PN DISAN SA 021 2026

ATENCION INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUDPARA LOS USUARIOS CON VIH/SDA PERTRNECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL .

RESPUESTAS A OBSERVACIONES AL PLIEGO BORRADOR

Se emiten las siguientes respuestas a las observaciones presentadas al proceso, publicado en la plataforma del SECOP II, de ámbito técnico y de orden financiero según comunicado No GS-2026-103507-DISAN del día 10 de noviembre de 2026, así:

I. OBSERVACIONES PRESENTADAS POR VIVIR IPS

A. Régimen de glosas, autorizaciones y pago

PRIMERA OBSERVACIÓN. Régimen de descuentos y glosas: la regla del «incumplimiento total del paquete».

El estudio previo contiene tres (3) reglas distintas sobre las consecuencias de no prestar una atención incluida en el paquete. En la página 25, bajo el título «Valores individuales atenciones de cada paquete», establece:

> (...) en casos fortuitos o de fuerza mayor que no se preste alguna de las atenciones, se pueda descontar del valor del paquete al momento de hacer la auditoría de la facturación. La Dirección de Sanidad realizará el descuento de las atenciones no realizadas a los usuarios teniendo en cuenta los valores a tarifa SOAT vigente sin perjuicio de la aplicación de sanciones contractuales si a ello hubiera lugar.

En la página 26 añade:

> Adicionalmente se debe tener en cuenta que la entrega del tratamiento antirretroviral (TAR), la realización de los laboratorios es obligatorios, no prestarlos ocasionaría el incumplimiento total del paquete.

A su vez, el numeral 27 de las especificaciones técnicas mínimas incorporadas al estudio previo (página 45) dispone:

> En caso de no prestación de alguno de los servicios incluidos dentro del paquete se realizará el descuento correspondiente al servicio no prestado, de acuerdo a la tarifa SOAT vigente para la fecha de prestación del servicio.

Ninguna de estas reglas figura en el proyecto de pliego de condiciones ni en la minuta del contrato. Además, el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas publicado con el proyecto pasa del numeral 25 al numeral 28 y omite los numerales 26 y 27 del estudio previo. En cambio, en los pliegos definitivos de los procesos PN DISAN SA 002 2025 y PN DISAN SA 011 2025 la entidad incluyó este régimen

dentro de la forma de pago. Tal como está publicado, el proyecto no permite establecer cuál regla se aplica (el descuento del servicio no prestado o la glosa del valor total del paquete), en qué supuestos procede (solo en caso fortuito o fuerza mayor, o ante cualquier evento) ni en qué documento contractual se encuentra.

Las normas que regulan los acuerdos de voluntades y el trámite de glosas en salud son aplicables a la Dirección de Sanidad en la ejecución del futuro contrato. El artículo 2.5.3.4.1.2 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 441 de 2022, y el numeral 2.1.5 del artículo 2 de las Resoluciones 2335 y 2284 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social incluyen en su campo de aplicación a las entidades que administran u operan los regímenes especial y de excepción cuando celebran acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud. Además, el propio estudio previo remite al artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, al Decreto 441 de 2022 y a la Resolución 2335 de 2023 para la radicación, la auditoría y la glosa de las cuentas.

Según el artículo 4 de la Resolución 2284 de 2023, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas es de obligatorio cumplimiento y sus causales son taxativas, «por lo que no se podrán crear, eliminar o modificar las allí dispuestas». La misma norma dispone que las glosas diferentes o infundadas obligan a la entidad responsable de pago a pagar intereses moratorios. Su parágrafo exige identificar las causas específicas de glosa, «sin que les sea permitido aplicar o aceptar porcentajes globales de glosa». Para las modalidades de pago prospectivas, entre ellas el pago por conjunto integral de atenciones, paquete o canasta (artículo 2.5.3.4.2.3, numeral 1, del Decreto 780 de 2016), la norma establece tres exigencias:

1. Debe existir una nota técnica que contenga, entre otros elementos, los «Costos acordados para cada servicio o tecnología en salud» (artículo 2.5.3.4.2.4, numeral 3).

2. El acuerdo debe definir «La metodología para determinar el cumplimiento de las frecuencias mínimas o periodicidad per cápita y el debido proceso para realizar los descuentos en caso de incumplimiento» (artículo 2.5.3.4.2.2, numeral 22).

3. Cuando el prestador incumple de forma injustificada las frecuencias mínimas, el descuento corresponde «al valor establecido en la nota técnica para los servicios y tecnologías en salud que fueron prestados por otro prestador o proveedor de su red» (artículo 2.5.3.4.5.5). Se trata de una regla de restitución del valor del servicio no prestado, no de una sanción sobre el valor total.

La Resolución 2335 de 2023, por su parte, regula en su artículo 4 los criterios para el seguimiento de los acuerdos de voluntades. Su numeral 4.8 dispone que, si se pactan porcentajes de glosa por incumplimiento, estos deben establecerse «con base en la distribución del valor per cápita, y el peso porcentual de los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica». Su numeral 4.6 ordena evaluar la existencia de factores que no sean del alcance y gestión del prestador, «los cuales no podrán ser objeto de glosa».

La regla de la página 26 no corresponde a ninguna causal del Manual Único. Crea una causal propia y convierte la omisión de un solo componente en la glosa del cien por ciento (100%) del valor del paquete, lo que en la práctica equivale a un porcentaje global de glosa. Un ejemplo muestra su alcance: un paciente del Paquete IV con medicamentos recibe cada mes su tratamiento antirretroviral, pero no asiste a la toma de los laboratorios de control, que según el numeral 12 del anexo son semestrales. En ese

caso la entidad habría recibido el componente de mayor costo del paquete y, según el texto, podría glosar su valor total.

El texto tampoco distingue la causa de la omisión. La inasistencia del paciente, su negativa informada, una hospitalización, un traslado o el retiro del subsistema son factores que no dependen del prestador y que, por mandato del numeral 4.6 del artículo 4 de la Resolución 2335 de 2023, no pueden glosarse. El literal d) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 dispone que «Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud»; por ello el prestador puede gestionar y documentar la toma de la muestra, pero no imponerla. La fuerza mayor o caso fortuito es, según el artículo 64 del Código Civil, «el imprevisto a que no es posible resistir», y en la prestación de servicios de salud comprende situaciones excepcionales como las emergencias sanitarias declaradas por la autoridad, el desabastecimiento de medicamentos o insumos declarado por la autoridad sanitaria, las alteraciones del orden público, los cierres de vías y los desastres naturales que impidan la atención o el traslado del paciente.

La negativa del paciente puede ser verbal. En ese caso, su registro en la historia clínica mediante nota administrativa o de enfermería, junto con la trazabilidad de la gestión realizada para ofrecer el servicio (llamadas, mensajes de WhatsApp o de texto, correos electrónicos y reprogramaciones), constituye prueba suficiente de que el servicio fue ofrecido y no fue aceptado. El artículo 11 de la Resolución 1995 de 1999 reconoce como anexos de la historia clínica la declaración de retiro voluntario y los demás documentos que la institución considere pertinentes, y el artículo 10 de la Ley 527 de 1999, en concordancia con el artículo 247 del Código General del Proceso, confiere a los mensajes de datos valor probatorio. Exigir un documento de disentimiento firmado por el paciente desconoce la realidad de la atención de esta población, en la que la inasistencia y la negativa se expresan precisamente por la no respuesta a esas comunicaciones. Los deberes de «propender por su autocuidado» y de «atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención» corresponden al usuario (literales a) y b) de los deberes del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015), y su incumplimiento no puede trasladarse al prestador mediante la glosa del valor del paquete.

A esto se suma que el anexo califica la no interrupción del TAR como «condición crítica contractual» (numeral 29). La regla sancionaría entonces al prestador precisamente por mantener el tratamiento del paciente que no acudió al laboratorio, que es la conducta clínicamente exigida. Por último, el texto no define el periodo afectado, pese a que los laboratorios de seguimiento son semestrales y el paquete se reconoce por mes.

Si la entidad entiende esta consecuencia como una sanción, su naturaleza sería la de una cláusula penal. En ese caso debe estar pactada en el contrato, debe ser proporcional y debe aplicarse mediante el procedimiento del artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, con la audiencia previa que exige el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007. La Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el concepto del 10 de octubre de 2013 (radicado 11001-03-06-000-201300384-00, número interno 2157, C.P. Álvaro Namén Vargas), explicó que la imposición unilateral de multas exige un acto administrativo precedido del procedimiento con garantía del debido proceso previsto en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, y que solo «las multas así impuestas pueden hacerse efectivas directamente por la Administración, mediante la compensación de las sumas adeudadas al contratista».

De allí se sigue que el descuento sobre los saldos a favor del contratista es un mecanismo para hacer efectiva una sanción previamente impuesta, y no una vía para imponerla.

Además, el artículo 1596 del Código Civil ordena rebajar proporcionalmente la pena cuando el acreedor acepta un cumplimiento parcial, y el artículo 1600 del mismo código impide cobrar a la vez la pena y la indemnización de perjuicios salvo pacto expreso. La expresión «sin perjuicio de la aplicación de sanciones contractuales» permite que un mismo hecho dé lugar a un descuento y a una multa, en contravía del artículo 29 de la Constitución Política.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Incorporar al pliego de condiciones, al Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas y a la minuta del contrato un único régimen de descuentos y glosas para los paquetes, y suprimir la regla según la cual la no entrega del TAR o la no realización de los laboratorios «ocasionaría el incumplimiento total del paquete».

2. Establecer que la no prestación de una actividad incluida en el paquete dará lugar únicamente al descuento del valor de esa actividad, determinado conforme a la estructura de costos del paquete en los términos de la observación segunda, sin que el descuento pueda superar el valor de lo efectivamente no prestado.

3. Publicar la estructura de costos de cada paquete, con el peso porcentual de los medicamentos, los laboratorios y las valoraciones que lo integran, en los términos del artículo 2.5.3.4.2.4 del Decreto 780 de 2016.

4. Precisar que no habrá descuento ni glosa cuando la actividad no se realice por causas ajenas al prestador, como la inasistencia o la negativa del paciente, la hospitalización, el traslado, el retiro del subsistema o la fuerza mayor, entendida como el imprevisto al que no es posible resistir (artículo 64 del Código Civil) e incluyendo las situaciones excepcionales en salud, como las emergencias sanitarias declaradas, el desabastecimiento de medicamentos o insumos declarado por la autoridad sanitaria, las alteraciones del orden público, los cierres de vías y los desastres naturales. La negativa del paciente podrá ser verbal y se acreditará con la nota administrativa o de enfermería en la historia clínica. La gestión del prestador se acreditará con la trazabilidad de la demanda inducida (registros de llamadas, mensajes de WhatsApp o de texto, correos electrónicos y reprogramaciones) y con el registro en la historia clínica, sin que pueda exigirse un documento de disentimiento firmado por el paciente.

5. Precisar que, en la respuesta a la glosa y en la conciliación, las constancias de las comunicaciones enviadas al usuario para citarlo a las consultas e interconsultas (mensajes de texto, WhatsApp, correos electrónicos y llamadas) serán soporte suficiente para levantar la glosa de la actividad no realizada, y que el desistimiento del usuario frente a una cita ya programada, registrado en la historia clínica, excluye la glosa de esa consulta y de las interconsultas asociadas, sin que en ningún caso pueda glosarse el valor total del paquete por la falta de corresponsabilidad del usuario.

6. Precisar que el descuento afecta únicamente el periodo en que, conforme a la Guía de Práctica Clínica y al anexo técnico, correspondía la actividad no realizada.

7. Precisar que cualquier consecuencia sancionatoria se impondrá exclusivamente mediante el procedimiento del artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, y que un mismo hecho no dará lugar simultáneamente a un descuento y a una multa.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 1: la Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación. En atención a lo solicitado, se elimina del Estudio Previo el texto: "Adicionalmente se debe tener en cuenta que la entrega del tratamiento antirretroviral (TAR), la realización de los laboratorios es obligatorios, no prestarlos ocasionaría el incumplimiento total del paquete". No obstante, se mantiene la obligación de garantizar la prestación integral de los servicios contemplados en el objeto contractual, conforme a las condiciones técnicas establecidas en el proceso. En ese sentido, se precisa que, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 27 de las Especificaciones Técnicas Mínimas del Estudio Previo, "En caso de no prestación de alguno de los servicios incluidos dentro del paquete, y de conformidad con el alcance realizado al Estudio Previo y al Pliego de Condiciones, se efectuará el descuento correspondiente al servicio no prestado, de acuerdo con la tarifa SOAT vigente para la fecha en que debía prestarse el servicio, con independencia de la causa que origine su no prestación. Lo anterior aplicará cuando la prestación no sea atribuible al contratista", o cuando no exista soporte de gestión efectiva del servicio.

En consecuencia, se aclara que la no prestación de un servicio incluido dentro del paquete dará lugar al reconocimiento y descuento del valor correspondiente al servicio efectivamente no ejecutado, conforme a las condiciones señaladas en los documentos del proceso. Lo anterior busca salvaguardar el principio de pago por servicios efectivamente prestados, sin que ello implique, por sí mismo, la configuración automática de un incumplimiento contractual cuando la causa de la no prestación no sea atribuible al contratista, de conformidad con el trámite de glosas consagrado en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, establece expresamente que la entidad responsable del pago deberá cancelar los valores no objetados dentro de los treinta (30) días siguientes a la radicación de la factura con el lleno de los requisitos exigidos, continuando el trámite de auditoría y conciliación únicamente respecto de los valores glosados.

Así mismo, la Entidad considera que no resulta necesario incorporar de manera literal en los documentos del proceso el procedimiento y los términos previstos en la normatividad vigente, toda vez que dichos procedimientos son de obligatoria observancia para las partes durante la ejecución del contrato.

SEGUNDA OBSERVACIÓN. Tabla de valores para el descuento de atenciones no prestadas.

