los incrementos por estancias inferiores se aplican a todos los días atendidos.*
4. *Evitar la aplicación simultánea de descuentos o incrementos incompatibles.*
5. *Publicar ejemplos de liquidación para estancias inferiores, iguales y superiores a las previstas.*

Solicitamos, además, reconsiderar las reducciones al 80 % y 90 % para días adicionales, evaluando el reconocimiento del 100 % de la tarifa diaria pactada cuando persistan prestaciones y costos equivalentes. La prolongación clínicamente necesaria no demuestra por sí misma una reducción del costo asistencial.

Si se mantienen dichas reducciones, solicitamos identificar las actividades o costos que disminuyen y el soporte económico que justifica los porcentajes."

RESPUESTA OBSERVACION No. 8:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**, con el fin de aclarar la forma en que se liquida el valor a pagar por día, paquete o días adicionales, **MODIFICA** en el pliego de condiciones definitivo el numeral **2.2 EVALUACIÓN ECONÓMICA,** en la tabla **VALORES ESTIMADOS (PRECIOS TECHO)** y Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS,** ítems 27 y 28 agregando la "REGLA DE PAGO", así:

<table>
<tr><th>ÍTEM</th><th>CUPS</th><th>ACTIVIDADES</th></tr>
<tr><td>27</td><td>S12701</td><td>PAQUETE HOSPITALIZACIÓN PACIENTE AGUDO: (ADULTO Y PEDIÁTRICO)

Manejo integral del paciente desde el ingreso a urgencias, hospitalización, hasta el alta hospitalaria, incluye valoración, control y seguimiento por médicos especialistas, diagnósticos con pruebas psicológicas (según pertinencia del médico tratante), laboratorio clínico, manejo interdisciplinario por los servicios que requiera el paciente, así como medicamentos necesarios para su tratamiento hasta el alta.

Informe mensual detallado, soportado en base de datos con toda su población debidamente caracterizada, con medición de indicadores de gestión clínicos y administrativos y diagnóstico de las alteraciones mentales de los usuarios atendidos.

La estancia hospitalaria de este paquete es de quince (15) días en habitación bipersonal. Si el paciente amerita estar más tiempo hospitalizado deberá ser autorizado por la oficina de Referencia y Contrarreferencia y se cancelará el 80% del valor del día ofrecido en el paquete.

Para estancias hospitalarias menores a quince (15) días se cancelará el 20% adicional al valor del día ofrecido en el paquete

<table>
<tr><th>Duración de la estancia</th><th>Regla de pago</th></tr>
<tr><td>Menos de 15 días</td><td>Tarifa diaria más el 20% por día</td></tr>
<tr><td>Exactamente 15 días</td><td>Valor total del paquete.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td><table><tr><td>Más de 15 días</td><td>Valor total del paquete más el 80 % de la tarifa diaria por cada día adicional autorizado</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>28</td><td>S12800</td><td>PAQUETE INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DÍA) SOD (ADULTO Y PEDIÁTRICO):

Paquete hospital día: (adulto y pediátrico): manejo integral del paciente desde el ingreso ya sea por urgencias o ambulatorio, incluye valoración, control y seguimiento por médicos especialistas.

Diagnósticos con pruebas psicológicas (Según pertinencia del médico tratante), manejo interdisciplinario por los servicios que requiera el paciente, la estancia hospitalaria de veinte (20) días hábiles.

Informe mensual detallado, soportado en base de datos con toda su población debidamente caracterizada, con medición de indicadores de gestión clínicos y administrativos y diagnóstico de las alteraciones mentales de los usuarios atendidos.

Si el paciente amerita estar más tiempo en hospitalización día (de los veinte días hábiles) deberá ser autorizado por la oficina de referencia y contrarreferencia y se cancelará el 90% del valor del día ofrecido en el paquete.

Para estancias hospitalarias menores a veinte (20) días se cancelará el 10% adicional al valor del día ofrecido en el paquete.

<table><tr><th>Duración de la estancia</th><th>Regla de pago</th></tr><tr><td>Menos de 20 días</td><td>Tarifa diaria más el 10% por día</td></tr><tr><td>Exactamente 20 días</td><td>Valor total del paquete.</td></tr><tr><td>Más de 20 días</td><td>Valor total del paquete más el 90 % de la tarifa diaria por cada día adicional autorizado.</td></tr></table></td></tr>
</table>

Adicionalmente, se ejemplifican las formas y fórmulas para la liquidación de estancias inferiores, iguales y superiores a las previstas para cada paquete.

