PN DISAN LI 004 2026

ADQUISICIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO O TARJETA DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL QUE GARANTICE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD AL PERSONAL DE SERVICIO ACTIVO Y SUS BENEFICIARIOS, AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL QUE SE ENCUENTRE EN COMISIÓN DEL SERVICIO EN EL EXTERIOR DEBIDAMENTE AUTORIZADO.

En atención a las observaciones presentadas por los oferentes POSITIVA S.A, CONTINENTAL ASSIST COLOMBIA SAS, a través del módulo de mensajes de la plataforma SECOP II, dentro del presente proceso adelantado bajo la modalidad de Licitación Pública, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se permite dar respuesta en los siguientes términos:

Que mediante comunicación oficial No. GS-2026-103326-DISAN, el Grupo Red Integral De Servicios De Salud, emitió respuesta a las observaciones presentadas al presente proceso, las cuales hacen parte integral del presente documento.

OFERENTES - CONTINENTAL ASSIST COLOMBIA SAS

OBSERVACION N°1

"1. siniestralidad histórica certificada

Considerando que la cuenta se encuentra amparada por una aseguradora, solicitamos gestionar ante esta y ante las aseguradoras de períodos anteriores, cuando corresponda, la publicación de la siniestralidad detallada de las últimas tres vigencias disponibles, incluida la actual, con fecha de corte expresa.

Solicitamos entregar una base en Excel, anonimizada por asegurado y con identificador único por siniestro, que incluya: vigencia afectada; fechas de ocurrencia y aviso; país; grupo de aseguramiento; condición de titular o beneficiario; grupo etario; diagnóstico CIE-10 o clasificación de la patología; amparo afectado; estado del siniestro; valores pagados acumulados; reservas pendientes de siniestros avisados; moneda y criterio de conversión.

Agradecemos presentar cifras brutas y discriminar recuperaciones y gastos de auditoria médica, cuando correspondan".

RESPUESTA OBSERVACIÒN No. 1

Respecto a la información solicitada la Dirección de Sanidad, **ACEPTA**, la observación realizada al presente proceso realizando la publicación del archivo Excel denominado: **SINIESTRALIDAD PUBLICA POLICIA NACIONAL**, en la plataforma transaccional SECOP II, correspondiente a las vigencias 2024 hasta la fecha del 2026.

OBSERVACION N°2

"2. IBNR y desarrollo de la cuenta

Solicitamos suministrar la reserva de siniestros ocurridos y no avisados -IBNR- atribuible a la cuenta, por vigencia de ocurrencia, indicando fecha de valoración, metodología y si incluye desarrollo insuficiente de reservas de siniestros avisados -IBNER-.

El IBNR se solicita de forma agregada, sin asignación individual por caso. Si no existe una estimación específica para la cuenta, agradecemos indicarlo expresamente y facilitar los triángulos de desarrollo o históricos de movimientos que permitan estimarla.

Asimismo, solicitamos conciliar pagos, reservas de siniestros avisados e IBNR para establecer la siniestralidad incurrida, sin duplicidades".

RESPUESTA OBSERVACION No. 2

La Dirección de Sanidad, se permite **ACLARAR** que, no cuenta con una estimación específica de la reserva de siniestros ocurridos y no avisados (IBNR) atribuible a la cuenta objeto del proceso, toda vez que dicha información corresponde a análisis técnicos y actuariales propios de cada aseguradora. En consecuencia, la Entidad no dispone de la reserva IBNR discriminada por vigencia de ocurrencia, fecha de valoración, metodología de cálculo o inclusión de componentes asociados al desarrollo insuficiente de reservas de siniestros avisados (IBNER).

De igual forma, la Entidad no cuenta con triángulos de desarrollo ni con la información técnica requerida para estimar dicha reserva. No obstante, se suministrará la información de siniestralidad disponible dentro de los documentos del proceso correspondiente a la vigencia 2024 a la fecha actual, con el fin de que los interesados realicen los análisis y valoraciones que consideren pertinentes para la estructuración de su propuesta.

OBSERVACION N. 3

"3. Primas y exposición histórica y proyectada
Solicitamos publicar las primas emitidas y devengadas y la exposición histórica por grupo, edad y país, expresada en personas/año y personas/día, según corresponda.

Para la nueva contratación, agradecemos discriminar titulares y beneficiarios, destinos, edades y duración de las comisiones, precisando si las cantidades de referencia corresponden a una anualidad o a todo el plazo contractual".

RESPUESTA OBSERVACION No. 3

La Dirección de Sanidad se permite **ACLARAR** que, frente a la observación allegada al presente proceso PN DISAN LI 004 2026, la Entidad ha puesto a disposición de los interesados la información histórica disponible dentro de la justificación realizada en el estudio previo del proceso, con el propósito de que cada proponente realice los análisis técnicos, actuariales y financieros que considere pertinentes para la estructuración de su propuesta.

Respecto de la nueva contratación, las cantidades y proyecciones publicadas corresponden a estimativos construidos con base en el comportamiento histórico y las necesidades del servicio.

OBSERVACION No.4

"4. Pago de la prima anual o mensual
El apartado "Forma de pago" prevé pagos mensuales, mientras que para el Grupo 1 se establecen tarifas por persona/año.

Solicitamos confirmar expresamente: ¿el pago de la prima será anual o mensual?

Si se mantiene el pago mensual, agradecemos precisar si corresponde a:

- *Fraccionamiento de una prima anual.*
- *Prima calculada mensualmente sobre asegurados efectivamente incluidos.*
- *Liquidación proporcional por días de cobertura.*

Solicitamos definir la fórmula de facturación de cada grupo, los cortes, el tratamiento de ingresos y retiros y el plazo de aprobación de facturas. Igualmente, aclarar cómo opera el plazo de 30 días hábiles y la condición de disponibilidad de PAC frente al vencimiento de cada pago".

RESPUESTA OBSERVACION No. 4

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, la forma de pago del contrato corresponde a pagos **mensuales**, conforme a lo establecido en el numeral de forma de pago de los estudios previos. La facturación se realizará con base en los servicios efectivamente ejecutados y las afiliaciones reportadas durante cada período, previa revisión y aprobación por parte de la supervisión del contrato.

Para el **GRUPO 1**, la prima se encuentra estructurada bajo valores de referencia por persona/año de acuerdo con los rangos de edad establecidos; sin embargo, la ejecución financiera del contrato se efectuará mediante facturación mensual.

Para el **GRUPO 2**, la liquidación se realiza con base en una prima diaria asociada al tiempo de permanencia en el exterior, de acuerdo con los rangos de duración definidos en el proceso.

Respecto de los ingresos, retiros, modificaciones de permanencia o cambios en las condiciones de la comisión, la Dirección de Sanidad reportará oportunamente a la compañía adjudicataria las novedades que correspondan, con fundamento en las autorizaciones y comunicaciones oficiales emitidas para cada comisión de servicio.

Finalmente, se aclara que el pago se realizará dentro de los TREINTA (30) días hábiles siguientes a la radicación de la factura electrónica, previa aprobación por parte del supervisor del contrato y cumplimiento de los requisitos administrativos, presupuestales y fiscales aplicables. Asimismo, el trámite de pago se encuentra sujeto a la disponibilidad del Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC), cuya autorización corresponde al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, circunstancia que no afecta la ejecución contractual.

OBSERVACION NO. 5

"5. Plazo contractual y renovación de límites
La ejecución se extiende hasta el 30 de julio de 2028, mientras que sumas aseguradas, sublímites, consultas y deducibles se expresan por anualidad.

Solicitamos precisar la fecha cierta de inicio y si la anualidad se cuenta desde el inicio colectivo de la póliza o desde cada inclusión individual. Agradecemos aclarar cuándo se restablecen los límites y cómo se liquidan las primas y aplican los beneficios en períodos inferiores a doce meses.

Adicionalmente, la minuta establece una vigencia de cuatro meses adicionales al plazo de ejecución. Solicitamos aclarar si este período corresponde exclusivamente a efectos administrativos o si implica una extensión de cobertura y, en ese caso, cómo se remunera".

RESPUESTA OBSERVACION No. 5

La Dirección de Sanidad se permite **ACLARAR** que, la fecha de inicio de ejecución del contrato corresponderá a la establecida en la carta de inicio, previa aprobación de la garantía única y cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento por parte de la Dirección de Sanidad, siendo el plazo de ejecución del contrato ***hasta el 30 de julio de 2028***.

Respecto a las coberturas expresadas por anualidad, se informa que los límites asegurados, sublímites, número de consultas y deducibles se aplicarán conforme a las condiciones establecidas en la póliza o tarjeta de asistencia médica ofertada por el adjudicatario, tomando como referencia períodos anuales de cobertura. En consecuencia,

los proponentes deberán estructurar su oferta considerando la ejecución contractual prevista y las condiciones técnicas definidas en el proceso.

Asimismo, los restablecimientos de límites, aplicación de beneficios, cobro de deducibles y liquidación de primas para períodos inferiores a doce (12) meses deberán efectuarse conforme a las condiciones contractuales y técnicas ofertadas por el adjudicatario, respetando los amparos, coberturas y condiciones mínimas exigidas por la Entidad.

Finalmente, nos permitimos **ACLARAR** que, respecto de los *cuatro (04) meses adicionales al plazo de ejecución que se menciona en los documentos del proceso, estos corresponden a la vigencia del contrato como se indica en la Resolución 03049 del 30 de julio de 2014 en el capítulo III, numeral 4.* **ETAPA POSTCONTRACTUAL.**

OBSERVACION No. 6

"6. Diferencia entre deducibles de USD 250 y USD 150

El cuadro del Grupo 1 establece un deducible anual de USD 250; las condiciones generales para ambos grupos señalan USD 150; y el factor de puntuación parte de USD 250.

Solicitamos unificar estos valores y precisar el deducible obligatorio por grupo y el utilizado para evaluar las mejoras. Agradecemos confirmar si se acumula por asegurado y anualidad y cómo se acredita su agotamiento".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6

La Dirección de Sanidad **ACEPTA** la observación frente al deducible aplicable para el **GRUPO 1**, siendo este de **USD 250 por vigencia anual**, para servicios programados o atenciones ambulatorias como citas, procedimientos y exámenes, sin aplicación para atenciones de urgencias u hospitalización derivada de urgencias por accidente o enfermedad.

En consecuencia, se realizará el ajuste correspondiente en el pliego definitivo CONDICIONES TECNICAS MINIMAS ITEM 9 de los anexos y formularios del presente proceso PN DISAN LI 004 2026, Asimismo, se precisa que el valor de **USD 250** constituye el deducible base o techo definido por la Dirección de Sanidad, razón por la cual las propuestas que mantengan dicho valor no obtendrán puntaje en este factor de evaluación. El puntaje se asignará únicamente a los oferentes que mejoren esta condición mediante la disminución del deducible, de acuerdo con la tabla de ponderación establecida en el proceso,

OBSERVACION No. 7

"7. Preexistencias y definición de alto costo

Se exige cobertura de preexistencias siempre que no correspondan a eventos médicos de alto costo.

Solicitamos definir de manera objetiva qué se entenderá por "alto costo": patologías específicas, umbral económico u otro criterio. Agradecemos publicar el listado o definición aplicable y precisar el tratamiento de complicaciones, recaídas y urgencias derivadas de estas enfermedades.

Asimismo, aclarar cómo se articula esta condición con la cobertura de consultas y medicamentos para enfermedades crónicas y con la declaración de asegurabilidad exigida".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, las patologías de alto costo corresponden a aquellas enfermedades o condiciones de salud que, debido a su complejidad clínica, requerimiento de tratamientos especializados, uso prolongado de tecnologías en salud, medicamentos de alto valor y alto impacto financiero, generan costos de atención significativamente elevados que pueden comprometer la sostenibilidad del aseguramiento. Dentro de este

concepto se incluyen las patologías que, de acuerdo con la normatividad vigente y los criterios técnicos del asegurador, sean catalogadas como de alto costo o complejidad.

Asimismo, se precisa que la cobertura de preexistencias operará conforme a las condiciones técnicas establecidas en el proceso, siempre que no correspondan a eventos médicos de alto costo. Las urgencias derivadas de enfermedades o condiciones preexistentes serán atendidas de conformidad con las coberturas mínimas exigidas por la Entidad y las condiciones particulares de la póliza o tarjeta de asistencia médica ofertada.

De igual forma, los usuarios afiliados deberán diligenciar la declaración de asegurabilidad definida por la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica, con el fin de identificar las condiciones preexistentes y efectuar la respectiva evaluación del riesgo. Adicionalmente, la Dirección de Sanidad remitirá a la aseguradora la certificación de valoración de las condiciones médicas de los uniformados y beneficiarios que salgan en comisión al exterior por períodos superiores a treinta (30) días, conforme a lo establecido en los artículos 3 y 4 del Acuerdo 015 de 2002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Finalmente, las consultas médicas y medicamentos requeridos para el control de enfermedades crónicas no incapacitantes que se encuentren en tratamiento antes del inicio de la comisión continuarán sujetas a las coberturas definidas en las especificaciones técnicas del proceso.

OBSERVACION No. 8

"8. Continuidad y siniestros de la aseguradora saliente
Solicitamos informar, de forma anonimizada, las hospitalizaciones, embarazos y tratamientos en curso que puedan extenderse a la nueva vigencia, con sus reservas y costos estimados.

Agradecemos definir la responsabilidad por siniestros ocurridos antes del inicio de la nueva póliza, avisos posteriores, hospitalizaciones continuadas y servicios autorizados por la aseguradora saliente pendientes de ejecución".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8

La Dirección de Sanidad se permite **INFORMAR** que, no dispone de información consolidada, anonimizada ni de reservas técnicas relacionadas con hospitalizaciones, embarazos o tratamientos en curso que puedan extenderse a la nueva vigencia, toda vez que dicha información hace parte de la administración y gestión de siniestros de la compañía aseguradora que actualmente presta el servicio.

Asimismo, se aclara que los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza o contrato de asistencia médica expedido por la aseguradora saliente serán de responsabilidad de dicha compañía, de conformidad con las condiciones de cobertura, vigencia y demás términos contractuales aplicables al momento de ocurrencia del evento.

En consecuencia, los avisos presentados con posterioridad al vencimiento de la cobertura, las hospitalizaciones continuadas, los tratamientos en curso y los servicios previamente autorizados deberán ser asumidos por la aseguradora que otorgó la cobertura al momento de la ocurrencia del siniestro, conforme a las condiciones pactadas en el contrato. La nueva aseguradora será responsable exclusivamente de los eventos que ocurran a partir del inicio de su cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza o tarjeta de asistencia médica adjudicada.