En las páginas 25 y 26 del estudio previo, la entidad relaciona los códigos con los cuales calculará, a tarifa SOAT, el descuento de las atenciones no prestadas. La tabla asigna el mismo código a profesionales distintos:

1. El código 39143 a la consulta por químico farmacéutico, por médico infectólogo y por médico psiquiatra.
2. El código 39360 a la consulta por nutrición y por enfermería.
3. El código 39141 a la consulta por médico experto, por médico pediatra y por ginecología.

Tampoco distingue entre consultas de primera vez y de control, y no asigna valor alguno a los laboratorios clínicos ni a los medicamentos, que son justamente los componentes a los que se refiere la regla de la página 26.

En el pliego definitivo del proceso PN DISAN SA 002 2025 (página 8), la entidad utilizó para el mismo fin una tabla de códigos CUPS diferenciados por profesional y por tipo de consulta. Además, el precio del paquete que se pagará al contratista resulta de aplicar el porcentaje único de descuento ofertado a los precios estimados (Nota 1 del numeral 5.1 del proyecto de pliego), mientras que el descuento por atenciones no prestadas se calcularía sobre la tarifa SOAT plena. La combinación de estos dos factores puede llevar a descontar por una atención un valor superior al que esa atención representa dentro del precio efectivamente pagado.

En el caso de los laboratorios, la prestación a cargo del contratista consiste en ordenarlos conforme a la periodicidad de la guía, programar la toma de la muestra y disponer del laboratorio habilitado o del servicio de toma de muestras en la ciudad del paciente. La toma efectiva depende de que el paciente asista. Por ello, la orden de laboratorio expedida y registrada en la historia clínica, junto con la programación de la toma, acredita que el servicio estuvo disponible y fue ofrecido; si el paciente no se realiza los laboratorios con esa orden, la omisión le es atribuible y no puede dar lugar a descuento ni a glosa, en los mismos términos expuestos en la observación primera.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Sustituir la tabla de las páginas 25 y 26 del estudio previo por una tabla de códigos CUPS diferenciada por profesional y por tipo de consulta, como la del pliego definitivo del proceso PN DISAN SA 002 2025, e incorporarla al pliego de condiciones y a la minuta.
2. Incluir en la tabla los laboratorios de seguimiento con su código CUPS, y precisar la forma de valorar los medicamentos si la entidad mantiene algún descuento asociado a ellos.
3. Precisar que al valor de referencia de cada atención se le aplicará el porcentaje único de descuento ofertado por el contratista.
4. Precisar que la suma de los descuentos aplicados a un paciente en un mes no podrá exceder el valor del paquete pagado por ese paciente en ese mes.
5. Precisar que, para los laboratorios de seguimiento, la orden médica expedida y registrada en la historia clínica, con la programación de la toma de muestra, acredita la disponibilidad y el ofrecimiento del servicio, y que si el paciente no se realiza los laboratorios con esa orden la omisión le es atribuible y no dará lugar a descuento ni a glosa.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 2: la Dirección de Sanidad ACEPTA la observación y se realiza actualización de los códigos en el estudio previo y pliego de condiciones quedando de la siguiente forma: de acuerdo con la nomenclatura, clasificación, codificación y tarifas contenidas en el Manual de Tarifas para la Compra de Servicios de Salud, reconocido como referente tarifario SOAT, vigente en el momento.

Especialidad / Servicio	Código SOAT (referencia)	CUPS (Primera Vez)	CUPS (Control / Seguimiento)
Químico Farmacéutica	39143	890214 (Atención farmacéutica)	890314

Especialidad / Servicio	Código SOAT (referencia)	CUPS (Primera Vez)	CUPS (Control / Seguimiento)
Médico Infectólogo	39143	890227	890327
Odontología	36905	890203 (Odontología general)	890303
Nutrición	39360	890205 (Nutrición y dietética)	890305
Médico Psiquiatra	39143	890243	890343
Psicología	35102	890208	890308
Enfermería	39360	890201	890301
Trabajo Social	37701	890209	890309
Médico Experto *	39141	890202 (Medicina General)	890302
Oftalmología	36100	890237	890337
Médico Pediatra	39141	890241	890341
Ginecología	39141	890223	890323

TERCERA OBSERVACIÓN. Unidad de reconocimiento del paquete y soportes de facturación.

El Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas fija como unidad de medida de los nueve (9) ítems la «CONSULTA». Sin embargo, las tablas de cantidades del proyecto de pliego (páginas 29 a 36) calculan el presupuesto multiplicando la cantidad de pacientes por mes por el valor estimado de cada ítem, y proyectan doce (12) meses para 2027 y diez (10) meses para 2028. Esa forma de cálculo corresponde a un reconocimiento por paciente activo al mes, no por consulta.

La diferencia no es de palabras. Un paquete es el conjunto de atenciones que el prestador garantiza durante el mes a cada paciente activo: suministro del tratamiento antirretroviral, seguimiento del equipo interdisciplinario, laboratorios según la periodicidad de la guía, farmacia, demanda inducida y gestión del caso. Muchas de esas atenciones no coinciden con una consulta presencial. Un paciente controlado, que según el anexo tiene valoración por médico experto cada dos (2) meses o por teleconsulta, en el mes intermedio recibe sus medicamentos, es contactado por el equipo y puede requerir laboratorios o entregas a domicilio. Si la unidad de pago fuera la «consulta», ese mes no se reconocería, aunque el paquete se haya prestado, y el prestador quedaría expuesto a una glosa por «consulta no realizada» en un mes en el que la guía no exige consulta.

Por eso la unidad de reconocimiento debe ser el paciente activo al mes, en el paquete y la modalidad que le corresponden según la base de datos de la entidad, como lo presupuestan las tablas de cantidades. Esta regla exige, además, definir qué ocurre con los pacientes que ingresan, egresan o cambian de paquete dentro del mes, de modo que el valor del mes se reconozca a un solo paquete y no haya vacíos ni duplicidades.

Por otra parte, la forma de pago (página 6) exige «Factura individual por usuario» y que la radicación venga acompañada del formato Excel «por cada orden de compra». La «orden de compra» es una figura propia de los acuerdos marco y de los instrumentos de agregación de demanda, y no corresponde a un contrato de prestación de servicios de salud adjudicado por región. La facturación mensual por región, con el detalle por usuario en los RIPS y en el formato que defina la entidad, cumple la misma función de control con menos trámites, en línea con las normas que hacen de los RIPS el soporte de la factura electrónica de venta en salud (Resolución 2275 de 2023). El principio de transparencia (artículo 24 de la Ley 80 de 1993) exige que las reglas de pago sean claras desde el pliego.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar que la unidad de reconocimiento de los ítems 2 a 9 es el paciente activo al mes en el paquete y la modalidad correspondientes, con independencia de que en ese mes se realice o no una consulta presencial, y sustituir en el anexo la unidad de medida «CONSULTA» por «paciente-mes».

   Definir la regla de reconocimiento para los ingresos, los egresos y los cambios de paquete o de modalidad que ocurran durante el mes: por ejemplo, reconocer el mes completo al paquete en el que el paciente estuvo activo el mayor número de días, o prorratear por días calendario, de modo que cada paciente-mes se pague una sola vez.

4. Suprimir la referencia a la «orden de compra» y establecer que la facturación se radica de forma mensual por región, con el detalle por usuario en los RIPS y en el formato que defina la entidad, en lugar de una factura individual por usuario.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 3: la Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación y, en consecuencia, realizará la modificación de la unidad de medida en las Especificaciones Técnicas Mínimas de los Paquetes II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, estableciéndola formalmente como «PACIENTE ACTIVO MES», en concordancia con la modalidad de atención integral prevista para dichos paquetes. Por su parte, la unidad de medida «CONSULTA» se mantendrá exclusivamente para el Paquete I, por corresponder a actividades individuales asociadas a demanda inducida y eventos específicos. Así mismo, con el fin de garantizar la coherencia de los documentos del proceso, se efectuará la corrección correspondiente en las páginas 24 y 26, reemplazando el término «orden de compra» por «contrato», ajustes que serán incorporados mediante alcance al Estudio Previo y demás documentos que integran el proceso de selección.

CUARTA OBSERVACIÓN: Autorizaciones, activación de pacientes y cambios de paquete o de modalidad.

Los documentos del proceso asignan a la entidad la activación de los pacientes en cada paquete, pero no regulan el procedimiento, el soporte ni los plazos. Sobre este punto el anexo contiene tres disposiciones:

1. Tras el primer mes de vida del recién nacido de madre que vive con VIH, «la Entidad Compradora debe activarlo en el paquete de atención II» (página 24).

2. Si un paciente del Paquete IV desea acceder a la profilaxis preexposición, «el Proveedor debe informar a la Entidad Compradora para que el Paciente sea atendido a través del paquete I de manera complementaria» (página 17).

3. Las visitas domiciliarias «Debe[n] ser autorizada[s] única y exclusivamente por parte de la supervisión nacional del contrato, con el fin de que se genere la autorización» (página 20).

Nada se dice, en cambio, sobre la base de datos de pacientes asignados, la forma de notificar las novedades de afiliación ni el trámite y el plazo de los cambios de paquete o de modalidad. Estos cambios incluyen el paso del Paquete I a un paquete de atención tras la confirmación diagnóstica, del Paquete II al III, del Paquete III al IV al cumplir la mayoría de edad y del Paquete IV al V en caso de gestación. También incluyen el paso de la modalidad sin medicamentos a la modalidad con medicamentos cuando un paciente inicia o reinicia el tratamiento antirretroviral.

Estos cambios tienen efectos económicos directos. El inicio del tratamiento antirretroviral no puede supeditarse a un trámite administrativo, y en las gestantes el anexo exige no retrasarlo. Si el paciente sigue registrado en la modalidad sin medicamentos mientras ya recibe el tratamiento, el prestador asume el costo del medicamento sin reconocimiento o queda expuesto a una glosa por falta de autorización.

La Resolución 2335 de 2023, aplicable a la entidad por el numeral 2.1.5 de su artículo 2, regula la solicitud y la respuesta de las autorizaciones:

1. Para los servicios electivos de atención prioritaria, la entidad responsable de pago tiene «un plazo máximo de dos (2) días calendario» para autorizar (artículo 9, numeral 9.1.2). Si no responde, el prestador que cuenta con el servicio habilitado presta la atención y factura con la evidencia del envío de la solicitud, sin que la entidad pueda formular glosa por ese motivo (numeral 9.1.3).

   Para las personas con condiciones de salud crónicas con manejo farmacológico, la entidad debe garantizar «la continuidad en el suministro de los medicamentos» y el seguimiento correspondiente, «sin entenderse este proceso como una nueva autorización» (artículo 10, numeral 10.2.2).

3. Ningún trámite puede trasladarse al paciente (artículo 9, parágrafo 3), y la actualización de datos no puede convertirse en una barrera para la prestación (artículo 13).

Por su parte, el parágrafo del artículo 2.5.3.4.5.4 del Decreto 780 de 2016 dispone que el cobro de los servicios prestados «a la población acorde con la base de datos suministrada por la entidad responsable de pago, no podrá ser objeto de devolución o glosa» con fundamento en que el usuario no está incluido en la Base de Datos Única de Afiliados. El mismo criterio de protección de la confianza debe aplicarse a la base de datos de pacientes que entregue la Dirección de Sanidad.

El marco normativo de las enfermedades de alto costo refuerza esta regla. La Ley 972 de 2005 declara de interés y prioridad nacional la atención integral estatal de las personas con VIH (artículo 1) y dispone que las entidades del sistema «bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida» (artículo 3). La Ley 1751 de 2015 consagra el principio de integralidad, según el cual los servicios deben suministrarse de manera completa y no puede fragmentarse la responsabilidad en su prestación (artículo 8). En desarrollo de esos principios, la Resolución 2335 de 2023 exige a la entidad responsable de pago garantizar la continuidad del suministro de los medicamentos a las personas con condiciones crónicas «sin entenderse este proceso como una nueva autorización» (artículo 10, numeral 10.2.2). En una cohorte de VIH, en la que la totalidad de los pacientes está en tratamiento continuo, la autorización individual mensual no cumple ninguna función de control y solo introduce el riesgo de interrumpir el tratamiento o de glosar la atención prestada.

A lo anterior se suma que las características del servicio del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas (página 1), reproducidas en el estudio previo (página 43), obligan al contratista a «Reportar de manera mensual los pacientes tratados, que incluya: Clase de servicios realizado, valor facturado de los mismos, fecha, en impreso y medio magnético a las UPRES Unidades prestadoras de salud en cada regional y al supervisor nacional», y a «presentar la facturación correspondiente al mes inmediatamente anterior los primeros diez (10) días del mes siguiente, conforme a los requisitos ya establecidos en "FORMA DE PAGO"». Ese plazo solo es cumplible si el contratista cuenta, antes de la atención, con la relación de usuarios activos y sus autorizaciones. Si las autorizaciones se tramitan una a una durante el mes, la factura no puede radicarse en el plazo exigido y el retraso se originaría en la propia entidad.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Establecer que la Dirección de Sanidad entregará, al inicio del contrato, la base de datos de pacientes asignados por región, paquete y modalidad, y que la actualizará mensualmente con las novedades de afiliación. La inclusión de un paciente en esa base constituirá el soporte suficiente para facturar el paquete correspondiente, sin necesidad de autorizaciones individuales mensuales.

   Definir el procedimiento para los cambios de paquete y de modalidad. El prestador informará el cambio con el soporte clínico, y la entidad responderá dentro de los dos (2) días calendario siguientes. A falta de respuesta oportuna, el cambio se entenderá aceptado desde la fecha del hecho clínico que lo origina (confirmación diagnóstica, inicio o reinicio del tratamiento antirretroviral, confirmación de la gestación o cumplimiento de la edad), sin que pueda glosarse la factura por falta de autorización.

3. Precisar cómo se reconoce el primer mes de vida del recién nacido incluido en el Paquete V, y desde qué fecha se reconoce su atención en el Paquete II.

4. Precisar que los servicios prestados a los pacientes incluidos en la base de datos de la entidad se reconocerán hasta la fecha en que la Dirección de Sanidad notifique al contratista su retiro o la pérdida de sus derechos.

5. Precisar si las visitas domiciliarias están incluidas en el valor del paquete, y fijar el plazo dentro del cual la supervisión nacional responderá las solicitudes de autorización. A falta de respuesta, debe aplicarse la consecuencia prevista en el numeral 9.1.3 del artículo 9 de la Resolución 2335 de 2023.

6. Establecer el procedimiento de entrega de pacientes y de empalme con el contratista anterior al inicio de la ejecución, de modo que se garantice la continuidad del tratamiento antirretroviral.

7. De mantenerse la exigencia de autorizaciones, establecer que la entidad las expedirá de forma masiva, por región, paquete y modalidad, antes del inicio de cada mes facturable, es decir, antes de que comience la atención de los pacientes de ese mes y a más tardar el último día hábil del mes anterior, junto con la base de datos actualizada, de modo que el contratista pueda presentar la facturación dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente y el reporte mensual a las Unidades Prestadoras de Salud regionales y al supervisor nacional.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 4: la Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación realizando inclusión de las Especificación técnicas No. 30 y 31, así:

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO No. 30 en la página 46 del estudio previo y condiciones técnicas mínimas, así: "El operador debe realizar la solicitud de autorizaciones radicada a cada Unidad Prestadora de Salud (UPRES) los días 20 de cada mes previo a la prestación, debidamente soportada; la UPRES debe responderla máximo el último día de cada mes. Esto en coordinación con el Gestor de Riesgo de cada unidad, verificando los respectivos soportes, en caso de mantener en el mismo paquete o realizar cambio del mismo.

En caso de presentarse algún cambio o ingreso nuevo posterior a la radicación, se realizará el envío de forma inmediata a la recepción del caso y la UPRES deberá brindar respuesta en máximo dos días calendario a la recepción del caso.

Lo anterior siempre con copia a la supervisión nacional del contrato."

Asimismo, el reconocimiento de la atención del recién nacido durante su primer mes de vida se encuentra definido en el **numeral 8 del ítem correspondiente al Paquete V**, en el cual se establecen las actividades y servicios requeridos para la atención integral del binomio madre-hijo en el periodo perinatal y neonatal.

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO No. 31 en la página 46 del estudio previo "La Dirección de Sanidad entregará al inicio del contrato la base de datos y la relación de usuarios, identificando la región a la que pertenecen, el paquete de atención asignado y las demás variables necesarias para garantizar la adecuada prestación de los servicios contratados. Así mismo, la Entidad informará las novedades de ingreso, egreso, traslado, cambio de paquete o pérdida de derechos, entre otras que se presenten durante la ejecución contractual. Posterior al inicio del contrato, la actualización y gestión de la población objeto de atención se realizará de conformidad con el procedimiento establecido en el numeral 30 de las Especificaciones Técnicas Mínimas".

QUINTA OBSERVACIÓN. Pago del valor no glosado y término para el recibo a satisfacción.
La forma de pago (página 6 del proyecto de pliego) dispone que el pago se hará «dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial previa expedición del recibo a satisfacción expedido por el Supervisor del Contrato», y agrega que «los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC». Según el estudio previo (página 25), el recibo a satisfacción se expide después de que el Grupo de Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia entrega la certificación de auditoría o la conciliación de las glosas. En consecuencia, la totalidad de la factura queda pendiente hasta que se resuelvan las glosas, y no existe un término cierto contado desde la radicación.

El numeral 8 del artículo 4 de la Ley 80 de 1993 impone a la entidad el deber de mantener las condiciones económicas del contrato y prevé intereses moratorios ante el retardo en el pago. A su vez, el artículo 2.5.3.4.5.7 del Decreto 780 de 2016 prevé intereses moratorios por glosas infundadas o inexistentes.

El artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, al que remite el propio estudio previo, fija el trámite de las glosas con plazos ciertos: la entidad responsable del pago las formula dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes; el prestador las responde dentro de los quince (15) días hábiles siguientes; la entidad decide si las levanta dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta; y los valores de las glosas levantadas se pagan dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento. Cuando las glosas resultan infundadas, el prestador tiene derecho a intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura (artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002), regla que reiteran los artículos 2.5.3.4.5.7 y 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016. La forma de pago del proyecto no reproduce esos plazos ni distingue el valor glosado del no glosado.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Establecer que el valor no glosado de cada factura se pagará dentro del plazo previsto, sin esperar la conciliación de las glosas.
2. Fijar un plazo máximo, contado desde la radicación, para la expedición del recibo a satisfacción.
3. Precisar que las glosas infundadas y la mora en el pago causan intereses moratorios conforme al numeral 8 del artículo 4 de la Ley 80 de 1993, al artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002 y a los artículos 2.5.3.4.5.7 y 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016.
4. Incorporar a la forma de pago y a la minuta los plazos del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 para la formulación, la respuesta y la decisión de las glosas, y para el pago de los valores levantados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 5: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que el trámite de auditoría, formulación de glosas, respuesta, conciliación y pago de cuentas se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la **Ley 1438 de 2011** y demás normas vigentes aplicables a la materia, las cuales resultan de obligatorio cumplimiento durante la ejecución contractual.

En este sentido, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 establece expresamente que la entidad responsable del pago deberá cancelar los valores no objetados dentro de los treinta (30) días siguientes a la radicación de la factura con el lleno de los requisitos exigidos, continuando el trámite de auditoría y conciliación únicamente respecto de los valores glosados.

Así mismo, la Entidad considera que no resulta necesario incorporar de manera literal en los documentos del proceso el procedimiento y los términos previstos en la normatividad vigente, toda vez que dichos procedimientos son de obligatoria observancia para las partes durante la ejecución del contrato.

En consecuencia, se mantienen las condiciones establecidas en los documentos del proceso.

SEXTA OBSERVACIÓN. Prohibición de reajustes frente a los valores proyectados para 2027 y 2028.

En la página 7 del proyecto de pliego se establece:

- LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo, estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales.

Sin embargo, las tablas de cantidades (páginas 29 a 36) calculan los valores mensuales de 2027 y 2028 con un incremento del cinco punto uno por ciento (5,1%) anual sobre el precio estimado de 2026. Por ejemplo, para trescientos veintitrés (323) pacientes del Paquete IV con medicamentos en la Región 1, el valor mensual proyectado pasa de trescientos cincuenta y tres millones ciento cuarenta y nueve mil trescientos cuarenta y nueve pesos moneda corriente ($353.149.349) en 2027 a trescientos setenta y un millones ciento cincuenta y nueve mil novecientos sesenta y seis pesos moneda corriente ($371.159.966) en 2028; ambas cifras corresponden al precio unitario de un millón cuarenta mil doscientos ochenta y siete pesos moneda corriente ($1.040.287) incrementado en el cinco punto uno por ciento (5,1%) anual. La entidad apropió entonces recursos para un incremento que el pliego declara que no reconocerá, en un contrato de cerca de veintitrés (23) meses de ejecución.

El numeral 8 del artículo 4 y el artículo 27 de la Ley 80 de 1993 imponen mantener las condiciones económicas existentes al momento de proponer. Por su parte, el numeral 5.6 del artículo 5 de la Resolución 2335 de 2023 exige prever mecanismos de ajuste cuando cambien los costos de prestación en las modalidades prospectivas.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar que el precio unitario aplicable en 2027 y 2028 será el valor estimado de la tabla de cada vigencia, afectado por el porcentaje único de descuento ofertado.

2. De manera subsidiaria, prever un ajuste anual de los precios a partir del 1 de enero de 2027, conforme a la variación del índice de precios al consumidor del año anterior.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 6: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación. En consecuencia, se realizará la modificación En consecuencia, se realizará la inclusión en el pliego de condiciones y estudio previo de una nota en el numeral 1 condiciones básicas acápite registros 5.6 "VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN", con el fin de aclarar el mecanismo de actualización aplicable durante la ejecución del contrato, así:

"Nota: El único incremento aplicable al valor de los paquetes corresponderá al cambio de vigencia fiscal y se realizará con base en la variación anual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado oficialmente para el año inmediatamente anterior por la autoridad competente."

No obstante, la Entidad aclara que no procederán reajustes adicionales por conceptos distintos a los expresamente previstos en los documentos del proceso, manteniéndose las demás condiciones económicas y financieras establecidas para la ejecución contractual.

SÉPTIMA OBSERVACIÓN. Asignación de los riesgos de incremento de usuarios, variaciones económicas y desabastecimiento de medicamentos.

La matriz de riesgos del proyecto de pliego (numeral 3, páginas 11 y 12) asigna al contratista los siguientes riesgos:

1. Riesgo 7: «Incremento en el valor de los servicios o de la cantidad de usuarios que requieran atención por VIH-SIDA».

2. Riesgo 8: «Variaciones económicas que generen impacto al contratista, respecto a los precios de los paquetes contratados».

3. Riesgo 9: «Desabastecimiento de medicamento para el tratamiento de pacientes con VIHSIDA».

Los tres riesgos escapan al control del contratista. El número de usuarios depende de la afiliación y del diagnóstico de la población del subsistema, y la propia entidad reconoce en la página 12 del estudio previo que «se presentó un incremento de usuarios, respecto a la vigencia 2024 comparado con la vigencia 2025 con un total de 145 casos nuevos, lo que representa un aumento de 9 %». Los precios de los antirretrovirales dependen de factores externos, y el desabastecimiento declarado por la autoridad sanitaria no puede ser evitado por el prestador.

El artículo 4 de la Ley 1150 de 2007 exige incluir en el pliego «la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles»; el Decreto 1082 de 2015 ordena evaluar el riesgo conforme a los manuales y guías de Colombia Compra Eficiente (artículo 2.2.1.1.1.6.3) e incluir en los estudios previos «el análisis de Riesgo y la forma de mitigarlo» (artículo 2.2.1.1.2.1.1, numeral 6), y esos manuales asignan cada riesgo a la parte que está en mejor posición de controlarlo. En las modalidades prospectivas, el artículo 5 de la Resolución 2335 de 2023 ordena prever mecanismos de ajuste de riesgo, como mínimo, para el aumento de la población (numeral 5.1), el incremento de condiciones de alto costo (numeral 5.5), los cambios en los costos de prestación (numeral 5.6) y la fuerza mayor o el caso fortuito (numeral 5.7). En el mismo sentido, el numeral 8 del artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016 incluye los mecanismos de ajuste de riesgo en el contenido mínimo del acuerdo.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Reasignar el riesgo 7 a la entidad, por ser quien administra la afiliación y el presupuesto, y precisar que el incremento de usuarios por encima de las cantidades estimadas se atenderá con cargo a la adición o al compromiso presupuestal que la entidad tramite oportunamente, sin que el mayor número de usuarios pueda trasladarse al contratista como un costo no reconocido.

2. Compartir el riesgo 8 mediante un mecanismo de revisión de precios ante variaciones extraordinarias en el costo de los antirretrovirales.

3. Precisar que el desabastecimiento declarado por la autoridad competente no será imputable al contratista ni dará lugar a descuentos, glosas o sanciones, siempre que este acredite la gestión de alternativas terapéuticas.

4. Incorporar a la minuta los mecanismos de ajuste de riesgo previstos en el artículo 5 de la Resolución 2335 de 2023.

RESPUESTA OBSERVACIÓN 7: La Dirección de Sanidad acepta parcialmente la observación y, en consecuencia, realizará el ajuste correspondiente al Riesgo No. 7, relacionado con el incremento en la

cantidad de usuarios que requieran atención por VIH/SIDA, efectuando su reasignación a la Entidad Estatal, en consideración a que dicha circunstancia obedece a variables asociadas a la administración de la población usuaria del Subsistema de Salud y no al control directo del contratista.

No obstante, la Entidad no acepta las demás solicitudes formuladas en la observación, por cuanto las condiciones económicas y operativas del proceso fueron estructuradas bajo la modalidad de prestación de servicios definida en los documentos precontractuales.

Así mismo, se precisa que, de conformidad con el numeral 5.2 FORMA DE EJECUCIÓN, la ejecución del contrato producto del presente proceso se desarrollará bajo la modalidad de prestación de servicios, en las condiciones y con las garantías exigidas por la Dirección de Sanidad y la normatividad vigente aplicable, hasta agotar el presupuesto asignado.

En consecuencia, la atención de la población objeto del contrato se efectuará dentro de los recursos presupuestales disponibles para cada región, conforme a las condiciones establecidas en los documentos del proceso.

OCTAVA OBSERVACIÓN. Inconsistencias en la población y en los valores que soportan el presupuesto.

En la página 28 el proyecto de pliego indica que el valor estimado se calculó «teniendo en cuenta que en el momento son 1.743 pacientes reportados a nivel nacional, distribuidos como se relaciona en las siguientes tablas». Las cifras de los documentos, sin embargo, no coinciden entre sí:

1. Las tablas de cantidades (páginas 29 a 36) suman mil setecientos noventa y seis (1.796) pacientes incluido el Paquete I de promoción, y mil seiscientos cuarenta y tres (1.643) sin él.

2. El análisis de la estructura de costos del estudio previo (página 30) se elaboró con mil quinientos noventa y ocho (1.598) usuarios.

3. La distribución por departamentos de la página 11 del estudio previo arroja setecientos treinta y nueve (739) pacientes para la Región 4, doscientos cuarenta y siete (247) para la Región 2 y doscientos treinta y nueve (239) para la Región 3. Las tablas de cantidades consideran, para los paquetes de atención, seiscientos cuarenta y cuatro (644), doscientos veintisiete (227) y doscientos veintiséis (226) pacientes, respectivamente.

4. El certificado del Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2027 se cita por dieciocho mil ochocientos sesenta y un millones doscientos veinticinco mil doscientos cincuenta y tres pesos moneda corriente ($18.861.225.253) (página 2 del estudio previo), mientras que las tablas de presupuesto registran dieciséis mil ochocientos sesenta y un millones doscientos veinticinco mil doscientos cincuenta y tres pesos moneda corriente ($16.861.225.253).

El numeral 4 del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015 exige que los estudios previos justifiquen el valor estimado del contrato y soporten sus cálculos. Las diferencias señaladas inciden en la suficiencia del presupuesto de cada región y en la valoración del riesgo de incremento de usuarios.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Conciliar las cifras y publicar la distribución de pacientes por región, paquete y modalidad que soporta el presupuesto de cada región.

2. Corregir la cifra del Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2027.

3. Precisar que las cantidades son estimadas, que el contrato se ejecuta hasta agotar el presupuesto de cada región, y el procedimiento aplicable si dicho presupuesto se agota antes del plazo.

RESPUESTA OBSERVACION 8: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación. En consecuencia, se realizará el ajuste correspondiente en el estudio previo incorporando la discriminación de la población objeto de atención por región, con el fin de brindar mayor claridad sobre la información que soporta la estimación del proceso. No obstante, se precisa que dichas cantidades corresponden a proyecciones y estimaciones efectuadas con base en la información disponible al momento de la estructuración del proceso, razón por la cual podrán presentar variaciones durante la ejecución contractual.

Así mismo, se ratifica lo señalado en la respuesta a la observación anterior respecto al numeral 5.2 FORMA DE EJECUCIÓN, en el cual se establece que:

"La ejecución del contrato producto del presente proceso se requiere bajo la modalidad de prestación de servicios, en las condiciones y con las garantías exigidas por la Dirección de Sanidad en los documentos del presente proceso y en la normatividad vigente aplicable, hasta agotar el presupuesto asignado."

De igual manera, se realizará la corrección del valor consignado en el numeral 1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS, correspondiente a la vigencia 2028, con el fin de garantizar la consistencia de la información financiera contenida en los documentos del proceso.

B. Aspectos clínicos

NOVENA OBSERVACIÓN. Medicamentos comerciales o «No POS por determinación legal» incluidos en el valor del paquete.

En los paquetes con medicamentos, el anexo incluye como actividad el «Suministro de medicamentos antirretrovirales comerciales o No POS por determinación legal. Según indicaciones del equipo médico.» (Paquete IV, página 19; Paquete II, página 7).

El estudio previo remite al Plan de Servicios y Tecnologías en Salud establecido por el Acuerdo 093 del 8 de octubre de 2025 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (página 7), y relaciona los antirretrovirales con registro sanitario que sirvieron de base para la estimación (página 8). Los medicamentos que están fuera de ese plan o que se ordenan por decisión judicial no pueden costearse de antemano. Incluirlos en un precio fijo durante cerca de veintitrés (23) meses traslada al contratista un riesgo que no fue tipificado ni estimado en la matriz de riesgos, en contravía del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar el alcance de la expresión «No POS por determinación legal».
2. Excluir del valor del paquete los medicamentos no incluidos en el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud ni en la relación de antirretrovirales del estudio previo, así como los ordenados por

decisión judicial, y reconocerlos por evento con el soporte de la formulación y del precio regulado o de adquisición.

3. De manera subsidiaria, publicar el listado cerrado de los medicamentos incluidos en el valor del paquete.

RESPUESTA OBSERVACION 9: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación, haciendo claridad en las ESPECIFICACIONES TECNICAS, con la inclusión de la especificación técnica No. 32 "La Entidad aclara que la expresión "No POS por determinación legal" hace referencia a aquellas tecnologías en salud, específicamente medicamentos antirretrovirales, que no se encuentran contemplados dentro del Plan de Servicios y Tecnologías en Salud vigente para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, pero cuyo suministro deba efectuarse en cumplimiento de una orden emitida por autoridad judicial competente o de una disposición legal de obligatorio cumplimiento para la Entidad.

En ese sentido, dicha referencia no implica la inclusión indiscriminada de cualquier tecnología en salud ni la transferencia ilimitada de riesgos al contratista, toda vez que la ejecución contractual deberá desarrollarse conforme a las condiciones técnicas definidas en los documentos del proceso y bajo los principios de equilibrio económico y adecuada gestión de riesgos previstos en la normatividad vigente".

DÉCIMA OBSERVACIÓN. Alcance de la obligación de vacunación.

El numeral 13 del anexo dispone:

Se debe contemplar la vacunación de los pacientes que se encuentran en el programa

> al esquema de vacunación completo que el paciente requiere con el fin de prevenir complicaciones y reducción en la mortalidad.

El texto no precisa si la obligación comprende el suministro de los biológicos, ni cómo se tratan las vacunas que no hacen parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones, cuyo costo no fue considerado en el análisis de precios del estudio previo.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar si el valor del paquete comprende el suministro de los biológicos, o solo la verificación del esquema, la orientación y la aplicación.

2. Precisar que los biológicos no incluidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones no hacen parte del valor del paquete, o que se reconocerán por separado.

RESPUESTA OBSERVACION 10: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene las condiciones establecidas en el anexo técnico, toda vez que las actividades relacionadas con vacunación constituyen un componente fundamental de la atención integral de las personas que viven con VIH, en concordancia con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica vigentes y con el propósito de reducir complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad asociadas a eventos prevenibles mediante inmunización.

UNDÉCIMA OBSERVACIÓN. Paquete I de prevención y diagnóstico: medicamentos de profilaxis y unidad de reconocimiento.

El ítem 1 del anexo (páginas 4 y 5) dispone que «La profilaxis preexposición debe contemplar suministro para uso diario o a demanda de los medicamentos de acuerdo con el perfil de riesgo y preferencias de los usuarios», y que «Se debe suministrar de manera inmediata las dosis para los 30 días de profilaxis postexposición». A diferencia de los demás paquetes, el Paquete I no distingue entre modalidad con y sin medicamentos, y su unidad de medida es la «CONSULTA».

La profilaxis preexposición es un tratamiento continuo, mientras que la profilaxis postexposición es un evento único de treinta (30) días, por lo que una misma unidad de reconocimiento no se ajusta a ambas.

Los dos componentes tienen, además, costos distintos. La profilaxis preexposición implica el suministro continuo de un esquema de dos medicamentos (tenofovir/emtricitabina), de uso diario o a demanda, con seguimiento clínico y de laboratorio cada tres meses mientras persista el riesgo. La profilaxis postexposición es un evento único de veintiocho a treinta días con un esquema de tres medicamentos, que debe iniciarse dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la exposición, con los laboratorios de base y de control. Un valor único por «consulta» no puede reflejar al mismo tiempo un costo mensual recurrente y un costo por evento: el precio resultará insuficiente para uno de los componentes o excesivo para el otro, y en ambos casos la estimación no corresponde al servicio. El numeral 3 del artículo 2.5.3.4.2.4 del Decreto 780 de 2016 exige que la nota técnica contenga los costos acordados para cada servicio o tecnología en salud, y el numeral 4 del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015, que el estudio previo justifique el valor estimado.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar si el valor del Paquete I incluye los medicamentos de profilaxis preexposición y postexposición.
2. Definir la unidad de reconocimiento de cada una de las profilaxis.
3. Definir el tiempo máximo de permanencia de un usuario en el Paquete I.
4. Dividir el Paquete I en dos ítems con valor propio: profilaxis preexposición, reconocida por usuario activo al mes e incluyendo el medicamento y el seguimiento trimestral, y profilaxis postexposición, reconocida por evento e incluyendo el esquema completo de veintiocho a treinta días y los laboratorios de base y de control, sin perjuicio de las actividades de diagnóstico y asesoría del paquete.
5. De manera subsidiaria, ajustar el valor del Paquete I de modo que refleje el costo de ambas profilaxis conforme a la estructura de costos que se publique, y precisar la regla de reconocimiento cuando un mismo usuario reciba profilaxis postexposición y luego ingrese a profilaxis preexposición.

RESPUESTA OBSERVACION 11: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene las condiciones previstas para el Paquete I – Prevención y Diagnóstico. La estructuración técnica, clínica y financiera del paquete se fundamenta en los principios de integralidad, continuidad, oportunidad y gestión del riesgo en salud, así como en las recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica

para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección por VIH/SIDA en adolescentes, adultos y gestantes, la cual reconoce la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis postexposición (PEP) como estrategias complementarias para la prevención de la infección por VIH. En consecuencia, la Entidad considera que el modelo propuesto permite garantizar una atención integral y eficiente de la población objeto del contrato, sin que se requiera modificar la unidad de reconocimiento ni la estructura definida en los documentos precontractuales.

DUODÉCIMA OBSERVACIÓN. Duración del suministro de fórmula láctea.

Para el ítem 2 (Paquete II con medicamentos), el anexo prevé el suministro de fórmula láctea «Desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad o según criterio médico» (página 7). Para el ítem 3 (Paquete II sin medicamentos), prevé el mismo suministro «Desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad o según criterio médico» (página 9). La misma población recibe así dos plazos distintos, y la modalidad «sin medicamentos» incluye un insumo con costo propio.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Unificar la duración del suministro conforme a la Guía de Práctica Clínica.

2. Precisar si la fórmula láctea hace parte del valor de ambas modalidades del Paquete II.

RESPUESTA OBSERVACION 12: la Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación, realizando la aclaración de la duración del suministro hasta los 12 meses en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del paquete 2 y 3. La Entidad aclara que la fórmula láctea hace parte del alcance de atención previsto en las modalidades del Paquete II en las que se encuentra expresamente señalada y que su suministro deberá realizarse conforme a los criterios clínicos definidos por el equipo tratante y a las recomendaciones vigentes para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

DECIMOTERCERA OBSERVACIÓN. Frecuencias de las actividades de los paquetes: ajuste estricto a las guías de práctica clínica.

El estudio previo, en el aparte «Valores individuales atenciones de cada paquete» (página 25), dispone que las atenciones «se deben presentar según los tiempos estipulados en el presente estudio los cuales son acordes a lo contemplado en la Guía de Práctica Clínica» y que «por tal motivo deben ser prestados en la periodicidad contemplada en la guía». El Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas remite igualmente a la guía para los laboratorios de seguimiento («laboratorios semestrales», numeral 12, página 2) y para la vacunación (numeral 13, página 2). Sin embargo, las tablas de actividades de los paquetes fijan frecuencias propias que no corresponden a las de la guía. En el ítem 6, Paquete IV con medicamentos, la fila de valoración por médico experto dispone que «La valoración debe realizarse de manera presencial y mensual» (página 18); en el ítem 7, Paquete IV sin medicamentos, la misma fila dispone «Cada dos (2) meses en pacientes Controlados. Para Pacientes que no están controlados la frecuencia debe ser mensual de forma presencial» (página 21); y el numeral 12 prevé, para los pacientes con criterios de teleconsulta, una «primera consulta médica de forma presencial y los dos siguientes meses por modalidad teleconsulta», con valoraciones del médico experto y del equipo interdisciplinario «cada mes» (página 2).

La Guía de Práctica Clínica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes (Guía 39-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social), en sus recomendaciones de seguimiento y retención, no establece una valoración mensual ni presencial por médico experto. Por el contrario:

1. Define al paciente controlado (carga viral indetectable, CD4 mayor de 300 células/mm³ estable en dos mediciones y adherencia a la TAR) precisamente para «espaciar las consultas con médico experto (trimestralización o bimestralización)».

2. La recomendación 26 (fuerte a favor) prevé la atención con apoyo de telesalud y «presencialidad mínima cada seis meses», y el panel precisa que la telesalud no justifica que el paciente deje de ser visto presencialmente por el médico «como mínimo cada seis meses», y que el criterio para espaciar las citas presenciales es el estado clínico, priorizando a los pacientes estables.

3. Las recomendaciones 18 y 19 fijan la valoración por infectología dentro de los tres primeros meses de ingreso, sin exceder seis, y luego como mínimo una vez al año o según criterio del médico experto o del infectólogo.

4. Las recomendaciones 20 y 21 fijan las valoraciones por nutrición, trabajo social, psicología y enfermería al ingreso y al menos una vez al año; el seguimiento cada tres meses solo aplica a los pacientes con complementos nutricionales.

5. La recomendación 22 fija las valoraciones por química farmacéutica y odontología dos veces al año, y la de químico farmacéutico además ante un cambio de TAR o un evento adverso.

6. La recomendación 32 y las Tablas 8 a 10 fijan la carga viral, el recuento de CD4, la relación CD4/CD8, el cuadro hemático, el perfil lipídico, la creatinina con uroanálisis y las transaminasas cada seis meses, con una carga viral adicional a las ocho semanas de iniciar o cambiar el TAR.

7. El seguimiento de la profilaxis preexposición es cada tres meses, como ya lo prevé el Paquete I.

En el pliego definitivo del proceso PN DISAN SA 002 2025 (anexo, páginas 49 y 52), la valoración por médico experto en el Paquete IV, con y sin medicamentos, era «Cada 2 meses en Pacientes Controlados» y mensual presencial únicamente en los no controlados, y las demás valoraciones seguían las frecuencias anuales de la guía. El proyecto actual eleva la exigencia en el paquete con medicamentos, que concentra la mayor parte de la población, sin que el estudio previo justifique el cambio.

A lo anterior se suma la relación entre la valoración por médico experto y la valoración por infectología. La guía define tres modalidades de médico tratante: el médico especialista en infectología, el médico experto en VIH y el médico experto en entrenamiento, y asigna al infectólogo el liderazgo clínico del equipo interdisciplinario (recomendación 17). La valoración realizada por el infectólogo es, por tanto, una valoración por el médico tratante de mayor nivel de competencia, que comprende el seguimiento clínico del periodo. Exigir en el mismo mes una segunda consulta médica por médico experto duplica una actividad sin indicación clínica, y glosar la valoración por médico experto cuando el paciente fue valorado por el infectólogo desconoce que el seguimiento médico sí se prestó. En la ejecución de contratos anteriores con la entidad se han presentado glosas por esa causa, lo que muestra la necesidad de que la regla quede expresa en el anexo y en la minuta.

La frecuencia del anexo es la base de los descuentos por atención no prestada a que se refiere la observación primera y, conforme al numeral 22 del artículo 2.5.3.4.2.2 y al artículo 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016, los descuentos de las modalidades prospectivas se aplican frente al incumplimiento injustificado de las frecuencias mínimas pactadas. Una frecuencia superior a la de la guía obliga a programar consultas que no están clínicamente indicadas, encarece la prestación del servicio y expone al prestador a descuentos por la inasistencia de pacientes controlados a citas que la propia guía no exige.

La verificación de las frecuencias debe hacerse, además, por el periodo que la guía fija para cada actividad y no mes a mes. En la ejecución de contratos anteriores la entidad ha glosado cada mes actividades cuya periodicidad es bimestral, semestral o anual, como si debieran prestarse mensualmente. Una actividad semestral solo puede considerarse incumplida al cierre del semestre, y una bimestral al cierre del bimestre; la glosa mensual de esas actividades no tiene fundamento en la guía ni en el anexo, y obliga a conciliar cada mes descuentos que después deben levantarse.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Ajustar las frecuencias de todas las actividades de los Paquetes I a V a las de las guías de práctica clínica vigentes, la Guía 39-2021 para personas adultas, gestantes y adolescentes y la guía para niñas, niños y adolescentes, y precisar en el anexo que esas son las frecuencias mínimas exigibles.
2. Suprimir la exigencia de valoración «presencial y mensual» por médico experto del Paquete IV con medicamentos. Establecer la frecuencia bimestral o trimestral en pacientes controlados, con presencialidad mínima cada seis meses cuando se use la teleconsulta, y la frecuencia mensual únicamente durante el inicio o el ajuste del TAR y en pacientes no controlados, según criterio del médico experto registrado en la historia clínica.
3. Fijar las demás valoraciones conforme a las recomendaciones 18 a 22 de la guía y los laboratorios conforme a sus Tablas 8 a 10, como ya lo hace el numeral 12 del anexo para los laboratorios.
4. Precisar que las actividades adicionales que ordene el equipo tratante por criterio médico se registran en la historia clínica y no constituyen una frecuencia mínima exigible ni dan lugar a descuento cuando no se realicen.
5. Precisar que la valoración realizada por el médico infectólogo en un periodo cumple la valoración por médico experto correspondiente a ese periodo, y que no procederá descuento ni glosa por la valoración por médico experto cuando el paciente haya sido valorado por infectología en el mismo mes.
6. Armonizar en ese sentido el numeral 12 y las filas de valoración por médico experto de los ítems 6 y 7 (páginas 18 y 21) del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas.
7. Establecer que el cumplimiento de las frecuencias se verifica al cierre del periodo que la guía fija para cada actividad (bimestral o trimestral para la valoración del paciente controlado, semestral para los laboratorios y anual para las valoraciones del equipo interdisciplinario), en armonía con los periodos de medición de los indicadores de la Cuenta de Alto Costo, y que no procederá descuento ni glosa mensual por actividades cuya periodicidad sea superior al mes.

RESPUESTA OBSERVACION 13: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que la modificación propuesta implica una alteración sustancial de la estructura técnica, operativa y financiera de los paquetes de atención definidos para el presente proceso contractual. Los paquetes fueron diseñados con fundamento en las necesidades asistenciales identificadas por la Entidad, las Guías de Práctica Clínica aplicables, el comportamiento epidemiológico de la población objeto de atención y el modelo integral de atención establecido para los usuarios que viven con VIH.

Adicionalmente, para la construcción del presupuesto oficial y del estudio del sector, la Entidad solicitó cotizaciones a través de la plataforma SECOP II mediante solicitud No. EM DISAN 035-2026, utilizando las mismas condiciones técnicas y paquetes contemplados en el estudio previo, recibiéndose cotizaciones por parte de diferentes prestadores sin que se formularan observaciones respecto de su estructura o viabilidad técnica y financiera.

Así mismo, las frecuencias y actividades incluidas dentro de cada paquete fueron definidas con base en criterios técnicos y clínicos orientados a garantizar el seguimiento integral de los usuarios, la adherencia al tratamiento antirretroviral, la detección temprana de fallas terapéuticas y el cumplimiento de los indicadores de resultado en salud exigidos para la atención de personas que viven con VIH.

DECIMOCUARTA OBSERVACIÓN. Indicadores, metas y satisfacción del usuario.

El numeral 16 del anexo exige el «Reporte de encuestas de satisfacción al usuario igual o mayor al 95%». La obligación 18 del contratista exige «Entregar los resultados de gestión más recientes para evaluar el desempeño frente los indicadores y metas de la CAC». Ninguno de los documentos define la ficha técnica de los indicadores, su línea base ni la consecuencia de no alcanzar la meta.

El artículo 3 de la Resolución 2335 de 2023 exige que los indicadores se concierten entre las partes (numeral 3.1), con línea base (numerales 3.3 y 3.5.2) y ficha técnica (numeral 3.5.1), «con el fin de evitar glosas injustificadas asociadas al posterior incumplimiento». Por su parte, el numeral 4.6 de su artículo 4 excluye de glosa los factores ajenos al prestador. La satisfacción del usuario y algunos resultados en salud dependen en parte de la autonomía del paciente.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Publicar los indicadores con su ficha técnica y su línea base.
2. Precisar que el resultado de la encuesta de satisfacción y de las metas de la Cuenta de Alto Costo se gestionará mediante planes de mejora en el comité de seguimiento, y que no constituirá por sí mismo causal de glosa, descuento o incumplimiento.

RESPUESTA OBSERVACION 14: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que las condiciones establecidas en el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas y en los demás documentos del proceso respecto al reporte de encuestas de satisfacción de los usuarios, así como al seguimiento de indicadores y metas de gestión, constituyen herramientas necesarias para el ejercicio de la supervisión contractual y el control de la calidad de los servicios objeto del contrato.

Lo anterior permite a la Entidad verificar de manera permanente atributos esenciales de la atención en salud, tales como la oportunidad, accesibilidad, continuidad, integralidad, adherencia al tratamiento

antirretroviral, satisfacción del usuario y cumplimiento de los resultados esperados en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

Adicionalmente, estos mecanismos de seguimiento se encuentran alineados con los principios de calidad, evaluación y mejoramiento continuo de los servicios de salud, y resultan indispensables para garantizar el adecuado cumplimiento de las obligaciones contractuales y la correcta ejecución de los recursos públicos destinados a la atención de esta población.

En consecuencia, se mantienen las condiciones establecidas en el estudio previo y en las especificaciones técnicas del proceso.

DECIMOQUINTA OBSERVACIÓN. Alcance de la obligación de atender las complicaciones por entrega tardía de medicamentos.

La obligación 16 del contratista dispone: «Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos cuando presten tratamiento con medicamentos y asumir la atención ante las complicaciones derivadas de la entrega tardía de los medicamentos en pacientes que lleven más de 48 semanas de tratamiento con el proveedor». El texto no delimita qué comprende «asumir la atención», que podría extenderse a servicios hospitalarios ajenos al objeto ambulatorio del contrato, ni exige que la demora sea imputable al contratista.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar que la obligación se limita a la atención ambulatoria incluida en el paquete.
2. Precisar que solo procede cuando la entrega tardía sea imputable al contratista.

RESPUESTA OBSERVACION 15: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene lo establecido en la obligación No. 16 del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas, toda vez que dicha obligación se encuentra orientada a garantizar la continuidad de la atención, la adherencia al tratamiento antirretroviral, la gestión integral del riesgo en salud y la protección efectiva de los usuarios que viven con VIH/SIDA.

La obligación fue definida como parte del modelo integral de atención estructurado por la Entidad, considerando las particularidades clínicas de esta población y la necesidad de prevenir eventos adversos, fallas terapéuticas, progresión de la enfermedad, desarrollo de resistencia a los medicamentos y demás complicaciones derivadas de interrupciones o deficiencias en la prestación de los servicios contratados.

En consecuencia, la Entidad considera que las condiciones establecidas son necesarias y proporcionales para el cumplimiento del objeto contractual y para garantizar la prestación integral, continua y oportuna de los servicios de salud requeridos, por lo que no resulta procedente modificar su alcance en los términos propuestos por el observante.

DECIMOSEXTA OBSERVACIÓN. Remisión de la historia clínica por correo electrónico.

El numeral 12 del anexo dispone que, para las teleconsultas, «el operador deberá enviar a la Supervisión Nacional previamente la historia clínica completa y laboratorios actualizados del paciente a revisar a

través del correo electrónico». La historia clínica de las personas que viven con VIH contiene datos sensibles relativos a la salud, protegidos por el artículo 5 de la Ley 1581 de 2012 y sujetos a reserva. Su envío por correo electrónico, sin un canal seguro definido, expone al prestador y a la entidad a riesgos de divulgación.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Establecer que la información se remitirá por un canal seguro definido por la entidad, o que la supervisión podrá consultarla directamente en el sistema de información del prestador.
2. Limitar la información a la estrictamente necesaria para la supervisión.

RESPUESTA OBSERVACION 16: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene las condiciones establecidas en el numeral 12 del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas, toda vez que el correo electrónico institucional constituye el canal oficial definido por la Entidad para el intercambio de información necesaria para la ejecución, seguimiento y supervisión del contrato.

Lo anterior obedece a la necesidad de garantizar la oportunidad en el flujo de información, la trazabilidad de las actuaciones contractuales y el adecuado ejercicio de las funciones de supervisión y control por parte de la Entidad.

Así mismo, la remisión de información a través de dicho canal deberá realizarse observando las medidas de seguridad, confidencialidad y manejo de la información definidas por la normatividad vigente, especialmente las disposiciones relacionadas con la protección de datos personales, la reserva de la historia clínica y el tratamiento de información sensible.

En consecuencia, la Entidad considera que las condiciones establecidas resultan necesarias para garantizar el adecuado desarrollo del contrato y no encuentra procedente modificar lo previsto en las especificaciones técnicas.

C. Aspectos operativos

DECIMOSÉPTIMA OBSERVACIÓN. Alcance de la Nota 1 del lugar de ejecución frente a la capacidad operativa.

La Nota 1 del lugar de ejecución (páginas 7 y 24) dispone: «Si en alguna de las ciudades de prestación del Tratamiento no existe el servicio requerido, o el proveedor no tiene una relación comercial con un tercero que sí la tenga en esta ciudad, el Proveedor debe prestar el Tratamiento a los Pacientes en la siguiente ciudad más cercana». Por otra parte, la nota de la tabla de servicios por ciudad (página 25) señala que no serán aceptados servicios habilitados en otras ciudades o municipios. El pliego no explica cómo se armonizan ambas reglas cuando un servicio no existe en una ciudad mínima.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar si la Nota 1 aplica para acreditar la capacidad operativa cuando un servicio no se encuentra habilitado por ningún prestador en una ciudad mínima.
2. Indicar cómo verificará la entidad esa circunstancia.

RESPUESTA OBSERVACION 17: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene las condiciones establecidas en el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas. Se precisa que la acreditación de la capacidad operativa exige, como regla general, que el oferente cuente con sede propia o en convenio en la ciudad mínima exigida para la prestación de los servicios objeto del contrato.

No obstante, la aplicación de la Nota 1 tendrá carácter excepcional y procederá únicamente cuando el oferente demuestre documentalmente que en la ciudad requerida no existe ningún prestador con el servicio correspondiente habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En dicho evento, se permitirá la prestación del servicio a través de la sede habilitada más cercana dentro de la misma región, garantizando en todo caso las condiciones de acceso, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención para los usuarios.

Lo anterior obedece a la necesidad de asegurar una red de prestación suficiente que permita el acceso efectivo a los servicios de salud requeridos por la población objeto del contrato, sin afectar la calidad ni la oportunidad en la atención.

DECIMOCTAVA OBSERVACIÓN. Convenios con terceros: plazo exigible y renovaciones automáticas.

La Nota 1 del numeral 1.3.3 (página 25) dispone que, para certificar que el convenio con terceros cubre el plazo requerido, «no serán válidas las renovaciones automáticas». El plazo de ejecución se extiende hasta el 31 de octubre de 2028, y es usual que los convenios entre prestadores se pacten por periodos anuales con prórroga automática. Excluir esos convenios obliga a renegociarlos antes del cierre sin que ello aporte una garantía adicional a la entidad.

A la exclusión de las renovaciones automáticas se suma que los documentos del proceso no coinciden en el plazo que debe cubrir el convenio. El numeral 1.3.3 del proyecto de pliego (página 25) exige que el convenio «cubra el plazo de la ejecución del contrato inicial» y prevé, en su Nota 2, que si el plazo del contrato se amplía se presente el otrosí del convenio. En cambio, el estudio previo, en el aparte «Sedes mínimas ofertadas para la prestación del servicio» (página 75), exige que el convenio acredite la prestación «durante el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más», y el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas (página 32) exige el respaldo del tercero «durante todo el plazo de ejecución del contrato y por seis (6) meses adicionales». Los seis meses adicionales no tienen justificación: la minuta fija la vigencia del contrato en cuatro (4) meses más que el plazo de ejecución, únicamente para la liquidación (cláusula séptima), periodo en el que no se prestan servicios; y la ampliación del plazo ya está resuelta por la Nota 2 del pliego. Exigir a los terceros un compromiso por un periodo en el que no habrá atención encarece los convenios sin beneficio para la entidad, y la discrepancia entre los documentos deja al comité evaluador sin una regla única para verificar el requisito.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Admitir los convenios con cláusula de prórroga automática.
2. Unificar los tres documentos de modo que el plazo exigible del convenio sea el plazo de ejecución del contrato inicial, como lo dispone el numeral 1.3.3 del proyecto de pliego, y suprimir la exigencia de seis (6) meses adicionales del estudio previo y del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas.

RESPUESTA OBSERVACION 18: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación y realiza la siguiente aclaración: los convenios suscritos con terceros serán válidos siempre que su vigencia garantice la prestación de los servicios durante la totalidad del plazo inicial de ejecución contractual. En consecuencia, al momento de presentar la oferta, el proponente deberá aportar documento idóneo que certifique que la cobertura ofrecida se mantendrá durante toda la vigencia inicial del contrato, garantizando desde el inicio de la ejecución la disponibilidad de la red requerida para la prestación oportuna, continua e integral de los servicios contratados.

Así mismo, con el fin de atender la observación presentada y en aplicación del principio de selección objetiva, la Entidad eliminará la exigencia relacionada con los seis (6) meses adicionales de vigencia de los convenios, manteniéndose únicamente la obligación de garantizar la cobertura durante el término de ejecución contractual inicialmente previsto.

DECIMONOVENA OBSERVACIÓN. Gastos de traslado y alojamiento del paciente y su acompañante.

La Nota 2 del lugar de ejecución (página 7) establece: «El proveedor asumirá los gastos de traslado y alojamiento (si lo requiere) del Paciente y su acompañante desde el domicilio del Paciente al lugar de prestación del servicio, cuando la sede del Proveedor esté en una ciudad o municipio diferente al domicilio del paciente siempre y cuando el paciente esté dentro de la Región de cobertura del Proveedor».

El análisis de costos del estudio previo no incorpora este concepto. Además, la Región 4 comprende departamentos como Amazonas, Vaupés, Vichada, Guainía y Guaviare, que no tienen ciudad mínima de prestación y desde los cuales el traslado suele exigir transporte aéreo.
Se trata de un costo variable que no fue estimado y que no depende de la gestión del prestador. Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Reconocer por separado los gastos de traslado y alojamiento cuando el domicilio del paciente se encuentre en un departamento sin ciudad mínima de prestación.
2. De manera subsidiaria, limitar la obligación al transporte terrestre dentro del departamento, y privilegiar la teleconsulta cuando el paciente cumpla los criterios del numeral 28 del anexo.

RESPUESTA OBSERVACION 19: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que las condiciones establecidas en las especificaciones técnicas hacen parte del modelo integral de atención diseñado para garantizar el acceso efectivo, la continuidad, oportunidad e integralidad de los servicios requeridos por la población objeto del contrato.

La modificación propuesta implica una alteración de las condiciones técnicas y operativas consideradas por la Entidad para la estructuración del proceso, así como de los costos asociados a la prestación integral de los servicios incluidos en cada paquete de atención.

Así mismo, dichas condiciones fueron tenidas en cuenta para la elaboración del estudio del sector y la determinación del presupuesto oficial. Para tal efecto, la Entidad solicitó cotizaciones a través de la plataforma SECOP II mediante solicitud No. EM DISAN 035-2026, utilizando las mismas condiciones técnicas contempladas en el estudio previo, recibiéndose cotizaciones por parte de diferentes

prestadores sin que se formularan observaciones relacionadas con la viabilidad técnica u operativa de las mismas.

En consecuencia, la Entidad considera que las condiciones establecidas resultan necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y mantener el equilibrio técnico y financiero bajo el cual fue estructurado el proceso de selección.

VIGÉSIMA OBSERVACIÓN. Envío de medicamentos a domicilio.

El numeral 12 del anexo dispone que «el costo del envío del medicamento será asumido por el operador hasta el lugar indicado por el paciente». El numeral 14 exige que el medicamento no entregado se envíe «al lugar de domicilio del paciente, en un plazo que no supere las 48 horas», y el numeral 26 del estudio previo reitera el envío a domicilio en ese mismo plazo. El lugar que indique el paciente puede estar fuera de la región adjudicada, y el plazo de cuarenta y ocho (48) horas no es alcanzable en zonas de difícil acceso.

Además, la entrega a domicilio depende de que el paciente, o la persona que él designe, reciba el medicamento. Cuando el paciente no atiende las comunicaciones, no se encuentra en el domicilio registrado o se niega a recibirlo, el prestador no puede completar la entrega, y esa circunstancia no puede tratarse como una entrega tardía imputable al contratista ni dar lugar a descuento o glosa. En esos casos, la gestión del prestador se acredita con la trazabilidad de los intentos de contacto y de entrega (llamadas, mensajes de WhatsApp o de texto, correos electrónicos y constancias de la transportadora o del domiciliario) y con la nota administrativa en la historia clínica, en los mismos términos expuestos en la observación primera.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Limitar la obligación al domicilio registrado del paciente dentro de la región adjudicada.
2. Establecer plazos diferenciales para los municipios de difícil acceso.
3. Precisar que, cuando el paciente no atienda las comunicaciones, no se encuentre en el domicilio registrado o se niegue a recibir el medicamento, no habrá entrega tardía imputable al contratista ni descuento o glosa, y que la gestión del prestador se acreditará con la trazabilidad de los intentos de contacto y de entrega (llamadas, mensajes de WhatsApp o de texto, correos electrónicos y constancias de la transportadora o del domiciliario) y con la nota administrativa en la historia clínica.

RESPUESTA OBSERVACION 20: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que las condiciones establecidas en las especificaciones técnicas responden a la necesidad de garantizar una atención integral, continua, oportuna y de calidad a la población que vive con VIH/SIDA, considerada una población de especial seguimiento debido a las características crónicas de la enfermedad y a los riesgos asociados a la interrupción o fragmentación de la atención.

La prestación de los servicios objeto del presente proceso fue estructurada bajo un modelo de atención integral que contempla la participación de un equipo interdisciplinario, con el fin de realizar el abordaje clínico, farmacológico, psicológico, nutricional y asistencial requerido por cada usuario, garantizando el seguimiento permanente de su condición de salud.

Así mismo, la continuidad del tratamiento antirretroviral y del seguimiento especializado constituye un elemento esencial para mantener la supresión viral, prevenir complicaciones clínicas, reducir el riesgo

de progresión de la enfermedad, evitar el desarrollo de resistencias a los medicamentos y asegurar el cumplimiento de los resultados esperados en salud. Por tal razón, la Entidad considera necesario mantener las condiciones definidas en el estudio previo y en las especificaciones técnicas, las cuales fueron estructuradas para garantizar la atención integral de los usuarios durante toda la ejecución contractual.

En consecuencia, no resulta procedente modificar las condiciones establecidas por la Entidad.

VIGÉSIMA PRIMERA OBSERVACIÓN. Norma de habilitación aplicable y forma de acreditar la inscripción en el REPS.

Los numerales 1.3.1.1 y 1.3.3 del proyecto de pliego (páginas 23 y 25) exigen la habilitación conforme a la Resolución 3100 de 2019 y a la «Resolución 1732 del 5 de agosto de 2026 "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones"», y disponen que todos los servicios a prestar en cada ciudad deben estar habilitados según ambas resoluciones.

La Resolución 1732 de 2026 no es una norma vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social la revocó en su integridad mediante la Resolución 2080 del 8 de septiembre de 2026, publicada en el Diario Oficial 53.619 de esa fecha. Según sus considerandos, la Imprenta Nacional certificó que la Resolución 1732 no fue publicada en el Diario Oficial, por lo que, conforme al artículo 65 de la Ley 1437 de 2011, nunca adquirió eficacia ni fuerza obligatoria; su régimen de transición de doce (12) meses (artículo 34) no produjo efectos, y continúan aplicándose «sin solución de continuidad» la Resolución 3100 de 2019 y sus modificatorias (Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022, 1410 de 2022, 1719 de 2022, 544 de 2023, 648 de 2023 y 465 de 2025), así como la Resolución 77 de 2007.

Exigir en el pliego y en el futuro contrato el cumplimiento de una resolución revocada y sin eficacia genera incertidumbre sobre el requisito habilitante y sobre la obligación contractual correspondiente, en contravía del principio de selección objetiva (artículo 5 de la Ley 1150 de 2007), y puede dar lugar a verificaciones o exigencias de la supervisión sin sustento normativo.

Por otra parte, el primer párrafo de la página 23 del proyecto de pliego dispone que los oferentes demostrarán su capacidad «con la presentación del formulario único de inscripción ante el ministerio de salud o en su defecto ante el Instituto Departamental de Salud (IDS)», y que la Dirección de Sanidad verificará la información en la página del REPS. Conforme a la Resolución 3100 de 2019, la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios se tramitan en línea en el REPS, que genera el formulario de inscripción y el reporte de los servicios habilitados por sede, consultables públicamente. El pliego no indica qué documento espera recibir ni si la impresión de la consulta del REPS, con fecha de generación, es suficiente. Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Suprimir las referencias a la Resolución 1732 de 2026 en los numerales 1.3.1.1 y 1.3.3 del proyecto de pliego, en el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas y en la minuta, y precisar que el régimen de habilitación aplicable es el de la Resolución 3100 de 2019 y sus modificatorias, conforme a la Resolución 2080 de 2026.

2. Precisar que, si durante la ejecución del contrato se expide una nueva reglamentación de habilitación, la adecuación del contratista dentro del periodo de transición que esa norma establezca no constituirá incumplimiento del contrato.

3. Precisar que el requisito del primer párrafo de la página 23 se acredita con la impresión de la consulta pública del REPS del prestador y de los servicios habilitados por sede, con fecha de generación, o con el formulario de inscripción generado por la plataforma del REPS, y que ambos documentos son equivalentes.

RESPUESTA OBSERVACION 21: La Dirección de Sanidad ACEPTA la observación y, en consecuencia, procederá a suprimir la referencia efectuada a la Resolución 1732 de 2026. Así mismo, se ratifica que el marco normativo aplicable para la habilitación de los servicios de salud será el establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, así como las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

En consecuencia, la acreditación de la habilitación de los servicios requeridos dentro del presente proceso será verificada por la Entidad a través de la información registrada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en concordancia con la normatividad vigente aplicable al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

D. Talento humano

VIGÉSIMA SEGUNDA OBSERVACIÓN. Pediatra experto en VIH en cada ciudad.

El numeral 1.3.3 (página 25) exige un «Pediatra experto en VIH», «01 profesional por cada una de las ciudades ofertadas», con «Certificación de por lo menos 1000 horas/año o 2000 horas acumuladas de atención en los últimos 5 años en el manejo de personas viviendo con VIH» y cuarenta (40) horas de educación médica continua.

Según las tablas de cantidades, cada región atiende entre veintisiete (27) y treinta y cinco (35) menores en los Paquetes II y III, distribuidos entre tres (3) y siete (7) ciudades. Además, el pliego ya exige un infectólogo pediatra por región, y el anexo le asigna la dirección del grupo de atención de los menores. Exigir en cada ciudad un pediatra con ese volumen de experiencia en VIH resulta desproporcionado frente a la población atendida, y difícilmente puede cumplirse en ciudades como Quibdó, Riohacha o Florencia.

La propia entidad lo ha reconocido. El Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas, al describir las condiciones técnicas mínimas del Paquete III en los ítems 4 y 5 (páginas 9 y 12), señala que, de acuerdo con la guía de práctica clínica pediátrica, «toda la atención debe estar liderada por un pediatra Infectólogo y brindar acompañamiento a equipos de atención que no cuenten con esta especialidad para permitir el fortalecimiento de estos equipos», y que «en todos los casos, el seguimiento clínico del menor se haga por un Infectólogo pediatra o un médico o pediatra experto, pero bajo la supervisión del Infectólogo pediatra». Si el seguimiento del menor puede estar a cargo de un médico experto supervisado por el infectólogo pediatra de la región, no existe razón técnica para exigir, además, un pediatra experto en VIH en cada ciudad.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Exigir un (1) pediatra experto en VIH por región, con atención en las demás ciudades por pediatra bajo la dirección del infectólogo pediatra, de forma presencial o mediante telemedicina.

RESPUESTA OBSERVACION 22: la Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que la exigencia de contar con un pediatra experto en VIH en cada una de las ciudades ofertadas obedece a la necesidad de garantizar la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención de la población pediátrica objeto del contrato, considerada una población especialmente vulnerable que requiere seguimiento permanente por personal con formación y experiencia específica en el manejo de esta patología.

Si bien el modelo de atención contempla la dirección y supervisión técnica por parte del infectólogo pediatra regional, la Entidad considera necesario asegurar la disponibilidad de profesionales con experiencia en VIH en cada ciudad de prestación, con el fin de garantizar la atención oportuna de los usuarios, el seguimiento clínico adecuado, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la identificación temprana de eventos que puedan afectar su estado de salud.

Así mismo, esta necesidad fue definida desde la etapa de planeación del proceso y fue incluida en la solicitud de cotización realizada a través de la plataforma SECOP II mediante la solicitud No. EM DISAN 035-2026, sobre la cual se recibieron cotizaciones por parte de diferentes prestadores sin que se presentaran observaciones relacionadas con la viabilidad técnica, operativa o financiera de dicho requisito.

En consecuencia, la Entidad considera que la exigencia es necesaria, razonable y proporcional frente a las necesidades asistenciales de la población objeto del contrato, por lo cual se mantienen las condiciones establecidas en el estudio previo.

VIGÉSIMA TERCERA OBSERVACIÓN. Certificación de la experiencia del talento humano y plazo para su acreditación.

El numeral 1 del anexo dispone que los profesionales deberán anexar «los respectivos certificados avalados por el MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL O IDS». El numeral 1.3.2 del proyecto de pliego, por su parte, dispone que las hojas de vida y los soportes se entregarán al supervisor «dentro de los CINCO (5) días posteriores a la adjudicación del proceso».

No existe un trámite de aval por parte del Ministerio de Salud y Protección Social ni de las secretarías o institutos departamentales de salud para certificar la experiencia profesional. Además, el texto no aclara si esos documentos se aportan con la oferta o después de la adjudicación.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Aclarar que la certificación de experiencia la expide la institución en la que se prestó la atención o el empleador o contratante del profesional, sin necesidad de aval.
2. Ampliar el término a diez (10) días hábiles contados desde la adjudicación, o fijarlo como requisito previo a la suscripción del acta de inicio.

RESPUESTA OBSERVACION 23: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación y, en consecuencia, realiza ajuste a la Especificación Técnica No. 1, con el fin de ampliar los mecanismos

mediante los cuales podrá acreditarse la idoneidad y experiencia del talento humano requerido para la ejecución del contrato.

No obstante, la Entidad considera necesario mantener la exigencia de experiencia específica en la atención de personas que viven con VIH, teniendo en cuenta las particularidades clínicas de esta patología, la necesidad de garantizar la continuidad del tratamiento, la adherencia terapéutica y el cumplimiento de los estándares de calidad definidos para la atención integral de esta población.

En tal sentido, la especificación quedará de la siguiente manera:

"Equipo humano multidisciplinario de atención en salud: especialistas según cada grupo de atención, relacionar profesionales que atenderán nuestra población (Los profesionales de salud como Médicos Generales, Médico internista, Infectólogo deberán contar con la Idoneidad en el manejo de pacientes del objeto a contratar (VIH SIDA) para lo cual deberán anexar los respectivos certificados por las instituciones de salud o IPS donde laboraron, copias de certificados donde consten capacitaciones, actualizaciones, seminarios, simposios, diplomados según corresponda cada caso.

Deberán soportar mediante Certificación de experiencia profesional de por lo menos 1000 horas/año o 2000 horas acumuladas de atención en los últimos 5 años en el manejo de personas viviendo con VIH y al menos 40 horas de educación médica continúa relacionada con el VIH en el último año.

El oferente garantiza que prestará los servicios para las regiones con personal profesional idóneo con formación universitaria básica, especializada y/o subespecialidad a los pacientes mediante la aplicación de conocimientos y experiencia soportada con la tecnología disponible; siendo su obligación y responsabilidad el verificar la veracidad de la información de cada profesional de la salud con las oficinas de Talento Humano.

La experiencia del personal a emplear para las atenciones médicas de nuestros usuarios, deberá estar avalada por los respectivos títulos universitarios y el tiempo de experiencia, será obligación y responsabilidad del CONTRATISTA, para lo cual dentro de los CINCO (5) días posteriores a la adjudicación del proceso, hará llegar al supervisor del contrato, las respectivas hojas de vida y los soportes que acrediten la profesión y experiencia de cada profesional de la salud que prestará el servicio. Corresponde al supervisor del contrato verificar la información entregada por el Contratista."

Por otra parte, la DIRECCIÓN DE SANIDAD ratifica el plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la adjudicación del proceso para la presentación de las hojas de vida y demás documentos soporte requeridos para la verificación del cumplimiento de los requisitos del talento humano propuesto, por considerar que dicho término resulta suficiente y razonable para el cumplimiento de esta obligación.

VIGÉSIMA CUARTA OBSERVACIÓN. Perfil de neuropsicología y dedicación de los profesionales.

El numeral 1.3.3 (página 24) exige un profesional de «Neuropsicología», «01 profesional para cada región», cuyo servicio habilitable en el REPS es «Psicología». Las tablas de servicios exigen, además, «01 profesional por cada una de las ciudades ofertadas» para cada perfil, sin precisar si se trata de disponibilidad o de dedicación exclusiva al contrato.

La Guía 39-2021 (recomendación 17) incluye en el equipo interdisciplinario al psicólogo, no al neuropsicólogo. La valoración neuropsicológica es una intervención por remisión cuando se sospechan alteraciones neurocognitivas, y el propio anexo prevé la valoración por neurología o neuropsicología solo

en casos remitidos (página 17). Lo que la atención del programa requiere es un psicólogo con experiencia en la atención de personas que viven con VIH.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Precisar que el requisito se cumple con un psicólogo con experiencia en la atención de personas que viven con VIH, sin exigir formación en neuropsicología, que la valoración neuropsicológica se realizará por remisión cuando esté indicada, y admitir la valoración por telemedicina.
2. Aclarar que el requisito de un (1) profesional por ciudad se refiere a la disponibilidad del profesional para la atención de los pacientes del contrato, y no a una dedicación exclusiva.

RESPUESTA OBSERVACION 24: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que las especificaciones técnicas fueron definidas con fundamento en las necesidades asistenciales identificadas por la Entidad y en el modelo integral de atención establecido para la población objeto del presente proceso.

En relación con el profesional de neuropsicología, se aclara que el requerimiento corresponde a la disponibilidad del servicio por región, de conformidad con las necesidades de atención y seguimiento de los usuarios, garantizando el acceso oportuno a las valoraciones e intervenciones que resulten pertinentes.

Así mismo, respecto del talento humano solicitado por ciudad, las especificaciones técnicas no establecen en ningún apartado la obligación de dedicación exclusiva al contrato, por lo que los profesionales podrán desempeñar otras actividades asistenciales, siempre que se garantice el cumplimiento oportuno y adecuado de las obligaciones contractuales y la disponibilidad requerida para la atención de los usuarios.

En consecuencia, la Entidad considera que las condiciones establecidas son necesarias y proporcionales para garantizar la prestación integral, continua y oportuna de los servicios objeto del contrato, por lo cual se mantienen los requisitos definidos en el estudio previo.

VIGÉSIMA QUINTA OBSERVACIÓN. Infectólogo pediatra: servicio del REPS que respalda el perfil y perfiles admisibles.

El numeral 1.3.3, «Capacidad operativa», del proyecto de pliego (página 24) exige, en la tabla «Servicios de salud requeridos por región ofertada», un «Infectólogo pediatra», definido como «Médico Pediatra especialista en infectología», «01 profesional para cada región», y asocia ese perfil, en la columna REPS, al servicio «Infectología Pediátrica». La nota de la tabla dispone que «cada uno de los anteriores servicios deberá encontrarse habilitado en REPS mínimo uno por región ofertada». Sin embargo, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud no contempla un servicio denominado infectología pediátrica. Conforme a la taxonomía de servicios del REPS, a la que remite el numeral 7.1.2 de la Resolución 3100 de 2019 al ordenar la habilitación «de acuerdo con los servicios definidos en el REPS», un prestador puede habilitar el servicio 323, «Infectología», el 342, «Pediatría», o, para las especialidades que no tienen código propio, el 356, «Otras consultas de especialidad». Esa taxonomía sí codifica otras subespecialidades pediátricas, como cardiología pediátrica (361), nefrología pediátrica (384), neumología pediátrica (386) o neuropediatría (388), pero no la infectología pediátrica. El requisito,

tal como está redactado, exige la habilitación de un servicio que no existe en el registro, de modo que ningún proponente podría acreditarlo en los términos de la nota. En los pliegos definitivos de los procesos PN DISAN SA 002 2025 y PN DISAN SA 011 2025 (página 27 de cada uno), la propia entidad asoció este perfil al servicio «Infectología».

- La redacción genera tres dudas que inciden en la habilitación de la oferta y en la verificación del talento humano: (i) si el requisito se cumple con el servicio de infectología habilitado, como en los procesos de 2025, y un médico especialista en infectología aunque no sea pediatra; (ii) si se cumple con el servicio de pediatría o con el código 356 y un pediatra con subespecialidad en infectología pediátrica; y (iii) si, ante la escasa oferta de infectólogos pediatras en el país, se admite que el liderazgo clínico de los Paquetes II y III lo ejerza un pediatra experto en VIH o un infectólogo, con apoyo de infectología pediátrica por telemedicina. La guía de práctica clínica pediátrica, según lo reconoce la propia entidad en la descripción del Paquete III (Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas, ítems 4 y 5, páginas 9 y 12), prevé que el infectólogo pediatra brinde «acompañamiento a equipos de atención que no cuenten con esta especialidad», y la Guía 39-2021 (recomendaciones 17 a 19 y 26) prevé la telesalud para superar las barreras de disponibilidad de infectología.

- El numeral 1 del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 exige que los requisitos habilitantes sean adecuados y proporcionales a la naturaleza del contrato y que su verificación sea objetiva. Un requisito cuya forma de acreditación no está definida deja la habilitación de la oferta al criterio del comité evaluador.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Sustituir, en la tabla de servicios requeridos por región del numeral 1.3.3, el servicio «Infectología Pediátrica» por «Infectología» (código 323), «Pediatría» (código 342) u «Otras consultas de especialidad» (código 356), y aceptar cualquiera de ellos, dado que el registro no cuenta con un servicio de infectología pediátrica.

2. Precisar que el perfil se acredita con los títulos del profesional, especialista en pediatría y subespecialista en infectología pediátrica, con independencia del nombre del servicio bajo el cual esté habilitado.

3. Admitir, en subsidio, que el requisito se cumpla con un médico especialista en infectología o con un pediatra experto en VIH, con apoyo de infectología pediátrica mediante telemedicina conforme a la Guía 39-2021, y precisar que el profesional puede atender por telemedicina las ciudades de la región.

4. Precisar que la nota de la tabla, sobre la habilitación mínima de un servicio por región, se entiende cumplida con cualquiera de esos servicios, y ajustar en el mismo sentido el Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas.

RESPUESTA OBSERVACION 25: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que el perfil de Infectólogo Pediatra fue definido con fundamento en las necesidades asistenciales identificadas para la atención integral de la población pediátrica que vive con VIH/SIDA, considerando la complejidad clínica de esta población, la necesidad de seguimiento especializado y la importancia de garantizar la atención por profesionales con formación específica en pediatría e infectología.

La Entidad considera que no resulta procedente sustituir el perfil requerido por un médico especialista en infectología o por un pediatra experto en VIH, por cuanto se trata de perfiles con formación y competencias diferentes a las exigidas para el presente proceso y que no garantizan de manera equivalente el alcance técnico requerido para la atención de los pacientes menores de edad.

Así mismo, la posibilidad de apoyo mediante telemedicina constituye una herramienta complementaria para la prestación de servicios de salud, pero no sustituye el requisito de contar con el talento humano especializado definido por la Entidad dentro del modelo de atención estructurado para el proceso.

No obstante lo anterior, la Dirección de Sanidad aclara que la acreditación del perfil profesional exigido se realizará mediante los títulos académicos, certificados y demás documentos que demuestren la condición de Médico Especialista en Pediatría con formación en Infectología Pediátrica, independientemente de la denominación específica bajo la cual se encuentre habilitado el servicio de consulta especializada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

En consecuencia, la Entidad mantiene las condiciones establecidas en el estudio previo y en las especificaciones técnicas, por considerar que las mismas resultan necesarias, razonables y proporcionales para garantizar la atención integral, continua y especializada de la población pediátrica objeto del contrato.

E. Aspectos jurídicos y contractuales

VIGÉSIMA SEXTA OBSERVACIÓN. Indicadores financieros y organizacionales soportados en información de otro proceso.

El numeral 1.2.3 del proyecto de pliego (página 21) exige, como requisitos de verificación, un índice de liquidez igual o superior a 1,6, un índice de endeudamiento igual o inferior al 63 %, una razón de cobertura de intereses igual o superior a 4,17, una rentabilidad del patrimonio igual o superior a 0,43 y una rentabilidad del activo igual o superior a 0,16. Según el estudio previo (numeral 4.3.2, páginas 21 y 22), esos límites se tomaron de la información financiera de «tres (3) empresas del sector, dos (2) ubicadas en la ciudad de Bogotá y una (1) en la ciudad de Montería», sin identificarlas, con fuente en la comunicación oficial GS-2026-032652-DISAN de la Oficina Financiera.

Los anexos del estudio previo publicados con el proyecto incluyen, además, las comunicaciones GS-2026-086830-DISAN del 23 de septiembre de 2026 y GS-2026-095705-DISAN del 19 de octubre de 2026, en las que el Grupo Soporte y Seguimiento Servicios de Alto Impacto solicita calcular y actualizar los indicadores financieros para el proceso de «atención integral en salud para los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional con hemofilia», con los estados financieros de Medicarte S.A.S. y de SIES Salud S.A.S., y se señala que ninguna otra entidad presentó estados financieros y que «fue la única entidad que presentó cotización». Esos documentos corresponden a otro mercado, el de los operadores de hemofilia, cuya estructura financiera, concentrada en el suministro de factores de coagulación, no es comparable con la de las instituciones prestadoras que atienden programas de VIH.

El artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015 obliga a la entidad a hacer el análisis del sector relativo al objeto del proceso, y el numeral 1 del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 exige que los requisitos habilitantes sean adecuados y proporcionales a la naturaleza y al valor del contrato. Una rentabilidad del patrimonio del cuarenta y tres por ciento (43 %) y una rentabilidad del activo del dieciséis por ciento (16

%) son exigencias que pocas instituciones prestadoras de servicios de salud alcanzan y que no guardan relación con la capacidad de ejecutar un contrato de pago mensual contra servicio prestado. Si los límites provienen de empresas de otro sector, el requisito restringe la pluralidad de oferentes sin justificación.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Publicar el análisis del sector con la identificación de las empresas cuya información financiera sirvió de base para los indicadores, y confirmar que corresponden a prestadores de servicios de salud que atienden programas de VIH.
2. Recalcular los indicadores de capacidad financiera y organizacional con información de prestadores del sector VIH o, en su defecto, adoptar límites proporcionales al contrato, en particular para la rentabilidad del patrimonio y del activo.
3. Retirar de los anexos del estudio previo los documentos del proceso de hemofilia o explicar su relación con este proceso.

RESPUESTA OBSERVACION 26: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación, toda vez que los indicadores financieros establecidos para el presente proceso fueron definidos con fundamento en el análisis realizado por el área competente y consignado en el comunicado oficial GS-2026-032652-DISAN, en el cual se efectuó la evaluación financiera de entidades que desarrollan actividades relacionadas con el objeto contractual de "Atención Integral en Salud para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional con VIH-SIDA", determinándose los parámetros financieros aplicables al presente proceso de selección.

Así mismo, con el fin de brindar mayor claridad y transparencia a los interesados, la Entidad procederá a publicar el citado comunicado como documento complementario del proceso, permitiendo evidenciar la metodología y el análisis efectuado para la definición de los indicadores financieros requeridos.

Se aclara igualmente que la inclusión de un documento correspondiente a otro proceso obedeció a un error involuntario durante el cargue de la información en la plataforma, situación que será corregida mediante la publicación del documento que efectivamente soporta el análisis financiero del presente proceso.

En consecuencia, la Entidad mantiene los indicadores financieros establecidos, por considerar que los mismos son adecuados, razonables y proporcionales frente a la naturaleza, alcance, riesgo y cuantía del contrato a celebrar.

VIGÉSIMA SÉPTIMA OBSERVACIÓN. Valor de la garantía de calidad del servicio.

El proyecto de pliego (página 10) exige un amparo de calidad del servicio por el cincuenta por ciento (50%) del valor del contrato, con vigencia igual a la del contrato y un (1) año más. Para la Región 4, ese amparo asciende a seis mil trescientos sesenta y dos millones novecientos sesenta y dos mil doscientos sesenta y dos pesos moneda corriente ($6.362.962.262).

El artículo 2.2.1.2.3.1.15 del Decreto 1082 de 2015 ordena determinar el valor y el plazo de esta garantía de acuerdo con el objeto, el valor, la naturaleza y las obligaciones del contrato, y el estudio previo no justifica el porcentaje adoptado. En un contrato de prestación continua y de pago mensual contra servicio

auditado, el riesgo de mala calidad ya se mitiga con la auditoría de cuentas y con el amparo de cumplimiento del veinte por ciento (20%). El costo de la prima se traslada necesariamente al precio.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Reducir el valor del amparo de calidad del servicio al diez por ciento (10%) del valor del contrato o, en subsidio, a un porcentaje justificado en el análisis de riesgos.

RESPUESTA OBSERVACION 27: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene el porcentaje establecido para el amparo de calidad del servicio.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el objeto contractual corresponde a la prestación integral de servicios de salud para usuarios con VIH/SIDA del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, población que requiere atención continua, especializada e ininterrumpida, cuya inadecuada prestación podría generar consecuencias clínicas relevantes tales como pérdida de adherencia al tratamiento antirretroviral, progresión de la enfermedad, aparición de resistencia farmacológica, incremento del riesgo de complicaciones y afectación de los resultados en salud esperados.

En tal sentido, la Entidad considera que el amparo de calidad del servicio constituye un mecanismo adicional e independiente de los demás amparos exigidos dentro del contrato, orientado específicamente a garantizar que los servicios sean prestados conforme a las condiciones técnicas, asistenciales y de calidad definidas en los documentos del proceso.

Así mismo, el valor del amparo fue determinado considerando la naturaleza del objeto contractual, la complejidad de los servicios requeridos, el impacto que una deficiente prestación puede generar sobre la salud de los usuarios, la cobertura geográfica del contrato, la duración de la ejecución y los riesgos asociados a la atención integral de esta población.

En consecuencia, la Entidad considera que el valor establecido resulta adecuado y proporcional frente a los riesgos que se pretenden amparar, por lo cual se mantienen las condiciones inicialmente previstas en el proceso.

VIGÉSIMA OCTAVA OBSERVACIÓN. Inconsistencias en las garantías de seriedad y de responsabilidad civil extracontractual.

En cuanto a la garantía de seriedad, la recomendación 15 del capítulo I del proyecto de pliego (página 3) indica que «El valor asegurado deberá coincidir con el valor del presupuesto oficial para el proceso de forma total o por lote», mientras que el numeral 1.1.7 (página 18) la fija en el «10% del valor de la sumatoria del presupuesto oficial asignado a las regiones ofertadas».

En cuanto al seguro de responsabilidad civil extracontractual, la tabla de garantías del proyecto de pliego (página 10) lo fija como «Equivalente al lote o lotes adjudicados acuerdo con el valor del contrato», mientras que la minuta, en el literal d) de la cláusula de garantía única (página 68 del Anexo de Especificaciones Técnicas Mínimas), lo fija en «200, 300, 400 o 500 SMMLV de acuerdo con el valor del contrato, según lo establecido en el artículo 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015».

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Aclarar que el valor de la garantía de seriedad es el diez por ciento (10%) del presupuesto de las regiones ofertadas.

2. Aclarar que el valor del seguro de responsabilidad civil extracontractual es el que corresponda al valor de cada contrato según el artículo 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015, en los términos de la minuta.

RESPUESTA OBSERVACION 28: La Dirección de Sanidad ACEPTA la observación. Una vez revisados los documentos del proceso, se evidenció una inconsistencia en la redacción de las condiciones relacionadas con las garantías exigidas.

En consecuencia, se aclara que el valor de la Garantía de Seriedad de la Oferta corresponderá al diez por ciento (10%) del valor de la sumatoria del presupuesto oficial de las regiones ofertadas, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.1.7 del pliego de condiciones.

Así mismo, se aclara que el valor del Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual corresponderá al monto que resulte aplicable de acuerdo con el valor del contrato y conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015, manteniéndose los rangos establecidos en la minuta contractual.

En consecuencia, la Entidad realizará los ajustes y aclaraciones correspondientes en los documentos del proceso, con el fin de garantizar la coherencia entre los diferentes apartados del pliego de condiciones y la minuta contractual.

VIGÉSIMA NOVENA OBSERVACIÓN. Proporcionalidad de las multas.

La cláusula décima séptima de la minuta establece dos multas que se calculan sobre el valor total del contrato:

1. «En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el cinco por ciento (5%) del valor del contrato, dependiendo de la gravedad del incumplimiento».

2. Por la mora en la constitución de la garantía o de los requisitos de legalización, una multa del «cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días».

Para la Región 4, la primera multa puede alcanzar seiscientos treinta y seis millones doscientos noventa y seis mil doscientos veintiséis pesos moneda corriente ($636.296.226) por cualquier incumplimiento parcial, sin criterios de graduación. La segunda asciende a veinticinco millones cuatrocientos cincuenta y un mil ochocientos cuarenta y nueve pesos moneda corriente ($25.451.849) por cada día de retardo en la entrega de una póliza, hasta doscientos cincuenta y cuatro millones quinientos dieciocho mil cuatrocientos noventa pesos moneda corriente ($254.518.490).

Las multas tienen una función conminatoria y deben guardar proporción con la obligación incumplida, como lo exigen el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 1596 del Código Civil. La propia minuta calcula la multa por mora sobre el «valor dejado de cumplir o entregar», que es el criterio proporcional.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Establecer criterios de graduación para la multa por incumplimientos no valorables en días, y calcularla sobre el valor de la obligación incumplida o del periodo afectado, y no sobre el valor total del contrato.
2. Calcular la multa por mora en la constitución de la garantía sobre una base proporcional a esa obligación.

RESPUESTA OBSERVACION 29: La Dirección de Sanidad NO ACEPTA la observación y mantiene las condiciones establecidas en la minuta contractual respecto de las multas aplicables durante la ejecución del contrato.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las cláusulas de multas fueron definidas conforme a lo previsto en la normatividad vigente en materia de contratación estatal y constituyen mecanismos orientados a garantizar el cumplimiento oportuno y adecuado de las obligaciones contractuales por parte del contratista, atendiendo la naturaleza, alcance, complejidad e importancia de los servicios objeto del presente proceso.

Así mismo, se precisa que la eventual imposición de multas no opera de manera automática, sino que se encuentra sujeta al procedimiento legal y contractual correspondiente, garantizando en todo momento el debido proceso, el derecho de contradicción y la valoración de las circunstancias particulares de cada incumplimiento.

De igual forma, para la determinación de la procedencia y cuantía de las multas, la Entidad evaluará la naturaleza de la obligación incumplida, la gravedad del incumplimiento, su impacto sobre la ejecución contractual y la afectación generada a la prestación de los servicios de salud dirigidos a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

En consecuencia, la Entidad considera que las condiciones establecidas resultan adecuadas, razonables y proporcionales frente a los riesgos asociados al contrato y a la necesidad de garantizar la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención de la población objeto del mismo, razón por la cual se mantienen las disposiciones inicialmente previstas en la minuta contractual.

TRIGÉSIMA OBSERVACIÓN. Inconsistencias de la minuta del contrato.

La minuta del contrato y el anexo de obligaciones contienen estipulaciones inconsistentes entre sí o con la modalidad del proceso:

1. El considerando c) de la minuta indica que el contrato se deriva de un proceso de «selección abreviada de menor cuantía para la prestación de servicios de salud de características técnicas uniformes por subasta inversa». El proceso es una selección abreviada para la prestación de servicios de salud que, conforme al artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015, sigue el procedimiento de la menor cuantía; no es una subasta inversa ni tiene por objeto bienes o servicios de características técnicas uniformes.
2. La obligación 22 del contratista, «Notificar al proveedor del cambio del lugar de domicilio del Paciente, al menos con (15) días de anterioridad a la prestación del servicio», corresponde a la obligación 11 de la entidad.

3. La obligación 12 del anexo remite a la Resolución 165 de 2023 de la DIAN y a la Circular Externa 042 del 26 de diciembre de 2023 de la Administración del SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mientras que la obligación 12 de la minuta remite a la Circular Externa 016 del 9 de marzo de 2021 de esa misma Administración.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Corregir el considerando c) de la minuta en cuanto a la modalidad de selección.
2. Suprimir la obligación 22 del contratista.
3. Unificar las normas de facturación electrónica aplicables.
4. Incorporar a la minuta el régimen de descuentos, glosas y autorizaciones que resulte de las observaciones primera a cuarta.

RESPUESTA OBSERVACION 30: La Dirección de Sanidad ACEPTA PARCIALMENTE la observación.

En consecuencia:

1. Se realizará la corrección del considerando c) de la minuta contractual, precisando la modalidad de selección correspondiente al presente proceso.
2. Se eliminará la obligación No. 22 del contratista, toda vez que la misma corresponde a una obligación de la Entidad.
3. Se ajustará la obligación No. 12 con el fin de unificar las disposiciones aplicables en materia de facturación electrónica y trámite de pago.

No obstante, la Dirección de Sanidad no acepta la solicitud relacionada con incorporar en la minuta contractual el régimen de descuentos, glosas y autorizaciones que resulte de las observaciones presentadas, toda vez que dichas condiciones se encuentran reguladas en los documentos del proceso, incluyendo el pliego de condiciones, las especificaciones técnicas y sus respectivos anexos, los cuales hacen parte integral del contrato y resultan vinculantes para las partes.

TRIGÉSIMA PRIMERA OBSERVACIÓN. Obligaciones ajenas al objeto del contrato: catalogación y Departamento de Gestión Ambiental.

El anexo de obligaciones del contratista incluye dos obligaciones propias de los contratos de suministro de bienes o de la actividad industrial, ajenas a la prestación de servicios de salud:

1. La obligación 10 (catalogación) se refiere a «artículos de abastecimiento» y condiciona la liquidación del contrato a su cumplimiento, pese a que el objeto es la prestación de servicios de salud.

2. La obligación 23 exige tener creado el Departamento de Gestión Ambiental conforme al Decreto 1299 de 2008, norma que reglamenta ese departamento en las empresas a nivel industrial.

Las estipulaciones del contrato deben corresponder a su naturaleza y a los fines de la contratación (artículo 40 de la Ley 80 de 1993). Mantener obligaciones que el contratista no puede cumplir por la naturaleza del servicio, y condicionar a ellas la liquidación, genera un riesgo de incumplimiento formal sin ninguna utilidad para la entidad.

Por lo anterior, respetuosamente se solicita:

1. Suprimir la obligación de catalogación o precisar que no aplica a este objeto.
2. Precisar si la obligación 23 aplica a los prestadores de servicios de salud.

RESPUESTA OBSERVACION 31: La Dirección de Sanidad ACEPTA parcialmente la observación.

En consecuencia, se procederá a eliminar la obligación No. 10 relacionada con la catalogación, por cuanto la misma no guarda relación directa con el objeto del presente proceso contractual, correspondiente a la prestación de servicios de salud.

Respecto de la obligación No. 23, la Entidad ACEPTA la observación y realizará el ajuste correspondiente en los documentos del proceso, eliminando la referencia específica al Departamento de Gestión Ambiental contemplado en el Decreto 1299 de 2008, por no corresponder a un requisito de aplicación general para los prestadores de servicios de salud objeto del presente proceso.

No obstante, el futuro contratista deberá dar estricto cumplimiento a la normatividad ambiental y sanitaria vigente aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente en lo relacionado con la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud, bioseguridad y demás obligaciones ambientales que resulten exigibles durante la ejecución contractual.

10 NOV 2026

Coronel **CARLOS ALIRIO FUENTES DURÁN**
Director de Sanidad Policía Nacional (E)

Proyectó CPS-04 **KAREN LIZETH GUERRERO**
Responsable Analista GRUCO DISAN – PONAL
Revisó: MY. **MARIO ALEXANDER BRAVO POPAYAN**
Jefe Grupo Contratos DISAN – PONAL (E)
Revisó: TC. **WILLIAM TOVAR RODRIGUEZ**
Jefe Área Logística y Financiera DISAN – PONAL (E)
Revisó: TC. **MAYRA YANIBE PEDROZA CUBIDES**
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos DISAN – PONAL