Cuando el paciente permanece menos de 15 días

El texto indica que se pagará un 20 % adicional al valor diario ofrecido en el paquete.

Esto significa que, por cada día efectivamente atendido, la tarifa diaria aumentaría un 20 %, si se interpreta que el incremento se aplica por cada día de estancia.

Por ejemplo, si el paciente permanece 10 días:

- Tarifa diaria: $524.661,62.
- Incremento del 20 %: $104.932,32.
- Tarifa diaria con incremento: $629.593,94.
- Total por 10 días: $6.295.939,44.

Cuando el paciente permanece 15 días

Se reconoce el valor total del paquete, que corresponde a:

- Valor diario publicado: $524.661,62.
- Duración del paquete: 15 días.
- Valor total publicado: $7.869.930,30.

Cuando el paciente permanece más de 15 días

Establece dos condiciones para la prolongación debe ser autorizada por la oficina de Referencia y Contrarreferencia.

- Cada día adicional se paga al 80 % del valor diario ofrecido en el paquete.

Por ejemplo, si el paciente permanece 18 días, se reconocen los 15 días del paquete ($7.869.930,30) y los 3 días adicionales al 80 % de la tarifa diaria.

Cálculo de los días adicionales:

$524.661,62 × 80 % = $419.729,30 por día adicional.

Por los 3 días adicionales se reconocerían $1.259.187,89, además del valor del paquete, sujeto a las reglas de redondeo y facturación aplicables y auditoria medica quien verificara si las tarifas se aplican dentro de los tiempos.

Respecto a las reducciones establecidas por días adicionales al paquete, la entidad **NO ACEPTA** la observación, de acuerdo con las estadísticas internas de la institución, la duración de las estancias de hospitalización aguda se mantiene, en su gran mayoría, alrededor del promedio de los quince (15) a dieciséis (16) días, comportamiento que deberá sustentarse con los registros institucionales correspondientes y que resulta concordante con los hallazgos que se reporten en estudios epidemiológicos y de investigación aplicables.

En este contexto, la estructura del paquete de hospitalización aguda se establece tomando como referencia una estancia de quince (15) días. Cuando el paciente presenta una evolución clínica favorable y cumple los criterios médicos para continuar su proceso terapéutico fuera del ámbito intrahospitalario, es factible dar continuidad al tratamiento mediante estrategias de atención ambulatoria y seguimiento, con el apoyo de la Red Propia de la entidad.

Esta articulación permite favorecer la continuidad asistencial, fortalecer el seguimiento clínico y promover el uso adecuado de los recursos institucionales, sin comprometer la seguridad del paciente ni la calidad de la atención.

Por lo anterior, las prolongaciones de estancia deberán responder a una necesidad clínica debidamente sustentada y contar con la autorización correspondiente de la oficina de Referencia y Contrarreferencia. La continuidad del tratamiento podrá gestionarse mediante los servicios ambulatorios y de soporte de la Red Propia, siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan y exista disponibilidad efectiva de dichos servicios.

En consecuencia, el esquema de reconocimiento económico de los días adicionales debe analizarse en concordancia con la duración habitual de las estancias, las condiciones clínicas de los pacientes, la capacidad resolutiva de la Red Propia y las condiciones contractuales pactadas, procurando una atención integral, continua y financieramente sostenible.

OBSERVACIÓN No. 9

9. Delimitación de las prestaciones incluidas en los paquetes — Páginas 42 a 45

El paquete de hospitalización incluye pruebas psicológicas, laboratorio clínico, manejo interdisciplinario y medicamentos. Paralelamente, el ítem 13 de la página 44 prevé remitir a la red del contratante los pacientes cuyas comorbilidades requieran manejo diferente al de salud mental.

Solicitamos delimitar las prestaciones incluidas y excluidas, especialmente respecto de:

- *Laboratorios, pruebas y medicamentos.*
- *Atención de comorbilidades no relacionadas con salud mental.*

- *Procedimientos de alta complejidad.*
- *Traslados y servicios externos.*
- *Medicamentos sujetos a autorización especial.*

Solicitamos armonizar estas condiciones con el procedimiento de incorporación de servicios no contratados previsto en el ítem 10 de la página 44, evitando que obligaciones inicialmente no incluidas se entiendan incorporadas automáticamente en la tarifa.