Por lo anterior, corresponde a cada proponente realizar la evaluación técnica y actuarial del riesgo con base en la información suministrada por la Entidad dentro del proceso de selección.

OBSERVACION No. 9

"9. Alcance de coberturas ambulatorias para el Grupo 2

Aunque el Grupo 2 no presenta un cuadro equivalente de tratamiento ambulatorio, las condiciones generales para ambos grupos incluyen cirugía ambulatoria programada y deducible para servicios programados.

Solicitamos precisar si el Grupo 2 cubre exclusivamente prestaciones derivadas de urgencias o también consultas, exámenes, medicamentos y cirugías programadas, indicando límites y condiciones".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9

La Dirección de Sanidad se permite **ACLARAR** que, la cobertura prevista para el **Grupo 2**, no se limita exclusivamente a la atención de urgencias. Conforme a las condiciones técnicas establecidas, la póliza de seguro o tarjeta de asistencia médica deberá amparar los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios derivados del tratamiento de enfermedades o lesiones accidentales sufridas durante la permanencia en el exterior.

En este sentido, la cobertura comprende la atención de urgencias y las actividades, procedimientos e intervenciones que se deriven de esta; así como los servicios de hospitalización y cirugía, incluyendo apoyo diagnóstico, medicamentos intrahospitalarios y posthospitalarios relacionados con el evento cubierto, procedimientos diagnósticos, exámenes básicos y especializados, terapias, aparatos ortopédicos y órtesis, controles posthospitalarios o postoperatorios, hospitalización domiciliaria médicamente prescrita y servicios de traslado asistencial, conforme a los límites y valores asegurados establecidos en las condiciones técnicas.

Por lo anterior, para el **GRUPO 2,** no se contempla una cobertura general para consultas programadas, tratamientos ambulatorios electivos o cirugías programadas independientes de un evento cubierto, salvo que estas se deriven del tratamiento de una enfermedad o lesión accidental ocurrida durante la permanencia en el exterior y estén expresamente amparadas dentro de las coberturas definidas por la Dirección de Sanidad.

OBSERVACION No.10

"10. Contradicciones entre coberturas y exclusiones
Solicitamos armonizar las siguientes disposiciones:

- *Odontología: se ampara la urgencia dolorosa, pero las exclusiones restringen la atención dental a accidentes atendidos dentro de las 24 horas siguientes.*
- *Nutrición: se incluyen consultas, mientras que determinadas exclusiones mencionan asesoría nutricional.*
- *Vacunación: se otorga un límite anual, pero se excluyen vacunas exigidas para viajes y contra el neumococo.*
- *Territorialidad: se establece cobertura únicamente internacional, pero algunas exclusiones contienen excepciones para prestaciones en territorio nacional.*

Agradecemos publicar una redacción unificada que delimite las prestaciones efectivamente cubiertas y su relación contractual".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, aclarando que, las coberturas y exclusiones deberán interpretarse de manera integral y sistemática, conforme a las condiciones técnicas mínimas establecidas por la Dirección de Sanidad y a la naturaleza de cada amparo.

En relación con la **cobertura odontológica**, se precisa que se encuentra amparada la atención de urgencias odontológicas orientadas a controlar el dolor y las condiciones que requieran atención inmediata. Por su parte, las exclusiones aplican a tratamientos odontológicos de carácter electivo, reconstructivo, estético o de rehabilitación que no correspondan a una atención de urgencia cubierta.

Respecto a las **consultas de nutrición**, estas estarán cubiertas únicamente cuando hayan sido prescritas médicamente como parte del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una condición de salud amparada. En

consecuencia, la asesoría nutricional preventiva, estética o no asociada a una condición médica cubierta se considera excluida.

En cuanto a la **vacunación**, la cobertura aplicará conforme a los límites establecidos en las condiciones técnicas.

Frente a la **territorialidad**, se aclara que la cobertura tiene alcance internacional para los eventos ocurridos durante la permanencia en el exterior. Las referencias al territorio nacional contenidas en algunas exclusiones corresponden a precisiones de cobertura y no modifican el carácter internacional del amparo contratado.

Finalmente, en caso de presentarse diferencias de interpretación entre coberturas y exclusiones, prevalecerán las condiciones técnicas mínimas definidas por la Entidad, sin perjuicio de las mejoras ofrecidas por el proponente adjudicatario, garantizando en todo caso el alcance mínimo de cobertura exigido en el proceso contractual.

OBSERVACION No. 11

"11. Límites maternidad y medicamentos
Solicitamos confirmar si todos los sublímites forman parte de la suma asegurada global o si alguno opera adicionalmente.

En maternidad, aclarar si los USD 20.000 para parto y los USD 20.000 para complicaciones son independientes o comparten un límite, y precisar el tratamiento de embarazos iniciados antes de la inclusión y de la atención del recién nacido.

Para el ofrecimiento adicional de medicamentos ambulatorios "hasta el 100% del valor asegurado", confirmar si el límite corresponde a la suma asegurada finalmente ofrecida, si incluye medicamentos de mantenimiento y si permanece sujeto a las exclusiones y al deducible aplicable".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, los sublímites establecidos en las condiciones técnicas forman parte de la suma asegurada máxima definida para cada grupo, salvo que expresamente se indique una condición diferente en la póliza o tarjeta de asistencia médica ofertada por el adjudicatario.

Respecto a la cobertura de maternidad, se precisa que los límites establecidos para parto y para complicaciones del embarazo corresponden a coberturas independientes, cada una con el límite señalado en las condiciones técnicas. No obstante, su reconocimiento estará sujeto al cumplimiento de las condiciones de aseguramiento, períodos de cobertura, exclusiones y demás requisitos establecidos por la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica.

Asimismo, los embarazos iniciados con anterioridad a la inclusión del afiliado en la póliza o tarjeta de asistencia médica estarán sujetos a las condiciones de cobertura, preexistencias y exclusiones contempladas por el asegurador. La atención del recién nacido se brindará conforme a las condiciones contractuales y de aseguramiento previstas por la compañía adjudicataria.

En relación con el ofrecimiento adicional de medicamentos ambulatorios hasta el 100 % del valor asegurado, se aclara que dicho beneficio corresponde a una mejora voluntaria ofertada por el proponente y, en caso de ser otorgada, el límite aplicable será el valor asegurado ofrecido para la respectiva cobertura. De igual manera, los medicamentos objeto de reconocimiento deberán cumplir las condiciones de cobertura definidas en la póliza o tarjeta de asistencia médica y permanecerán sujetos a las exclusiones, restricciones y demás condiciones contractuales que resulten aplicables, incluido el deducible cuando corresponda.

OBSERVACION No. 12

"12. Puntuación por incremento de suma asegurada
En el numeral 2.1, la tabla asigna 65 puntos a la cobertura de USD 350.000; sin embargo, la nota de la página siguiente indica que no se otorgará puntaje a quienes no superen esa cifra.

Solicitamos corregir la contradicción y confirmar si ofrecer exactamente USD 350.000 otorga 65 puntos. Asimismo, definir el tratamiento de valores intermedios entre los rangos publicados".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 12

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, no existe inconsistencia entre la tabla de evaluación y la nota aclaratoria. De conformidad con lo establecido en el factor técnico de calificación, las propuestas que oferten una cobertura de o superior **a USD 350.000** obtendrán sesenta y cinco (65) puntos, conforme a la tabla de ponderación prevista por la Entidad.

En ese sentido, la nota debe interpretarse en el sentido de que no se otorgará puntaje a las propuestas que oferten una cobertura **inferior a USD 350.000**, por cuanto no cumplen con el valor mínimo establecido para la asignación de puntaje en este factor de evaluación.

Por lo anterior, se confirma que una propuesta con cobertura de USD 350.000 obtendrá 65 puntos, mientras que las ofertas que contemplen valores inferiores no recibirán puntuación por este concepto.

OBSERVACION No. 13

"13. Fórmula de evaluación económica
El numeral 2.8 exige ofertar la totalidad del presupuesto oficial por grupo y, simultáneamente, asigna puntaje según el menor valor de la sumatoria ofertada.

Solicitamos aclarar si la comparación se realizará sobre la suma simple de tarifas unitarias o sobre una suma ponderada por las cantidades estimadas. Agradecemos publicar la fórmula completa y un ejemplo numérico para cada grupo, diferenciando el valor registrado en SECOP II del valor utilizado para puntuar.

Para el Grupo 2, precisar si "promedio días" corresponde a días totales asegurados o a otra unidad de exposición y si la tarifa de cada rango se aplica a toda la comisión o de forma escalonada".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 13

La Dirección de Sanidad se permite **ACLARAR,** la observación de la siguiente manera:

Frente a la comparación del numeral 2.8 **EVALUACIÓN ECONÓMICA POR GRUPO** del proyecto pliego de condiciones, la evaluación económica se realizará con base en la sumatoria de las tarifas unitarias ofertadas por cada proponente para los ítems correspondientes al grupo respectivo, en consecuencia, la asignación de puntaje se efectuará sobre el valor total resultante de dicha sumatoria para cada grupo.

Para el Grupo 2, nos permitimos **PRECISAR** que, este corresponde a días totales asegurados debido a que al momento de realizar la solicitud de afiliación al seguro esta se realiza por día completo, con fecha de inicio y finalización.

OBSERVACION N°14

"14. Bolsa de recursos y variaciones de exposición
Se prevé una bolsa única cuando ambos grupos sean adjudicados al mismo proponente.

Solicitamos confirmar que la ejecución se liquidará con las tarifas unitarias adjudicadas y la exposición efectivamente asegurada, e indicar si existen consumos mínimos garantizados.

Agradecemos precisar el procedimiento cuando cambie la distribución por edad, país o duración, cuando una comisión supere los 270 días y cuando se agote el presupuesto antes de finalizar el plazo contractual".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 14

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, para el presente proceso se ha asignado un presupuesto oficial para cada grupo, conforme a las necesidades estimadas de la Entidad, para cubrir lo faltante de la vigencia 2026, 2027 y 2028. En consecuencia, la ejecución contractual se realizará sobre el presupuesto oficial asignado al grupo que le corresponda y de acuerdo con las necesidades efectivamente requeridas durante la ejecución del contrato.

Asimismo, se precisa que los valores establecidos para cada grupo corresponden al presupuesto oficial asignado y no constituyen una garantía de consumo mínimo. Por lo tanto, la Entidad efectuará los pagos con base en las afiliaciones, inclusiones servicios efectivamente requeridos y ejecutados, de conformidad con las tarifas unitarias adjudicadas y las condiciones contractuales pactadas.

De igual forma, las variaciones que puedan presentarse en la distribución de asegurados por edad, país de destino o duración de las comisiones hacen parte de la dinámica propia del servicio y no generan modificaciones automáticas de los valores presupuestados. Cuando una comisión inicialmente clasificada en el Grupo 2 supere los doscientos setenta (270) días de permanencia en el exterior, la afiliación será gestionada conforme a las condiciones establecidas para el grupo que corresponda según las especificaciones técnicas del contrato.

Finalmente, en caso de evidenciarse por parte del supervisor el agotamiento del plazo contractual establecido, la Entidad previamente evaluará la necesidad de adelantar las actuaciones presupuestales y contractuales que resulten procedentes, de conformidad con la normativa vigente y la disponibilidad de recursos, con el fin de continuar garantizando el servicio sin que ello constituya obligación de efectuar adiciones presupuestales o garantizar una ejecución superior a los valores inicialmente aprobados. Lo anterior, de conformidad con el principio de anualidad presupuestal y la disponibilidad de recursos aprobados para cada vigencia fiscal, soportados en el estudio previo.

OBSERVACION N°15

"15. Autorizaciones y acceso a la red
Se exige autorización previa de todos los eventos y autorización inmediata de urgencias.

Solicitamos definir el procedimiento cuando una urgencia impida obtener autorización previa, el plazo de aviso posterior y las condiciones para reconocer gastos fuera de red.

Asimismo, aclarar si la exclusión de "depósitos y/o pagos por adelantado" se refiere a desembolsos del asegurado o si afecta las garantías de pago o anticipos que la aseguradora u operador deba gestionar para garantizar el ingreso hospitalario".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 15

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, de conformidad con la Ley 352 de 1997 y el Acuerdo 015 de 2002, las atenciones de urgencia y las actividades, procedimientos e intervenciones que se deriven de estas no podrán estar sujetas a barreras administrativas que impidan su acceso oportuno, a los servicios razón por la cual la atención deberá garantizarse aun cuando no haya sido posible obtener una autorización previa.

En estos casos, el afiliado, sus familiares o acompañantes deberán informar el evento a la aseguradora o empresa de asistencia médica tan pronto como las circunstancias lo permitan, siguiendo los procedimientos definidos por el contratista para la coordinación de la atención.

Asimismo, teniendo en cuenta que los asegurados se encuentran en comisión de servicio en diferentes países, el adjudicatario deberá contar con canales de comunicación, orientación y coordinación de servicios de salud con disponibilidad permanente, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, con cobertura internacional, que permitan gestionar autorizaciones, atención de urgencias, traslados asistenciales, garantías hospitalarias y demás requerimientos derivados de la prestación del servicio. Lo anterior resulta indispensable para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención médica en el exterior.

Respecto del reconocimiento de gastos fuera de red, este se regirá por las condiciones de cobertura y procedimientos de reembolso establecidos por la compañía adjudicataria. Finalmente, la exclusión relacionada con depósitos y/o pagos por adelantado corresponde a desembolsos efectuados directamente por el asegurado y no limita las gestiones que deba adelantar la aseguradora o empresa de asistencia médica para garantizar el acceso a los servicios cubiertos, incluyendo cartas de garantía, respaldos de pago o mecanismos equivalentes que permitan el ingreso y atención del afiliado en instituciones de salud del exterior.

OBSERVACION N°16

"16. Riesgos propios de las comisiones y ámbito territorial
Dada la condición de servicio activo de los asegurados, solicitamos precisar el alcance de cobertura para accidentes durante entrenamiento, actividades operativas, misiones oficiales y permanencia en zonas de conflicto.

Agradecemos aclarar su articulación con las exclusiones de guerra, terrorismo y alteración del orden público, y publicar los destinos previstos que permitan evaluar estas exposiciones".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 16

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, las comisiones de servicio objeto de la presente contratación corresponden principalmente a actividades de representación institucional, agregadurías, asuntos diplomáticos, capacitación, entrenamiento, cooperación internacional, asistencia a cursos, seminarios, conferencias, ponencias y demás actividades oficiales desarrolladas en el exterior, por lo que no se encuentran asociadas a misiones de guerra o participación en conflictos armados.

En ese sentido, se precisa que la siguiente exclusión corresponde a una condición particular de aseguramiento aplicable únicamente cuando concurran las circunstancias expresamente descritas por la aseguradora:

> *"Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desórdenes obrero-patronales, alteración del orden público, rebelión, revolución, insurrección, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil o actos de terrorismo, siempre que el asegurado haya puesto su vida en peligro al ingresar a una zona de conflicto conocida, haya participado activamente en tales eventos o haya demostrado un comportamiento negligente respecto de su seguridad personal."*

Por lo anterior, la simple permanencia del afiliado en el exterior en cumplimiento de una comisión oficial autorizada por la Policía Nacional no configura por sí sola la aplicación de dicha exclusión. En consecuencia, las coberturas exigidas por la Entidad deberán operar respecto de los eventos cubiertos que ocurran durante el desarrollo normal de las comisiones de servicio, sin perjuicio de las exclusiones expresamente previstas en la póliza o tarjeta de asistencia médica.

Finalmente, la valoración y aceptación de los riesgos asociados a los diferentes países de destino hacen parte del análisis técnico y actuarial que corresponde efectuar a cada proponente al momento de estructurar su oferta, con base en la información suministrada por la Entidad dentro del proceso de selección.

OBSERVACION No. 17

"17. Referencias documentales y prelación
Los anexos contienen referencias a acuerdos con años diferentes y la sección de datos del contrato menciona el proceso PN DISAN LI 003 2025.

Solicitamos corregir las referencias, suministrar los textos de los acuerdos que se incorporan al alcance y establecer el orden de prelación entre pliego, anexos técnicos, exclusiones, oferta y condicionado de la póliza. Igualmente, precisar el tratamiento de modificaciones posteriores de los acuerdos durante una contratación con tarifas fijas".

RESPUESTA OBSERVACION No. 17

La Dirección de Sanidad **ACEPTA** la observación toda vez que, revisado el proyecto pliego de condiciones se evidencia que en el ***"ANEXO No.1 DATOS DEL ANEXO",*** en el acápite ***"CONSIDERANDOS",*** erróneamente se indicó el proceso *PN DISAN LI 003 2025, m*otivo por el cual se realiza el ajuste en el pliego definitivo del presente proceso, debido al error de transcripción en la ANEXOS Y FORMULARIOS, específicamente en la página 32 del Anexo Minuta del Contrato, donde se hace referencia al proceso PN DISAN LI 003 2025. En consecuencia, se realizará la modificación correspondiente en la versión definitiva de los documentos del proceso, ajustando dicha referencia al proceso que corresponde.

No obstante, se aclara que los anexos y formularios publicados corresponden a formatos borrador destinados a ser diligenciados por los oferentes y que la situación identificada constituye un error meramente formal, el cual no afecta el objeto, alcance, condiciones técnicas, requisitos habilitantes ni factores de evaluación establecidos para el presente proceso.

ALCANCE OBSERVACIONES CONTINENTAL ASSIST COLOMBIA SAS

"OBSERVACIONES PREPLIEGOS

PROCESO LICITACION PUBLICA PN DISAN LI 004 2026

Ponemos a su consideración las siguientes observaciones al proyecto de Pliegos del proceso en asunto, las cuales esperamos sean de buen recibo:

1. *Aclarar si la cobertura cuenta con un apartado de accidentes personales actualmente, e indicar bajo qué condiciones de amparos y valor asegurado.*

2. *Aclarar quienes son los asegurados a la póliza, solo funcionarios de la Policía o se incluyen sus familias, de ser así, ¿aplican todas las mismas coberturas para el grupo familiar?*

3. *Aclarar cómo opera la cobertura de preexistencias, e indicar si se vienen tratando por la EPS o servicio médico al que se encuentre afiliado el asegurado.*

4. *Indicar cuales consideran enfermedades de alto costo que no estarían cubiertas dentro de las preexistencias del negocio.*

5. *Aclarar cómo será la operación del programa, con que anticipación se informa el grupo asegurado que viajará y el tiempo establecido de la permanencia en el exterior, y en caso de que un grupo supere la vigencia de un grupo, como opera el cambio para el otro plan.*

6. *Discriminar el informe de siniestralidad actualizada, indicando siniestros pagados, en reserva, por amparo, por grupo 1 o 2, e indicar cuántos eventos se generan por AP".*

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que el presente proceso no contempla una cobertura específica o independiente de accidentes personales. El objeto contractual corresponde a una póliza de seguro o tarjeta de asistencia médica internacional para la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios derivados de enfermedades o lesiones accidentales ocurridas durante la permanencia en el exterior del afiliado.

En consecuencia, las lesiones derivadas de un accidente se encuentran amparadas en la medida en que generen la necesidad de atención médica, hospitalaria, quirúrgica, farmacéutica, de diagnóstico, rehabilitación o traslado asistencial, de conformidad con las coberturas y límites establecidos en las condiciones técnicas del proceso.

Por lo anterior, la Dirección de Sanidad no requiere una cobertura independiente de accidentes personales, sino una cobertura integral de servicios médicos derivados de enfermedad o lesión accidental durante la permanencia en el exterior, conforme a las condiciones técnicas exigidas en el proceso contractual.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que los asegurados de la póliza o tarjeta de asistencia médica son los definidos en el objeto contractual del proceso, el cual establece la cobertura para el personal afiliado al Subsistema de Salud de la Policía Nacional y sus beneficiarios que se encuentren en comisión de servicio en el exterior, conforme a las condiciones y requisitos previstos en la normatividad vigente.

En consecuencia, la cobertura no se limita exclusivamente a los funcionarios de la Policía Nacional, sino que incluye igualmente a los beneficiarios que cumplan las condiciones establecidas para su autorización e inclusión en la comisión al exterior.

Asimismo, las coberturas, amparos, límites y condiciones aplicables serán los establecidos en las especificaciones técnicas del proceso para los afiliados y beneficiarios que sean incluidos en la póliza o tarjeta de asistencia médica, de conformidad con las condiciones de aseguramiento exigidas por la Dirección de Sanidad.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que la cobertura de preexistencias operará conforme a las condiciones técnicas establecidas en el proceso, siempre que estas no correspondan a eventos médicos de alto costo.

Para tal efecto, los usuarios afiliados deberán diligenciar la declaración de asegurabilidad definida por la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica, con el fin de identificar las condiciones preexistentes y efectuar la respectiva evaluación del riesgo. Adicionalmente, la Dirección de Sanidad remitirá la certificación de valoración de las condiciones médicas de los uniformados y beneficiarios que salgan en comisión al exterior por períodos superiores a treinta (30) días, conforme a lo establecido en los artículos 3 y 4 del Acuerdo 015 de 2002.

Asimismo, se precisa que las enfermedades o condiciones preexistentes que se encuentren en tratamiento antes del inicio de la comisión continuarán siendo manejadas por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional mientras el afiliado permanezca en territorio nacional. Una vez iniciado el desplazamiento al exterior, su atención se sujetará a las coberturas, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en la póliza o tarjeta de asistencia médica contratada.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que las enfermedades de alto costo corresponden a aquellas patologías o condiciones de salud que, debido a su complejidad clínica, requerimiento de tratamientos especializados, uso prolongado de tecnologías en salud, medicamentos de alto valor y alto impacto financiero, generan costos de atención significativamente elevados.

En consecuencia, las preexistencias que correspondan a eventos médicos de alto costo no se encuentran cubiertas dentro de las condiciones establecidas para el presente proceso. Su identificación y clasificación se realizará con base en la declaración de asegurabilidad, la valoración médica correspondiente y los criterios técnicos de aseguramiento definidos por la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica adjudicataria.

Asimismo, las demás preexistencias se sujetarán a las condiciones de cobertura previstas en las especificaciones técnicas del proceso y a las condiciones de aseguramiento aplicables.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que la operación del programa se realizará mediante los mecanismos de afiliación definidos entre la Dirección de Sanidad y la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica adjudicataria. Para tal efecto, la Dirección de Sanidad reportará las novedades de inclusión de los asegurados con una antelación mínima de un (1) día al inicio de la comisión, teniendo en cuenta que un número significativo de las comisiones, especialmente las transitorias, se generan por necesidades del servicio y no siempre pueden ser programadas con mayor anticipación.

En consecuencia, el supervisor del contrato, a través de los canales y mecanismos de comunicación establecidos con el contratista, informará oportunamente la información necesaria para la afiliación, incluyendo como mínimo: cantidad de días de la comisión, grupo al que corresponde el afiliado (Grupo 1 o Grupo 2), número de personas a afiliar, fecha de inicio, fecha de finalización de la comisión y país de destino.

Asimismo, se precisa que la clasificación entre Grupo 1 y Grupo 2 se determinará conforme al tiempo de permanencia autorizado en el exterior. En caso de presentarse modificaciones durante la ejecución de la comisión que impliquen un cambio de grupo, la Dirección de Sanidad informará dicha novedad a la compañía aseguradora o empresa de asistencia médica para que se realicen los ajustes administrativos y de cobertura a que haya lugar, de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6

La Dirección de Sanidad **INFORMA** que, con el fin de atender la observación presentada y brindar mayores elementos de análisis a los interesados, se anexa archivo en formato Excel que contiene la información de siniestralidad disponible discriminada conforme a los datos reportados por la compañía aseguradora durante la ejecución contractual. En dicho archivo se incluye la información relacionada con siniestros pagados, valores en reserva y demás datos que reposan en poder de la Dirección de Sanidad para los períodos objeto de consulta.

OBSERVACIONES POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

"Asunto: OBSERVACIONES AL PROYECTO PLIEGO DE CONDICIONES DE LA LICITACION PUBLICA PN DISAN LI 004 2026.

Objeto: *"Adquisición de póliza de seguro médico o tarjeta de asistencia médica internacional que garantice la prestación del servicio de salud al personal de servicio activo, afiliado al subsistema de salud de la policía nacional que se encuentre en comisión del servicio en el exterior debidamente autorizado y sus beneficiarios"*

Continuación de respuesta a observación en SECOP II, proceso PN DISAN LI 004 2026

OBSERVACION N°1 Y 2

Dentro del término establecido en el cronograma de actividades presentamos las siguientes observaciones al proceso del asunto:

1. *Solicítanos modificar el numeral **1.3.1. EXPERIENCIA MÍNIMA DEL PROPONENTE** permitiendo acreditar la experiencia en cualquiera de los siguientes códigos **84131600 o 90121800".***

CÓDIGO UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
84131600	84 - Servicios Financieros y de Seguros	13 - Servicios de Seguros y Pensiones	16- Seguros de Vida, Salud y Accidentes
90121800	90-Servicios de viajes, alimentación, alojamiento y entretenimiento	12- Facilitación de viajes	18-Servicios de asistencia de emergencia en viajes

*"**2.** Con relación al numeral **1.3.1. EXPERIENCIA MÍNIMA DEL PROPONENTE** (página 22), respetuosamente solicitamos a la Entidad ampliar el alcance del requisito de experiencia, permitiendo que ésta sea acreditada mediante contratos registrados en el RUP bajo el código **UNSPSC 84131600,** Servicios Financieros y de Seguros – servicios de seguros y pensiones – seguros de vida, salud y accidentes, sin que resulte necesario que el objeto contractual corresponda específicamente a la prestación de servicios de salud y asistencia médica internacional para uniformados.*

En ese sentido, exigir que la experiencia acreditada se derive de contratos con un objeto idéntico o altamente específico al del presente proceso podría restringir la pluralidad de oferentes y limitar la libre concurrencia, sin que ello represente un beneficio adicional para la validación de la capacidad técnica del proponente. Por lo anterior, solicitamos que la experiencia sea evaluada con fundamento en la clasificación UNSPSC exigida y en el cumplimiento del monto de experiencia requerido, independientemente de que el objeto de los contratos aportados no coincida de manera literal con el objeto contractual del presente proceso".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1 y 2

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, toda vez que la condición solicitada ya se encuentra prevista en el numeral 1.3.1. EXPERIENCIA MÍNIMA DEL PROPONENTE del Proyecto de Pliego de Condiciones. En efecto, la Entidad permite acreditar la experiencia mediante contratos registrados en el RUP bajo los códigos UNSPSC 84131600 (Seguros de Vida, Salud y Accidentes) y 90121800 (Servicios de asistencia de emergencia en viajes), conforme a lo establecido en la página 23 de pliego definitivo.

En consecuencia, no se requiere modificación al requisito habilitante de experiencia, por cuanto los códigos solicitados por el observante ya se encuentran incorporados en los documentos del proceso.

OBSERVACION N° 3 y 4

*"**3.** Solicitamos muy respetuosamente a la Entidad modificar el numeral 2 "CRITRIOS DE EVALUACIÓN" página 24 del proyecto de pliego otorgando 20 puntos y no 10 puntos, a los oferentes que acrediten "PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD", teniendo en cuenta la normatividad vigente y específica para este aspecto, según Decreto 287 de 2026 **"ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.7.4. PUNTAJE ADICIONAL EN FAVOR DE LOS EMPLEADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LOS EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.** Con el fin de promover la inclusión laboral de personas con discapacidad, sin que se ponga en riesgo del cumplimiento adecuado del objeto contractual, en los procedimientos de licitación Pública y concurso de méritos, las Entidades Estatales otorgaran un puntaje adicional máximo del dos por ciento (2%) del valor total de los puntos establecidos en las Pliegos de Condiciones o documentos equivalentes, siempre y cuando se configure alguna de las siguientes situaciones: "....*

4. *Solicitamos respetuosamente a la Entidad actualizar el numeral **2.7. PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD** (10 PUNTOS), de conformidad con la normatividad vigente, en especial lo dispuesto en el Decreto 287, mediante el cual se establece que el factor de incentivo a favor de los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad corresponderá al dos por ciento (2%) del total de los puntos establecidos en el proceso de contratación.*

   En consecuencia, respetuosamente solicitamos ajustar la asignación de este criterio a veinte (20) puntos, definido para el presente proceso, garantizando la observancia de la normativa vigente y los principios de igualdad y selección objetiva".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3 y 4

La Dirección de Sanidad **ACEPTA** la observación.

Una vez revisado el marco normativo vigente, se evidenció que el Decreto 287 de 2026, expedido el 19 de marzo de 2026, modificó las disposiciones reglamentarias relacionadas con los incentivos en los procesos de contratación a favor de las personas con discapacidad y estableció que, en los procedimientos de licitación pública y concurso de méritos, las entidades estatales deberán otorgar un puntaje adicional máximo equivalente al dos por ciento (2%) del total de los puntos definidos en los pliegos de condiciones o documentos equivalentes.

En consecuencia, teniendo en cuenta que el presente proceso contempla una asignación total de mil (1.000) puntos para la evaluación de las ofertas, el puntaje máximo aplicable para este criterio corresponde a veinte (20) puntos.

Por lo anterior, resulta procedente ajustar el numeral **2.7. PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD**, incrementando la asignación prevista de diez (10) puntos a veinte (20) puntos, con el fin de armonizar el proyecto de pliego de condiciones con lo dispuesto en el Decreto 287 de 2026, expedido el 19 de marzo de 2026, y garantizar la correcta aplicación de las medidas de acción afirmativa orientadas a promover la inclusión laboral de las personas con discapacidad.

En consecuencia, se realizará el ajuste correspondiente en la matriz de evaluación y en los demás apartes concordantes del proyecto de pliego de condiciones.

OBSERVACION N° 5 y 6

"5. En relación con el literal D) del artículo 2 del acuerdo 015 del 2002, en el cual se establece:

- *"El subsistema de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional – SSMP garantizará la prestación de servicios medico asistenciales en los siguientes casos:*
- *consulta médica que se requiere para la formulación y suministros de medicamentos que el paciente necesite de uso permanente para el control de enfermedades crónicas que no sean incapacitantes y que se encuentren en tratamiento antes de salir en comisión".*

6. *Frente a este ítem se solicita a la entidad:*

- *Precisar que esta cobertura opera para la atención de patologías o padecimientos del asegurado que se configuren dentro de la vigencia de la póliza y no para atender las enfermedades crónicas.*
- *Medicamentos y materiales de curación con receta médica hasta US$3.000 persona/año".*

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5 y 6

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, en las condiciones técnicas mínimas para los servicios ambulatorios se establece un ítem específico para medicamentos y materiales de curación con receta médica hasta US$3.000 persona/año teniendo en cuenta que se debe garantizar la entrega de medicamentos a los usuarios afiliados.

Respecto a las consultas ambulatorias se aclara que el sublímite establecido hace referencia es a la consulta a través de la cual se realiza la prescripción médica de los medicamentos.

Ahora bien, en relación con el acápite de tratamientos ambulatorios ítem de "*medicamentos y materiales de curación con receta médica*"

Medicamentos y materiales de curación con receta médica	hasta US$3.000 persona/año

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, teniendo en cuenta que, el pliego de condiciones en aras de dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 015 de marzo de 2002 del Consejo superior de Salud de Fuerzas Militares y de Policía Nacional, que en su artículo 2 se establecen las coberturas de servicios de salud que se deben garantizar el personal uniformado y beneficiario en el exterior así:

Articulo 2.- Cobertura de servicios en el exterior. *El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP garantizará la prestación de servicios médico asistenciales en los siguientes casos*

a) *Atención de urgencia, las actividades procedimientos e intervenciones que se deriven de esta, y no sean susceptibles de aplazamiento.*
b) *Atención de urgencia odontológica.*
c) *Control de embarazo, parto, puerperio, control de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida.*
d) *Consulta médica que se requiera para la formulación y* ***suministro de medicamentos que el paciente necesite de uso permanente para el control de enfermedades crónicas que no sean incapacitantes, y que se encuentren en tratamiento antes de salir en comisión.***

OBSERVACION N° 7

"7. Así mismo se solicita a la entidad precisar, que los 100 puntos adicionales se otorgaran para la cobertura de medicamentos NO asociados a patologías crónicas del paciente, si no para atenciones ambulatorias que requiera consultar con ocasión de un nuevo padecimiento".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación teniendo en cuenta la respuesta emitida a los numerales los numerales 5 y 6 del presente documento, respecto de las observaciones de realizadas por la Compañía de Seguros Positiva.

OBSERVACION N° 8 y 9

"8. Se solicita informar si a la fecha o dentro de los listados de funcionarios que esta proyectados a salir en comisión, se incluyen funcionarias que se encuentren en estado embarazo.?

En caso afirmativo:

- confirmar si se trata de una asegurada del grupo 1 o 2
- informar la altura en la cual se encuentra el periodo de gestación, es decir cuantos meses de embarazo tiene la asegurada".

9. Se solicita informar fecha fin de la comisión de la asegurada en estado de embarazo

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8 y 9

La Dirección de Sanidad **INFORMA** que, actualmente no se encuentra asegurada ninguna usuaria que se encuentre en estado de gestación, en el evento de presentarse esta condición se prestarán los servicios de salud de acuerdo a las coberturas definidas en las condiciones técnicas mínimas tanto para el Grupo 1: Urgencias, Hospitalización y Cirugía, Tratamiento Ambulatorio y Traslado Asistencial, hasta el monto total asegurado y atención del parto normal y/o cesárea y complicaciones del embarazo y parto con las siguientes coberturas:

EMBARAZO/PARTO	LIMITE ASEGURADO
Atención de parto normal y/o cesárea	USD $20.000 persona/año
Complicaciones del embarazo y parto	USD $20.000 persona/año

OBSERVACION NO. 10

"10. Se solicita a la entidad informar en relación con los funcionarios del grupo 1 y sus beneficiarios, si durante el periodo de duración de la comisión, los funcionarios y/o beneficiarios pueden eventualmente desplazarse a otro país diferente al asignado para realizar la comisión por turismo u otra situación?

En caso afirmativo se solicita a la entidad permitir el cobro de prima con base en el valor diario establecido para el grupo 2, por cada día de duración del viaje fuera del país de comisión asignado".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la solicitud de cobro de prima adicional con base en el valor diario del Grupo 2 para los días en que el asegurado se desplace a un país distinto al asignado para la comisión. Lo anterior, teniendo en cuenta que el régimen de excepción aplicable al Subsistema de Salud de la Policía Nacional contempla la posibilidad de desplazamientos ocasionales a otros países en cumplimiento de funciones oficiales, sin que ello implique una modificación en la naturaleza del aseguramiento ni un incremento en el valor de la prima pactada para el Grupo 1.

En consecuencia, se mantendrá la tarifa establecida para el Grupo 1, sin perjuicio de la obligación de reporte previo a la aseguradora para efectos de la cobertura correspondiente en el nuevo país de destino, cuando aplique.

Por lo anterior dentro de las obligaciones de la Dirección de Sanidad se establece:

> *"Dirección de Sanidad deberá reportar a la empresa aseguradora o de tarjeta de asistencia sobre cambios de país de destino y días de estancia de los asegurados, lo cual contará con la respectiva autorización por la Dirección General de la Policía Nacional con ocasión al desarrollo de las funciones establecidas en la comisión de servicio al exterior".*

OBSERVACION N°11

"11. Así mismo, se solicita incluir la obligación de reporte a la Compañía de seguros de manera previa al viaje, a fin de expedir la póliza que brinde cobertura para el nuevo país de destino y por los días de estancia".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, toda vez que la obligación de informar a la compañía aseguradora cualquier modificación relacionada con el país de destino o el tiempo de permanencia del asegurado ya se encuentra prevista en el pliego de condiciones, dentro de las obligaciones de la entidad, así:

"La Dirección de Sanidad deberá reportar a la empresa aseguradora o de tarjeta de asistencia los cambios de país de destino y días de estancia de los asegurados, lo cual contará con la respectiva autorización de la Dirección General de la Policía Nacional con ocasión al desarrollo de las funciones establecidas en la comisión de servicio al exterior".

En consecuencia, el requerimiento formulado por el observante se encuentra plenamente cubierto por las disposiciones actuales del proceso, garantizando que las novedades relacionadas con el destino o la duración de la estancia sean comunicadas oportunamente a la aseguradora para la actualización de las coberturas que correspondan. Por lo anterior, no se considera necesario efectuar modificación alguna al pliego de condiciones.

OBSERVACION No. 12

"12. En relación con la siguiente condición: "Los pacientes que requieren una cirugía ambulatoria programada, deberán solicitar preautorización de su realización a la Compañía contratada, e informará a la DIRECCIÓN DE SANIDAD. Se solicita a la entidad confirmar que esta cobertura aplica para tratar padecimientos o accidentes sufridos durante la vigencia de la póliza y no para el tratamiento de enfermedades preexistentes configuradas entes del ingreso a la póliza".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 12

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, teniendo en cuenta que el objeto del aseguramiento del exterior es otorgar la cobertura de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 015 de marzo 05 de 2002 *"Por el cual se fija la política general para la prestación de servicios médico asistenciales en el exterior al personal afiliado al SSMP que se encuentre en comisión en el exterior y a sus beneficiarios"*, por lo cual las personas que se encuentran en el exterior y los nuevos afiliados cuenten con cobertura para eventos preexistentes así:

"El producto contratado deberá contar con cobertura de preexistencias, siempre y cuando no correspondan a eventos médicos de alto costo".

OBSERVACION No. 13

"13. Se solicita a la entidad informar si pueden presentarse casos donde una parte del grupo familiar del funcionario este asegurado dentro del grupo 1 y la otra parte del grupo familiar en grupo 2, en caso afirmativo se solicita:

- *Aclarar por qué se puede presentar esta situación*
- *Dentro de las proyecciones informadas en el pliego se contempló esta situación".*

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 13

La Dirección de Sanidad **ACLARA** que, sí se puede presentar la situación, ya que han existido casos en los que los beneficiarios no permanecen de manera continua en el exterior por razones de estudio o trabajo. Por lo tanto, se reportará la afiliación a la póliza por el Grupo 2 únicamente durante el período de permanencia en el exterior, situación que será informada previamente a la aseguradora. Asimismo, estas proyecciones se encuentran contempladas dentro del número de comisiones anuales.

OBSERVACION No. 14

"14. Se solicita a la entidad modificar la siguiente exclusión así: Consultas, Exámenes y tratamientos de origen dental, a menos que sean consecuencia de un accidente, en cuyo caso solo se cubrirá la urgencia atendida dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y la atención sea prestada en una institución hospitalaria u odontológica que preste servicios de urgencia. Se excluyen además las prótesis su implantación y restauración, así como cualquier tratamiento de rehabilitación oral, dispositivos o aparatos para el

tratamiento de enfermedades de la articulación temporomandibular o maxilares. Se excluye también las Carillas, tratamiento de conductos, endodoncias, cambios de calzas, coronas, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa.

- Para efectos de esta póliza no se considera accidente, las fracturas dentales por ingesta de alimentos".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 14

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, porque las fracturas dentales por ingesta de alimentos se consideran una urgencia. Asimismo, en el marco del régimen de excepción, debe garantizar de manera obligatoria las coberturas mínimas establecidas en el artículo 2 del Acuerdo 015 de marzo de 2002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Dicho artículo establece que el SSMP debe asegurar la prestación de servicios médico-asistenciales en el exterior en los siguientes casos:

a) Atención de urgencia, incluyendo actividades, procedimientos e intervenciones que se deriven de esta y que no sean susceptibles de aplazamiento.
b) Atención de urgencia odontológica.
c) Control de embarazo, parto, puerperio, y control de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida.
d) Consulta médica requerida para la formulación y suministro de medicamentos de uso permanente para el control de enfermedades crónicas no incapacitantes, siempre que el tratamiento haya sido iniciado antes de la comisión.

En este sentido, cualquier exclusión o limitación que contravenga estas disposiciones no es procedente, ya que afectaría el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el exterior.

OBSERVACION No. 15

"15. En relación con el incremento del monto global asegurado a mínimo USD 350.000 se solicita a la entidad ajustar el presupuesto global establecido para la vigencia 2026-2027".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 15

La Dirección de Sanidad **NO ACEPTA** la observación, toda vez que la cobertura de hasta USD 350.000 no constituye un requisito técnico mínimo ni una condición obligatoria de ejecución, sino un factor técnico adicional de calificación que otorga puntaje a las ofertas con mayores coberturas. En consecuencia, dicha condición no genera la necesidad de modificar el presupuesto oficial del proceso, el cual fue determinado con fundamento en el estudio del sector y el principio de planeación.

2. FACTOR TÉCNICO: (500 PUNTOS)

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN

2.1 Cobertura en dólares (185 PUNTOS)

COBERTURA EN DÓLARES (185 PUNTOS) GRUPO 1 y 2	PUNTAJE
Hasta 500.000	185 puntos
Hasta 415.000	150 puntos
Hasta 400.000	100 puntos
Desde 350.000	65 puntos

Nota: Para aquellas empresas que no superen la oferta de cobertura de USD$350.000, no se otorgara puntaje

Frente al numeral **2.1** ***"Cobertura en dólares"***, corresponde a una **condición técnica adicional de calificación**, mediante la cual se asigna puntaje de forma proporcional a los oferentes que ofrezcan coberturas superiores para los asegurados. En este sentido, la tabla de evaluación establece una escala de puntajes que reconoce mejores condiciones de cobertura, otorgando 65 puntos a ofertas con cobertura de hasta USD 350.000, 100 puntos a coberturas de hasta USD 400.000, 150 puntos a coberturas de hasta USD 415.000 y el máximo puntaje de 185 puntos a coberturas de hasta USD 500.000.

En consecuencia, la cobertura de USD 350.000 no constituye una exigencia mínima obligatoria del proceso, sino el umbral a partir del cual se reconoce puntaje dentro del factor técnico de evaluación. Por tanto, la asignación de puntaje por mayores coberturas corresponde a un criterio de selección orientado a identificar la oferta más favorable para la Entidad y no implica la modificación del presupuesto oficial del proceso.

Bogotá D.C 09 NOV 2026

Atentamente

Coronel **CARLOS ALÍRIO FUENTES DURÀN**
Director de Sanidad Policía Nacional (E)

Proyectó: **PT. EDITH YOHANA TELLEZ RDILA**
Sustanciador (A) DISAN
Revisó: **MY. MARIO ALEXANDER BRAVO POPAYÁN**
Jefe Grupo de Contratos DISAN (E)
Revisó: **TC. JHON JAIRO ORTIZ ALVARADO**
Jefe Área Logística y Financiera DISAN
Revisó: **TC. MAYRA YANIBE PEDROZA CUBIDES**
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos DISAN

Calle 44 No. 50-51 Primer Piso.
Teléfonos: 601-5804400 Ext 7484/7524
disan.gruco@policia.gov.co
www.policia.gov.co