FORMULARIO No. 1 DE OBSERVACIONES Y RESPUESTAS A LOS ESTUDIOS DEFINITIVOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD SASS-033-2026-HOMIL, CUYO OBJETO ES *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN SALUD ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PERFUSIÓN Y CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"*

EL SEÑOR SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN CALIDAD DE ORDENADOR DE GASTO y,

Los comités estructuradores competentes presentan el siguiente proyecto de respuestas a las observaciones formuladas.

OBSERVACIÓN No.01:

Presentada por el oferente: CORPORACIÓN ALIANZA MÉDICA PROFESIONAL (Usuario: CORPORACIÓN ALIANZA MEDICA PROFESIONAL ALMEDICO)
Fecha y Hora: (*17/11/2026 6:35:40 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito*)
Referencia: CO1.MSG.10230695

OBSERVACIÓN N° 1 (JURÍDICA / CONTRACTUAL – NUEVA): BENEFICIARIO DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Ubicación en el Estudio Definitivo: Sección 5.2, literal c. "Administrativas", numeral 22 (pág. 16), y cuadro de garantías, amparo de Responsabilidad Civil Extracontractual (pág. 124).

Aspecto observado: El numeral 22 exige que los médicos especialistas cuenten con una póliza de responsabilidad civil médica por una cuantía no inferior a 200 SMMLV y que "el Hospital Militar Central debe figurar expresamente como beneficiario de la póliza", mientras que la Nota del mismo numeral admite pólizas globales mediante carta de instrucciones o carta aclaratoria.

Solicitud: Solicitamos modificar el numeral 22 de la sección 5.2.c y el amparo de responsabilidad civil del cuadro de garantías, precisando que: (i) el Hospital Militar Central deberá figurar como asegurado, beneficiario o tercero afectado adicional, sin que ello implique exclusividad; (ii) se admite póliza individual o global, siempre que el asegurador certifique mediante carta de instrucciones, anexo o certificación que el Hospital está amparado frente a los hechos derivados de la ejecución del contrato; y (iii) la verificación del supervisor se limitará a constatar la vigencia, la cuantía de 200 SMMLV y la cobertura del Hospital.

RESPUESTA 1. SE ACOGE PARCIALMENTE

El numeral 22 regula el seguro de responsabilidad profesional de los médicos. Se acepta precisar la ausencia de exclusividad y los medios de acreditación. No se acepta limitar la supervisión a tres verificaciones.

En el numeral 5.2, literal c, obligación 22, se ajustará: *«El seguro deberá identificar al Hospital Militar Central como beneficiario respecto de los perjuicios que sufra en calidad de tercero afectado por hechos imputables al médico asegurado. Antes del inicio de la prestación del servicio, el supervisor verificará los profesionales amparados, las actividades cubiertas, la suma asegurada mínima de 200 SMMLV, la vigencia por el plazo de ejecución y seis (6) meses más, y las condiciones y exclusiones que puedan afectar la cobertura exigida.*

Nota: Se admitirán pólizas individuales o globales. Para la póliza global se aportarán la póliza y la carta de instrucciones, anexo o certificación expedida o avalada por la aseguradora que identifique el contrato, los profesionales cubiertos, la cobertura del Hospital y la suma asegurada aplicable. Toda ampliación de cobertura deberá constar en el correspondiente anexo de la aseguradora».

OBSERVACIÓN N° 2 (JURÍDICA / CONTRACTUAL – REITERACIÓN DE LA OBSERVACIÓN N° 3 INICIAL): DEBIDO PROCESO EN EVENTOS ADVERSOS

Ubicación en el Estudio Definitivo: Sección 5.2, literal e. "Corresponsabilidad y gestión del riesgo en la atención en salud", numerales 3 y 4 (pág. 18).

Aspecto observado: En la respuesta a la Observación N° 3, la Entidad acogió la solicitud y manifestó que las conclusiones de los comités "serán elementos de evaluación y no determinarán automáticamente un incumplimiento contractual, la pérdida de honorarios o una obligación indemnizatoria". Sin embargo, el Estudio Definitivo mantiene en el numeral 3 que la calificación de "Prevenible" es facultad "exclusiva" de los comités y, en el numeral 4, que "en caso de que se corrobore el dictamen del comité, se aplicarán" de forma directa el no reconocimiento de honorarios, la responsabilidad patrimonial por sanciones, indemnizaciones y condenas, y la responsabilidad por daños de equipos. Solo se incorporó el término de cinco días hábiles.

Solicitud: Solicitamos ajustar los numerales 3 y 4 de la sección 5.2.e para que: (i) se elimine la expresión "exclusiva" y se establezca que los comités conservan la competencia técnica para analizar y clasificar los eventos, y que sus conclusiones son elementos de evaluación que no determinan automáticamente el incumplimiento, la pérdida de honorarios ni la obligación indemnizatoria; (ii) antes de cualquier decisión se comuniquen al contratista los hechos, soportes y posibles consecuencias, con un término no inferior a cinco (5) días hábiles para presentar explicaciones, aportar y controvertir pruebas; (iii) el no reconocimiento de honorarios o cualquier consecuencia patrimonial solo proceda mediante decisión motivada de la Entidad, adoptada con base en el procedimiento del artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 y susceptible de recurso; (iv) la responsabilidad patrimonial por sanciones, indemnizaciones o condenas judiciales se determine únicamente cuando se demuestre la culpa o el nexo causal imputable al contratista, y no por la mera clasificación del comité; y (v) la responsabilidad por daños a equipos e insumos se limite a los causados por uso inadecuado debidamente demostrado.

RESPUESTA 2. SE ACOGE PARCIALMENTE

Se acoge la corrección porque el numeral 4 todavía atribuye efectos económicos directos a la confirmación del dictamen, pese a lo aceptado en la respuesta inicial 3. El hallazgo clínico sirve para evaluar la atención. La imputación contractual exige valorar la conducta y la prueba. El artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 rige las actuaciones que contempla, no toda diferencia sobre una factura ni toda pretensión indemnizatoria.

Se modifican íntegramente los numerales 3 y 4 del numeral 5.2, literal e , así:

> *«3. Los comités institucionales competentes analizarán y clasificarán técnicamente las IAAS, reingresos, reintervenciones y demás eventos adversos. Documentarán los hechos, protocolos aplicables y razones de su conclusión. Sus informes serán elementos de evaluación sujetos a contradicción. La calificación de un evento como prevenible no determinará por sí sola incumplimiento contractual, pérdida de honorarios ni obligación indemnizatoria.*
>
> *4. Antes de adoptar una decisión contractual desfavorable, el Hospital comunicará al contratista los hechos, soportes, obligaciones presuntamente afectadas y posibles consecuencias, y le concederá cinco (5) días hábiles desde la comunicación con acceso a los soportes para presentar explicaciones, aportar pruebas y controvertir las existentes. La autoridad competente valorará las pruebas y motivará su decisión. Para declarar incumplimiento, cuantificar los perjuicios derivados, imponer multas o sanciones pactadas o hacer efectiva la cláusula penal se seguirá el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, con citación del garante cuando corresponda y recurso de reposición en audiencia. La verificación de honorarios atenderá a los servicios efectivamente prestados y a las condiciones de pago pactadas. Por daños a equipos o insumos deberá*

acreditarse el uso inadecuado imputable al contratista, el daño y la relación causal».

OBSERVACIÓN N° 3 (TÉCNICA / HABILITANTE – REITERACIÓN PARCIAL DE LA OBSERVACIÓN N° 2 INICIAL): INCONSISTENCIAS EN LA EXIGENCIA DE DOCENCIA UNIVERSITARIA

Ubicación en el Estudio Definitivo: Sección 4 "Especificaciones técnicas" (págs. 8-9); sección 5.2, literal b. "Docencia e investigación", numeral 6 (pág. 13); numeral 8.4.2 (pág. 114); y numeral 9.2, literal b (págs. 119-120).

Aspecto observado: (a) En la respuesta a la Observación N° 2 la Entidad se comprometió a unificar las disposiciones sobre docencia. No obstante, el numeral 6 del literal b exige "médicos con especialización en Docencia Universitaria en un porcentaje no inferior al 60 % del grupo total de prestadores de servicios", es decir, solo admite el título y calcula el porcentaje sobre todo el grupo (incluidos los perfusionistas), mientras que el numeral 8.4.2 admite título de posgrado o tres (3) años de experiencia docente y calcula el porcentaje solo sobre los médicos especialistas. (b) La sección 4 exige como mínimo tres (3) médicos especialistas (dos en cirugía cardiovascular y uno en cardiopatía congénita de baja complejidad y canulación ECMO pediátrica) y dos (2) enfermeros especialistas en perfusión; sin embargo, el numeral 9.2 evalúa y calcula el porcentaje habilitante sobre "cinco (5) médicos especialistas" como equipo mínimo, y concluye que el 60 % equivale a tres (3) médicos. (c) Persiste la exigencia de título o certificación de culminación y aprobación del programa, sin reconocer a los profesionales que se encuentran cursando el programa.

Solicitud: Solicitamos: (i) modificar el numeral 6 del literal b de la sección 5.2 para que se remita al numeral 8.4.2, admita título de posgrado en Docencia Universitaria o tres (3) años de experiencia docente, y calcule el porcentaje únicamente sobre los médicos especialistas; (ii) corregir el numeral 9.2 para que el equipo mínimo evaluado corresponda al definido en la sección 4 (tres médicos especialistas) o, si la Entidad pretende exigir cinco, que lo establezca de forma expresa y coherente en las especificaciones técnicas, y ajustar el ejemplo del 60 %; y (iii) reiteramos la solicitud de aceptar, como alternativa de acreditación, la certificación de matrícula vigente en programas de Docencia Universitaria, Educación o áreas afines, en consonancia con los fines de formación continua del Hospital como institución universitaria.

RESPUESTA 3. SE ACOGE PARCIALMENTE
La sección 4 exige cinco profesionales: dos médicos de cirugía cardiovascular, un médico para cardiopatía congénita de baja complejidad y canulación ECMO pediátrica, y dos profesionales de enfermería especialistas en perfusión. La referencia a cinco médicos altera tanto el requisito docente como el promedio de experiencia. Se conserva la exigencia de formación culminada o experiencia universitaria certificada: la matrícula acredita que el profesional cursa estudios, pero no acredita su aprobación ni el ejercicio docente.

Se modifica el numeral 6 del literal b del numeral 5.2 por:

«Durante la ejecución el contratista mantendrá el porcentaje docente previsto en el numeral 8.4.2. Al menos el 60 % del total de médicos especialistas propuestos acreditará posgrado en Docencia Universitaria, mediante título o certificación de culminación y aprobación, o tres (3) años de experiencia docente universitaria certificados por una institución de educación superior. Cada médico se contará una sola vez. ».

Numeral 9.2, literal a. se sustituye en todo el literal las referencias a cinco médicos por «los tres (3) médicos especialistas del equipo mínimo identificados en la propuesta conforme a la sección 4». Se modifica la fórmula por: «Puntaje de experiencia = [(P1 + P2 + P3) / 3] × 0,70. P1 y P2 corresponden a los médicos de cirugía cardiovascular y P3 al médico del perfil pediátrico. Se aplica la escala individual prevista en este literal, con máximo de 70 puntos».

Numeral 9.2, literal b. se sustituye el ejemplo del mínimo y el párrafo sobre equipo evaluado por: *«El denominador será el total de médicos especialistas propuestos para ejecutar el contrato. Con el equipo mínimo de tres médicos se requieren al menos dos que cumplan el numeral 8.4.2 (3 × 0,60 = 1,8, aproximado al entero superior). Con un equipo mayor se aplicará la misma regla sobre el total propuesto. Para asignar puntaje se aplicará la fórmula publicada al porcentaje efectivo sin redondear previamente: con dos de tres se obtienen 5 puntos y con tres de tres, 30 puntos»*. La sección 4 y el numeral 8.4.2 ya contienen los perfiles y las alternativas de acreditación.

OBSERVACIÓN N° 4 (TÉCNICA / OPERATIVA – NUEVA): COBERTURA DE 24 HORAS FRENTE AL EQUIPO MÍNIMO Y AL LÍMITE DE JORNADA

Ubicación en el Estudio Definitivo: Sección 4 "Especificaciones técnicas" (págs. 8-9) y sección 5.2, literal c. "Administrativas", numeral 1 (pág. 14).

Aspecto observado: La Entidad exige dos (2) médicos especialistas en cirugía cardiovascular "con cubrimiento 24 horas al día" y dos (2) enfermeros especialistas en perfusión "con cubrimiento durante las veinticuatro (24) horas del día". Al mismo tiempo, el numeral 1 del literal c obliga a la persona jurídica a garantizar que ninguno de los profesionales trabaje más de 12 horas al día ni 66 horas a la semana, con fundamento en el artículo 2 de la Ley 269 de 1996. Dos profesionales, con un máximo de 66 horas semanales cada uno, suman 132 horas, frente a las 168 horas semanales que comprende una cobertura ininterrumpida (24 horas por 7 días).

Solicitud: Solicitamos aclarar: (i) qué parte de la cobertura de 24 horas es presencial y cuál es de disponibilidad localizada, para cirugía cardiovascular y para perfusión; (ii) si el equipo mínimo puede ser ampliado por el oferente, y si la cobertura puede ser compartida con los demás profesionales propuestos; y (iii) que, en todo caso, la distribución de turnos dentro de los límites legales de jornada no constituya incumplimiento ni genere consecuencias contractuales o descuentos.

RESPUESTA 4. SE ACLARA

La cobertura de veinticuatro (24) horas corresponde a la continuidad del servicio de cirugía cardiovascular. El cirujano cardiovascular propuesto para la atención de cardiopatía congénita de baja complejidad y canulación ECMO pediátrica también podrá apoyar la atención cardiovascular general, en razón de su formación como cirujano cardiovascular, siempre que se garantice la atención oportuna de los eventos pediátricos a su cargo.

El proponente deberá acreditar el equipo mínimo previsto en la sección 4 de los estudios definitivos y podrá reforzarlo con profesionales que cumplan el perfil correspondiente. Para perfusión y circulación extracorpórea, la cobertura deberá garantizarse con profesionales de esa especialidad. La distribución de los relevos, por sí sola, no constituye incumplimiento ni da lugar a descuentos, siempre que se respeten los límites individuales previstos en el numeral 5.2, literal c, obligación 1, y se garantice la prestación efectiva del servicio a cargo del contratista.

OBSERVACIÓN N° 5 (TÉCNICA / HABILITANTE – REITERACIÓN DE LA OBSERVACIÓN N° 6 INICIAL): EXPERIENCIA GENERAL (NUMERAL 8.4.3)

Ubicación en el Estudio Definitivo: Numeral 8.4.3 "Experiencia general", numerales 1 y 2 (págs. 114-115), y criterio diferencial para emprendimientos y empresas de personas con discapacidad (pág. 116).

Aspecto observado: La Entidad respondió que el numeral 8.4.3 admite contratos de objeto más amplio cuando las certificaciones permitan identificar servicios iguales o similares, y que el 100 % del presupuesto inicialmente estimado ($2.940.132.700) debía recalcularse sobre el presupuesto definitivo y sustentarse atendiendo al valor, complejidad, riesgos, mercado y duración, conforme al artículo 5 de la Ley 1150 de 2007. El Estudio Definitivo conserva el mismo texto del numeral 1, no incorpora esa aclaración, y mantiene en el numeral 2 que la sumatoria debe ser "igual o superior al 100 % del valor del presupuesto oficial estimado", sin sustento alguno del porcentaje. Además, el pliego no precisa si el porcentaje se calcula sobre el valor total de $527.429.033 o sobre los $501.158.533 mencionados en la respuesta.

Solicitud: Solicitamos: (i) incorporar expresamente en el numeral 8.4.3 que se admitirán contratos de objeto más amplio, cuando el objeto, las actividades u obligaciones certificadas permitan identificar servicios iguales o similares a los de cirugía cardiovascular, perfusión o circulación extracorpórea; (ii) reiteramos que se reconozcan como similares los contratos de servicios de salud de alta complejidad con talento humano especializado en servicios quirúrgicos o de cuidado crítico; (iii) reducir el porcentaje exigido al setenta por ciento (70 %) del presupuesto oficial del proceso ($527.429.033, equivalente a $369.200.323), o, en su defecto, publicar el sustento técnico y económico del porcentaje definitivo; y (iv) precisar expresamente cuál es la base de cálculo del porcentaje.

RESPUESTA 5. SE ACOGE PARCIALMENTE
Se aclara que el numeral 8.4.3, en su numeral 1, indica que el proponente deberá acreditar la experiencia con MÁXIMO CUATRO (4) CERTIFICACIONES de contratos iniciados, ejecutados y terminados a la fecha y hora prevista para el cierre del proceso y presentación de ofertas, **cuyo(s) objeto(s) o actividades u obligaciones contractuales deben acreditar relación directa** con la *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN SALUD ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PERFUSIÓN Y CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA"; es decir que el objeto de las certificaciones no debe ser taxativo, sin embargo debe demostrar una relación directa con el mismo.*

No obstante, se modifica el numeral 8.4.3, así: *«La sumatoria deberá ser igual o superior al 70 % del presupuesto oficial total (…)»*. Esta regla se aplicará también a los criterios diferenciales.

OBSERVACIÓN N° 6 (TÉCNICA / ECONÓMICA – REITERACIÓN DE LA OBSERVACIÓN N° 5 INICIAL): TARIFAS DEL PROGRAMA ECMO

Ubicación en el Estudio Definitivo: Sección 4 "Especificaciones técnicas" (págs. 8-9) y numeral 7.8 "Precio techo y presupuesto oficial" (págs. 85-86).

Aspecto observado: La Entidad no acogió la creación de tarifas específicas para el cuidado y la disponibilidad ECMO, y aclaró que los honorarios de los perfusionistas se pagan por servicio y procedimiento realizado, de acuerdo con las "tarifas integrales ya definidas"; esa aclaración se incorporó como Nota 1. No obstante, la tabla del numeral 7.8 solo contiene seis ítems, ninguno identificado como cuidado ECMO diurno o nocturno, instalación de terapia ECMO ni cobertura por evento de canulación ECMO pediátrica, que la sección 4 asigna al médico especialista en cardiopatía congénita.

Solicitud: Solicitamos que la Entidad indique expresamente cuál de los seis ítems de la tabla del numeral 7.8 (o qué tarifa del Decreto 2644 de 2022) aplica al cuidado ECMO, a la instalación de la terapia, a la disponibilidad ECMO y a la canulación ECMO pediátrica, y que lo incorpore en el pliego definitivo.

RESPUESTA 6.

La Entidad reitera lo señalado en la respuesta a la observación No. 5 del formulario anterior. El cuidado ECMO diurno o nocturno, la instalación de la terapia, la disponibilidad para ECMO y la canulación ECMO pediátrica forman parte del alcance asistencial previsto en la sección 4. Su ejecución se remunera conforme a las tarifas ya establecidas en el numeral 7.8, según el servicio

efectivamente prestado y validado. Ninguna de estas actividades genera, por su sola denominación como ECMO, un valor adicional.

En particular, conforme a la Nota 1 del numeral 7.8, los honorarios de los profesionales en perfusión se facturan por servicio o procedimiento efectivamente realizado y validado, de acuerdo con las tarifas integrales del proceso. Por tanto, no procede un cobro separado por horas de disponibilidad ECMO ni una tarifa diferenciada por cuidado diurno o nocturno. La atención por evento prevista para la canulación pediátrica define cuándo se requiere la intervención del especialista y no establece un precio autónomo por evento.

En consecuencia, no se acoge la solicitud de incorporar una tarifa o un código específico de facturación para ECMO. Se mantienen el cuadro tarifario y la Nota 1 del numeral 7.8. Esta observación no da lugar a adenda.

OBSERVACIÓN N° 7 (JURÍDICA / HABILITANTE – REITERACIÓN DE LA OBSERVACIÓN N° 7 INICIAL): DOCUMENTOS DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL PROPUESTO

Ubicación en el Estudio Definitivo: Numeral 8.4.1 "Hojas de vida del personal propuesto" (pág. 114) y sección 5.2, literal c, numerales 9 y 12 (pág. 15).

Aspecto observado: El numeral 8.4.1 remite al "ANEXO. REQUISITOS HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL PROPUESTO", que la Entidad dijo haber actualizado, pero que no está incorporado en el documento que contiene el estudio definitivo. Por su parte, los numerales 9 y 12 del literal c exigen actualizar la hoja de vida en SIGEP y remitir declaración de bienes y rentas y formato SARLAFT, sin precisar a qué profesionales aplican.

Solicitud: Solicitamos: (i) publicar el anexo de requisitos de hojas de vida junto con el pliego definitivo; (ii) precisar, por perfil, qué documentos de SIGEP, declaración de bienes y rentas y SARLAFT se exigen y si aplican a los profesionales vinculados a la persona jurídica contratista o únicamente al representante legal, reiterando nuestra solicitud inicial; y (iii) confirmar que la falta de estos formatos al momento de la oferta es subsanable dentro del término que fije la Entidad, siempre que se acredite que los requisitos existían antes del cierre.

Agradecemos que estas observaciones y solicitudes sean respondidas y reflejadas en los documentos definitivos y, de ser necesario, mediante adenda, en los términos de la normativa que rige el proceso.

RESPUESTA 7. SE ACLARA

El anexo «13. ANEXO. REQUISITOS HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL PROPUESTO» se encuentra publicado en SECOP II como documento independiente del proceso. El numeral 8.4.1 de los estudios definitivos remite expresamente a dicho anexo para la presentación de las hojas de vida con la oferta.

Para los tres perfiles previstos en la sección 4 —cirugía cardiovascular, cardiopatía congénita de baja complejidad y canulación ECMO pediátrica, y enfermería especialista en perfusión y circulación extracorpórea—, el anexo identifica el reporte SARLAFT (ítem 13), el Formato Único de Hoja de Vida (ítem 19) y el formato de declaración juramentada de bienes y rentas (ítem 20), con el registro de conflictos de intereses cuando aplique. Estos documentos corresponden a cada integrante del personal asistencial propuesto, según las condiciones de aplicabilidad del anexo. Por ello, su presentación por el representante legal en nombre propio no acredita las condiciones individuales de los profesionales.

Como se indicó en la respuesta anterior, el Formato Único de Hoja de Vida puede diligenciarse sin usuario en SIGEP II. Los numerales 9 y 12 del literal c del numeral 5.2 regulan obligaciones administrativas durante la ejecución. Por

tanto, la creación o actualización de la hoja de vida en SIGEP y la remisión de soportes al Oficial de Cumplimiento se atenderán en esa etapa, según corresponda. Para presentar la oferta se aportarán los documentos señalados en el numeral 8.4.1 y en el anexo 13.

Si con la oferta se omite un formato o se presenta incompleto, la Entidad requerirá su subsanación cuando acredite una condición habilitante existente al cierre y no afecte la asignación de puntaje. El proponente podrá aportar el soporte hasta el vencimiento del traslado del informe de evaluación, conforme al parágrafo 1 del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007.

Proyectó,

DESIGNACIÓN	GRADO Y NOMBRE	DEPENDENCIA	FIRMAS
COMITÉ JURÍDICO	ANDREA ARAGÓN CORREA	GESTIÓN DE COMPRAS	
COMITÉ TÉCNICO	DR WILLIAM NORBERTO SANCHEZ MALDONADO	JEFE UNIDAD CLINICO QUIRURGICA SUBDIRECCIÓN MÉDICA	