RESPUESTA OBSERVACION No. 9:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACLARA** que, durante el proceso de atención intrahospitalaria, pueden surgir necesidades clínicas que requieran la realización de pruebas, la administración de medicamentos y la intervención de diferentes disciplinas, según la condición y evolución del paciente. En consecuencia, las prestaciones necesarias para el manejo integral de la condición de salud mental deberán garantizarse conforme al alcance del paquete contratado y al criterio del equipo tratante. Por lo tanto, los laboratorios clínicos, las pruebas diagnósticas, los medicamentos, las intervenciones interdisciplinarias que sean requeridos durante la atención intrahospitalaria del paciente, son componentes que forman parte del manejo integral previsto en los paquetes de hospitalización y hospital día, de acuerdo con las condiciones establecidas para cada ítem.

En cuanto a las comorbilidades que requieran un manejo diferente al de salud mental, se aplicará lo previsto en el ítem 13 de la página 44, mediante la remisión del paciente a la red del contratante, de acuerdo con las condiciones clínicas y los procedimientos establecidos.

Es de anotar que la prestación del servicio a contratar se limita a Salud Mental y los servicios están descritos en el Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS,** los traslados, los servicios externos y los medicamentos sujetos a autorización especial, su reconocimiento y prestación estarán sujetos al alcance contractual, a las autorizaciones requeridas y a los procedimientos aplicables, cuando se trate de servicios no contratados, se atenderá lo dispuesto en el ítem 10 de la página 44, relativo al procedimiento para su incorporación, sin que ello implique su inclusión automática en la tarifa del paquete. Es de recordar que los pacientes de salud mental pueden tener comorbilidades clínicas con otras patologías, además de presentar urgencia vital de no pertinencia de salud mental, a lo cual se necesitará de una serie de procedimientos informados inmediatamente a la oficina de referencia y contrarrefencia para el protocolo o guía de atención institucional.

Por lo anterior, se mantiene el enfoque de atención integral intrahospitalaria previsto en los paquetes, garantizando las prestaciones clínicamente requeridas dentro de su alcance contractual y aplicando los mecanismos de remisión, autorización e incorporación correspondientes cuando las necesidades del paciente excedan dicho alcance.

OBSERVACIÓN No. 10

10. Plazo de pago y mecanismos de radicación — Páginas 5 a 7
La página 5 contempla pagos dentro de los 45 días hábiles siguientes a la presentación de la factura y condiciones asociadas a la disponibilidad del PAC.

Solicitamos evaluar un plazo contractual de treinta días calendario para las cuentas completas y los valores no controvertidos, compatible con el régimen aplicable, para reducir la financiación que debe asumir el prestador y favorecer la continuidad asistencial.

Asimismo, solicitamos armonizar los requerimientos de entrega física, medios magnéticos y CD con el procedimiento de facturación electrónica descrito en las páginas 6 y 7.

Ajuste solicitado:

"Establecer un canal electrónico de radicación de facturas y soportes, con constancia de recepción y reglas claras para su revisión, evitando duplicidades físicas salvo justificación expresa. Precisar los términos de devolución, glosa, respuesta y pago de valores no controvertidos".

RESPUESTA OBSERVACION No. 10:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 NO ACEPTA** la observación, teniendo en cuenta los plazos definidos para la radicación de las facturas en el sistema financiero, así como los establecidos para la auditoría de cuentas médicas y conciliación de estas de conformidad con lo establecído en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional.

Es de aclarar que, acorde con la forma de pago establecida en el pliego de condiciones, para la facturación se da cumplimiento a los requisitos consagrados en la Resolución No. 000165 del 1 de noviembre de 2023 de la DIAN, relacionados con la facturación electrónica.

OBSERVACIÓN No. 11

11. Actualización de tarifas para la vigencia 2027 — Páginas 5 y 9

El presupuesto comprende recursos de 2026 y 2027, mientras que la página 9 excluye el reajuste de tarifas y el reconocimiento de costos adicionales.

Solicitamos evaluar una fórmula objetiva de actualización para los servicios ejecutados en 2027, atendiendo la composición de costos y las variaciones aplicables a personal e insumos, con sujeción al respaldo presupuestal correspondiente.
Si se mantienen tarifas fijas, solicitamos precisar el horizonte efectivo de ejecución y publicar la información económica que permita incorporar los costos previsibles de ambas vigencias.

También solicitamos evitar que la cláusula se interprete como una renuncia general al reconocimiento de los derechos que legalmente correspondan ante circunstancias extraordinarias.

RESPUESTA OBSERVACION No. 11:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACEPTA LA OBSERVACIÓN**, y se incluye en el pliego de condiciones definitivo acápite "**Reajustes**" y en el Anexo "**OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**" la condición que, con el cambio de vigencia, a partir del 1 de enero de 2027, los precios o tarifas de los servicios tendrán un incremento equivalente al del IPC decretado por el gobierno, para el año inmediatamente anterior, es decir IPC para el año 2026.

Reajustes	Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. A partir del 1 de enero de cada vigencia, realizar el incremento a los valores pactados, en el porcentaje % correspondiente al IPC del año inmediatamente anterior.

OBSERVACIÓN No. 12

12. Agotamiento presupuestal y pacientes en atención — Ítem 11, página 44
El anexo dispone informar al alcanzar el 70 % de ejecución y establece condiciones para la prestación una vez agotado el presupuesto.
Solicitamos complementar esta regla con un procedimiento que defina:

- *Seguimiento del saldo y proyección del costo de pacientes en atención.*
- *Decisiones de la entidad después de la alerta.*
- *Continuidad o traslado seguro de pacientes.*
- *Autorización, soporte y tratamiento económico de atenciones que deban continuar.*
- *Responsabilidades de coordinación entre el contratista, la supervisión y la red de referencia.*

La continuidad asistencial debe acompañarse de mecanismos de planeación y financiación que eviten incertidumbre sobre las prestaciones y su reconocimiento.

RESPUESTA OBSERVACION No. 12:

La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 ACLARA** que, el porcentaje del setenta por ciento (70 %) de ejecución contractual se contempla como un mecanismo de alerta temprana y planeación

estratégica, orientado a facilitar la toma de decisiones institucionales oportunas, coordinadas y concertadas entre la entidad contratante y la entidad prestadora de servicios.

Una vez alcanzado dicho porcentaje, se propone realizar una evaluación conjunta de la ejecución del contrato, las necesidades de atención, la capacidad operativa y la proyección de los recursos disponibles, con el propósito de anticipar las medidas administrativas, técnicas, jurídicas y presupuestales necesarias para garantizar la continuidad de los servicios.

Este mecanismo busca disponer de un tiempo prudencial para analizar e implementar, según corresponda y con sujeción a la normativa vigente de contratación pública, alternativas como sustituciones, adiciones, prórrogas o la estructuración e inicio de un nuevo proceso de contratación, cuando resulten legal y técnicamente procedentes.

Las decisiones deberán adoptarse de manera coordinada entre las instancias competentes, con la participación de la entidad prestadora en lo que corresponda, procurando que las medidas implementadas permitan una transición ordenada, eviten afectaciones operativas y financieras injustificadas para las partes y, especialmente, protejan la continuidad, oportunidad y calidad de la atención de los usuarios.

En consecuencia, el 70 % de ejecución no constituye por sí mismo una autorización automática para modificar el contrato ni una garantía de adición o prórroga, sino un punto de control para activar la planeación anticipada, evaluar alternativas y adelantar oportunamente los trámites requeridos, de conformidad con las disponibilidades presupuestales, las competencias institucionales y las disposiciones legales aplicables. Dado la cantidad de usuarios que se encuentran en cobertura, servicios en los que se encuentran, presupuesto habilitado en las vigencias 2026, 2027 y 2028

Atentamente,

Teniente coronel **IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.1

Elaboró: PS-16 RICARDO PARADA QUIROGA
Analista Grupo de Contratos

Revisó: MY. ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 1

Revisó: IJ. ADONIAS DE JESUS GOMEZ PEÑA
Jefe (E) Área Logística y Financiera RASES No. 1

Revisó: PS-18 HEIDY KARINAABAUNZA DIAZ
Jefe (E) Grupo Asuntos Jurídicos RASES No. 1

Fecha de elaboración: 26/10/2026
Ubicación: 2026/RICARDOP

Carrera 68 B Bis No. 44-58 Bogotá
Teléfono: 6015804400 ext 3459
Disan.rases1-ct@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA