RESPUESTA OBSERVACIONES FINANCIERAS
INVITACIÓN PÚBLICA 002 DE 2023 FOMAG

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
2	11 de Junio de 2023 a las 10:23 AM	Plataforma Secop II	PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. PROINSALUD S.A.	Financiera

OBSERVACIÓN 1

Los indicadores financieros durante la ejecución deben generar resultados iguales o superiores a los indicadores habilitantes y dice así.

Por tanto, los proponentes singulares y plurales deben acreditar el cumplimiento de los indicadores financieros de la matriz de criterios de habilitación donde la razón corriente mínima debe ser 1.50, la razón de endeudamiento máxima 0.65, la razón de cobertura de intereses debe ser mínimo de 0.75, la razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 y la de los activos del 0.03

OBSERVACIÓN: Teniendo en cuenta la exigencia del contrato, en la ejecución mantener indicadores superiores al desempeño normal es difícil, se solicita replantear el requerimiento y que se evalúe semestralmente de manera que permita promediar y cumplir.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

No se acepta la observación, lo anterior debido a que los indicadores financieros planteados para habilitar las propuestas, fueron el resultado del análisis del sector en el cual se determinaron las variables y criterios mínimos, arrojando como resultado que al menos más de la mitad de la muestra pueda ser un proponente bien sea singular o plural, permitiendo la participación de un volumen importante de empresas con un desempeño financiero muy aceptable de tal forma que los oferentes cuenten con la capacidad financiera que les permita desarrollar con éxito el objeto del contrato y garantizar la continuidad del proponente en el tiempo, consecuentemente estos deben mantenerse o mejorarse durante la ejecución del contrato.

Es importante resaltar que el actual proceso contiene componentes operativos, técnicos (médicos) y financieros que serán objeto de evaluación y seguimiento mediante la

Interventoría de la Gestión Integral del Riesgo en la Prestación de Servicios de Salud, orientadas a identificar, analizar, evaluar y calificar el nivel de riesgo inherente y neto de potenciales riesgos y presuntas no conformidades en salud, operativos y financieros, así las cosas, un seguimiento con una frecuencia mayor no permitiría identificar los posibles deterioros en materia financiera e impedirían tomar acciones preventiva y/o correctivas que permitan manejar los riesgos identificados en pro de la prestación de servicios y la mejora continua del modelo de salud de la población afiliada.

Teniendo en cuenta lo anterior y entendiendo que los requisitos habilitantes del actual proceso se evalúan sobre los Estados Financieros resultado del ejercicio de una vigencia fiscal (Comenzando el primero de enero y terminado el treinta y uno de diciembre), se reitera que el seguimiento a indicadores financieros durante la ejecución del contrato se realizará de manera mensual y se aclara que si en el transcurso de la vigencia la interventoría identifica que se presenta deterioro o desmejora en los indicadores financieros, los contratistas serán sujetos a presentar planes de mejoramiento para que con corte a 31 de diciembre de cada vigencia estos generen resultados iguales o superiores a los indicadores habilitantes, en caso contrario, en donde no alcancé un resultado donde la razón corriente mínima sea 1.50, la razón de endeudamiento máxima 0.65, la razón de cobertura de intereses sea mínimo de 0.75, la razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 y la de los activos del 0.03, se entenderá como un incumplimiento a los ANS.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
3	13 de junio de 2023 a las 11:36 AM	Plataforma Secop II	ANDRES FELIPE ROJAS VILLOTA	Financiera

OBSERVACIÓN 2

Para garantizar el cumplimiento a la tutela el operador debe contar con un recurso económico no incluido en la capita, evaluar la posibilidad de definir un valor por histórico que se consigne mes a mes y con la auditoría de tutelas se descuente posteriormente.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En el anexo denominado 7. ANEXO TÉCNICO TUTELAS en donde se establece "Prestar los servicios de salud y suministrar bienes, tratamientos, procedimientos y medicamentos que, a pesar de encontrarse excluidos del Plan de Cobertura en servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del FOMAG "Plan de Beneficios del Magisterio", sean exigidos vía acciones constitucionales que obligue a Fiduciaria La Previsora S.A. y/o al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de la Red de Servicios del contratista a prestarlos o suministrarlos, sin perjuicio de las excepciones e impugnaciones que sobre esas providencias judiciales puedan presentarse conforme a la Ley, con el propósito de defender los intereses del FOMAG..", para el pago de igual manera se establece en el anexo ya mencionado lo siguiente: "Un cobro realizado por parte del Contratista (operador) a Fiduprevisora S.A. – FOMAG por aquella prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios del magisterio conforme a las exclusiones señaladas en el Plan de Beneficios del Magisterio; independiente que este haya sido pagado o no por parte del contratista (operador) al prestador o proveedor de servicios; por lo cual no requerirá adjuntarse el soporte de pago a éste como requisito para obtener el reconocimiento y pago de los servicios o atenciones cobradas y resultantes del proceso de auditoría".

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI ( ) NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
4	13 de junio de 2023 a las 03:20 PM	Plataforma Secop II	SERVIMEDICOS SAS	Financiero

OBSERVACIÓN 3

No menciona recursos para el diseño, desarrollo e implementación de software y APP.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los requisitos técnicos establecidos son parte integral de la operación del contrato para la prestación de los Servicios de Salud y Salud y Seguridad en el trabajo, lo anterior, en el marco del cumplimiento del decreto 441 Sección 2. De los acuerdos de voluntades, numeral 4. (...) Los sistemas de información y demás mecanismos, cuyo uso sea necesario para la ejecución, registro y seguimiento del cumplimiento del objeto contractual y la Ley 1966 de 2019 por medio de la cual " Para efectos de la inspección, vigilancia y control, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares técnicos de interoperabilidad de los

sistemas de información de cada uno de los actores del sistema, con el fin de alcanzar las condiciones necesarias para implementar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial".

Así mismo, para el cumplimiento del ciclo de gestión de riesgos, en la identificación del riesgo operacional, acorde al MAISFPSM, los Operadores de Servicios de Salud deberán verificar desde sus procedimientos, procesos u otro mecanismo definido por los Contratistas relacionados entre otros con la Gestión del Sistema de Información.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 4

Se solicita aclarar del numeral 11 Condiciones contractuales, el numeral 31 "Destinar recursos adicionales para la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios que sean ordenados por tutela." Teniendo en cuenta que estos servicios no hacen parte del objeto del contrato, ni cuentan con respaldo presupuestal.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Existen fallos exigidos vía acciones constitucionales que ordenan prestar los servicios de salud, suministrar bienes, tratamientos, procedimientos y medicamentos que se encuentran excluidos del Plan de Cobertura en servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del FOMAG "Plan de Beneficios del Magisterio", por lo tanto, no son financiados con la UPCM, lo anterior implica que EL CONTRATISTA deberá adelantar todas las actuaciones necesarias con la debida diligencia para abordarla de manera correcta, precisa, sin dilación y dentro de los plazos establecidos en la providencia judicial con recursos propios, estos recursos serán reembolsados a el contratista de acuerdo a lo establecido en el documento 7. ANEXO TÉCNICO TUTELAS que hace parte integral del presente proceso de licitación.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
9	16 de junio de 2023 a las 03:26 PM	Plataforma Secop II	Liliana Judith Tamara Rivera	Financiero

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
10	16 de junio de 2023 a las 03:35 PM	Plataforma Secop II	carlos andres sanabria castillo	Técnica

OBSERVACIÓN 5

En el documento Proyecto de Documento de Selección V. 24-05-2023 FINAL, pagina 51 se estipula: "*El riesgo actuarial se entiende como la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos*. Estos hechos, deben ser identificados, gestionados, tratados y evaluados por los Operadores de Servicios de Salud de acuerdo con diferentes factores internos y externos que pueden afectar los ingresos o los costos tales como los territorios donde opera, características de la población, temas regulatorios, entre otros. A continuación, se enumeran algunos de estos riesgos que no son los únicos a tener en cuenta: *a. Riesgos de concentración y hechos catastróficos*: Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados."

Comentario: El contrato evidencia la posibilidad de pérdidas económicas.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De conformidad con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 2022151000000050-5 de 2022 la Supervisión Basada en Riesgos - SBR es la estrategia que está implementando la Superintendencia Nacional de Salud para complementar la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos en salud de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. De esta manera, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer las actividades en salud del Régimen Especial y de Excepción - REE a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de Administración y Gestión de Riesgos.

Es así, como de acuerdo a lo establecido en el documento de Selección los Operadores deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los

Subsistemas asociados en sus actividades en salud, entre ellos el Riesgo actuarial que al igual que los demás subsistemas deben ser identificados e incluidos en el sistema a través de la identificación, establecimiento de policías , procedimientos con el objetivo de tomar acciones identificar los principales determinantes de los eventos de alarma, los impactos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas y adoptar medidas correctivas y preventivas, lo anterior, no señala que en el actual proceso se presenten pérdidas económicas, pues lo que se está solicitando con la implementación del Sistema de Administración de Riesgos es seguir y los lineamientos de la Superintendencia de Salud que no busca otra cosa que apoyar a la entidades en la detección de Riesgos asociados a la actividad en salud y establecer la ruta de identificación, control y acción que deberán tomar los actores intervienen en las actividades del Regimen de Excepcion.

Cabe resaltar que los lineamientos contenidos en la presente circular son los mínimos para la operación de actividades en salud que debe tener el Sistema de Administración de Riesgos y sus Subsistemas y son complementarios al marco normativo vigente y, a las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha esté gestionando. (Superintendencia de Salud)

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 6

En el documento Proyecto de Documento de Selección V. 24-05-2023 FINAL, página 243 se estipula: "2. Mantener los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato, los podrá mejorar, en ningún caso y por ningún evento disminuir o desmejorar los indicadores."

Comentario: Se debe aclarar que para los indicadores financieros se debe mantener como mínimo los niveles de desempeño financieros en el rango de MEJOR, ya que estos tienen diferentes variaciones según el mes en el que se está realizando el cálculo. No se pueden comparar los indicadores financieros de diciembre con los de marzo y, por ende, no se puede pretender mantener los indicadores financieros ofertados.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Es importante diferenciar entre i) requisitos habilitantes Y ii) requisitos ponderables ofertados, asi:

i) Requisitos habilitantes: Hacen parte de la fase 1 de evaluación y corresponde a todos aquellos requisitos mínimos que miden la aptitud del proponente para participar en un

Proceso de Contratación como oferente y están referidos a su capacidad jurídica, financiera, organizacional y su experiencia. El propósito de los requisitos habilitantes es establecer unas condiciones mínimas para los proponentes de tal manera que sólo se evalúe las ofertas de aquellos que están en condiciones de cumplir con el objeto del Proceso de Contratación. Los requisitos habilitantes siempre se refieren a las condiciones de un oferente y nunca de la oferta, dentro del actual proceso el proponente que cumpla con estos requisitos habilitantes será catalogado como ADMISIBLE y continuará con la fase 2 de evaluación. (ver capítulo 11 Requisitos habilitantes)

i) Requisitos ponderables: Hacen parte de la fase 2 de evaluación son aquellos factores y criterios de escogencia y adjudicación que darán lugar a puntuación dentro del proceso y los cuales determinarán el ORDEN DE ELEGIBILIDAD de las PROPUESTAS, otorgando un puntaje total de cien (100) puntos. Tienen la característica de que no son subsanables. (ver capítulo 12. Criterios de evaluación de la oferta)

Teniendo en cuenta lo anterior, no hay lugar a ningún tipo de modificación en cuanto a lo establecido en el página 243, numeral 2. ” Mantener los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato, los podrá mejorar, en ningún caso y por ningún evento disminuir o desmejorar los indicadores.” ya que estos requisitos son aspectos determinantes en la adjudicación del proceso y por lo tanto por ningún motivo podrán disminuir o desmejorar.

Ahora bien, en relación al comentario remitido y entendiendo que los indicadores financieros hacen parte de los requisitos habilitantes (distintos a los ponderables) es importante aclarar que estos se evalúan sobre los Estados Financieros resultado del ejercicio de una vigencia fiscal (Comenzando el primero de enero y terminado el treinta y uno de diciembre), sin embargo, de acuerdo a lo establecido en la sección “INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD” el seguimiento a indicadores financieros durante la ejecución del contrato se realizará de manera mensual y se aclara que si en el transcurso de la vigencia la interventoría identifica que se presenta deterioro o desmejora tomando como punto de partida los indicadores financieros habilitantes (establecidos en el “RANGO MEJOR”), los contratistas serán sujetos a presentar planes de mejoramiento para que con corte a 31 de diciembre de cada vigencia estos generen resultados iguales o superiores a los indicadores habilitantes, en caso contrario, en donde no alcancé un resultado donde la razón corriente mínima sea 1.50, la razón de endeudamiento máxima 0.65, la razón de cobertura de intereses sea mínimo de 0.75, la razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 y la de los activos del 0.03, se entenderá como un incumplimiento a los ANS.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ( )

OBSERVACIÓN 7

En el documento Proyecto de Documento de Selección V. 24-05-2023 FINAL, pagina 252 se estipula: "38. *El operador receptor realizará el trámite de facturación ante el operador remitente por proceso de portabilidad*, enviando la cuenta de cobro respectiva, que deberá cancelarse en el término de 30 días calendario posterior a su radicación de acuerdo con la normatividad vigente en materia de glosas. En caso de no recibir el pago en el término establecido el operador receptor que prestó el servicio solicitado a un afiliado de otra región por el plazo determinado podrá exigir a Fiduprevisora S.A. el giro directo sin perjuicio de las actividades de auditoría e interventoría que se aplica al cobro. Fiduprevisora descontará de la UPCM al operador remitente por concepto de prestaciones de servicios de salud prestados al afiliado por el operador receptor quien lo realizará después de una verificación de su pertinencia y descontará el monto pagado al operador que ordenó el servicio por el periodo solicitado."

Comentario: Solicitamos se establezca que la IPS miembro de la Unión Temporal pueda facturar la portabilidad, ya que estas facturas requieren RIPS y hemos tenido algunos inconvenientes porque las uniones temporales no tenemos código de habilitación, entonces es un gran reproceso trabajar con los RIPS actuales, por lo tanto, solicitamos se incluya: *El operador y/o uno de los miembros de la unión temporal receptor realizará el trámite de facturación ante el operador remitente por proceso de portabilidad*.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se acepta la observación teniendo en cuenta que el artículo 1.6.1.4.10 del decreto 1625 de 2016, modificado por el decreto 358 del 5 de marzo de 2020 señala que:

"Artículo 1.6.1.4.10. Facturación de consorcios y uniones temporales. Sin perjuicio de la obligación de registrar y declarar de manera independiente los ingresos, costos y deducciones que corresponde a los miembros del consorcio o unión temporal, para efectos del cumplimiento de la obligación formal de expedir factura, existirá la opción de que tales consorcios o uniones temporales lo hagan a nombre propio y en representación de sus miembros, o en forma separada o conjunta cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal.

(…)

Por lo anterior la unión temporal y los miembros que la conforman deberán cumplir las disposiciones legales en materia tributaria que se derivan de la facturación.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (x) NO ()

OBSERVACIÓN 8

En el documento Proyecto de Documento de Selección V. 24-05-2023 FINAL, pagina 252 se estipula: "59. Constituir y mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una Garantía Financiera equivalente a la sumatoria de UPCM promedio mensuales por el número total de afiliados asignados en la respectiva región al inicio del contrato, de conformidad con el valor estimado del contrato, para garantizar la cobertura de riesgos asociados a sus obligaciones y la continuidad en la atención en salud de los afiliados durante los seis (6) meses siguientes a la terminación anticipada o definitiva del contrato, garantía financiera que respaldará la provisión técnica respectiva."

Comentario: No se establecen los instrumentos financieros que pueden ser aceptados como Garantía Financiera. No se conoce el procedimiento que se llevaría a cabo para afectar la Garantía Financiera.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Respecto a los instrumentos financieros se aclara que se posibilita la utilización títulos de renta fija y los depósitos a la vista, en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia los cuales deberán cumplir con los criterios de seguridad, rentabilidad y liquidez.

El procedimiento para afectar la garantía financiera será definido al inicio de la ejecución contractual en coordinación con la interventoría contratada para tal efecto.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (x) NO ()

OBSERVACIÓN 9

En el anexo 4, MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES, se estipula: "EFICACIA: Garantías Financieras. Garantizar la gestión de los riesgos a través de la constitución de las pólizas. META 0%.

Comentario: ¿Las pólizas del contrato son la Garantía Financiera solicitada en la obligación 59? La meta debería ser 100% no cero. De ser positivo, aun así, no se conoce el procedimiento que se llevaría a cabo para afectar la Garantía Financiera.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que la garantía financiera descrita en la obligación financiera # 59 corresponde a un mecanismo de cobertura de riesgos distinto a las pólizas a exigir en virtud del contrato.

Para mayor claridad a continuación se enuncian las pólizas exigidas en el contrato:

- Cumplimiento: Por un monto equivalente al 5 % del valor total del contrato, con unavigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y seis (6) meses más.

- Pago de Salarios y Prestaciones Sociales: Por un monto equivalente al 5 % del valordel contrato, con una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y tres (3) años más.

- Calidad del servicio: Por un monto equivalente al 5% del valor del contrato, con vigencia desde la terminación del contrato y dos (2) años más .

- Responsabilidad Civil Extracontractual: Por un monto equivalente al 5% del valor del contrato, con una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución.

Por otra parte, es importante aclarar que el indicador "Garantías Financieras" se excluirá de la evaluación para la medición de ANS y de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES, debido a que una vez otorgada una póliza de cumplimiento la aseguradora no la podrá revocar, pues la entidad asegurada quedaría desprotegida contra el incumplimiento del contratista, así las cosas, no se hace necesaria su revisión de manera mensual debido a que las pólizas se constituyen por una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y según el caso un tiempo adicional.

El procedimiento para afectar la garantía financiera será definido al inicio de la ejecución contractual en coordinación con la interventoría contratada para tal efecto.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 10

En el documento 2. ANEXO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, en la tabla 4. Información a Reportar por los Operadores de Servicios de Salud y Periodicidad se hace referencia a: "Informe de reserva técnica 1 UPCM por todos los afiliados."

Comentario: ¿Debería llamarse Garantía Financiera y no Reserva Técnica?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo a observación se ajusta documento, pues la información a reportar por los operadores de servicios de salud es la correspondiente a los soporte de la constitución de la Garantía Financiera.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ( )

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
11	16 de junio de 2023 a las 05:37 Pm	Plataforma Secop II	LUZ ELENA ARDILA RODRIGUEZ	Financieras

OBSERVACIÓN 11

Si el inicio de las actividades de los operadores que no se les adjudique el diseño del SG SST está sujeto a la entrega del diseño del mismo SG SST por parte del operador adjudicatario y este a su vez no cumple con la entrega dentro de los términos establecidos, ¿quién asume el riesgo financiero para los restantes 9 operadores que estaban a la espera del modelo para iniciar a ejecutar las actividades y facturación por evento?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara al observante que el inicio de actividades de los operadores de Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo ***no*** está sujeta, a la entrega del diseño del SGSST por parte del contratista, ya que según lo definido en el documento de selección, página 80, numeral 9, Fase I: "Durante la Fase de Planeación el contratista prestará los servicios de evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, egreso, periódicos y para eventos folclóricos y deportivos, investigaciones de accidente de trabajo, investigación de enfermedad laboral y análisis de puesto de trabajo, con el objetivo de garantizar la continuidad de las actividades contratadas en prestaciones médico asistenciales de los eventos derivados de los riesgos laborales". La ejecución de dichas actividades se realizará por solicitud de servicios y en previo acuerdo con la Entidad Territorial Certificada en Educación, por lo tanto, ninguno de los adjudicatarios tendría que asumir

algún tipo de riesgo financiero ocasionado por espera en la entrega del diseño del SGSSTM que impida la ejecución del contrato desde el día de su adjudicación.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 12

En el proyecto de documento de selección en la página 143-144 hace referencia a "El valor del presupuesto por Región para Implementación es el siguiente". Se solicita a la entidad dar claridad en lo siguiente:

- ¿Cómo se estableció el presupuesto asignado a cada región?

- ¿Teniendo en cuenta que el Estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a Cotizar No.036 de 2022 contemplaba solo 5 regiones, cómo en el actual proceso lo modifican a 10 regiones?

- Por otra parte, en las respuestas a las observaciones del proceso INVITACION A COTIZA N.036 DE 2022 el segundo observante (Aprehsi) en su segunda pregunta: "En el anexo 3 ficha de cotización, seguridad industrial ítem 1 en el apartado, cantidad a cotizar; hace relación al número de unidades a cotizar, es decir, para el caso de inspecciones, por ejemplo, el valor 4.820 ¿es número de inspecciones a realizar en el año? En ese caso, esa sería la dinámica para todas actividades donde aparezcan números a cotizar" LA RESPUESTA DE FIDUPREVISORA FUE: "Sí, corresponde al número de inspecciones a cotizar en el año y es la dinámica, sin embargo, es necesario tener en cuenta las unidades a cotizar descritas en la matriz de recolección de cotizaciones ajustada por regional". De esta manera estaríamos frente otro punto distinto de cómo se concibió la invitación a cotizar a como hoy es presentado este estudio de mercado y como se pretende proyectar este proceso de contratación. Se toma una cotización a un año y se traslada el mismo presupuesto, pero a 4 años lo cual aumenta exponencialmente el número de actividades por cada tema o actividad planteado.

- En la invitación a cotizar 036 de 2022 en sus respuestas a observaciones: el Observante SYSO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Pregunta: Anexo 3. Med. Trabajo docente. ¿Los exámenes ocupacionales (de ingreso, periódicas, post - incapacidad, de egreso, reintegro, eventos deportivos) deben realizarse en la capital de departamento, la ciudad sede de las entidades territoriales certificadas, o la sede del establecimiento educativo? RESPUESTA FIDUPREVISORA S.A: Fiduprevisora S.A., aclara que los exámenes ocupacionales se realizarán en la capital de departamento, la ciudad sede de las entidades territoriales certificadas, o la sede del establecimiento educativo cuando haya la imposibilidad por la oferta, zonas de difícil acceso o problemas de orden público. En actual modelo invita y dan puntuación por mayor número de sedes exclusivas y dan un listado de municipios puntuables para sede tipo E lo cual refuerza aún más un

espíritu diferente el que se cotizó en su momento con el actual proceso, en el anterior proceso de invitación a cotizar se contempló atención en capitales de departamentos.

· La entidad convocó la invitación a cotizar con un espíritu diferente a lo planteado en el actual proceso lo cual no respeta la ecuación financiera, técnica y económica del cotizante, lo cual deja sin un estudio de mercado ajustado a la actual necesidad. No se entiende como acomodan procesos distintos como si fuera uno mismo. Solicitamos se de claridad de lo manifestado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

a) El presupuesto de la actual licitación se estructuró de la siguiente manera:

Para el item de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM

El valor de presupuesto por región se determinó en función de la población objeto y frecuencias multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado, donde:

i) El número de actividades fue el resultado de la determinación de una frecuencia proyectada para cada año, por ejemplo : para el caso de las capacitaciones se tiene cobertura al 100% de la población con diferenciación de frecuencia en cada año, es decir hay años donde se capacita entre 1 a 4 veces al año al mismo docente.

La planeacion de la frecuencia de las actividades fue estructurada por año acorde a la identificación de 4 momentos para la Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM así:

ii) El primer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que el primer año implica la fase de planeación que esta determinada por las mesas de programación entre el contratista y la ETC.

iii) El segundo año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mayor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que para el segundo año el contratista ya cuenta por la experticia en la prestación de servicios para la población docente.

iv) El tercer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia menor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que van dos años de ejecución del contrato y la población objeto tiene adherencia a los programas definidos en SGSSTM.

v) Para el cuarto año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios.

b) En el Estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a Cotizar No.036 de 2022 en la ficha de cotización el presupuesto fue solicitado por 5 regiones que a su vez estaban conformados por departamentos, así las cosas, para el actual proceso de licitación se segmenta el presupuesto en 10 regiones separando los departamentos por cada una de ellas.

c) Se aclara que la diferencia que se presenta en las fichas de cotización respecto a los estudios previos, es que se en estos se presentaban el número de eventos año por año, mientras que en la presente cotización se presenta el número total de eventos a desarrollar durante los 4 años, sin embargo como se menciona en literal a) "la estimación del presupuesto se determinó en función de la población objeto y frecuencias multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado".

d) Se aclara que los requisitos ponderables hacen parte de la fase 2 de evaluación y son aquellos factores y criterios de escogencia y adjudicación que darán lugar a puntuación dentro del proceso y los cuales determinarán el ORDEN DE ELEGIBILIDAD de las PROPUESTAS, otorgando un puntaje total de cien (100) puntos. Tienen la característica de que no son subsanables. (ver capítulo 12. Criterios de evaluación de la oferta), es así como estos requisitos ponderables son un plus en el proceso para incentivar un factor diferencial a la hora de adjudicar el proceso , el proponente está en la libre elección de ofertar o no la totalidad de los ítems descritos y no inhabilita la propuesta.

Por lo anteriormente expuesto, se confirma que el actual proceso no ha modificado su esencia en comparación con la invitación a cotizar. Sin embargo, para dar claridad sobre la estimación del presupuesto se incluye dentro del 0. ANEXO- ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO un apartado donde se señala la manera en que se estimó.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ( )

OBSERVACIÓN 13

En el proyecto de documento de selección en la página 198, hace referencia "iv. Documentos destinados a acreditar la capacidad organizacional". Se solicita a la entidad revisar que no se evidencia los entregables en este punto o como se acredita capacidad organizacional.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que los documentos para acreditar la capacidad organizacional son los mismos solicitados para la acreditación de la capacidad financiera por cuanto se están evaluando razones financieras con base en la información de Estados Financieros de los

proponentes. Se agradece la observación y se realizará la respectiva modificación en el documento de selección.

Así las cosas los documentos para acreditar la capacidad organizacional y financiera son:

1. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo comparativos inmediatamente con el año anterior. Se considerará el año 2022.
2. Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, en caso de modificación se deben reportar los cambios en 15 días hábiles.
3. Certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores vigente tanto de los contadores como de los revisores fiscales en los casos que aplique.
4. Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentar los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.
5. Presentación de Formato No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL debidamente firmado.
6. En caso de proponente plural se deberá presentar el Formato No. 14 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE PLURAL debidamente firmado.

NOTA: Para el cálculo de los indicadores se tendrá en cuenta dos (2) decimales, en ningún caso se realizarán aproximaciones.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 14

En el proyecto de documento de selección en la página 212-213 hace referencia: "Experiencia específica. **Nota 2**: Máximo dos (2) de las certificaciones de experiencia específica deben corresponder a la prestación de servicios de SST y estas aportaran al cumplimiento del valor exigido en la Nota 1 del párrafo anterior un mínimo del 6%". Se solicita a la entidad aclarar:

a. ¿Cuál es la justificación técnica para limitar a solo 2 certificaciones específicas en SGSST, esta exigencia limita la oportunidad de competitividad ya que a nivel nacional este es el contrato de SGSST más grande del País?

b. ¿Cuál es la justificación técnica para escoger y/o decidir el porcentaje del 6%?

c. ¿El 6% hace referencia al segundo año del presupuesto de salud o del presupuesto de SGSST?

d. ¿El presupuesto de SGSST se tiene separado por año? En caso de estar dividido por año se solicita mostrar la tabla de comportamiento anualizado.

e. ¿En caso que el presupuesto de SGSST este divido por año se solicita que se especifiquen de igual forma las actividades por año para poder realizar la proyección del presupuesto en la propuesta final?

f. ¿En caso que el presupuesto en SGSST este divido por anualidad se solicita aclarar cómo se ajustara el incremento anual? Ya que preocupa la inflación tan alta que actualmente tiene el País, y preocupa que al momento final de la liquidación del contrato no se logre el cumplimiento de cobertura establecido en los indicadores y el porcentaje de actividades establecido en los indicadores y demás; se espera que cada cambio de vigencia/año se ajusten las tarifas haciendo que el mismo valor de presupuesto no cubra la totalidad de las actividades proyectas en este proceso pre contractual.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo a las observaciones presentadas se realiza revisión sobre la experiencia específica para SST y se concluye que debe haber una modificación en relación a los porcentajes para su cálculo así:

ayb) Para la definición del valor mínimo exigido a certificar por parte de los oferentes que acrediten la experiencia para el cumplimiento del requisito habilitante de experiencia corresponderá a un valor mínimo del 12% del presupuesto del segundo año (2024) de Seguridad y Salud en el trabajo por región, así mismo, para acreditar su experiencia, el proponente deberá aportar certificaciones de máximo dos (2) contratos cuya experiencia específica deben corresponder a la prestación de servicios de SST. Lo anterior obedece al análisis de los ingresos de la muestra, en donde se observa que después de establecer una media podada y tomando como referencia el 50% del total de los ingresos, la muestra cumpliría con el valor mínimo a certificar.

c) Se aclara que para establecer el valor sobre el cual se determina la acreditación de la experiencia se hace con referencia al segundo año (2024) de Seguridad y Salud en el trabajo por región.

d) Se incluye presupuesto por año en los documentos del actual proceso de licitación.

e) En el 0. ANEXO- ANÁLISIS DEL SECTOR se incluyó un capítulo de la explicación de la estimación del presupuesto, y se anexara la tabla de frecuencias con las cuales se plantearon las fases de implementación. se aclara que no se presentaran la tarifas unitarias por cada una de las actividades resultado del estudio del mercado, por cuanto

se afectaría la dinámica del mercado y la libre competencia mediante el cual las empresas o proveedores pugnan por abastecer la demanda de los consumidores, con el fin de alcanzar un objetivo de negocios en particular; por ejemplo, la maximización de los beneficios, el incremento de las ventas o el aumento de su participación en el mercado.

f) Para efectos de la oferta, en el FORMATO No 15.1 - VALORES UNITARIOS SERVICIOS SGSSTM se encuentra información sobre la población, departamentos que conforman la región, número de municipios, Información Nacional de Magisterio ETC , tamaño de los establecimientos, entre otra información relevante; así mismo, presenta el número total de actividades a desarrollar por la totalidad de los 4 años, en el cual los proponentes deberán ofertar valores unitarios por cada uno de los servicios, los cuales serán los precios de referencia para el pago de las actividades desarrolladas durante los meses de noviembre y diciembre de 2023 y vigencia 2024. A partir de la vigencia 2025 se aplicará el ajuste anual con base en el crecimiento del IPC observado al cierre del año inmediatamente anterior al que se aplicará el incremento, certificado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE).

NOTA: Para los servicios de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM, el valor del contrato será de cuantía INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, teniendo en cuenta que el valor total ejecutado está en función de la población objeto y el número de actividades a desarrollar a demanda.

El reconocimiento de las actividades desarrolladas se hará previo al recibo de los servicios y la aprobación del respectivo entregable a entera satisfacción por parte de la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y/o el contratante, previa revisión y aprobación de la interventoría sobre las actividades cargadas en el aplicativo parametrizado del contratista.

Los contratistas asumirán el pago total de los impuestos, tasas, contribuciones y derechos relacionados con la celebración y ejecución del contrato.

FIDUPREVISORA S.A, en ninguna circunstancia realizará anticipos o pagos anticipados.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación

13	19 de junio de 2023 a las 12:12:13 PM	Plataforma Secop II	LISETH PAOLA CARVAJAL PEREZ	Financiera

OBSERVACIÓN 15

11.3. REQUISITOS HABILITANTES DE CONTENIDO FINANCIERO

Se solicita a la entidad, en aras de la pluralidad de oferentes, la libre concurrencia y selección objetiva, estudiar la posibilidad de solicitar a los posibles oferentes, estados financieros de los tres últimos años y de estos escoger el mejor, solicitud que se hace en virtud de la inestabilidad de nuestra economía, y de los problemas dejados después de la pandemia a muchos sectores en especial al sector de la Salud, y se aplique el Decreto 399 del 2021 – reactivación económica, del cual transcribimos algunos apartes

DECRETO 399 DE 2021 – Indicadores – Capacidad financiera – Capacidad organizacional – Período Por otra parte, el artículo 5 del Decreto 399 de 2021 adiciona dos parágrafos transitorios al artículo 2.2.1.1.1.5.6. del Decreto 1082 de 2015, que regula el contenido del certificado del RUP. El primer parágrafo transitorio, que fue posteriormente sustituido por el artículo 2 del Decreto 579 de 2021.

MEJOR AÑO FISCAL – Decreto 399 – Capacidad financiera – Capacidad organizacional – Interpretación […] A partir del 1 de julio de 2021 las entidades estatales «[…] establecerán y evaluarán los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional teniendo en cuenta la información que conste en el Registro Único de Proponentes». Es decir, las entidades estatales deben tener en cuenta la información sobre la capacidad financiera y organizacional «correspondiente a los últimos tres (3) años fiscales anteriores al respectivo acto» o «desde su primer cierre fiscal», según el caso (negrillas y subraya fuera de texto).

En ese sentido **Colombia compra eficiente** se pronuncia de la siguiente manera

Se trata de que las entidades estatales al estructurar un proceso de contratación pública, busquen que estos conlleven a que se presenten la mayor cantidad de oferentes posibles, sin poner en riesgo la ejecución del mismo, quiere esto decir que, ante varios escenarios, la entidad escoja las condiciones mínimas que permitan la mayor cantidad posible de oferentes en cumplimiento de los principios rectores de la contratación estatal, sin que con esto se afecte de manera grave el cumplimiento del objeto a contratar.

Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes a través de su liquidez y endeudamiento. Estas condiciones muestran la aptitud del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato La capacidad financiera requerida en un Proceso de Contratación debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza y al valor del contrato.

En consecuencia, la Entidad Estatal debe establecer los requisitos de capacidad financiera con base en su conocimiento del sector relativo al objeto del Proceso de Contratación y de los posibles oferentes (ver la Guía para la Elaboración de Estudios de Sector en https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_documents/cce_guia_elaboracion_ estudios.pdf).

En atención a la naturaleza del contrato a suscribir y de su valor, plazo y forma de pago, la Entidad Estatal debe hacer uso de los indicadores que considere adecuados respecto al objeto del Proceso de Contratación. Las Entidades Estatales no deben limitarse a determinar y aplicar de forma mecánica fórmulas financieras para determinar los indicadores. Deben conocer cada indicador, sus fórmulas de cálculo y su interpretación.

En este orden de idea, las entidades publicas deben buscar alternativas que permitan una mayor pluralidad de oferentes, por tal razón de manera respetuosa solicitamos a la entidad aunar esfuerzos para que este proceso tenga la mayor participación posible de oferentes, permitiendo como lo hizo el Decreto 399 del 2021, que se escoja de los tres últimos años el mejor, siempre y cuando cumpla con los respectivos indicadores.

Si una vez analizada nuestra propuesta la entidad considera inviable esta solicitud, en aras de dar cumplimiento a los principios rectores de la contratación estatal, solicitamos se tenga en cuenta no el desempeño mejor, pues iría en contravía de lo que establecen los requisitos habilitantes y son las condiciones mínimas o normales, establecidas en la invitación publica, significa esto que los proponentes que cumplan con este desempeño normal, no ponen en riesgo la ejecución del contrato y permite una mayor participación de posibles oferentes

DOCUMENTOS REQUISITOS CAPACIDAD FINANCIERA

1. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo comparativos inmediatamente con el año anterior. Se considerará el año 2022.

Se solicita a la entidad solicitar estados financieros de los últimos tres años y de estos escoger el mejor en armonía con el decreto 399 del 2021, que permitía el análisis por

parte de las entidades del mejor año de los tres últimos, buscando con esto incentivar una mayor participación de oferentes.

PROPONENTES PLURALES

En un proceso de contratación se pueden presentar oferentes plurales por medio de uniones temporales, consorcios y promesas de sociedad futura, por tal razón, para la estimación de los indicadores se debe realizar la ponderación de los componentes de los indicadores como se propone el manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los procesos de contratación de Colombia Compra Eficiente.

Para los indicadores que provienen de la división de cuentas de los estados financieros, se adoptará la siguiente fórmula definida por Colombia Compra Eficientes: Ponderación de los componentes de los indicadores.

En esta opción cada uno de los integrantes del oferente aporta al valor total de cada componente del indicador de acuerdo con su participación en la figura del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura). La siguiente es la fórmula aplicable.

$$(ii)\ Indicador = \frac{\left(\sum_{..} Componente\ 1\ del\ indicador_{,} \times porcentaje\ de\ participación_{,}\right)}{\left(\sum_{..} Componente\ 2\ del\ indicador_{,} \times porcentaje\ de\ participación_{,}\right)}$$

Donde n es el número de integrantes del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura). Esta opción incentiva que el integrante del proponente plural con los mejores indicadores tenga una mayor participación en dicho proponente plural.

Solicitamos a la entidad modificar la formula, puesto que esta por el tipo de empresas que pueden participar en la presente Invitación Publica, y la conformación que debe hacerse para cumplir con cada uno de los requisitos, puede llegar hacer inviable la conformación de posibles participantes plurales, ya que si dentro del grupo plural que se prende formar hay una empresa pequeña, que se necesita como requisito habilitante al aplicar la formula esta se lleva el mayor porcentaje de participación en la conformación de la UT, siendo la más pequeña y dejando con porcentajes de participación a las más grandes, por esta razón creemos que esta fórmula debe ser cambiada, de tal manera que pueda haber una mayor participación de oferentes.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Para la construcción de indicadores financieros habilitantes, se tomó la información financiera disponible, completa y vigente de las superintendencias, nos permitieron construir un modelo de análisis financiero basado en información reportada del año 2021, año de fuerte reactivación económica para los sectores primarios y secundarios pero, lo particular en el sector servicios, específicamente los de salud, cuya dinámica económica fue atípica en época de pandemia (año 2020), por tanto la información del año base recoge todo el ruido de la emergencia sanitaria.

La base completa objeto de análisis es una muestra poblacional determinada por parámetros de ajuste que no permiten tener estimaciones ajustadas. En este sentido, el total de empresas que conforman la muestra de las empresas del sector salud, particularmente IPS, con información financiera completa reportada en la Superintendencia Nacional de Salud es de 2,839, en particular, es preciso aclarar que en esta muestra tenemos un porcentaje de IPS que también están habilitadas para prestar servicios de SST, en este sentido, IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 423 Seguridad y Salud en el Trabajo (Res. 3100 de 2019), IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 407 medicina del trabajo y medicina laboral (resolución 2003 de 2014), el porcentaje de IPS que además de su rol como IPS, también están habilitadas con los códigos 423 y 407 corresponde al 13% por ciento del total de la muestra.

El total de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) a nivel nacional, con información financiera completa reportada por la Superintendencia de Subsidio Familiar corresponde a 43. En el core de negocios de la CCF identificamos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo. Por tanto, asumimos que podemos agrupar, IPS y CCF que posiblemente cuentan con la oferta completa de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo nos llevarían al 14.3% del total de la muestra. Es importante manifestar que este porcentaje se estima solamente como análisis estadístico, por tanto, no está determinando el tamaño de la muestra.

Con el propósito de construir un modelo robusto que nos permita analizar la dinámica financiera de una muestra ampliada y plural, entorno a todo el espectro de posibles oferentes en los servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, escaneamos de manera rigurosa las sociedades mercantiles que reportan información en la Superintendencia de Sociedades registradas bajos la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) a cuatro dígitos, que nos permitan obtener una muestra significativa y realizar un análisis riguroso del sector. Para determinar los códigos CIIU a cuatro dígitos sobre los que se clasifican las empresas de servicios, en particular, el universo de empresas que en el core de negocios de la empresa podrían o, estarían habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, revisamos en el historial de ofertas recibidas por la fiduciaria la clasificación de este tipo de empresas, lo que nos condujo a los códigos 7020 y 7490. El proceso de minería de datos frente al gran

universo de sociedades mercantiles registradas bajo estos dos códigos nos permitió identificar una muestra ajustada de 2,940 empresas a nivel nacional.

Para poder construir los criterios que nos permitan identificar los valores de los indicadores, utilizamos información financiera disponible para armar una base estadística y matemática, que nos permita desarrollar un modelo de análisis financiero tanto a nivel nacional como regional debidamente soportado con datos. En este análisis, también incluimos categorías según el tamaño de las empresas con el objetivo de aproximarnos a un mapeo detallado de la oferta de mercado. Previamente a este ejercicio, revisamos, estudiamos e identificamos el sector económico al que pertenecen los posibles oferentes, con el propósito de determinar el grupo objetivo de empresas y estimar el tamaño de la muestra sujeta de análisis. Así mismo, se realiza una segmentación por tipo de empresas como lo son: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y Empresas de Servicios que puedan desarrollar actividades en torno a la Salud y Seguridad en el Trabajo (SST).

En una oferta plural las IPS o CCF que no cuenten con la acreditación o certificación o experiencia en SST podrían asociarse con empresas del sector servicios en cuyo core de negocios además de la experiencia están habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, además de la capacidad financiera necesaria. (ver 0. ANEXO- ANALISIS DEL SECTOR ECONÓMICO)

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que para el análisis de la información del sector salud y establecimiento de indicadores financieros la Entidad abarcó primero la segmentaciones a nivel de tamaño de empresa (pequeñas, medianas y grandes), regiones y tipo de oferente con el fin de garantizar la pluralidad del proceso y segundo el ruido generado por los efectos de la pandemia al realizar el análisis sobre estados financieros al cierre de la vigencia 2021, año en que los Prestadores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de SST y Cajas de Compensación Familiar a nivel Nacional, empezaron la reactivacion progresivamente de servicios afectados durante el 2020, una evaluacion sobre indicadores de 2020 no es viable bajo el entendido que fue el año en el que los sectores de la economía permanecian cerrados o con servicios parcialmente cerrados (a nivel salud: cancelacion de cirugias,cierre de servicios ambulatorios, cierre de servicios de SST entre otros), por lo tanto, evaluar los requisitos habilitantes establecidos en el actual proceso con base en los estados financieros de 2022 bajo el entendido de que el sector asi como el resto de la economía se encuentra en proceso de recuperación es coherente, especialmente en el sector Salud donde el Gobierno Nacional no escatima esfuerzos para implementar mecanismos que de fortalecimiento como por ejemplo oportunidad para que las EPS utilicen recursos invertidos para atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, la implementación de este mecanismo, para el segundo semestre de 2022 la Superintendencia Nacional de Salud viabilizó planes de pago presentados por las EPS para saldar cartera con las IPS por la suma de $845.766 millones. Asi mismo, es importante señal que la Entidad debe garantizar la perdurabilidad del proponente en el

tiempo pues de otra manera se vería afectada la prestación de servicios a los afiliados y beneficiarios del Magisterio considerando la naturaleza del contrato a suscribirse y el valor que asciende a 15 billones de pesos aproximadamente.

Respecto a la aplicación de la fórmula para determinar los indicadores en caso de presentación de proponentes plurales, esta no limita de ninguna manera la conformación de posibles participantes plurales, no es correcto afirmar que una empresa por ser clasificada como pequeña no alcance los niveles propuestos como requisitos en el actual proceso, pues la segmentación por tamaño de empresa fue uno de los factores tenidos en cuenta para garantizar pluralidad en el proceso, de hecho del total de la muestra analizada el 62% son empresas pequeñas. El uso de la fórmula según lo establecido en el manual de colombia compra eficiente incentiva que el integrante del proponente plural con los mejores indicadores tenga una mayor participación en dicho proponente plural, lo anterior, en aras de que los requisitos habilitantes exigidos guarden proporción con el objeto del contrato, su valor, complejidad, plazo, forma de pago y el Riesgo asociado al Proceso de Contratación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA				
TIPO DE OFERENTE	TOTAL PAIS	PEQUEÑAS	MEDIANAS	GRANDES
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	2,839	1,999	451	389
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	43	-	8	35
Empresas de Servicios Salud y Seguridad en el Trabajo (SST)	2,940	1,609	732	599

Fuente: laboración propia, información Superintendencia de salud y Superintendencia de sociedades.

Aunado a lo anterior, el estudio realizado concluyó que al menos más de la mitad de la muestra pueda ser un proponente bien sea singular o plural, y se considera que el nivel de desempeño "mejor" permite la participación de un volumen importante de empresas con un desempeño financiero muy aceptable.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación

14	19 de junio de 2023 a las 8:21:11 PM	Plataforma Secop II	CARLOS ANDRES SANABRIA CASTILLO	Financiero

OBSERVACIÓN 16

TEMA: SUFICIENCIA ECONÓMICA DE LAS REGIONES PROPUESTAS. Página 142

Se cita: "En referencia a la suficiencia económica para las diez regiones propuestas, se evaluóla razón gasto / ingreso asociado a la unidad de pago por capitación UPCM, teniendo en cuenta que la UPCM tiene dos componentes, uno que corresponde a la unidad de pago por capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema general de seguridad social en salud y un segundo componente denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción. Como resultado de este cálculo se determinóla suficiencia de la UPCM para las 10 regiones."

Así mismo:

En el Anexo 9. Análisis Financiero de la UPCM. página 25 conclusiones dice:

" No se recomienda un incremento de la UPCM diferente al que realiza anualmente para el régimen contributivo en el Sistema General de Seguridad Social en salud. Debido a que la información analizada del gasto puede estar subestimada.

En la cita del Pliego, se concluye que se determinó la suficiencia de la UPCM para las 10 regiones. El Anexo 9, por su parte concluye que no se recomienda el incremento de la UPCM , diferente al anual del régimen contributivo, debido a que la información del gasto puede estar subestimada.

Observación: Teniendo en cuenta lo anterior se solicita precisar como el contratante garantizará la suficiencia de la UPCM , si se plantea por el análisis financiero que la información del gasto puede estar subestimada.

De llegarse a evidenciar mediante estudio técnico la insuficiencia de la UPCM por la subestimación del gasto, de qué manera se reconocería al contratista por el cálculo inadecuado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Teniendo en cuenta que la información analizada del gasto puede estar subestimada , el mismo experto no recomienda un incremento de la UPCM diferente a lo establecido en el régimen contributivo, el cual se basa en un estudio de suficiencia realizado por el

Ministerio de salud y protección social, así mismo, se aclara que la FIDUPREVISORA realizará una vez al año la evaluación de la suficiencia de la UPCM, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del Magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 17

TEMA: 5.3.Debida diligencia e información sobre el contrato a celebrarse Página 175

Se cita:

"c. Por la sola presentación de la oferta se infiere que los oferentes han considerado la viabilidad financiera del contrato, bajo las condiciones contenidas en su oferta, y que han hecho un cuidadoso examen de las condiciones de prestación del servicio, sus riesgos y, en general, todos los factores determinantes de los costos de ejecución, los cuales se incluyen en los términos de su oferta. "

Observación: Se reitera la solicitud de Nota técnica de contrato, para poder conocer en su totalidad los riesgos que asumiría el contratista respecto a frecuencias de uso y costos unitarios de servicios, dado que estos son factores determinantes de los costos de ejecución.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados.

aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 18

TEMA: 10.4.1. Carpeta Contenido I: aspectos habilitantes PÁGINA 198

"iv. Documentos destinados a acreditar la capacidad organizacional. " Observación. Sírvase precisar en el pliego de manera explicita cuales son los documentos que se deben incluir para acreditar la capacidad organizacional.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que los documentos para acreditar la capacidad organizacional son los mismos solicitados para la acreditación de la capacidad financiera por cuanto se están evaluando razones financieras con base en la información de Estados Financieros de los proponentes. Se agradece la observación y se realizará la respectiva modificación en el documento de selección.

Así las cosas los documentos para acreditar la capacidad organizacional y financiera son:

7. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo comparativos inmediatamente con el año anterior. Se considerará el año 2022.

8. Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, en caso de modificación se deben reportar los cambios en 15 días hábiles.
9. Certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores vigente tanto de los contadores como de los revisores fiscales en los casos que aplique.
10. Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentar los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.
11. Presentación de Formato No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL debidamente firmado.
12. En caso de proponente plural se deberá presentar el Formato No. 14 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE PLURAL debidamente firmado.

NOTA: Para el cálculo de los indicadores se tendrá en cuenta dos (2) decimales, en ningún caso se realizarán aproximaciones.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 19

TEMA. 11.2.2. EXPERIENCIA ESPECIFICA Páginas 212 y 213

Nota 2: Máximo dos (2) de las certificaciones de experiencia especifica deben corresponder a la prestación de servicios de SST y estas aportaran al cumplimiento del valor exigido en la Nota 1 del párrafo anterior un mínimo del 6%.

Respecto a la acreditación de la experiencia específica 11

Observación. En relación con la Nota 2, se solicita precisar si las certificaciones de experiencia específica en prestación de servicios de SST deben ser solo dos, del total de 10 certificaciones que pueden ser aportadas.

De ser solo dos, cual es la motivación para restringir el número de certificaciones.

Observación.

Así mismo se solicita precisar el 6 % señalado en la Nota 2, sobre cual valor debe aplicarse, sobre el valor total del segundo año del contrato sumado el presupuesto de

salud y el presupuesto de servicios de SST , solo el presupuesto de salud, o solo el presupuesto de servicios de SST.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

1. De acuerdo a las observaciones presentadas se realiza una modificación en relación a los porcentajes para el cálculo de la acreditación de la experiencia específica, de tal manera que se separa por componente, uno para servicios de salud y otro para servicios de SSTM así:

- Para los servicios de Salud

  El Oferente deberá cumplir las condiciones mínimas de experiencia, a través de certificaciones de mínimo dos (2) y máximo diez (10) contratos los cuales deberán estar acompañadas del respectivo contrato o acta de liquidación y/o terminación.

  Los contratos acreditados pueden haber sido ejecutados o encontrarse en ejecución a favor de clientes de los sectores público o privado.

  Dichas certificaciones deben versar sobre contratos ejecutados o en ejecución con porcentaje acreditado mínimo de ochenta por ciento (80%) respecto al valor total contratado. (...)

- Para los servicios de SSTM

  Para la definición del valor mínimo exigido a certificar por parte de los oferentes que acreditaran la experiencia para el cumplimiento del requisito habilitante de experiencia corresponderá a un valor mínimo del 12% del presupuesto del segundo año (2024) de Seguridad y Salud en el trabajo por región. Lo anterior obedece al análisis de los ingresos de la muestra, en donde se observa que después de establecer una media podada y tomando como referencia el 50% del total de los ingresos, la muestra cumpliría con el valor mínimo a certificar.

2. Se aclara que para establecer el valor sobre el cual se determina la acreditación de la experiencia se hace con referencia al segundo año (2024) del presupuesto de Seguridad y Salud en el trabajo por región.

Para mayor ilustración ver documento de seleccion apartado **Experiencia Específica**

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ( )

OBSERVACIÓN 20

TEMA : OBLIGACIONES DE FIDUPREVISORA S.A.

"5) Revisar cada año la suficiencia de UPCM, para garantizar el financiamiento de la prestación de los servicios.

Nota: El cálculo que se hace tendrá efectos únicamente hacia el futuro, y no tendrá efectos retroactivos. "

Observación. Sírvase señalar en el Pliego:

Cuál sería la metodología para evaluación de la suficiencia de la UPCM.

La evaluación se haría para cada región dado que existen diferencias en la siniestralidad de las poblacionales y en las tarifas de mercado.

De evidenciarse insuficiencia de la UPCM , como se haría el ajuste en el valor de la UPCM, ejemplo si se evalúa el año 2024, a partir de que mes se aplicaría en el 2025 el ajuste

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que la metodología para la evaluación de la suficiencia de la UPCM se basará en un Modelo actuarial que estime la prima pura de riesgo, por otra parte, se analizará la necesidad de hacer la evaluación de manera global o georeferenciada teniendo en cuenta que la UPCM se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
17	20 de junio de 2023 9:28:24 AM	Plataforma Secop II	LUZ ELENA ARDILA RODRIGUEZ	Financiero

OBSERVACIÓN 21

Si el inicio de las actividades de los operadores que no se les adjudique el diseño del SG SST está sujeto a la entrega del diseño del mismo SG SST por parte del operador

adjudicatario y este a su vez no cumple con la entrega dentro de los términos establecidos, ¿quién asume el riesgo financiero para los restantes 9 operadores que estaban a la espera del modelo para iniciar a ejecutar las actividades y facturación por evento?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara al observante que el inicio de actividades de los operadores de Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo ***no*** está sujeta, a la entrega del diseño del SGSST por parte del contratista, ya que según lo definido en el documento de selección, página 80, numeral 9, Fase I: "Durante la Fase de Planeación el contratista prestará los servicios de evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, egreso, periódicos y para eventos folclóricos y deportivos, investigaciones de accidente de trabajo, investigación de enfermedad laboral y análisis de puesto de trabajo, con el objetivo de garantizar la continuidad de las actividades contratadas en prestaciones médico asistenciales de los eventos derivados de los riesgos laborales". La ejecución de dichas actividades se realizará por solicitud de servicios y en previo acuerdo con la Entidad Territorial Certificada en Educación, por lo tanto, ninguno de los adjudicatarios tendría que asumir algún tipo de riesgo financiero ocasionado por espera en la entrega del diseño del SSTM que impida la ejecución del contrato desde el día de su adjudicación.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

OBSERVACIÓN 22

En el proyecto de documento de selección en la página 143-144 hace referencia a "El valor del presupuesto por Región para Implementación es el siguiente". Se solicita a la entidad dar claridad en lo siguiente:

- ¿Cómo se estableció el presupuesto asignado a cada región?
- ¿Teniendo en cuenta que el Estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a Cotizar No.036 de 2022 contemplaba solo 5 regiones, cómo en el actual proceso lo modifican a 10 regiones?
- Por otra parte, en las respuestas a las observaciones del proceso INVITACION A COTIZA N.036 DE 2022 el segundo observante (Aprehsi) en su segunda pregunta: "En el anexo 3 ficha de cotización, seguridad industrial ítem 1 en el apartado, cantidad a cotizar; hace relación al número de unidades a cotizar, es decir, para el caso de inspecciones, por ejemplo, el valor 4.820 ¿es número de inspecciones a realizar en el año? En ese caso, esa sería la dinámica para todas actividades donde aparezcan números a cotizar" LA RESPUESTA DE FIDUPREVISORA FUE: "Sí, corresponde al número de inspecciones a cotizar en el año y es la dinámica, sin embargo, es necesario tener en cuenta las unidades a cotizar descritas en la matriz de recolección de cotizaciones ajustada por regional". De esta manera estaríamos frente otro punto distinto de cómo se concibió la invitación a cotizar a como hoy es presentado este estudio de mercado y como se

pretende proyectar este proceso de contratación. Se toma una cotización a un año y se traslada el mismo presupuesto, pero a 4 años lo cual aumenta exponencialmente el número de actividades por cada tema o actividad planteado.

- En la invitación a cotizar 036 de 2022 en sus respuestas a observaciones: el Observante SYSO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Pregunta: Anexo 3. Med. Trabajo docente. ¿Los exámenes ocupacionales (de ingreso, periódicas, post - incapacidad, de egreso, reintegro, eventos deportivos) deben realizarse en la capital de departamento, la ciudad sede de las entidades territoriales certificadas, o la sede del establecimiento educativo? RESPUESTA FIDUPREVISORA S.A: Fiduprevisora S.A., aclara que los exámenes ocupacionales se realizarán en la capital de departamento, la ciudad sede de las entidades territoriales certificadas, o la sede del establecimiento educativo cuando haya la imposibilidad por la oferta, zonas de difícil acceso o problemas de orden público. En actual modelo invita y dan puntuación por mayor número de sedes exclusivas y dan un listado de municipios puntuables para sede tipo E lo cual refuerza aún más un espíritu diferente el que se cotizó en su momento con el actual proceso, en el anterior proceso de invitación a cotizar se contempló atención en capitales de departamentos. /
- La entidad convocó la invitación a cotizar con un espíritu diferente a lo planteado en el actual proceso lo cual no respeta la ecuación financiera, técnica y económica del cotizante, lo cual deja sin un estudio de mercado ajustado a la actual necesidad. No se entiende como acomodan procesos distintos como si fuera uno mismo. Solicitamoss se de claridad de lo manifestado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

ESTIMACIÓN DEL PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE SST

b) El presupuesto de la actual licitación se estructuró de la siguiente manera:

Para el item de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM

El valor de presupuesto por región se determinó en función de la población objeto y frecuencias multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado, donde:

i) El número de actividades fue el resultado de la determinación de una frecuencia proyectada para cada año, por ejemplo : para el caso de las capacitaciones se tiene cobertura al 100% de la población con diferenciación de frecuencia en cada año, es decir hay años donde se capacita entre 1 a 4 veces al año al mismo docente.

La planeacion de la frecuencia de las actividades fue estructurada por año acorde a la identificación de 4 momentos para la Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM así:

ii) El primer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que el primer año implica la fase de planeación que esta determinada por las mesas de programación entre el contratista y la ETC.

iii) El segundo año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mayor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que para el segundo año el contratista ya cuenta por la experticia en la prestación de servicios para la población docente.

iv) El tercer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia menor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que van dos años de ejecución del contrato y la población objeto tiene adherencia a los programas definidos en SGSSTM.

v) Para el cuarto año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios.

b) En el Estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a Cotizar No.036 de 2022 en la ficha de cotización el presupuesto fue solicitado por 5 regiones que a su vez estaban conformados por departamentos, así las cosas, para el actual proceso de licitación se segmenta el presupuesto en 10 regiones separando los departamentos por cada una de ellas.

c) Se aclara que la diferencia que se presenta en las fichas de cotización respecto a los estudios previos, es que se en estos se presentaban el número de eventos año por año, mientras que en la presente cotización se presenta el número total de eventos a desarrollar durante los 4 años, sin embargo como se menciona en literal a) "la estimación del presupuesto se determinó en función de la población objeto y frecuencias multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado".

d) Se aclara que los requisitos ponderables hacen parte de la fase 2 de evaluación y son aquellos factores y criterios de escogencia y adjudicación que darán lugar a puntuación dentro del proceso y los cuales determinarán el ORDEN DE ELEGIBILIDAD de las PROPUESTAS, otorgando un puntaje total de cien (100) puntos. Tienen la característica de que no son subsanables. (ver capítulo 12. Criterios de evaluación de la oferta), es así como estos requisitos ponderables son un plus en el proceso para incentivar un factor diferencial a la hora de adjudicar el proceso , el proponente está en la libre elección de ofertar o no la totalidad de los ítems descritos y no inhabilita la propuesta.

Por lo anteriormente expuesto, se confirma que el actual proceso no ha modificado su esencia en comparación con la invitación a cotizar. Sin embargo, para dar claridad sobre

la estimación del presupuesto se incluye dentro del 0. ANEXO- ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO un apartado donde se señala la manera en que se estimó.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
18	20 de junio de 2023 a las 10:19 am	Plataforma Secop II	Equipos y Servicios HP Empresa Asociativa de Trabajo	Financiera

OBSERVACIÓN 23

Página 187. Numeral 8.2.3. Causales de Rechazo.

g. Cuando la oferta sea considerada como artificialmente baja y/o cuando caezcan cualquiera de las circunstancias de rechazo, de conformidad con las condiciones y efectuado el procedimiento establecido en la guía del manejo de ofertas artificialmente bajas de Colombia Compra Eficiente.

Aclarar a cuál ítem aplica esta causal de rechazo por cuanto está taxativamente asignado un presupuesto para el componente salud y otro presupuesto para la ejecución del modelo de SST para todas las regiones, según tabla publicada en la página 145, y cuya contratación está amparada bajo el CDP No 12273 del 18 de mayo de 2023:

REGIONES	UPCM	SGSSTM	TOTAL
Región 1	$ 886.706.240.869,65	$ 51.584.427.397,00	$ 938.290.668.266,65
Región 2	$ 1.455.483.324.801,09	$ 72.041.435.448,00	$ 1.527.524.760.249,09
Región 3	$ 860.514.409.639,50	$ 63.809.278.115,00	$ 924.323.687.754,50
Región 4	$ 881.362.425	$ 55.133.342	$ 936.495.76

	.463,21	.462,00	7.925,21
Región 5	$ 1.604.834.569 .230,43	$ 104.205.90 4.474,00	$ 1.709.040.47 3.704,43
Región 6	$ 1.496.523.976 .009,54	$ 85.227.421 .075,00	$ 1.581.751.39 7.084,54
Región 7	$ 1.771.164.755 .188,00	$ 92.581.495 .045,00	$ 1.863.746.25 0.233,00
Región 8	$ 1.950.605.330 .465,05	$ 127.340.64 9.584,00	$ 2.077.945.98 0.049,05
Región 9	$ 984.291.259 .242,38	$ 40.319.007 .026,00	$ 1.024.610.26 6.268,38
Región 10	$ 2.500.749.600 .170,89	$ 102.539.70 9.418,00	$ 2.603.289.30 9.588,89
Diseño y estructura del SGSSTM	N/A	$ 1.207.385. 401,00	$ 1.207.385. 401,00
TOTAL	**$ 14.392.235.89 1.079,70**	**$ 795.990.055 .445,00**	**$ 15.188.225.94 6.524,70**

¿Acaso esta cláusula aplica solamente para el componente "Diseño y estructura del SGSSTM descrito en la página 143?. Favor aclarar el alcance de esta causal de rechazo.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Esta aplica para el componente de i) **Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM y ii)** Diseño y estructura del SGSSTM al ser los items que se derivan de la oferta de un precio unitario por actividad o producto a entregar.

Lo anterior, ***efectuado el procedimiento establecido en la guía del manejo de ofertas artificialmente bajas de Colombia Compra Eficiente*** .

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 24

Páginas 197 y 198. 10.4.1. Carpeta Contenido I: aspectos habilitantes

Los siguientes documentos deberán estar incluidos en la carpeta "Contenido I: aspectos habilitantes" de la oferta y deberán ser presentados cumpliendo los requisitos contenidos en este Documento de Selección. La carpeta debe contener:

i. Documentos destinados a acreditar la capacidad jurídica
ii. Documentos destinados a acreditar la experiencia y oferta técnica.
iii. Documentos destinados a acreditar la capacidad financiera.
iv. Documentos destinados a acreditar la capacidad organizacional.

En las páginas anteriormente relacionadas y en las subsiguientes, se describen en detalle los soportes exigidos que se deben compilar en la carpeta I de aspectos habilitantes; sin embargo, no están descritos los soportes que hacen parte del componente "Documentos destinados a acreditar la capacidad organizacional". Se solicita indicar cuáles son los documentos que se deben presentar para acreditar la capacidad organizacional.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que los documentos para acreditar la capacidad organizacional son los mismos solicitados para la acreditación de la capacidad financiera por cuanto se están evaluando razones financieras con base en la información de Estados Financieros de los proponentes. Se agradece la observación y se realizará la respectiva modificación en el documento de selección.

Así las cosas los documentos para acreditar la capacidad organizacional y financiera son:

1. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo comparativos inmediatamente con el año anterior. Se considerará el año 2022.
2. Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1.
3. Certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores vigente tanto de los contadores como de los revisores fiscales en los casos que aplique de quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1
4. Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentar los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.
5. Presentación de Formato No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL debidamente firmado.
6. En caso de proponente plural se deberá presentar el Formato No. 14 INDICADORES

FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE PLURAL debidamente firmado.

NOTA: Para el cálculo de los indicadores se tendrá en cuenta dos (2) decimales, en ningún caso se realizarán aproximaciones.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
19	20 de junio 2023 a las 10:21:24 PM	Plataforma Secop II	Redplus Integral S.A.S	Financiero

OBSERVACIÓN 25

1. El análisis realizado para establecer los requisitos habilitantes de contenido financiero no tuvo en cuenta la realidad financiera de la gran mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud del país. En la justificación de la construcción de rangos se dice que, para mantener una participación significativa de las empresas presentes en las 10 regiones, se ha propuesto transitar entre los niveles de desempeño financiero mejor y optimo, para de esta manera asumir los niveles de riesgo medio y bajo respectivamente. No obstante, dicho análisis no tiene en cuenta el estado actual de las empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia, que han venido siendo afectadas por las numerosas y repetidas intervenciones para liquidar E.P.S., las cuales han ocasionado enormes pérdidas a casi la totalidad de prestadores de servicios de salud de carácter público y privado deteriorando sus condiciones financieras; consideramos que, los niveles de desempeño propuestos limitan la participación de un gran número de las empresas que estarían interesadas en participar de la invitación.

Por esta razón solicitamos se reconsidere el nivel de desempeño propuesto, y se determine como requisito o criterio mínimos acreditable para participar en la invitación pública, los niveles de desempeño normal o mejor, para de esta manera ampliar las posibilidades de participación.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Si bien es cierto que el cierre e intervención de Entidades Promotoras de Salud - EPS es un de los factores que afecta entre otras cosas en materia financiera a las IPS por ser

estas entidades las encargadas del giro, es una situación que se ha venido presentando desde la vigencias anteriores a 2021 (año de análisis del sector), lo que quiere decir que este fenómeno está recogido en el análisis de las cifras financieras de las diferentes IPS a nivel Nacional.

Por citar algunos ejemplos extraídos del informe de gestión de la Superintendencia Financiera:

ASMET SALUD EPS: Se ordenó la medida de vigilancia especial mediante Resolución 11263 del 5 de diciembre de 2018, la cual se ha prorrogado de manera sucesiva hasta el 6 de marzo de 2023. En la Resolución 2022320030003211-6 del 6 de junio de 2022, se emitieron órdenes puntuales, respecto de las cuales la entidad debe implementar un plan de acción orientado a la enervar los hallazgos que dieron origen a las medidas.

ASMET SALUD EPS: Se ordenó la medida de vigilancia especial mediante Resolución 11263 del 5 de diciembre de 2018, la cual se ha prorrogado de manera sucesiva hasta el 6 de marzo de 2023. En la Resolución 2022320030003211-6 del 6 de junio de 2022, se emitieron órdenes puntuales, respecto de las cuales la entidad debe implementar un plan de acción orientado a la enervar los hallazgos que dieron origen a las medidas.

COMFACHOCO EPSS: Se han adoptado medidas preventivas de vigilancia especial y programa de recuperación desde el 4 de agosto de 2016, la última decisión adoptada fue el 27 de octubre de 2020, enfocada en la adopción de la medida de vigilancia especial, la cual se ha prorrogado de manera sucesiva, emitiendo la última prórroga mediante el 27 de octubre de 2022, emitiendo ordenes puntuales, a partir de las cuales la EPS debe implementar un plan de acción, cuyo objetivo es la recuperación de operativa, financiera y jurídica de la entidad

EMSSANAR EPS SAS: A la entidad le fue adoptada la medida preventiva de vigilancia especial mediante Resolución 8925 de 2 de octubre de 2019, la cual fue prorrogada hasta el 2 de febrero de 2022, fecha en la que se decidió ordenar la toma de posesión de bienes, haberes y negocios de la EPS a través de la Resolución 2022320000000292-6, prorrogada por dos meses, es decir hasta el 1 de junio de 2022; posteriormente, al finalizar el plazo de la prórroga la Superintendencia ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar por el término de un (1) año, es decir hasta el 1 de junio de 2023.

Seguimiento a entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar Se realizó seguimiento a los procesos liquidatorios que se encontraban en curso, de las entidades que se indican a continuación:

ENTIDAD	FECHA DE INICIO
Saludcoop EPS	24/11/201 5
Ambuq EPS	8/02/2021
Emdisalud EPS	2/10/2019
Saludvida EPS	01/10/2019
Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca-COMFACUNDI EPS	05/11/2020
Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena -COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLÍVAR E.P.S.-S	6/11/2020

Fuente. Oficina de Liquidaciones

Por otra parte, se resalta los esfuerzos de los diferentes mecanismos de conciliacion entre los diferentes actores del sector salud lo que se traduce "Según el balance de la SuperSalud, en el último año se recuperaron cerca de un billón de pesos de la red pública y privada de prestación, a través de las mesas de flujo de recursos y las jornadas de conciliación. A lo largo de estos cuatro años se beneficiaron más de 15.000 instituciones prestadores de todo el país, con recursos por cerca de 3,3 billones de pesos." (el colombiano, 2023)

Teniendo en cuenta lo anterior, la entidad no acepta la observación y ratifica que mantiene los indicadores habilitantes en el rango tipificado como "mejor" en la cual la razón corriente mínima es de 1.50, la razón de endeudamiento máxima 0.65, la razón de cobertura de intereses sea mínimo de 0.75, la razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 y la de los activos del 0.03

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
23	20 de junio 2023 a las 12:00:28 PM	Plataforma Secop II	LEYVIS	Financiero

OBSERVACIÓN 26

Página 221. 11.3. REQUISITOS HABILITANTES DE CONTENIDO FINANCIERO. "Con base en el análisis anterior, construimos la matriz de criterios de selección

INDICADORES FINANCIEROS	CRITERIOS DE SELECCIÓN DESEMPEÑO FINANCIERO		
	NORMAL	MEJOR	OPTIMO
RAZÓN CORRIENTE (RC)	1.20	1.50	1.80
ENDEUDAMIENTO (RE)	0.70	0.65	0.60
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	0.50	0.75	1.00
RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.06	0.08	0.10
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.02	0.03	0.05

Factores macroeconómicos ocurridos en el mundo en general (entre otros la pandemia) y en especial en nuestro país tuvieron repercusiones lesivas a la mayoría de los renglones de la economía, entre ellos y de manera por demás dramática, a los proveedores de Seguridad y Salud en el Trabajo, hecho que menguó significativamente los ingresos durante dos años consecutivos, muchas empresas se vieron abocadas a cierres definitivos en el peor de los escenarios, otras tuvieron que reducir su tamaño de operaciones, y otras más en su afán de seguir contribuyendo con el tejido social y mantener su planta de cargos se vieron forzadas a padecer una pauperización de estructura administrativa y funcional con un empeoramiento de sus indicadores financieros con la esperanza de recuperarse en el mediano plazo. Con la reactivación económica, se abrieron nuevos espacios laborales que implicaron ajustes en los portafolios de servicios, aumento de capacidad instalada y estos nuevos desafíos implicaron obtención de recursos que en la mayoría de las ocasiones se lograron mediante apalancamiento financiero y por consiguiente, con aumento de endeudamiento y de contera, con la consecuente disminución de la razón corriente.

El Gobierno Nacional, consciente que la economía va a requerir un tiempo prudente para reactivarse inicialmente, luego de volver como mínimo a niveles de pre pandemia y posteriormente seguir con un crecimiento económico sostenible, expidió una serie de normas, entre ellas, el decreto 399 de 2021, de la cual, transcribimos algunos apartes.

MEJOR AÑO FISCAL – Decreto 399 – Capacidad financiera – Capacidad organizacional – Interpretación […] A partir del 1 de julio de 2021 las entidades estatales «[…] establecerán y evaluarán los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional teniendo en cuenta la información que conste en el Registro Único de Proponentes». Es decir, las entidades estatales deben tener en cuenta la información sobre la capacidad financiera y organizacional «correspondiente a los últimos tres (3) años fiscales anteriores al respectivo acto» o «desde su primer cierre fiscal», según el caso (negrillas y subraya fuera de texto).

Sobre este tema, Colombia Compra Eficiente se pronunció así: "Se trata de que las entidades estatales al estructurar un proceso de contratación pública, busquen que estos conlleven a que se presenten la mayor cantidad de oferentes posibles, sin poner en riesgo la ejecución del mismo, quiere esto decir que, ante varios escenarios, la entidad escoja las condiciones mínimas que permitan la mayor cantidad posible de oferentes en cumplimiento de los principios rectores de la contratación estatal, sin que con esto se afecte de manera grave el cumplimiento del objeto a contratar.

Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes a través de su liquidez y endeudamiento. Estas condiciones muestran la capacidad del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato. La capacidad financiera requerida en un Proceso de Contratación debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza y al valor del contrato.

En consecuencia, la Entidad Estatal debe establecer los requisitos de capacidad financiera con base en su conocimiento del sector relativo al objeto del Proceso de Contratación y de los posibles oferentes".

(Ver la Guía para la Elaboración de Estudios de Sector en https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_documents/cce_guia_elaboracion_ estudios.pdf).

Considerando la naturaleza del contrato a suscribirse, su valor, plazo y forma de pago, la Entidad Estatal debe hacer uso de los indicadores que considere adecuados respecto al objeto del Proceso de Contratación y no limitarse a determinar y aplicar de forma mecánica fórmulas financieras para determinar los indicadores. Es también fundamental considerar las dinámicas del mercado que llevaron al deterioro de los indicadores financieros en su momento pero que deberían analizarse en su justa dimensión pues lo que reflejan simplemente muestran la adaptación que sufrió el sector en condiciones francamente anormales e imprevistas y cuyo escenario presente es completamente distinto al vivido en esos pavorosos tiempos de zozobra.

Con las consideraciones anteriores y en sintonía con la normatividad existente y vigente sobre la materia, hacemos las siguientes propuestas sobre este muy importante aspecto habilitante:

a. Tal como lo permite el Decreto 399 del 2021, proponemos que se permita presentar los indicadores con el mejor estado de resultados y estados financieros que tenga la empresa de los últimos tres años, es decir, de las vigencias 2020, 2021 y 2022.

b. Proponemos igualmente que los valores exigidos para el cumplimiento de indicadores financieros sean los siguientes:

CONS	INDICADORES FINANCIEROS	DESEMPEÑO FINANCIERO
1	RAZÓN CORRIENTE (RC)	>1.05
2	ENDEUDAMIENTO (RE)	0.85
3	RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES	0.75
4	RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.08
5	RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.03

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Para la construcción de indicadores financieros habilitantes, se tomó la información financiera disponible, completa y vigente de las superintendencias, nos permitieron construir un modelo de análisis financiero basado en información reportada del año 2021, año de fuerte reactivación económica para los sectores primarios y secundarios pero, lo particular en el sector servicios, específicamente los de salud, cuya dinámica económica fue atípica en época de pandemia (año 2020), por tanto la información del año base recoge todo el ruido de la emergencia sanitaria.

La base completa objeto de análisis es una muestra poblacional determinada por parámetros de ajuste que no permiten tener estimaciones ajustadas. En este sentido, el total de empresas que conforman la muestra de las empresas del sector salud, particularmente IPS, con información financiera completa reportada en la Superintendencia Nacional de Salud es de 2,839, en particular, es preciso aclarar que en esta muestra tenemos un porcentaje de IPS que también están habilitadas para prestar servicios de SST, en este sentido, IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 423 Seguridad y Salud en el Trabajo (Res. 3100 de 2019), IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 407 medicina del trabajo y medicina laboral (resolución 2003 de 2014), el porcentaje de IPS que además de su rol

como IPS, también están habilitadas con los códigos 423 y 407 corresponde al 13% por ciento del total de la muestra.

El total de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) a nivel nacional, con información financiera completa reportada por la Superintendencia de Subsidio Familiar corresponde a 43. En el core de negocios de la CCF identificamos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo. Por tanto, asumimos que podemos agrupar, IPS y CCF que posiblemente cuentan con la oferta completa de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo nos llevarían al 14.3% del total de la muestra. Es importante manifestar que este porcentaje se estima solamente como análisis estadístico, por tanto, no está determinando el tamaño de la muestra.

Con el propósito de construir un modelo robusto que nos permita analizar la dinámica financiera de una muestra ampliada y plural, entorno a todo el espectro de posibles oferentes en los servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, escaneamos de manera rigurosa las sociedades mercantiles que reportan información en la Superintendencia de Sociedades registradas bajos la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) a cuatro dígitos, que nos permitan obtener una muestra significativa y realizar un análisis riguroso del sector. Para determinar los códigos CIIU a cuatro dígitos sobre los que se clasifican las empresas de servicios, en particular, el universo de empresas que en el core de negocios de la empresa podrían o, estarían habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, revisamos en el historial de ofertas recibidas por la fiduciaria la clasificación de este tipo de empresas, lo que nos condujo a los códigos 7020 y 7490. El proceso de minería de datos frente al gran universo de sociedades mercantiles registradas bajo estos dos códigos nos permitió identificar una muestra ajustada de 2,940 empresas a nivel nacional.

Para poder construir los criterios que nos permitan identificar los valores de los indicadores, utilizamos información financiera disponible para armar una base estadística y matemática, que nos permita desarrollar un modelo de análisis financiero tanto a nivel nacional como regional debidamente soportado con datos. En este análisis, también incluimos categorías según el tamaño de las empresas con el objetivo de aproximarnos a un mapeo detallado de la oferta de mercado. Previamente a este ejercicio, revisamos, estudiamos e identificamos el sector económico al que pertenecen los posibles oferentes, con el propósito de determinar el grupo objetivo de empresas y estimar el tamaño de la muestra sujeta de análisis. Así mismo, se realiza una segmentación por tipo de empresas como lo son: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y Empresas de Servicios que puedan desarrollar actividades en torno a la Salud y Seguridad en el Trabajo (SST).

En una oferta plural las IPS o CCF que no cuenten con la acreditación o certificación o experiencia en SST podrían asociarse con empresas del sector servicios en cuyo core de negocios además de la experiencia están habilitados para complementar la oferta de

servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, además de la capacidad financiera necesaria.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que para el análisis de la información del sector salud y establecimiento de indicadores financieros la Entidad abarcó el ruido generado por los efectos de la pandemia al realizar el análisis sobre estados financieros al cierre de la vigencia 2021, año en que los Prestadores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de SST y Cajas de Compensación Familiar a nivel Nacional, empezaron la reactivacion progresivamente de servicios afectados durante el 2020, una evaluacion sobre indicadores de 2020 no es viable bajo el entendido que fue el año en el que los sectores de la economía permanecian cerrados o con servicios parcialmente cerrados (para salud: cancelacion de cirugias,cierre de servicios ambulatorios, cierre de servicios de SST entre otros) por lo tanto, evaluar los requisitos habilitantes establecidos en el actual proceso con base en los estados financieros de 2022 bajo el entendido de que el sector asi como el resto de la economía se encuentra en proceso de recuperación es coherente, especialmente en el sector Salud donde el Gobierno Nacional no escatima esfuerzos para implementar mecanismos que de fortalecimiento como por ejemplo oportunidad para que las EPS utilicen recursos invertidos para atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, la implementación de este mecanismo, para el segundo semestre de 2022 la Superintendencia Nacional de Salud viabilizó planes de pago presentados por las EPS para saldar cartera con las IPS por la suma de $845.766 millones. Asi mismo, es importante señal que la Entidad debe garantizar la perdurabilidad del proponente en el tiempo pues de otra manera se vería afectada la prestación de servicios a los afiliados y beneficiarios del Magisterio considerando la naturaleza del contrato a suscribirse y el valor que asciende a 15 billones de pesos aproximadamente. La Entidad no acepta el cambio en los indicadores financieros habilitantes del presente proceso y ratifica que la evaluación se realizará con base en los estados financieros de la vigencia 2022.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
24	20 de junio 2023 a las 12:28:33 PM	Plataforma Secop II	MONICA CECILIA ARANGO MUÑETON	Financiero

OBSERVACIÓN 63

Página 221. 11.3. REQUISITOS HABILITANTES DE CONTENIDO FINANCIERO. "Con base en el análisis anterior, construimos la matriz de criterios de selección

INDICADORES FINANCIEROS	CRITERIOS DE SELECCIÓN DESEMPEÑO FINANCIERO		
	NORMAL	MEJOR	OPTIMO
RAZÓN CORRIENTE (RC)	1.20	1.50	1.80
ENDEUDAMIENTO (RE)	0.70	0.65	0.60
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	0.50	0.75	1.00
RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.06	0.08	0.10
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.02	0.03	0.05

Factores macroeconómicos ocurridos en el mundo en general (entre otros la pandemia) y en especial en nuestro país tuvieron repercusiones lesivas a la mayoría de los renglones de la economía, entre ellos y de manera por demás dramática, a los proveedores de Seguridad y Salud en el Trabajo, hecho que menguó significativamente los ingresos durante dos años consecutivos, muchas empresas se vieron abocadas a cierres definitivos en el peor de los escenarios, otras tuvieron que reducir su tamaño de operaciones, y otras más en su afán de seguir contribuyendo con el tejido social y mantener su planta de cargos se vieron forzadas a padecer una pauperización de estructura administrativa y funcional con un empeoramiento de sus indicadores financieros con la esperanza de recuperarse en el mediano plazo. Con la reactivación económica, se abrieron nuevos espacios laborales que implicaron ajustes en los portafolios de servicios, aumento de capacidad instalada y estos nuevos desafíos implicaron obtención de recursos que en la mayoría de las ocasiones se lograron mediante apalancamiento financiero y por consiguiente, con aumento de endeudamiento y de contera, con la consecuente disminución de la razón corriente.

El Gobierno Nacional, consciente que la economía va a requerir un tiempo prudente para reactivarse inicialmente, luego de volver como mínimo a niveles de pre pandemia y posteriormente seguir con un crecimiento económico sostenible, expidió una serie de normas, entre ellas, el decreto 399 de 2021, de la cual, transcribimos algunos apartes:

- MEJOR AÑO FISCAL – Decreto 399 – Capacidad financiera – Capacidad organizacional – Interpretación […] A partir del 1 de julio de 2021 las entidades estatales «[…] establecerán y evaluarán los requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional teniendo en cuenta la información que conste en el Registro Único de Proponentes». Es decir, las entidades estatales deben tener en cuenta la información sobre la capacidad financiera y organizacional «correspondiente a los últimos tres (3) años fiscales anteriores al respectivo acto» o «desde su primer cierre fiscal», según el caso (negrillas y subraya fuera de texto).

Sobre este tema, Colombia Compra Eficiente se pronunció así: "Se trata de que las entidades estatales al estructurar un proceso de contratación pública, busquen que estos conlleven a que se presenten la mayor cantidad de oferentes posibles, sin poner en riesgo la ejecución del mismo, quiere esto decir que, ante varios escenarios, la entidad escoja las condiciones mínimas que permitan la mayor cantidad posible de oferentes en

cumplimiento de los principios rectores de la contratación estatal, sin que con esto se afecte de manera grave el cumplimiento del objeto a contratar.
Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejan la salud financiera de los proponentes a través de su liquidez y endeudamiento. Estas condiciones muestran la capacidad del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato. La capacidad financiera requerida en un Proceso de Contratación debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza y al valor del contrato.

En consecuencia, la Entidad Estatal debe establecer los requisitos de capacidad financiera con base en su conocimiento del sector relativo al objeto del Proceso de Contratación y de los posibles oferentes". (Ver la Guía para la Elaboración de Estudios de Sector en https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_documents/ cce_guia_elaboracion_ estudios.pdf).

Considerando la naturaleza del contrato a suscribirse, su valor, plazo y forma de pago, la Entidad Estatal debe hacer uso de los indicadores que considere adecuados respecto al objeto del Proceso de Contratación y no limitarse a determinar y aplicar de forma mecánica fórmulas financieras para determinar los indicadores. Es también fundamental considerar las dinámicas del mercado que llevaron al deterioro de los indicadores financieros en su momento pero que deberían analizarse en su justa dimensión pues lo que reflejan simplemente muestran la adaptación que sufrió el sector en condiciones francamente anormales e imprevistas y cuyo escenario presente es completamente distinto al vivido en esos pavorosos tiempos de zozobra.

Con las consideraciones anteriores y en sintonía con la normatividad existente y vigente sobre la materia, hacemos las siguientes propuestas sobre este muy importante aspecto habilitante:

a. Tal como lo permite el Decreto 399 del 2021, proponemos que se permita presentar los indicadores con el mejor estado de resultados y estados financieros que tenga la empresa de los últimos tres años, es decir, de las vigencias 2020, 2021 y 2022.
b. Proponemos igualmente que los valores exigidos para el cumplimiento de indicadores financieros sean los siguientes:

CONS	INDICADORES FINANCIEROS	DESEMPEÑO FINANCIERO
1	RAZÓN CORRIENTE (RC)	>1.05
2	ENDEUDAMIENTO (RE)	0.85
3	RAZÓN DE COBERTURA DE INTERESES	0.75
4	RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.08
5	RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.03

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Para la construcción de indicadores financieros habilitantes, se tomó la información financiera disponible, completa y vigente de las superintendencias, nos permitieron construir un modelo de análisis financiero basado en información reportada del año 2021, año de fuerte reactivación económica para los sectores primarios y secundarios pero, lo particular en el sector servicios, específicamente los de salud, cuya dinámica económica fue atípica en época de pandemia (año 2020), por tanto la información del año base recoge todo el ruido de la emergencia sanitaria.

La base completa objeto de análisis es una muestra poblacional determinada por parámetros de ajuste que no permiten tener estimaciones ajustadas. En este sentido, el total de empresas que conforman la muestra de las empresas del sector salud, particularmente IPS, con información financiera completa reportada en la Superintendencia Nacional de Salud es de 2,839, en particular, es preciso aclarar que en esta muestra tenemos un porcentaje de IPS que también están habilitadas para prestar servicios de SST, en este sentido, IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 423 Seguridad y Salud en el Trabajo (Res. 3100 de 2019), IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 407 medicina del trabajo y medicina laboral (resolución 2003 de 2014), el porcentaje de IPS que además de su rol como IPS, también están habilitadas con los códigos 423 y 407 corresponde al 13% por ciento del total de la muestra.

El total de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) a nivel nacional, con información financiera completa reportada por la Superintendencia de Subsidio Familiar corresponde a 43. En el core de negocios de la CCF identificamos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo. Por tanto, asumimos que

podemos agrupar, IPS y CCF que posiblemente cuentan con la oferta completa de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo nos llevarían al 14.3% del total de la muestra. Es importante manifestar que este porcentaje se estima solamente como análisis estadístico, por tanto, no está determinando el tamaño de la muestra.

Con el propósito de construir un modelo robusto que nos permita analizar la dinámica financiera de una muestra ampliada y plural, entorno a todo el espectro de posibles oferentes en los servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, escaneamos de manera rigurosa las sociedades mercantiles que reportan información en la Superintendencia de Sociedades registradas bajos la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) a cuatro dígitos, que nos permitan obtener una muestra significativa y realizar un análisis riguroso del sector. Para determinar los códigos CIIU a cuatro dígitos sobre los que se clasifican las empresas de servicios, en particular, el universo de empresas que en el core de negocios de la empresa podrían o, estarían habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, revisamos en el historial de ofertas recibidas por la fiduciaria la clasificación de este tipo de empresas, lo que nos condujo a los códigos 7020 y 7490. El proceso de minería de datos frente al gran universo de sociedades mercantiles registradas bajo estos dos códigos nos permitió identificar una muestra ajustada de 2,940 empresas a nivel nacional.

Para poder construir los criterios que nos permitan identificar los valores de los indicadores, utilizamos información financiera disponible para armar una base estadística y matemática, que nos permita desarrollar un modelo de análisis financiero tanto a nivel nacional como regional debidamente soportado con datos. En este análisis, también incluimos categorías según el tamaño de las empresas con el objetivo de aproximarnos a un mapeo detallado de la oferta de mercado. Previamente a este ejercicio, revisamos, estudiamos e identificamos el sector económico al que pertenecen los posibles oferentes, con el propósito de determinar el grupo objetivo de empresas y estimar el tamaño de la muestra sujeta de análisis. Así mismo, se realiza una segmentación por tipo de empresas como lo son: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y Empresas de Servicios que puedan desarrollar actividades en torno a la Salud y Seguridad en el Trabajo (SST).

En una oferta plural las IPS o CCF que no cuenten con la acreditación o certificación o experiencia en SST podrían asociarse con empresas del sector servicios en cuyo core de negocios además de la experiencia están habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, además de la capacidad financiera necesaria.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que para el análisis de la información del sector salud y establecimiento de indicadores financieros la Entidad abarcó el ruido generado por los efectos de la pandemia al realizar el análisis sobre estados financieros al cierre de la vigencia 2021, año en que los Prestadores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de SST y Cajas de Compensación Familiar a nivel Nacional

empezaron la reactivacion progresivamente de servicios afectados durante el 2020, una evaluacion sobre indicadores de 2020 no es viable bajo el entendido que fue el año en el que los sectores de la economía permanecian cerrados o con servicios parcialmente cerrados (para salud: cancelacion de cirugias,cierre de servicios ambulatorios, cierre de servicios de SST entre otros) por lo tanto, evaluar los requisitos habilitantes establecidos en el actual proceso con base en los estados financieros de 2022 bajo el entendido de que el sector asi como el resto de la economía se encuentra en proceso de recuperación es coherente, especialmente en el sector Salud donde el Gobierno Nacional no escatima esfuerzos para implementar mecanismos que de fortalecimiento como por ejemplo oportunidad para que las EPS utilicen recursos invertidos para atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, la implementación de este mecanismo, para el segundo semestre de 2022 la Superintendencia Nacional de Salud viabilizó planes de pago presentados por las EPS para saldar cartera con las IPS por la suma de $845.766 millones. Asi mismo, es importante señal que la Entidad debe garantizar la perdurabilidad del proponente en el tiempo pues de otra manera se vería afectada la prestación de servicios a los afiliados y beneficiarios del Magisterio considerando la naturaleza del contrato a suscribirse y el valor que asciende a 15 billones de pesos aproximadamente. La Entidad no acepta el cambio en los indicadores financieros habilitantes del presente proceso y ratifica que la evaluación se realizará con base en los estados financieros de la vigencia 2022.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
26	20 de junio de 2023 2:29:06 PM	Plataforma Secop II	Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM & CIA LTDA	Financiera

OBSERVACIÓN 27

DOCUMENTO: Proyecto de Documento de Selección Página 283 "Obligaciones de FIDUPREVISORA S.A.como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FOMAG" Pagina 285 "La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo". Página 283 48

"Revisar cada año la suficiencia de UPCM, para garantizar el financiamiento de la prestación de los servicios. Nota: El cálculo que se hace tendrá efectos únicamente hacia el futuro, y no tendrá efectos retroactivos". Teniendo en cuenta las Obligaciones por parte de la Fiduciaria la Previsora, se solicita se aclare cuál es el proceso y basado en que información para realizar la actualización de la UPCM desde las suficiencia.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD: La entidad aplicará la metodología para revisar la suficiencia bajo un Modelo actuarial que estime la prima pura de riesgo, con base en la información de los Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS enviada como soporte por cada uno de los operadores.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 28

DOCUMENTO: Proyecto de Documento de Selección Página 300 "19.10. Mecanismo Extraordinario del Servicio de Salud" "Si los servicios de consulta médica general, médica especializada, odontología, laboratorio clínico o medicamento no se prestan o dispensa oportunamente por el CONTRATISTA conforme a los tiempos de respuesta efectiva dispuestos en el acápite del modelo de prestación de servicios del presente documento, el afiliado podrá acceder por cuenta propia a la institución Prestadora de Servicios de Salud en ejercicio de su libre elección. Para hacer efectivo este mecanismo se requiere que el usuario reporte la falta de atención del servicio al canal de comunicación especial establecido por el contratista para tal efecto. EI CONTRATISTA atenderá el requerimiento dentro de las 72 horas DE MANERA CONTINUA siguientes al requerimiento. En caso tal de que el requerimiento no sea atendido dentro de este término, el afiliado puede acudir a la IPS de su elección y el contratista procederá a realizar el reembolso o pago directo del servicio prestado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de los soportes de atención y factura cancelada que cumpla con los requisitos legales. Esta radicación se deberá realizar ante el Operador de servicios de salud y la interventoría para realizar el respectivo seguimiento" PREGUNTA: El valor del pago eventualmente a reconocer ¿corresponde al pactado en el acuerdo de voluntades entre el contratista y el proveedor, a la tarifa SOAT año vigente o tarifas propias pagadas por el usuario?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El valor del pago a reconocer corresponde a la tarifa pagada por el usuario y el contratista procederá a realizar el reembolso o pago directo del servicio prestado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de los soportes de atención y factura cancelada que cumpla con los requisitos legales.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

OBSERVACIÓN 29

DOCUMENTO: Estudios previos proceso de salud FOMAG firmado Páginas 162 -164 "La pirámide poblacional del Magisterio, acorde a los resultados se trata de una pirámide de tipo regresiva, lo cual indica que la población del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio es envejecida……. También se observa que entre los años 2021 y 2022, existe un aumento en la población de mayor de 65 años para ambos sexos" "…a pirámide poblacional del año 2022 donde evidenciamos que la población del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio es una población envejecida, por lo que las atenciones y priorizaciones de las acciones en salud encaminadas al cumplimiento de las rutas integrales de atención en salud deben estar direccionadas a cubrir esta población; dentro del curso de vida adultez" OBSERVACIÓN: En función del perfil demográfico de los maestros, trabajadores y pensionados, con una media de edad superior a los 50 años y con una gran concentración entre los 45 y los 60 años y teniendo en cuenta lo informado en la La Resolución 2809 del 2022 en sus Consideraciones establece

> Que el Acuerdo 026 de 2011 de la extinta Comisión de Regulación en Salud -CRES, modificado por la Resolución 6411 de 2016, define un ponderador de la UPC para las EPS del Régimen Contributivo, con el fin de corregir la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en algunas EPS del Sistema, que se aplica anualmente al momento de definir el valor de la UPC, con base en la información disponible de estas.

Teniendo en cuenta la alta concentración de los afiliados mayores de 75 años a diciembre del 2022, la entidad tiene claro que se debe reconocer un valor diferencial en el pago de la UPCM, ¿cuál sería el valor del mencionado ajuste?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La UPCM para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la UPCM es la siguiente:

UPCM = UPCe,z + 62.67% UPCe,z

- UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
- e= grupo etario
- z= zona geográfica

Dónde:

La UPC del régimen contributivo se identifica por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes especiales o de excepción. En la base de UPC se estiman los valores de Grupo etario (edad y género) y zona geográfica (Zona normal, Zona especial, Grandes ciudades, Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina) las anteriores variables representan primas adicionales al valor base de la UPC anual en concordancia con lo establecido en la mencionada Resolución.

Así las cosas y teniendo en cuenta que el valor de la UPC de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023, la tarifa por grupo etario está contemplada para la población del Magisterio.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 30

DOCUMENTO: Anexo No. 2 MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Página 24 "ACTORES EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO -MAISFPSM" "Acorde a las estrategias del MAISFPSM, los anteriores actores deberán coordinar sus acciones teniendo como centro para determinación de las mismas al usuario, para ello deberán caracterizar de manera individual a cada uno de los afiliados al FOMAG". La caracterización (al menos en el aspecto de determinantes sociales de salud) de la población debería ser asumida por fiduprevisora, ya que es la responsable de entregar el informe del estado de salud de los usuarios y sobre los cuales realizan el cálculo de las actividades y riesgos. ¿Si es a realizar por parte de prestador, esta actividad tendrá un rubro especial?, ¿Si al realizar esta caracterización se encuentran riesgos adicionales, estos serán reconocidos en la UPCM?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La caracterización la debe realizar el Operador por cuanto la caracterización de la población y la identificación del riesgo en salud se definen en el contrato objeto de la invitación a cargo del contratista. Dentro de la estructura de la UPCM se encuentra un

rubro correspondiente a gastos administrativos que son transferidos en su totalidad al Operador de Salud para su administración.

Los riesgos están contemplados en la UPCM, se debe tener en cuenta que una vez al año se realizará una evaluación de la suficiencia de la upcm, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 31

DOCUMENTO: Anexo No. 2 MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Página 56 "RIESGO ACTUARIAL" "Riesgos de concentración y hechos catastróficos: Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados" Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de algunas patologías en la región 9 (Caldas, Quindío, Risaralda), como el cáncer que la prevalencia está por encima de la nacional la cual es de 815,47 casos por 100.000 (2021), mientras que para región 9 es de 4046,7 por 100000 afiliados (actualmente con 49175 usuarios y 1990 casos de cáncer captados). Incidencia de 40,8 afiliados por cada 1000. En enfermedades huérfanas la región 9 también presenta una incidencia mayor de aproximadamente 2 por cada 1000 usuarios. Teniendo en cuenta el comportamiento de estas enfermedades y con respecto a estos riesgos se solicita se aclare cual es el porcentaje adicional que se reconocerá por estas condiciones especiales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

La UPCM para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la UPCM es la siguiente:

UPCM = UPCe,z + 62.67% UPCe,z

• UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo

• e= grupo etario

• z= zona geográfica

Dónde:

La UPC del régimen contributivo se identifica por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes especiales o de excepción. En la base de UPC se estiman los valores de Grupo etario (edad y género) y zona geográfica (Zona normal, Zona especial, Grandes ciudades, Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina) las anteriores variables representan primas adicionales al valor base de la UPC anual en concordancia con lo establecido en la mencionada Resolución.

Así las cosas y teniendo en cuenta que el valor de la UPC de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023, la tarifa por dispersión geográfica está contemplada para la población del Magisterio.

Zona Especial: A esta zona se le reconoce una prima adicional del 10% y en ella se encuentran 363 Municipios los cuales cumplen con los siguientes criterios:

1. Municipios que a noviembre de 2013 se encontraban identificados como zonas dispersas

2. Municipios o corregimientos departamentales con:

a. Población inferior o igual a 25.000 habitantes.

b. Porcentaje de población rural superior a la mediana (60.7%)

c. Distancia a la capital del respectivo departamento mayor o igual al percentil 75 (163 kilómetros).

Los criterios no son excluyentes es decir el municipio debe cumplir con todos los criterios descritos anteriormente.

Vías de acceso al municipio se identificaron los territorios en función de la localización de los centros poblados, condiciones de relieve, existencia y características de las vías de comunicación y disponibilidad de transporte, buscando precisar las condiciones de acceso tanto entre como al interior de los municipios. Para lo anterior se tomó la información sobre población y centros poblados del DANE y de vías del Instituto Nacional

de Vías (INVIAS) Zona Ciudades: A esta zona se le reconoce el 9,86% y en ella se encuentran 32 Municipios, los criterios para la inclusión de municipios presentan dos momentos:

Zona Alejada: Esta zona por sus condiciones de oferta y accesibilidad a la prestación de servicios dada su ubicación alejada del continente, se le reconoce una prima adicional de 37.9%. Esta condición la cumplen el departamento Archipiélago de San Andrés y Providencia

Zona Normal: A esta zona pertenecen los 725 municipios que no cumplen con las condiciones anteriores.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
27	20 de junio de 2023 2:33:40 PM	Plataforma Secop II	Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM & CIA LTDA	Financiera

OBSERVACIÓN 32

3. Proyecto de Invitación Pública Riesgo Financiero Riesgo Actuarial (Página 55 y 56) El riesgo actuarial se entiende como la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos. Estos hechos, deben ser identificados, gestionados, tratados y evaluados por los Operadores de Servicios de Salud de acuerdo con diferentes factores internos y externos que pueden afectar los ingresos los costos tales como los territorios donde opera, características de la población, temas regulatorios, entre otros. A continuación, se enumeran algunos de estos riesgos que no son los únicos a tener en cuenta: a. Riesgos de concentración y hechos catastróficos: Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados. (…) d. Riesgos de insuficiencia de reservas técnicas: Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales (servicios autorizados y servicios facturados). Teniendo en cuenta la anterior definición, las políticas de gestión de riesgo actuarial deben considerar la forma en que se relacionan

con las políticas de gestión de los otros riesgos." 15.2.5. OBLIGACIONES FINANCIERAS (Página 255) "59. Constituir y mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una Garantía Financiera equivalente a la sumatoria de UPCM promedio mensuales por el número total de afiliados asignados en la respectiva región al inicio del contrato, de conformidad con el valor estimado del contrato, para garantizar la cobertura de riesgos asociados a sus obligaciones y la continuidad en la atención en salud de los afiliados durante los seis (6) meses siguientes a la terminación anticipada o definitiva del contrato, garantía financiera que respaldará la provisión técnica respectiva"

5 Observación: Solicitamos la modificación de las reglas establecidas en lo que tiene que ver con el riesgo actuarial, que hace parte integral del riesgo financiero conforme los siguientes argumentos: En primera medida, es menester destacar que el FOMAG determinó conforme las reglas propias del derecho privado, así como la normatividad aplicable al caso, establecer unos riesgos propios del contrato, asumiendo una medición, control y evaluación del mismo. Para lo cual, se debe tener en cuenta la definición de riesgo establecida en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, según la cual: "Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del REE en sus actividades en salud." Así pues, dentro de la amalgama de riesgos definidos en la invitación pública, se halla uno denominado "riesgo financiero" a cargo de los futuros Operadores del Servicio de Salud, incluyendo dentro de tal concepto cinco (5) componentes de riesgos a saber: Actuarial, Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales; y Riesgo de Fallas de Mercado. Cabe denotar que al auscultar la definición y tratamiento propio del sub-riesgo "actuarial", se encuentran atribuidos a los futuros operadores los cambios generados en la prestación del servicio fruto de cualquier tipo de evento catastrófico, por lo cual es necesario revisar el alcance semántico de la palabra, en los siguientes términos: "Se define como un evento catastrófico a los sucesos que en su origen son situaciones extraordinarias e improbables, pero que, por su magnitud, implican una elevada cuantía de los daños que ocasionan" "Riesgo que tiene su origen en sucesos extraordinarios e improbables pero que, por su magnitud, implican una elevada cuantía de los daños que ocasionan" "Una catástrofe es un desastre natural o humano como, por ejemplo, un incendio o una inundación, que conlleva la pérdida de varios hosts, un centro de datos o una red completa, incluido el hardware y el medio de copia de seguridad almacenado localmente. Para hacer frente a este tipo de emergencias extremas, es necesario almacenar algunos de los medios de copia de seguridad en un lugar fuera del sitio que sea seguro y mantener esos datos actualizados." Como se puede vislumbrar, la catástrofe tiene una correlación intrínseca con los conceptos propios de fuerza mayor y caso fortuito que, entre otras, escapan de la posibilidad de control, riesgo, previsión y asunción de los futuros operadores, tanto en la probabilidad de ocurrencia, como en su mecanismo de mitigación, debiendo acudir al principio general del derecho según el cual: "nadie está obligado a lo imposible". Es allí donde se depreca de la atribución de tal responsabilidad a los futuros operadores, como quiera que un evento propio de la

naturaleza o una catástrofe ajena al oferente, en nada debería comprometer la responsabilidad propia, ni muchos menos el efecto de aquella, así como tampoco, debiera atribuirse exclusivamente a aquellos el manejo y responsabilidad de las consecuencias adversas a la materialización de tal riesgo catastrófico. 6 Recuérdese que, este tipo de riesgos Según la Resolución 518 de 2015, Resolución 1536 de 2015 del Minsalud, así como, lo dispuesto en la Circular Externa número 2022151000000050-5 de julio 25 de 2022 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, son riesgos financieros a cargo de FOMAG, que no pueden ser trasladados al prestador de los servicios de salud. Sobre la primera disposición reglamentaria, conviene precisar que en su subnumeral 13.1.6 la posibilidad en disminuir o mantener la ocurrencia de riesgos en niveles socialmente aceptables con estrategias de prevención o mitigación. Sin embargo, en el presente caso, la mera asignación de un riesgo catastrófico que afecte los cálculos actuariales no puede ser mitigado meramente con la asignación en un 100% al operador, atribuyéndole la obligación de constituir contratos de reaseguro, cuya prima no está calculada en la retribución propia la UPCM, ni en ninguna otra retribución. Y es que el contrato propio de reaseguro (facultativo, cuota parte o de exceso), es propio de un mercado asegurador distinto del que se comporta del acuerdo negocial constituido en la invitación publica en comento, por cuanto aquel es un negocio debidamente regulado por la Superintendencia Financiera de Colombia y con un sujeto activo calificado, esto es, aseguradoras constituidas y autorizadas en el país, escapándose del objeto social y la autorización propia de todos los futuros oferente. Esta mera premisa, desvirtúa el tratamiento propio que se le quiere atribuir, haciendo imposible que un futuro

operador, posiblemente asimilable por analogía a una IPS del sector salud convencional, pueda mitigar los efectos de una catástrofe a través de un contrato de reaseguro; como quiera que el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero lo prohíbe; además, porque es el FOMAG el único asegurador, siendo el operador un instrumento propio de aquella, sin legitimidad propia para adquirir o contratar reaseguros, y por tanto, es ineficaz e imposible de acatar el tratamiento otorgado a tal riesgo actuarial, no pudiendo trasladar su responsabilidad sobre tal riesgo (ni en forma genérica ni en forma residual). Adicionalmente, teniendo de presente que, si bien este futuro contrato se rige por el derecho privado, no es menos cierto que existen elementos propios de la contratación pública que si se deben aplicar, tales como los principios estipulados en la Ley 80 de 1993, en ellos, se hace una expresa alusión al principio de transparencia, artículo 24 Numeral 5º, que expresa: "5o. En los pliegos de condiciones o términos de referencia: a) Se indicarán los requisitos objetivos necesarios para participar en el correspondiente proceso de selección. Literal reglamentado por el Decreto Nacional 679 de 1994. b) Se definirán reglas objetivas, justas, claras y completas que permitan la confección de ofrecimientos de la misma índole, aseguren una escogencia objetiva y eviten las declaratorias de desierta de la licitación o concurso. c) Se definirán con precisión las condiciones de costo y calidad de los bienes, obras o servicios necesarios para la ejecución del objeto del contrato. d) No se incluirán condiciones y exigencias de imposible cumplimiento, ni exenciones de la responsabilidad derivada de los datos

informes y documentos que se suministren. 7 e) Se definirán reglas que no induzcan a error a los proponentes y contratistas y que impidan la Formulación de ofrecimientos de extensión ilimitada o que dependan de la voluntad exclusiva de la entidad. f) Se definirá el plazo para la liquidación del contrato, cuando a ello hubiere lugar, teniendo en cuenta su objeto, naturaleza y cuantía. Serán ineficaces de pleno derecho las estipulaciones de los pliegos o términos de referencia y de los contratos que contravengan lo dispuesto en este numeral, o dispongan renuncias a reclamaciones por la ocurrencia de los hechos aquí enunciados." Como se puede colegir del anterior marco legal aplicable al caso que nos ocupa, no es posible para el FOMAG incluir la posibilidad de riesgo catastrófico al operador, ni exigirle la constitución de un contrato de reaseguro, haciendo imposible el cumplimiento para el futuro contratista. En tal virtud, se presenta la observación a fin de que los términos propios para la aplicación de la Circular Externa 2022151000000050-5 sean debidamente aplicados, sin atribuir obligaciones o responsabilidades que los futuros contratistas jamás podrán contener, ni controlar ni contrarrestar eficazmente. Como ya se ha dicho, al futuro contratista le será imposible controlar o mitigar un riesgo catastrófico en las condiciones propias de la invitación, así como tampoco es posible trasladar el 100% de los efectos de una fuerza mayor o caso fortuito, por lo que aquellas circunstancias deben permanecer en la competencia de control, mitigación, asunción, monitoreo del mismo FOMAG en calidad de contratante, quien a su turno tendrá formulas como subcuentas, o mecanismos financieros a su alcance que normalicen los cálculos actuariales en caso de presentarse un hecho súbito e imprevisto que pueda catalogarse como catastrófico. Bajo tales consideraciones, solicitamos y dejamos la respectiva constancia para que el riesgo actuarial derivado de catástrofes sea asumido enteramente por el FOMAG y no por el operador.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Por otra parte, instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 2022151000000050-5 de 2022 la Supervisión Basada en Riesgos - SBR es la estrategia que está implementando la Superintendencia Nacional de Salud para complementar la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos en salud de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. De esta manera, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer las actividades en salud del Régimen Especial y de Excepción - REE a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de Administración y Gestión de Riesgos.

Es así, como de acuerdo a lo establecido en el documento de Selección los Operadores deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los Subsistemas asociados en sus actividades en salud, entre ellos el Riesgo actuarial que al igual que los demás subsistemas deben ser identificados e incluidos en el sistema a través de la identificación, establecimiento de policías , procedimientos con el objetivo

de tomar acciones identificar los principales determinantes de los eventos de alarma, los impactos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas y adoptar medidas correctivas y preventivas, lo anterior, no señala que en el actual proceso se presenten pérdidas económicas, pues lo que se está solicitando con la implementación del Sistema de Administración de Riesgos es seguir y los lineamientos de la Superintendencia de Salud que no busca otra cosa que apoyar a la entidades en la detección de Riesgos asociados a la actividad en salud y establecer la ruta de identificación, control y acción que deberán tomar los actores intervienen en las actividades del Regimen de Excepcion.

Cabe resaltar que los lineamientos contenidos en la presente circular son los mínimos para la operación de actividades en salud que debe tener el Sistema de Administración de Riesgos y sus Subsistemas y son complementarios al marco normativo vigente y, a las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha esté gestionando. (Superintendencia de Salud)

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 33

"13. FORMATO No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL" Dentro de los anexos del ESTUDIOS PREVIOS PROCESO DE SALUD FOMAG INVITACIÓN PÚBLICA No. 002 DE 2023, Capitulo DOCUMENTOS REQUISITOS CAPACIDAD FINANCIERA, numeral 5 Presentación de Formato No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL debidamente firmado. Se requiere el diligenciamiento del formato mencionado. Al validar el formato No. 13 a partir de la fila 21 a 30 del archivo Excel, se describen los conceptos a diligenciar correspondiente al estado de resultados, pero dicha estructura no indica en donde relacionar los Otros Ingresos y el impuesto de renta, entonces se requiere ajustar el formato para que permita incluir esta información o en su defecto aclarar, ¿cómo se presentarían estos datos, en qué campos del formato No. 13 se incluirían?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El valor correspondiente a otros ingresos e impuestos se debe incluir junto con otros gastos en el campo "OTROS GASTOS". En todo, caso la información debe corresponder a los estados financieros de la vigencia 2022 y se deberá presentar la documentación tal como lo establece el capítulo requisitos habilitantes de capacidad financiera y organizacional del presente proceso.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 34

OBSERVACION 3: Proyecto de Documento de Selección: Página 65 "INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD" 21

Con el fin de dar cumplimiento a las normas que reglamentan los servicios de salud, se establecen los siguientes indicadores para realizar seguimiento del MAISFPSM, los cuales a su vez serán objeto de Acuerdos de Niveles de Servicio y, al respecto se precisa que el detalle de la medición de estos indicadores se relaciona en las hojas de vida de cada uno de ellos, las cuales hacen parte integral de los documentos contractuales:

Tiempo promedio para Radicación de Factura de Capita y soportes anexos.	Diez (10) días.

"4.1. ANEXO HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Página 57 "HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Nombre del Indicador	**Tiempo promedio para Radicación de Factura de Capita y soportes anexos.**
justificación técnica	Se definen los tiempos de radicación de factura y soportes anexos por parte del Operador en el Fomag, para cumplir el pago de la Cápita.
Forma de Cálculo	**Numerador:** Sumatoria de la diferencia de días hábiles transcurridos entre la fecha efectiva de radicación de factura y anexos y la fecha de notificación del valor de cápita, del periodo facturado.
	Denominador: Número total de radicaciones de facturas de cápita y sus anexos por periodo

PREGUNTA 1: Considerando que a la fecha el proceso de facturación es electrónico y que la factura después de realizada es transmitida por el operador tecnológico que se tenga contratado y que estos sistemas transmiten al correo electrónico de la entidad receptora la factura en tiempo real al cliente, en este caso el FOMAG o quien haga sus veces, ¿se requiere precisar cómo se determinara la "efectiva radicación" que considera este indicador en el Numerador?

PREGUNTA 2: Ahora bien, en cuanto a los anexos de la factura, ¿tampoco se especifica cuáles serán y como se presentarán?, toda vez que estos, no pueden ser transmitidos a través del mecanismo por el cual se remite hoy la factura electrónica, luego entonces, se podrán presentar dos momentos diferentes en la entrega de la información (Factura

y anexos), que no son claro en esta Hoja de vida del Indicador como se aplicarán en la medición.

"4.1. ANEXO HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Página 58

"HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Nombre del Indicador	**Vencimiento de Cuentas por Pagar**
Justificación técnica	Este indicador evidencia el endeudamiento del Operador con su Red Prestadora, de acuerdo a la edad de la cartera o cuentas por pagar que el Operador refleja en los informes financieros mensuales los cuales reporta al Fomag como soportes para dar trámite al pago de su cápita mensual. Dado el pago anticipado de la Capita a los Operadores, se requiere que los mismos realicen los pagos a su Red Prestadora para garantizar el servicio permanente, oportuno y de calidad a los usuarios del Fomag.
Forma de Cálculo	**Numerador:** Valor total de las cuentas por pagar a la Red Prestadores al corte del periodo inmediatamente anterior. (Nota: La medición se realizara acorde a los siguientes rangos: * Menor o igual 30 días. * Mayor o igual 31 y menor o igual 60 días. * Mayor o igual 61 y menor o igual 90 días. * Mayor a 90 días)
	Denominador: Valor total de las cuentas por pagar a la Red de Prestadores al corte del periodo inmediatamente anterior.
Meta	**Las Metas porcentuales se establecen según la edad de la cartera, así:** *** Hasta 30 días: 25%.** *** 31 - 60 días: 60%.** *** 61 - 90 días: 15%.** *** Mayor a 90: 0 %.**

Este indicador de vencimiento de Cuentas por pagar señala unos porcentajes a nivel de meta según la edad de la cartera de 30 a 90 días, sin embargo, por la dinámica de radicación de la RED que es mensual, la cartera a 30 días puede ser la más alta, ocupando así el mayor valor del total de la deuda que se llegue a tener en el rango de tiempo estimado. Se recomienda evaluar los porcentajes asignados a las edades señaladas en las metas, haciéndolas más adecuadas a la dinámica del proceso.

"4.1. ANEXO HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Página 60

"HOJA DE VIDA INDICADORES SALUD FONDO PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO"

Nombre del Indicador	**Garantías Financieras**

La periodicidad defina para este indicador es mensual, sin embargo, las garantías o pólizas exigidas para el proceso no corresponden con la misma vigencia.

Se sugiere evaluar la periodicidad definida en la hoja de vida de este indicador que sea acorde a las garantías o pólizas exigidas

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

a) Tiempo promedio para Radicación de Factura de Capita y soportes anexos.

PREGUNTA 1: Se aclara que los anexos y soportes deben llegar el mismo día que llega la facturación electrónica y los mismos serán entregados a través de los medios establecidos por la Fiduprevisora. la efectiva radicación se establece en el momento en el que la entidad pagadora tenga en su poder la factura y los anexos

PREGUNTA 2: Para la aplicación del indicador se tendrá en cuenta la fecha en la cual quede radicada la factura y los anexos tal cual lo indica el numerador y denominador del indicador.

Se aclara que la documentación a entregar se relaciona en el documento:

"2. ANEXO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Tabla 4. Información a Reportar por los Operadores de Servicios de Salud y Periodicidad.

b) Indicador de cuenta por pagar

Teniendo en cuenta que un porcentaje mayor al establecido inicialmente en el rango de cartera "hasta 30 días" y consecuentemente menor en las cuentas por pagar desde el día 31 al dia 90, es una muestra que el Operador está realizando los pagos de manera oportuna a su Red Prestadora para garantizar el servicio permanente, oportuno y de calidad a los usuarios del Fomag, se modifican las metas como se muestra a continuación:

Meta	**Las Metas porcentuales se establecen según la edad de la cartera, así:**

	*** Hasta 30 días: mayor o igual al 25%.** *** 31 - 60 días: menor o igual al 60%.** *** 61 - 90 días: menor o igual al 15%.** *** Mayor a 90: 0 %.**

c) Garantías

Teniendo en cuenta la observación, es importante aclarar que el indicador "Garantias Financieras" se excluirá de la evaluación para la medición de ANS debido a que una vez otorgada una póliza de cumplimiento la aseguradora no podrá revocarla, pues la entidad asegurada quedaría desprotegida contra el incumplimiento del contratista, asi las cosas, no se hace necesaria su revisión de manera mensual debido a que las pólizas se constituyen por una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y según el caso un tiempo adicional.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 35

OBSERVACION 13: 7. ANEXO TÉCNICO TUTELAS Página 5 "El operador deberá presentar una factura electrónica mensual por el valor total de las atenciones del mes a cobrar adjuntando la relación de usuarios correspondiente a esa factura y remitiendo los soportes por cada uno de los usuarios en carpeta individual, dado que tanto la factura como los soportes por usuario serán objeto del proceso de auditoría La Factura de cobro mensual debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada; a su vez debe venir acompañada con los siguientes soportes: 1. Matriz en Excel que relacione el detalle de los usuarios atendidos al corte del mes y detalle de cargos, discriminando la atención por ítem(s) debidamente valorizado por cada usuario que incluya la siguiente información:" La petición del numeral 1 no hace parte de lo requerido en la norma que indica: "Los únicos soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud de que trata Artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 del 2016 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán los definidos en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte integral de la presente resolución (Resolución 3047 de 2008). Las entidades responsables de pago no podrán exigir soportes adicionales a los definidos en la presente Resolución y el incumplimiento a esta obligación dará lugar

a las acciones de vigilancia y control, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.18 del Decreto 780 de 2016" En cuanto a disponer de una factura electrónica mensual por el valor total de las atenciones del mes a cobrar, esta petición no atiende a lo establecido en la Resolución 510 del 30 de marzo del año 2022 "Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación", impidiendo al operador cumplir con lo requerido en este documento.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se ratifica la entrega de la Matriz en Excel como soporte, que relaciona el detalle de los usuarios atendidos al corte del mes especificando: cargos discriminados para la atención de los afiliados al Fomag por ítem(s) debidamente valorizado por cada usuario, lo anterior aplica para el cobro de los servicios que sean exigidos vía acciones constitucionales, en donde se obliga a la Fiduciaria La Previsora S.A. y/o al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de la Red de Servicios del contratista a prestarlos o suministrar los servicios en salud, lo anterior enmarcado en la resolución 2805 de 2022 que modificó la resolución 510 de 2022 ante las observaciones recibidas de los agentes del sector salud, en relación con las limitaciones en la estructura de los campos de datos adicionales de la factura electrónica de venta en salud y su articulación con los RIPS.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
29	20 de junio 2023 a las 2:53:33 PM	Plataforma Secop II	Profesionales de la Salud S.A. Proinsalud S.A.	Financiero

OBSERVACIÓN 36

3.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo página 144, texto: "El presupuesto oficial para el proceso de selección y el contrato se estima con el estudio de mercado realizado, proyectándose pagos mensuales conforme a los servicios efectivamente prestados, a los valores descritos para cada alcance y que harán parte de la oferta económica"

OBSERVACIÓN: Es posible tener acceso al estudio de mercado realizado? Qué tipo de tarifas se tomaron en cuenta para la proyección del presupuesto?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La publicación del estudio de mercado en donde se determinaron los valores unitarios por cada evento no se remitirá , lo anterior debido a que afecta la dinámica del mercado y la libre competencia mediante el cual las empresas o proveedores pugnan por abastecer la demanda de los consumidores, con el fin de alcanzar un objetivo de negocios en particular; por ejemplo, la maximización de los beneficios, el incremento de las ventas o el aumento de su participación en el mercado (...) Se basa fundamentalmente en la libertad tanto del consumidor, a quien no se debe privar de opciones para que elija libremente lo que mejor se adecue a sus necesidades, como del productor, quien debe tomar libremente sus decisiones empresariales. (Portafolio,2023)

Por lo anterior, se indica que el presupuesto máximo por región y por componente (Servicios de Salud, Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM y finalmente el Diseño y estructura del SGSSTM) se establece en el capítulo 3 "Presupuesto y financiación" del documento de selección del actual proceso, en todo caso las ofertas presentadas no podrán superar estos valores.

Sin embargo, a continuación se describe la metodología para la determinación del presupuesto.

Para el item de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM

El valor del contrato será de cuantía INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, teniendo en cuenta que el valor total se estimó en función de la población objeto, frecuencias y número de actividades multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado, donde:

i) El número de actividades fue el resultado de la determinación de una frecuencia proyectada para cada año, por ejemplo : para el caso de las capacitaciones se tiene cobertura al 100% de la población con diferenciación de frecuencia en cada año, es decir hay años donde se capacita entre 1 a 4 veces al año al mismo docente.

La planeacion de la frecuencia de las actividades fue estructurada por año acorde a la identificación de 4 momentos para la Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM así:

ii) El primer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que el primer año

implica la fase de planeación que esta determinada por las mesas de programación entre el contratista y la ETC.

iii) El segundo año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mayor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que para el segundo año el contratista ya cuenta por la experticia en la prestación de servicios para la población docente.

iv) El tercer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia menor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que van dos años de ejecución del contrato y la población objeto tiene adherencia a los programas definidos en SGSSTM.

v) Para el cuarto año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios.

Nota 1: La población objeto de sedes y establecimientos educativos debe tener cobertura del 100% durante los cuatro años de ejecución de acuerdo con la planeación de actividades entre el contratista y la Entidad Territorial Certificada en Educación.

Nota 2: Se precisa que la población objeto de este contrato es una población dispersa ubicada en todo el territorio nacional colombiano, lo que implica una operación coordinada y de conocimiento por parte del contratista

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
30	20 de junio 2023 a las 2:55:10 PM	Plataforma Secop II	ANDRES FELIPE ROJAS VILLOTA	Financiero

OBSERVACIÓN 37

El cumplimiento del 100% en la mayoría de indicadores, lleva a disponer de recursos físicos, humano y tecnológico adicionales. En el proyecto no se evidencia un ajuste al presupuesto, pues el valor de la UPCM es igual a la del contrato en ejecución.

PREGUNTA: Cómo se cubrirán estos costos adicionales en el contrato?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los indicadores establecidos en el actual proceso de Licitación fueron establecidos con el fin de dar cumplimiento a las normas que reglamentan los servicios de salud, con los diferentes estándares contenidos en las mismas y que que establecen con el fin de realizar seguimiento del MAISFPSM, además de ser utilizados como un instrumento objetivo de medición de la prestación de los servicios de salud, el flujo de recursos económicos, entre otros, los cuales a su vez serán objeto de Acuerdos de Niveles de Servicio.

Se aclara que la UPCM de inicio del contrato no es la misma del contrato en ejecución, pues en el documento de selección numeral "18.1. Para los servicios de Salud" se menciona que el valor de la UPC de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023 mas el plus correspondiente al 62.67% sobre el valor de la UPC-c

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
32	20 de junio 2023 a las 3:07:13 PM	Plataforma Secop II	COMPAÑIA MEDIO AMBIENTE SAS.	Financiero

OBSERVACIÓN 38

En el marco del Decreto 441 de 2022 "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud", se establece en el artículo 2.5.3.4.2.2 del contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud que con independencia de la o las modalidades de pago, los acuerdos de voluntades deberán contener como mínimo y elementos esenciales la Nota Técnica, según la modalidad de pago (numeral 10) y los mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica (numeral 8).

En este sentido, no se encuentra en el prepliego, ni en sus anexos una nota técnica que soporte la tarifa anual por usuario denominada Unidad de Pago por Capitación del Magisterio (UPCM), de tal forma que se identifique en el marco de las coberturas de servicios del Plan del Magisterio y las exclusiones contempladas en el Artículo 15 de la

Ley 1751 de 2015, cada uno de los servicios y las tecnologías de salud entendido como las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para la atención integral con su respectiva frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo.

Tampoco se evidencian las medidas o mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica que permitan mitigar el impacto financiero teniendo en cuanta que esta modalidad de pago propuesta "UPCM" corresponde a una modalidad de pago prospectiva dado que se define por anticipado el valor por persona y por tanto la frecuencia de uso y los costos de un conjunto de servicios y tecnologías en salud; y que la población objeto del contrato tiene alta vulnerabilidad como son "los docentes, pensionados y sus familias víctimas del conflicto armado, personas en condición de discapacidad, adultos mayores de 60 años, mujeres, población auto reconocida como LGBTI y población reconocida como etnias".

Es importante aclarar, que la Ley 91 de 1989 estableció dentro de los objetivos que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), garantiza la prestación de los servicios médicoasistenciales, y contrataría con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo, es decir, el Documento de Selección (pliego) corresponde a un contrato de prestación de servicios de salud y no a un contrato de aseguramiento en salud. Por tanto, el Documento de Selección (pliegos) son para un acuerdo de voluntades entre una entidad responsable de pago encargada de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población afiliada al Magisterio, este caso el patrimonio autónomo – régimen de excepción en salud - FOMAG, y los prestadores de servicios de salud, es decir, las instituciones prestadoras de servicios de salud inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, con servicios habilitados, tal como se contempla en el Decreto 441 de 2022.

Con relación al estudio de suficiencia, se observa que lo que realiza es "Evaluar la razón gasto / ingreso asociado a la unidad de pago por capitación UPCM, teniendo en cuenta que la UPCM tiene dos componentes, uno que corresponde a la unidad de pago por capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema general de seguridad social en salud y un segundo componente denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual está calculado en 62,67% sobre el valor de la UPC-C." Por tanto, el estudio lo que realiza es revisar la siniestralidad término que se utiliza en los seguros haciendo referencia a relación entre pérdidas finales y primas relevantes. (Both, et al, 2020). En el caso específico de salud, el índice de siniestralidad se define como "una medida de la relación entre los reclamos de accidentes y salud y las primas" según la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés). (Lippai, et al, 1998).

En el cálculo de los índices deben tener en cuenta varios factores como el periodo de tiempo, por la estacionalidad significativa en la forma en que surgen las reclamaciones

médicas dentro de un año de cobertura. Por lo tanto, los cálculos de la tasa de siniestralidad deben basarse en un marco de tiempo anual. También, las variaciones geográficas de la atención médica pueden tener una variación mucho mayor que el costo de brindar servicios administrativos; como tal, se debe esperar que los índices de pérdida varíen según la geografía, como índices de pérdida más altos en áreas metropolitanas con altos costos de atención médica y índices de pérdida más bajos en áreas donde el costo de la atención médica es más bajo. (American Academy of Actuaries, 2010). Entonces, el estudio de suficiencia busca calcular el índice de siniestralidad en el marco de una prima como se indica en la introducción del estudio y en la metodología de este.

Adicionalmente, los mecanismos de ajuste de riesgo contemplados en el pliego corresponden a los del régimen contributivo y no se estiman o calculan medidas de ajuste de riesgo propios de la población afiliada al Magisterio, que tiene unas condiciones demográficas y epidemiológicas diferentes a la población general del régimen contributivo, en cuanto se concentra en algunas áreas geográficas donde la población es mayoritariamente afiliada al régimen subsidiado, concentración de población adulta mayor, al igual que unas condiciones de vulnerabilidad que se señalan en los pliegos de contratación, como población perteneciente a etnias que en el sistema de salud tienen una UPC diferencial. Otro tema relevante es que los pooles de riesgo del Magisterio son menores a los del régimen contributivo.

En consecuencia, se observa y solicita aclaración puesto que se hace necesaria la nota técnica o notas técnicas y los mecanismos de ajuste de riesgo que soporten los futuros contratos o acuerdos de voluntades por parte de Fiduprevisora.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD: Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero, el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como

la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

Es importante resaltar que en el presente contrato se establece una obligación por parte de Fiduprevisora de realizar una vez al año una evaluación de la suficiencia de la upcm, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 38

A pesar de encontrarse establecido en la ley 1122 de 2007, Decreto 780 de 2016, Decreto 441 de 2022, Circular Externa No. 2022151000000050-5 de 2022 de la Supersalud, conceptos del organismo de inspección, control y vigilancia (Supersalud), en proyecto de Documento de Selección no se vislumbran o aclaran las condiciones del aseguramiento del régimen de salud para el Magisterio, y es menos claro si mediante un contrato realizado con una figura jurídica denominada unión temporal se pueden constituir funciones de aseguramiento por parte de dichos operadores.

Lo único que se ve claro es que para cubrir las necesidades de salud del sector educativo se asigna una prima denominada UPCM, que es un mecanismo de pago prospectivo que tiene como objetivo incentivar la eficiencia y desincentivar la selección de riesgo.

Una prima es un estimativo del valor de las obligaciones financieras adquiridas en un contrato de aseguramiento. Para el cálculo de la prima se toman en consideración ciertos

principios generales relacionados con el objetivo específico del cálculo, la tolerancia al riesgo del asegurador y las variables que se llevan en consideración en el cálculo del valor. Estas variables son principalmente la perdida esperada asociada a los siniestros o reclamos amparados por el contrato de aseguramiento, la disposición a asumir estos riesgos por parte del asegurador o la compensación que este requiera por asumir ese riesgo, los costos administrativos (elaboración de contrato, costos de atención de reclamos, etc.) y los objetivos o utilidades esperadas del asegurador.

La literatura actuarial y financiera es clara en que no existe una única forma de determinar una prima actuarial sino una serie de mejores prácticas que, dado un conjunto de hipótesis y tolerancia al riesgo por parte del asegurador, representan estimativos adecuados datos los objetivos del asegurador. El objetivo ideal y fundamental para el cálculo de una prima es:

- Identificar los factores de riesgo que afectan el valor del pago del asegurado (en un periodo de tiempo específico). En ocasiones estos se pueden representar como los factores que afectan la probabilidad del siniestro y aquellos que afectan la severidad del mismo.
- Modelar estos factores de riesgo con herramientas estadistas o cualquier otra forma de cuantificar su importancia en el pago al asegurado (incluso tan elementales como histograma, frecuencias, etc.)
- Definir los objetivos del asegurador
- Calcular la distribución del pago al asegurado o perdida para el asegurador
- Definir el perfil de riesgo para el asegurador y como cuantificarlo

Estos principios no pueden ser aplicados a la evaluación de la prima UPCM, debido a que no ha logrado su independencia de la prima UPC del régimen contributivo y de los factores de riesgo por grupo etario y zonas geográficas.

El objetivo del estudio que se cita en el Anexo "Estudios Previos" (fls.303 y ss.) se limitó a evaluar la razón gasto / ingreso asociado a la unidad de pago por capitación UPCM, dada la disponibilidad de información.

Es por todo lo anterior que consideramos que los asesores estructuradores o los funcionarios de Fiduprevisora S.A., cometen un error al utilizar un estudio que en su introducción manifiesta las inconsistencias frente a la condición de aseguradores y la transferencia de funciones del aseguramiento mediante un contrato con prestadores de servicios de salud, adicionalmente en ninguna parte del documento se encuentran razones técnicas, ni referencia a estudios donde se concluya que por ser una prima, no tiene que cumplir con lo dispuesto en el decreto 441 de 2022, o lo que es peor aún, otorgar mayor fuerza vinculante a un Acuerdo del Consejo Directivo del FOMAG que a una disposición legal, concluyendo a folio 311 del Anexo "Estudios Previos" que: "…En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del

FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en (sic) mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida…".

Adicionalmente en la invitación pública No.002 de 2023 del proyecto de Documento de Selección, página 36 y siguientes aparece que Fiduprevisora S.A., en su condición de vocera y administradora del patrimonio autónomo FOMAG, contratará los servicios de salud con prestadores de servicios de salud y la parte de seguridad y salud en el trabajo que realizara a través de celebración de contratos de prestación de servicios de salud lo cual deja esta invitación dentro del marco del decreto 441 de 2022:

"Artículo 2.5.3.4.1.2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en este capítulo aplican a las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud; así como a las entidades que administran u operan los regímenes Especial y de Excepción y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, cuando celebren acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud o con proveedores de tecnologías en salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo".

Solicitud: Si esta licitación debe cumplir con lo establecido en el Decreto 441 Fiduciaria en su calidad de contratante debe presentar en este documento la ficha técnica.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El FOMAG es administrado mediante la constitución de un patrimonio autónomo administrado por FIDUPREVISORA S.A. en virtud del contrato de fiducia mercantil celebrado con el Ministerio de Educación Nacional como fideicomitente. En este sentido, FIDUPREVISORA S.A. es una sociedad fiduciaria con participación accionaria mayoritaria del Estado colombiano. FIDUPREVISORA S.A. presta los servicios financieros relacionados con la administración fiduciaria del patrimonio autónomo y sus recursos. De acuerdo con el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las sociedades fiduciarias no son aseguradoras ni están habilitadas o autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, en virtud de la ley, para realizar actividades de aseguramiento.

Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades

de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 39

El Anexo 2 "Modelo de Prestación de Servicios de Salud", en el punto 7.11, dispone que: "Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar el servicio de albergues para los usuarios de zonas dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo con el fin de garantizar, durante el tiempo que dure (sic) las citas, el tratamiento requerido incluso la rehabilitación, las condiciones materiales necesarias para garantizar su estadía en la

ciudad de atención. El acceso a los albergues será garantizado para el afiliado objeto de los servicios de salud como para su acompañante en caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, lo anterior sin que genere costo alguno para el afiliado.

Igualmente, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar los gastos de estadía que son los equivalentes a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad, tanto para el usuario como para su acompañante en las condiciones ya descritas"

Se observa y se solicita que se aclare si en la UPCM y sus estudios de suficiencia se tuvo en cuenta la obligación precedente que se describe. Adicionalmente, para efectos de evitar actuaciones subjetivas, se hace necesario que Fiduprevisora S.A., en su calidad de entidad contratante informe las tarifas y el procedimiento de cobro y reembolso o pago que serán aplicables a los temas relacionados con (i) transporte no asistencial, (ii) cuidadores y acompañantes, (iii) alimentación, (iv) terapeuta en la sombra, etc.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se debe garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud, vale la pena resaltar que el servicio de albergues es para los usuarios de zonas, dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo, en este orden de ideas, teniendo en cuenta que la base de la estructura de la UPCM es la UPC del régimen contributivo, dentro de la cual se reconoce el 10% adicional por dispersión geográfica (resolución 2808 de 2022) de la misma manera se hace el reconocimiento de la UPCM, por lo anterior, el transporte no asistencial, cuidadores y acompañantes en el caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante dentro de porcentaje adicional reconocido en la UPCM por dispersión geográfica. Por lo anterior, no aplica el reembolso.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación

33.1	20 de junio 2023 a las 3:12:38 PM	Plataforma Secop II	Proservanda SG - SST S.A.S	Financiero

OBSERVACIÓN 40

OBSERVACIÓN No.20:

De acuerdo con el numeral 19.11 "*Considerando el régimen jurídico aplicable al presente proceso de selección Las (sic) disposiciones del Estatuto General de Contratación sobre equilibrio económico del contrato no resultan aplicables*" es contradictoria la afirmación que se hace en el último párrafo del numeral 19.12 que señala: "*Por lo tanto, el proponente debe considerar todos los aspectos técnicos, económicos, financieros y del mercado para evitar la ocurrencia de situaciones y materialización de riesgos que afecten la ejecución del contrato y la permanencia de la ecuación contractual durante toda la vigencia del contrato, y en tal evento, serán de su cargo y responsabilidad los costos que esto conlleve*."

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

No se acepta la observación presentada, toda vez que en el numeral 19.12 no se hace referencia a un equilibrio económico, contrario sensu se indica que el proponente debe considerar todos los aspectos técnicos, económicos, financieros y del mercado para evitar la ocurrencia de situaciones y materialización de riesgos que afecten la ejecución del contrato y en caso tal será responsable de estos en cuanto a los costos que se conlleven, es decir no se hacer referencia que habrá un equilibrio económico, pues este es propio de la Ley 80 de 1993, estatuto normativo que no es aplicable.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
34 y 35	20 de junio 2023 a las 3:41:38 PM	Plataforma Secop II	CAMILO ANDRES BELTRAN PRADA	Financiero

OBSERVACIÓN 41

56.) En la página 187, título 8.2.3. Causales de rechazo, del documento Proyecto de Documento de Selección V. 24-05-2023 FINAL, nos dice que:

g. Cuando la oferta sea considerada como artificialmente baja y/o cuando acaezcan cualquiera de las circunstancias de rechazo, de conformidad con las condiciones y efectuado el procedimiento establecido en la guía del manejo de ofertas artificialmente bajas de Colombia Compra Eficiente. (Subrayado, color y negrilla fuera de texto)

Ø ¿Cuál es el precio mínimo de cada uno de los ítems de la propuesta económica para no ser considerada artificiosamente baja?

Ø ¿Cuál es el precio máximo de cada uno de los ítems de la propuesta económica para no ser considerada que supera el presupuesto oficial?

Ø ¿Existen precios máximos en cada uno de los ítems de la propuesta económica?

Solicito respetuosamente que las tres preguntas de la presente observación No. 56, sean contestadas por separado, una a una.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Al respecto la entidad procede a dar respuesta a cada una de sus observaciones presentadas:

1. El precio mínimo por ítem no se establece pues depende de la oferta de cada una de las empresas que prestan los servicios y está dado por la dinámica del mercado y la libre competencia mediante el cual las empresas o proveedores pugnan por abastecer la demanda de los consumidores, con el fin de alcanzar un objetivo de negocios en particular; por ejemplo, la maximización de los beneficios, el incremento de las ventas o el aumento de su participación en el mercado (...) Se basa fundamentalmente en la libertad tanto del consumidor, a quien no se debe privar de opciones para que elija libremente lo que mejor se adecue a sus necesidades, como del productor, quien debe tomar libremente sus decisiones empresariales. (Portafolio,2023)

   Según el manual de Colombia Compra Eficiente se pueden usar dos metodologías para identificar los precios artificialmente bajos i) comparación absoluta; y (ii) comparación relativa y dependen del total de proponentes que se presenten al proceso de Licitación, tomando como referencia el presupuesto estimado por la Entidad.

2. El precio máximo por ítem no se establece pues depende de la oferta de cada una de las empresas que prestan los servicios y está dado por la dinámica del mercado y la libre competencia mediante el cual las empresas o proveedores pugnan por abastecer la demanda de los consumidores, con el fin de alcanzar un objetivo de negocios en

particular; por ejemplo, la maximización de los beneficios, el incremento de las ventas o el aumento de su participación en el mercado (...) Se basa fundamentalmente en la libertad tanto del consumidor, a quien no se debe privar de opciones para que elija libremente lo que mejor se adecue a sus necesidades, como del productor, quien debe tomar libremente sus decisiones empresariales. (Portafolio,2023)

3. Se aclara que el presupuesto máximo por región y por componente (Servicios de Salud, Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM y finalmente el Diseño y estructura del SGSSTM) se establece en el capítulo 3 "Presupuesto y financiación" del documento de selección del actual proceso, en todo caso las ofertas presentadas no podran superar estos valores.

   Exigir precios máximos o mínimos por cada uno de los ítems estaría impidiendo la competencia del libre mercado y el derecho de las empresas a fijar los precios en torno al objetivo de maximizar recursos y el derecho de los consumidores a elegir los servicios o productos que satisfagan sus necesidades.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
36 y 42	20 de junio 2023 a las 3:48:20 PM	Plataforma Secop II	WENDY JOHANNA ALVARADO PORTILLO	Financiero

OBSERVACIÓN 66

P197. 10.4.1. CARPETA CONTENIDO I: ASPECTOS HABILITANTES

Los siguientes documentos deberán estar incluidos en la carpeta "Contenido I: aspectos habilitantes" de la oferta y deberán ser presentados cumpliendo los requisitos contenidos en este Documento de Selección. La carpeta debe contener:

i. Documentos destinados a acreditar la capacidad jurídica

ii. Documentos destinados a acreditar la experiencia y oferta técnica.

iii. Documentos destinados a acreditar la capacidad financiera

iv. Documentos destinados a acreditar la capacidad organizacional.

"Los terminos de referencia deben aclarar

INDICAR CUÁLES DOCUMENTOS CONFORMAN LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL, o EXCLUIR este item para que todos quedemos ESTANDARIZADOS"

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que los documentos para acreditar la capacidad organizacional son los mismos solicitados para la acreditación de la capacidad financiera por cuanto se están evaluando razones financieras con base en la información de Estados Financieros de los proponentes. Se agradece la observación y se realizará la respectiva modificación en el documento de selección.

Así las cosas los documentos para acreditar la capacidad organizacional y financiera son:

1. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo comparativos inmediatamente con el año anterior. Se considerará el año 2022.
2. Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1.
3. Certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores vigente tanto de los contadores como de los revisores fiscales en los casos que aplique de quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1
4. Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentar los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.
5. Presentación de Formato No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL debidamente firmado.
6. En caso de proponente plural se deberá presentar el Formato No. 14 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE PLURAL debidamente firmado.

NOTA: Para el cálculo de los indicadores se tendrá en cuenta dos (2) decimales, en

ningún caso se realizarán aproximaciones.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 65

P224. 11.3. REQUISITOS HABILITANTES DE CONTENIDO FINANCIERO

El modelo operativo de los tres principales actores del sector salud, que corresponde a la ADRES, la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), presenta una serie de dificultades que impactan las condiciones de liquidez y endeudamiento que tienen un mayor impacto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Los indicadores de liquidez se estructuran bajo una regla financiera que permite verificar la capacidad que tienen los activos clasificados como corriente de una empresa, que presta servicio y/o vende productos, para responder con aquellas obligaciones con terceros que se vencen en un período inferior a doce (12) meses.

Por lo tanto, el resultado de los indicadores que miden la liquidez de una empresa se debe evaluar de forma diferente para cada sector económico y dentro de cada sector económico se debe medir de forma diferente por tamaña y modelo de negocio.

Para el caso del sector salud y específicamente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los indicadores de liquidez se ven afectados por las siguientes razones:

"a) La dependencia permanente, para mantener una liquidez adecuada, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que a la vez dependen de la ADRES, como administradora de los recursos de la salud.

Esta dependencia deja sin autonomía de liquidez a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que les imposibilita mantener un de clico de caja operativo

positivo y óptimo, dado que la liquidez periódica que reciben aumenta la rotación de las cuentas por cobrar presionando un aumento de las cuentas por pagar."

"b) El efecto de la liquidación, de los últimos años, de varias y muy importantes Entidades Administradores de Planes de Beneficio (EAPB), que ha dejado congeladas las cuentas por cobrar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tienen con esa EAPB´s, que además tiene un efecto contable, que es que se deben provisionar de acuerdo a las políticas NIIF de cada una de estas IPS, pero no se pueden castigar, hasta tanto la liquidación no termine tanto dentro de su proceso contable y financiero como en su proceso judicial."

"c) La partida contable del activo corriente está conformada en un 90% por la cuenta contable cuentas por cobrar, en donde se registran aquellos hechos económicos, que, por su naturaleza, son producto de los ingresos facturados que no han sido cancelados por aquellos terceros a los que se les prestó el servicio, que para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), son las Entidades Administradores de Planes de Beneficio (EAPB). Los activos corrientes, se denominan de esta manera por que son aquellos que tienen una vocación de convertirse, en un período no mayor a doce (12) meses, en líquidos, por lo tanto, son lo que se usan para cubrir aquellas obligaciones que dentro de este período de tiempo deben quedar canceladas."

"d) La partida contable del pasivo corriente está conformada en un 90% en cuentas por pagar a terceros y en obligaciones con costo, que para el sector salud, normalmente son obligaciones con entidades financieras, con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y con proveedores dentro de sus cláusulas contractuales cobran el valor del dinero de acuerdo con los plazos en que reciben el pago por sus servicios prestados o productos entregados. Los pasivos corrientes, se denominan de esta manera por que son aquellos que tienen una vocación de ser pagados en la medida que los activos corrientes se vayan convirtiendo en líquidos."

Para el caso de los indicadores de endeudamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que mide la relación que existente entre los pasivos y los activos, estos se han visto afectados por las siguientes razones:

"a) Los efectos en la liquidez, explicados anteriormente, generan que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), al no recibir lo valores facturados en los plazos definidos en la normatividad, deban acudir a endeudamiento con entidades financieras, para poder completar, por un lado, el pago de los costos y gastos de operación necesarios para garantizar un servicio de salud eficiente, eficaz, oportuno y

de calidad y por otro lado el pago a los proveedores de servicios y tecnologías en salud que son indispensables para la operación de una IPS."

"b) Las obligaciones financieras de una Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tienen tres finalidades principalmente:"

"• Deuda financiera para cubrir los defectos en el capital de trabajo, de manera que su uso corresponde al cubrimiento de los costos y gastos operaciones

• Deuda financiera para la adquisición de equipos médicos necesarios para mejorar la calidad de atención a los pacientes y los diagnósticos lo que mejora los indicadores de resolutividad y mortalidad que son unos de los varios objetivos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Este apalancamiento financiero se traduce, además de lo expresado anteriormente, en mayores ingresos.

• Deuda financiera para el crecimiento de la infraestructura hospitalaria de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que permite una mayor capacidad para atender un mayor número de pacientes, que se traduce en una mayor facturación y por ende un crecimiento en el nivel de ventas que se ve reflejado en mejores indicadores de rentabilidad."

Dado lo anteriormente expuesto, se propone que el parámetro del indicador de liquidez a través de la razón corriente y del indicador de endeudamiento queden de la siguiente manera:

COMO ESTA HOY EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA INVITACION PUBLICA 002 DE 2023 FOMAG. PAGINA 224

RAZON CORRIENTE (RC)	1,5
ENDEUDAMIENTO (RE)	0,65

SOLICITAMOS QUE CON LA ANTERIOR ARGUMENTACION DEBE QUEDAR ASI

	PROPUESTO
RAZON CORRIENTE (RC)	1,2
ENDEUDAMIENTO (RE)	0,75

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación

39	20 de junio 2023 a las 3:58:23 PM	Plataforma Secop II	CRONICAL	Financiero

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Para la construcción de indicadores financieros habilitantes, se tomó la información financiera disponible, completa y vigente de las superintendencias, nos permitieron construir un modelo de análisis financiero basado en información reportada del año 2021, año de fuerte reactivación económica para los sectores primarios y secundarios pero, lo particular en el sector servicios, específicamente los de salud, cuya dinámica económica fue atípica en época de pandemia (año 2020), por tanto la información del año base recoge todo el ruido de la emergencia sanitaria.

La base completa objeto de análisis es una muestra poblacional determinada por parámetros de ajuste que no permiten tener estimaciones ajustadas. En este sentido, el total de empresas que conforman la muestra de las empresas del sector salud, particularmente IPS, con información financiera completa reportada en la Superintendencia Nacional de Salud es de 2,839, en particular, es preciso aclarar que en esta muestra tenemos un porcentaje de IPS que también están habilitadas para prestar servicios de SST, en este sentido, IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 423 Seguridad y Salud en el Trabajo (Res. 3100 de 2019), IPS de salud habilitadas en consulta externa con el código servicio 407 medicina del trabajo y medicina laboral (resolución 2003 de 2014), el porcentaje de IPS que además de su rol como IPS, también están habilitadas con los códigos 423 y 407 corresponde al 13% por ciento del total de la muestra.

El total de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) a nivel nacional, con información financiera completa reportada por la Superintendencia de Subsidio Familiar corresponde a 43. En el core de negocios de la CCF identificamos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo. Por tanto, asumimos que podemos agrupar, IPS y CCF que posiblemente cuentan con la oferta completa de Servicios de Salud y de Salud y Seguridad en el Trabajo nos llevarían al 14.3% del total de la muestra. Es importante manifestar que este porcentaje se estima solamente como análisis estadístico, por tanto, no está determinando el tamaño de la muestra.

Con el propósito de construir un modelo robusto que nos permita analizar la dinámica financiera de una muestra ampliada y plural, entorno a todo el espectro de posibles oferentes en los servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, escaneamos de manera rigurosa las sociedades mercantiles que reportan información en la Superintendencia de

Sociedades registradas bajos la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) a cuatro dígitos, que nos permitan obtener una muestra significativa y realizar un análisis riguroso del sector. Para determinar los códigos CIIU a cuatro dígitos sobre los que se clasifican las empresas de servicios, en particular, el universo de empresas que en el core de negocios de la empresa podrían o, estarían habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, revisamos en el historial de ofertas recibidas por la fiduciaria la clasificación de este tipo de empresas, lo que nos condujo a los códigos 7020 y 7490. El proceso de minería de datos frente al gran universo de sociedades mercantiles registradas bajo estos dos códigos nos permitió identificar una muestra ajustada de 2,940 empresas a nivel nacional.

Para poder construir los criterios que nos permitan identificar los valores de los indicadores, utilizamos información financiera disponible para armar una base estadística y matemática, que nos permita desarrollar un modelo de análisis financiero tanto a nivel nacional como regional debidamente soportado con datos. En este análisis, también incluimos categorías según el tamaño de las empresas con el objetivo de aproximarnos a un mapeo detallado de la oferta de mercado. Previamente a este ejercicio, revisamos, estudiamos e identificamos el sector económico al que pertenecen los posibles oferentes, con el propósito de determinar el grupo objetivo de empresas y estimar el tamaño de la muestra sujeta de análisis. Así mismo, se realiza una segmentación por tipo de empresas como lo son: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y Empresas de Servicios que puedan desarrollar actividades en torno a la Salud y Seguridad en el Trabajo (SST).

En una oferta plural las IPS o CCF que no cuenten con la acreditación o certificación o experiencia en SST podrían asociarse con empresas del sector servicios en cuyo core de negocios además de la experiencia están habilitados para complementar la oferta de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo, además de la capacidad financiera necesaria. (ver 0. ANEXO- ANALISIS DEL SECTOR ECONÓMICO)

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta que para el análisis de la información del sector salud y establecimiento de indicadores financieros la Entidad abarcó primero la segmentaciones a nivel de tamaño de empresa (pequeñas, medianas y grandes), regiones y tipo de oferente con el fin de garantizar la pluralidad del proceso y segundo el ruido generado por los efectos de la pandemia al realizar el análisis sobre estados financieros al cierre de la vigencia 2021, año en que los Prestadores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de SST y Cajas de Compensación Familiar a nivel Nacional, empezaron la reactivacion progresivamente de servicios afectados durante el 2020, una evaluacion sobre indicadores de 2020 no es viable bajo el entendido que fue el año en el que los sectores de la economía permanecian cerrados o con servicios parcialmente cerrados (a nivel salud: cancelacion de cirugias,cierre de servicios ambulatorios, cierre de servicios de SST entre otros), por lo tanto, evaluar los requisitos habilitantes establecidos en el actual proceso con base en los estados financieros de 2022 bajo el entendido de que el sector asi como el resto de la economía se encuentra

en proceso de recuperación es coherente, especialmente en el sector Salud donde el Gobierno Nacional no escatima esfuerzos para implementar mecanismos que de fortalecimiento como por ejemplo oportunidad para que las EPS utilicen recursos invertidos para atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, la implementación de este mecanismo, para el segundo semestre de 2022 la Superintendencia Nacional de Salud viabilizó planes de pago presentados por las EPS para saldar cartera con las IPS por la suma de $845.766 millones. Asi mismo, es importante señal que la Entidad debe garantizar la perdurabilidad del proponente en el tiempo pues de otra manera se vería afectada la prestación de servicios a los afiliados y beneficiarios del Magisterio considerando la naturaleza del contrato a suscribirse y el valor que asciende a 15 billones de pesos aproximadamente.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 42

En la página 255 del pliego de condiciones se establece:

15.2.5 Obligaciones Financieras.

"59. Constituir y mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una Garantía Financiera equivalente a la sumatoria de UPCM promedio mensuales por el número total de afiliados asignados en la respectiva región al inicio del contrato, de conformidad con el valor estimado del contrato, para garantizar la cobertura de riesgos asociados a sus obligaciones y la continuidad en la atención en salud de los afiliados durante los seis (6) meses siguientes a la terminación anticipada o definitiva del contrato, garantía financiera que respaldará la provisión técnica respectiva".

Además, En la página 64 del ANEXO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, se establece como información a reportar: x

Tabla 4. Información a Reportar por los Operadores de Servicios de Salud y Periodicidad

"• Informe de reserva técnica 1UPCM por todos los afiliados".

Se solicita eliminar la obligación financiera 59 y el informe referido de la lista contenida en la tabla 4, debido a que, por normatividad, las IPS no tienen la obligación de constituir reservas técnicas, esta obligación es atribuible a las EPS(s); aunque se haya simulado la obligación, cambiando su nombre (garantía financiera), la misma no es más que una forma de exigir una reserva técnica.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Si bien no existe una obligación expresa en la normativa vigente que defina la obligatoriedad de la IPS de constituir garantías financieras, es claro que el modelo de operación para la prestación de servicios de salud del FOMAG comporta una serie de características especiales y excepcionales que ameritan adoptar medidas financieras como mecanismo de cobertura de riesgo para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y asumir contingencias derivas de la operación.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI ( ) NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
41	20 de junio 2023 a las 4:02:33 PM	Plataforma Secop II	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	Financiero

OBSERVACIÓN 43

" En virtud de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, estos Contratistas asumen y gestionan el riesgo financiero de la prestación de servicios de salud a la población del Magisterio. Teniendo como base las instrucciones sobre el sistema de administración de riesgos impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud para el Régimen de Excepción, para el MAISFPSM se incluyen bajo la denominación de Riesgo Financiero, los siguientes subsistemas que deberán ser gestionados por los Operadores de Servicios de Salud:"

- Riesgo Actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de Liquidez
- Riesgo de Mercado de Capitales
- Riesgo de Fallas de Mercado

Las exigencias a aplicar a los Futuros contratistas del Fondo nacional de prestaciones sociales del Magisterio son las aplicables a las Empresas Promotoras de servicios de

salud EPS en Colombia, que son entidades legalmente constituidas con un patrimonio autónomo que pueden o no transar en bolsa, que el estado colombiano ha identificado los riesgos actuariales, de crédito, liquidez, mercado de capitales, fallas de mercado (Basilea II) pasando por el riesgo operacional que lo define como " Basilea II define el riesgo operacional como el riesgo de pérdida resultante de una falta de adecuación o de un fallo de los procesos, el personal o los sistemas internos, o bien como consecuencia de acontecimientos externos." Igualmente define las pautas para los riesgos del sector financiero identificando:

Tipos de riesgo bancario

• Riesgo de crédito. El riesgo de crédito es uno de los factores más conocidos entre los diferentes tipos de riesgo que componen los indicadores de una entidad bancaria. ...

• Riesgo de mercado. ...

• Riesgo legal. ...

• Riesgo de liquidez. ...

• Riesgo país. ...

• Riesgo reputacional. ...

• Riesgo operativo.

El fondo nacional de prestaciones económicas del magisterio quiere aplicar la normatividad de riesgos definida desde Basilea II , pasando a las EPS a los prestadores de servicios de salud que se conforman con unos patrimonios ilimitados , diríamos unos patrimonios para la ejecución contractual bastante reducidos. Con las siguientes aspectos financieros.

La conformación de proponentes plurales no tienen:

MATRIZ DE CRITERIOS DE SELECCIÓN			
INDICADORES FINANCIEROS	DESEMPEÑO FINANCIERO		
	NORMAL	**MEJOR**	OPTIMO
RAZÓN CORRIENTE (RC)	1.20	**1.50**	1.80
ENDEUDAMIENTO (RE)	0.70	**0.65**	0.60
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	0.50	**0.75**	1.00
RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.06	**0.08**	0.10
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.02	**0.03**	0.05

- Patrimonio propio de la entidad por ser uniones temporales, u otras conformación de entes jurídicos participes en la licitación.
- No tienen aportes efectivos a la empresa
- Su liquidez , así como el endeudamiento es el que corresponde al proponente plurar y no propiamente a la Unión temporal o entidad licitante.
- Las rentabilidades del patrimonio, rentabilidad patrimonial corresponde a la rentabilidad de las entidades conformantes de la unión temporal o entidad licitante y no propiamente a la unión temporal si fuese una entidad estructurada como las empresas de derecho.

Económicamente una estructura como la solicitada en este documento:

- Riesgo Actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de Liquidez
- Riesgo de Mercado de Capitales
- Riesgo de Fallas de Mercado

No se define el porcentaje dentro de la upc , o carga administrativa para utilizar en mantener una estructura administrativa que soporte los diferentes riesgos definidos. Es una estructura onerosa para una relación contractual que se extiende por 4 años.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:
La UPCM para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.
Considerando:

Que la prima del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, la Unidad de Pago por Capitación (para este caso la del régimen contributivo) responde a la descomposición básica de una prima, es decir se reconoce la prima pura y la prima comercial que se describen a continuación:

Prima Pura La prima pura de riesgo (PP) es el elemento más importante en la tarifación de seguros. Es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos).

Prima Comercial (PC) se define como la cantidad de dinero necesaria para asumir el riesgo y permitir a la empresa aseguradora cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Que dentro de la estructura de la UPC-c y conforme lo señala la resolución *"Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones"* y la Ley 1438 de 2011 se ha establecido como topes máximos del total de la prima para gastos administrativos (incluida utilidad), que corresponden al 10% para el Régimen Contributivo,

Conforme a lo anterior, los porcentajes correspondientes a gastos administrativos tanto del componente de UPC-c (máximo el 10%) y los gastos administrativos del PLUS (3%) se trasladan en su totalidad al operador para su administración.

De conformidad con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 2022151000000050-5 de 2022 la Supervisión Basada en Riesgos - SBR es la estrategia que está implementando la Superintendencia Nacional de Salud para complementar la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos en salud de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. De esta manera, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer las actividades en salud del Régimen Especial y de Excepción - REE a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de Administración y Gestión de Riesgos.

Es así, como de acuerdo a lo establecido en el documento de Selección los Operadores deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los Subsistemas asociados en sus actividades en salud, los cuales deben ser identificados e incluidos en el sistema a través de la identificación, establecimiento de policías y procedimientos con el objetivo de tomar acciones identificar los principales determinantes de los eventos de alarma, los impactos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas y adoptar medidas correctivas y preventivas, lo anterior señala que, la implementación del Sistema de Administración de Riesgos es seguir los lineamientos de la Superintendencia de Salud que no busca otra cosa que apoyar a la entidades en la detección de Riesgos asociados a la actividad en salud y establecer la ruta de identificación, control y acción que deberán tomar los actores intervienen en las actividades del Regimen de Excepcion.

Cabe resaltar que los lineamientos contenidos en la presente circular son los mínimos para la operación de actividades en salud que debe tener el Sistema de Administración

de Riesgos y sus Subsistemas y son complementarios al marco normativo vigente y, a las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha esté gestionando. (Superintendencia de Salud).

De acuerdo a lo anterior, se señala que la administración de la Gestión del Riesgo es una actividad inherente a la prestación de servicios de salud y debe ser aplicada conforme a los lineamientos de la Superintendencia de Salud para el Régimen Especial, aunado a lo anterior, Fiduprevisora transfiere el valor total de la UPCM (tanto la prima pura como la comercial) al Operador de Servicios de Salud para su administración

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 44

Se tiene en cuenta el riesgo moral ex ante en el enfoque del modelo de atención, más no relaciona el enfoque del riesgo moral ex post. ¿Por lo cual este riesgo aumenta la situación de un déficit de UPCM? ¿Por qué el estudio de suficiencia no lo contempla?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD: Dentro de la estructura de la UPCM se contemplan variables en donde se tiene en cuenta el riesgo moral ex post teniendo en cuenta la población del Magisterio, representada en el no pago de cuotas moderadoras y mayores frecuencias de uso.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
46 / 47	20 de junio 2023 a las 4:19:06 PM / 4:21:01 PM	Plataforma Secop II	MACROMED SAS/UCIS DE COLOMBIA SAS	Financiero

OBSERVACIÓN 45

PÁGINA 221 — 11.3 REQUISITO HABILITANTE DE CONTENIDO FINANCIERO.

Los pliegos de condiciones no hacen claridad en los indicadores mínimos que se deben cumplir y dejar rangos pueden llevar a confusión.

Por lo cual solicitamos se modifique todo el numeral 11.3 definiendo los indicadores mínimos a cumplir.

Igualmente cuando se habla de proponente plurales donde se remite al manual de Colombia Compra Eficiente solicitamos determinarlo claramente y no remitirnos documentos de otras entidades.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se reformula el numeral 11.3 para dar mayor claridad a los requisitos mínimos establecidos.

Se aclara que cuando se habla de proponentes plurales no se está remitiendo a ningún documento externo (se menciona como referencia) sin embargo se redacta nuevamente para mejor comprensión.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
48	20 de junio 2023 a las 4:22:37 PM	Plataforma Secop II	COHAN	Técnico

OBSERVACIÓN 46

Se solicita se aclare cómo se maneja tanto en ejecución como en financiamiento la REPRESA que dejaran los actuales operadores de servicios, por cuanto dicha situación no se tiene contemplada en el proyecto de documento, ni en sus anexos, y tampoco se cuenta con la estimación presupuestal de este hecho y quién y cómo se asumirá con dicha carga que no se encuentra contemplada en los valores básicos de la UPCM.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Por favor remitirse al 5. ANEXO - PROCESO DE EMPALME DE CONTRATISTAS SALIENTES Y CONTRATISTAS ENTRANTES donde encuentra como se maneja tanto en ejecución como financiamiento la represa.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
49	20 de junio 2023 a las 4:25:06 PM	Plataforma Secop II	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	Financiero

OBSERVACIÓN 64

Determina el documento que "para cumplir con la gestión integral del riesgo establecida en el objeto de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, el alcance del MAISFPSM incluye la obligación de los Operadores de Servicios de Salud de gestionar los subsistemas de riesgo acorde lo define la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 2022151000000050-5 de 2022 o las normas que la sustituyan, actualicen o complementen; la cual tiene por objeto establecer las disposiciones generales (criterios, parámetros y lineamientos mínimos) que las entidades pertenecientes al Régimen de Excepción deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y sus Subsistemas asociados en sus actividades en salud." Al revisar la mencionada Circular se observa que aún no se cumple el plazo para su implementación, no obstante, el documento de selección obliga al desarrollo de actividades para la gestión de los riesgos que las plantean obligatorias para el Contratista a partir de la suscripción del contrato. El desarrollo de estas actividades de gestión del riesgo tal como están descritas implica a cada Contratista incurrir en gastos de recurso humano y sistemas de información para cumplir la infraestructura tecnológica, que no se tienen contemplados ni considerados dentro de la estructura financiera de la UPCM, y que sería una nueva obligación y un nuevo componente dentro de las obligaciones de los futuros contratistas, lo cual generará un incremento del gasto administrativo para la operación del contrato. A pesar de que el pliego dice "De manera voluntaria, los Operadores de Servicios de Salud podrán contar con un grupo interdisciplinario de personas a cargo de la gestión de cada uno de los subsistemas de riesgo" es muy claro que su implementación va a requerir personal especializado, especialmente en los temas actuariales y financieros". Por lo anterior se solicita se indique cual es la estimación que se tiene prevista dentro del plus del magisterio o la estructura financiera de la UPCM. En cumplimiento de dicha circular, se solicita se informen las actividades que le competen al Fomag y a la Fiduprevisora como actores principales del régimen de excepción del magisterio, o se aclare si toda la responsabilidad del cumplimiento de dicha circular recaerá exclusivamente en cada operador contratista.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La UPCM para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

Considerando:

Que la prima del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, la Unidad de Pago por Capitación (para este caso la del régimen contributivo) responde a la descomposición básica de una prima, es decir se reconoce la prima pura y la prima comercial que se describen a continuación:

Prima Pura La prima pura de riesgo (PP) es el elemento más importante en la tarifación de seguros. Es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos).

Prima Comercial (PC) se define como la cantidad de dinero necesaria para asumir el riesgo y permitir a la empresa aseguradora cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Que dentro de la estructura de la UPC-c y conforme lo señala la resolución *"Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones"* y la Ley 1438 de 2011 se ha establecido como topes máximos del total de la prima para gastos administrativos (incluida utilidad), que corresponden al 10% para el Régimen Contributivo,

Conforme a lo anterior, los porcentajes correspondientes a gastos administrativos tanto del componente de UPC-c (máximo el 10%) y los gastos administrativos del PLUS (3%) se trasladan en su totalidad al operador para su administración.

De conformidad con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 2022151000000050-5 de 2022 la Supervisión Basada en Riesgos - SBR es la estrategia que está implementando la Superintendencia Nacional de Salud para complementar la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos en salud de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. De esta manera, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer las actividades en salud del Régimen Especial y de Excepción - REE a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de Administración y Gestión de Riesgos.

Es así, como de acuerdo a lo establecido en el documento de Selección los Operadores deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los Subsistemas asociados en sus actividades en salud, los cuales deben ser identificados e incluidos en el sistema a través de la identificación, establecimiento de policías y procedimientos con el objetivo de tomar acciones identificar los principales determinantes de los eventos de alarma, los impactos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas y adoptar medidas correctivas y preventivas, lo anterior señala que, la implementación del Sistema de Administración de Riesgos es seguir los lineamientos de la Superintendencia de Salud que no busca otra cosa que apoyar a la entidades en la detección de Riesgos asociados a la actividad en salud y establecer la ruta de identificación, control y acción que deberán tomar los actores intervienen (subrayado fuera del texto) en las actividades del Regimen de Excepcion.

Cabe resaltar que los lineamientos contenidos en la presente circular son los mínimos para la operación de actividades en salud que debe tener el Sistema de Administración de Riesgos y sus Subsistemas y son complementarios al marco normativo vigente y, a las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha esté gestionando. (Superintendencia de Salud).

De acuerdo a lo anterior, se señala que la administración de la Gestión del Riesgo es una actividad inherente a la prestación de servicios de salud y debe ser aplicada conforme a los lineamientos de la Superintendencia de Salud para el Régimen Especial, aunado a lo anterior, Fiduprevisora transfiere el valor total de la UPCM (tanto la prima pura como la comercial) al Operador de Servicios de Salud para su administración, por lo que se aclara que será responsabilidad del operador.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 49

Establece el documento de selección que : "Teniendo en cuenta que, por condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas, entre otras, existe un porcentaje de población que no acude a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y por lo cual se desconoce su estado de salud, el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio en su estrategia de Atención Primaria en Salud, incluye la implementación de la modalidad extramural. Como puede evidenciarse en los estudios calcularon la estructura financiera de la UPCM, no están consideradas estas actividades lo cual puede causar desequilibrio financiero al Contratista con estas nuevas obligaciones consistentes en la contratación de recurso humano para conformar los EMS que exigen los siguientes perfiles: medicina general, enfermería, psicología, nutrición y técnicos en higiene oral y auxiliar en enfermería; cuyo costo en los 48 meses de contrato puede ser de aproximadamente 1300 millones , sin contar los gastos de desplazamiento mas el material de apoyo para las actividades pudiendo llegar a un monto aproximado en total de 3000 millones de pesos para la población estimada de una sola región con población promedio región. Por lo anterior se solicita especificar como se visualizan estas actividades y su respectivo costo en el plus del magisterio y como están soportadas en la estructura financiera de la upcm. Debe tenerse en cuenta que dentro de la financiación de la UPC del régimen contributivo, se contempla la atención domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional y no como está incorporado en el plan de atención del magisterio. Adicional a un EMS por cada 15 mil afiliados determina el documento de seleección: "El contratista debe garantizar la cobertura de la población priorizada con las metas indicadas y deberá organizar o contar con los equipos multidisciplinarios extramurales/itinerantes que hagan falta para alcanzar las metas de cobertura". es decir que la suma podría ser mayor según las estimaciones de población y coberturas definidas.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se acepta observación y se realizará ajuste de acuerdo a observación.

El operador debe garantizar la atención primaria intramural o extramural a través de los equipos multidisciplinarios en salud al 100% de los afiliados priorizados que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso durante el primer año del contrato y con periodicidad anual durante toda la vigencia del contrato teniendo en cuenta las metas de promoción y prevención establecidas y la Rutas de Atención en Salud.

Se ajustará el documento de selección con el objeto de dar cumplimiento a la estructura definida en la UPC del régimen contributivo con fin de financiar estas actividades

se aclara que las metas no se modificara, se deben cumplir de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y lo relacionado en las hojas de vida de los indicadores propuestos de las rutas PYM, Fiduprevisora realizará las estimaciones de las actividades periódicamente para su cumplimiento

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 50

Menciona el documento: que el valor de la UPCM aprobado corresponde al 62,67% de la UPC del régimen contributivo. Esto significa que el contratista debe garantizar los servicios del PBS que se encuentran financiados por la UPC del regimen contributivo? más los servicios contemplados en la estructura financiera del PLUS? Si se llegase a presentar un costo en la ejecución del contrato, para un servicio o actividad no incluida en el plus del magisterio, se concluye que al no estar financiada por la UPC del régimen contributivo , ni estar contenida en las estimaciones del plus se encuentra excluída?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que las únicas exclusiones que presenta el actual proceso de licitación son aquellas que están expresamente señaladas en el *capítulo 2.2 alcance, numeral 2.2.1. Alcance de los Servicios de Salud, literal E. Exclusiones* lo demás se considera incluido, así mismo, la única estructura financiera con la cual se realizará el reconocimiento del valor del contrato es la UPCM (ver capítulo 18 Forma de Pago, 18.1 Para los servicios de Salud.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 48

Menciona el documento: que "La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección

Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo". A este respecto es preciso anotar que para el regimen contributivo, anualmente se realizan ajustes a la UPC que son divulgados mediante la resolución que determina el valor de la UPC para cada vigencia y cuya variación está dada por exclusiones o inclusiones de servicios en el PBS , por el IPC, y por variables como la pirámide poblacional, o concentración de riesgo de algunas EPS del régimen contributivo. Este párrafo aislado sobre la actualización de la UPCM ha venido generando error de interpretación por parte de la Fiduprevisora debido a que cada vez que firma los contratos para la operación y la prestación de los servicios de salud, inicia aplicando la estructura financiera con base en la UPC del regimen contributivo completa y vigente al momento de la firma del contrato, y anualmente no toma la estructura financiera de la upc del regimen contributivo que queda vigente en cada anualidad, restando el % equivalente a las nuevas tecnologías, que es lo que está expresado en dicho dicho párrafo. Esta interpretación ha venido generando que la UPCM del magisterio, vaya perdiendo capacidad adquisitiva y no se actualice conforme lo define la estructura financiera de la UPCM, que sería tomando la UPC que determina el gobierno nacional para la respectiva vigencia y restando las nuevas tecnologías siempre y cuando estas ya estuvieran consideradas en el plus del magisterio. Por esta razón se solicita modificar la redacción de la actualización de la UPCM, de tal forma que quede claro que el incremento conserva la estructura financiera de la UPC del régimen contributivo vigente a la cual se le restan los porcentajes equivalentes a la inclusión de nuevas tecnologías para el período y se propone asi: "La actualización de la UPCM se efectuará tomando la UPC del régimen contributivo restando el incremento que para la vigencia haya aplicado el gobierno nacional al incremento de nuevas tecnologías".

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

No se acepta la estructura financiera de la observación pues la estructura de la UPCM es la establecida en el acuerdo 05 del Consejo Directivo y su actualización se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo. lo anterior, teniendo en cuenta que el estudio de la estructura financiera de la UPCM concluyó que es suficiente para la operación regional de los servicios de Salud del Régimen Exceptuado del Magisterio.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 51

Se incorpora dentro del plan de beneficios : "Los Operadores de Servicios de Salud

deberán garantizar el servicio de albergues para los usuarios de zonas dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo con el fin de garantizar, durante el tiempo que dure las citas, el tratamiento requerido incluso la rehabilitación, las condiciones materiales necesarias para garantizar su estadía en la ciudad de atención. El acceso a los albergues será garantizado para el afiliado objeto de los servicios de salud como para su acompañante en caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, lo anterior sin que genere costo alguno para el afiliado. Igualmente, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar los gastos de estadía que son los equivalentes a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad, tanto para el usuario como para su acompañante en las condiciones ya descritas. Se solicita indicar en qué página del análisis de la estructura financiera de la UPCM se encuentra la estimación para estas coberturas que son nuevas y no venían incorporadas en el plan de beneficios del magisterio y solo se hacía su reconocimiento por tutela, lo cual genera un gasto muy inferior a la obligatoriedad de garantía para todos los casos en que se presente tal condición. Dado que no se visualiza esta financiación, se induce al riesgo de desequilibrio financiero al incorporar esta prestación sin una adecuada planeación de su financiación.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se debe garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud, vale la pena resaltar que el servicio de albergues es para los usuarios de zonas, dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo, en este orden de ideas, teniendo en cuenta que la base de la estructura de la UPCM es la UPC del régimen contributivo, dentro de la cual se reconoce el 10% adicional por dispersión geográfica (resolución 2808 de 2022) de la misma manera se hace el reconocimiento de la UPCM, por lo anterior, el transporte no asistencial, cuidadores y acompañantes en el caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante dentro de porcentaje adicional reconocido en la UPCM por dispersión geográfica. Por lo anterior, no se presenta riesgo de desequilibrio económico.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 52

9. ANEXO ANALISIS UPCM 2018, pagina 22. Se solicita aclarar si el dato reportado en la columna 2020 para la región 1 contiene error ? Debido a que analizado con otras tablas y datos no existe correlación.

Efectivamente en la etapa de análisis descriptivo de la información reportada para el estudio se evidencia que se existe un error en el rubro otros servicios y así lo señala la nota técnica "Al revisar el gasto reportado por regiones para los años 2018, 2019 y 2020 se observa que los valores reportados por la región 1 presentan algún tipo de problema para el año 2020, debido a que las cifras superan el billón de pesos (...) " . Se aclara que para la realización del análisis de suficiencia dentro del cálculo actuarial se le dio el respectivo tratamiento.

OBSERVACIÓN 53

El incumplimiento injustificado por parte del CONTRATISTA de una o varias de las obligaciones contraídas por virtud del presente contrato, facultará a la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), para solicitar ante el juez competente, de conformidad con la Ley, la imposición de una pena pecuniaria a título de estimación anticipada de perjuicios, de acuerdo con las causales y los porcentajes que se tasarán a continuación en la presente cláusula. De igual manera, la mora en la satisfacción de una obligación permitirá a título de pena, la imposición de un valor equivalente al 1% del valor pagado en el mes que se originó la causa de la pena.

18.12. Causales para la procedencia de la aplicación de la cláusula penal: Para efecto de hacer exigible el pago de la pena pecuniaria aquí estipulada, bastara con que la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), acredite el incumplimiento injustificado por parte del CONTRATISTA de cualquier obligación a su cargo, sin que deba demostrar los daños o perjuicios causados por el incumplimiento. Asimismo procederá cuando ocurra cualquiera de las siguientes causales:

a. Para las obligaciones relacionadas con el servicio de salud bastará probar que el desempeño global del contratista dio como resultado un incumplimiento de los indicadores que dé lugar a la aplicación del mavor porcentaje de descuento por incumplimiento consagrado en el anexo denominado MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS.

b. Para las obligaciones relacionadas con el servicio 5C-55MM se aplicara cuando el contratista obtenga dio como resultado un incumplimiento de los indicadores que de lugar a la aplicación del mavor porcentaje de descuento por incumplimiento consagrado el anexo denominado MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS

c. Cuando el CONTRATISTA Incurre en retardo injustificado o incumplimiento parcial del contrato por cualquiera otra de las obligaciones que no impliquen descuentos por ANS,

d. Cuando el CONTRA T15TA cumple de manera insatisfactoria las obligaciones a su cargo que no sean objeto de los ANS.

e. Cuando se han aplicado los ANS de que trata la cláusula décima cuarta del presente contrato y el contratista no ha implementado el plan de mejoramiento previsto para corregir la no prestación eficiente del servicio o de no conformidad.

g. Cuando el contratista deniegue servicios a los afiliados al FOMAG según los registros del sistema de Peticiones, Quejas y Reclamos (POR).

18.13. Porcentajes aplicables para hacer efectiva la cláusula penal.

18.14. Porcentaje aplicable cuando se incumpla obligaciones del servicio de salud.

En cualquiera de los eventos y circunstancias descritos para el caso del servicio de salud, FIDUPREVISORA como vocera y representante de la fiducia del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, FOMAG, queda facultada para exigir una pena pecuniaria incremental a medida que avance la ejecución del contrato, a título de estimación anticipada de perjuicios, equivalente por el primer año de ejecución al 2% de las UPCM promedio reconocidas al contratista durante ese período por los afiliados al FOMAG en la región adjudicada; en el segundo año de ejecución, al 4% de las UPCM pagadas al contratista; en el tercer año de ejecución, al 6% de las UPCM; y en el último año de ejecución, el equivalente al 8% de las UPCM reconocidas al contratista por todo el período de ejecución anterior al que se haga exigible por FIDUPREVISORA.

18.15. Porcentaje aplicable cuando se incumplan obligaciones del servicio de 5G-SSTM. La imposición de la pena establecida en la presente cláusula cuando se trate del incumplimiento de servicios de SG-S5TM será equivalente al 5% del valor pagado en el mes que se originó la causa de la pena. Parágrafo primero: La reclamación judicial. de la pena pecuniaria no suspende la ejecución del contrato en ningún caso.

La imposición y pago de la pena pecuniaria cuando ocurra por incumplimiento del servicio de salud durante la ejecución del contrato tampoco debe afectar la continuidad, calidad, acceso y oportunidad de los servicios y demás obligaciones a cargo del contratista como garantía del derecho fundamental a la salud *de los afiliados al FOMAG en la región adjudicada, toda vez que el porcentaje pactado como pena pecuniaria equivale a los costos administrativos previstos en la estructura financiera de la UPCM. Parágrafo segundo: La pena pecuniaria es compatible y coexiste con la reclamación de perjuicios adicionales no tasados que se acrediten contra el contratista por el incumplimiento parcial o total del contrato. La pena pecuniaria será exigible, con independencia de los descuentos hechos al contratista por ANS aplicados a las UPCM, y con independencia de las fallas en la oportunidad en los servicios de salud o dispensación de medicamentos*

que den lugar a la aplicación de descuentos adicionales cuando los afiliados al FOMAG hagan efectivo el mecanismo extraordinario de garantía de acceso. Parágrafo tercero: Por el pago de la pena no se entienden extinguidas las obligaciones principales contraídas por virtud del presente contrato.

Parágrafo cuarto: De conformidad con los artículos 1596 del Código Civil y 867 del Código de Comercio, la cuantía de la pena a imponer se reducirá proporcionalmente observando aquellas obligaciones ejecutadas de manera satisfactoria por el contratista y que hayan sido aceptadas por la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG)."

ARGUMENTOS OBSERVACION: La clausula anterior, presenta una violación del debido proceso por parte de Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), debido a la CLAUSULA PENAL, como quiera que desorienta y lesiona los derechos del contratista, por las siguientes razones:

DE LAS OBLIGACIONES CON CLAUSULA PENAL

ARTICULO 1592. CODIGO CIVIL <DEFINICION DE CLAUSULA PENAL>. La cláusula penal es aquella en que una persona, para asegurar el cumplimiento de una obligación, se sujeta a una pena que consiste en dar o hacer algo en caso de no ejecutar o retardar la obligación principal.

Según el contrato, existen 2 tipos de procesos para la imposición de la clausula penal, la que impone un juez de la republica y la que impone el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) de manera unilateral, situación que iría en contra del principio - NON BIS IN IDEM La prohibición de sancionar dos veces por el mismo hecho operan frente a sanciones de la misma naturaleza-

- Juez de la república: Facultará a la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), para solicitar ante el juez competente, de conformidad con la Ley, la imposición de una pena pecuniaria a título de estimación anticipada de perjuicios.

- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG): permitirá a título de pena, la imposición de un valor equivalente al 1% del valor pagado en el mes que se originó la causa de la pena.

Respectos de las Causales para la procedencia de la aplicación de la cláusula penal por parte Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), de manera unilateral- también se evidencia que el mismo adolece del debido proceso- como quiera que indique que bastará solo con que el fondo acredite el incumplimiento injustificado

de cualquier obligación- sin que se demuestre ese incumplimiento que daño o perjuicio ocasiona.

(…)

Para efecto de hacer exigible el pago de la pena pecuniaria aquí estipulada, bastará con que la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), acredite el incumplimiento injustificado por parte del CONTRATISTA de cualquier obligación a su cargo, sin que deba demostrar los daños o perjuicios causados por el incumplimiento. Así mismo, procederá cuando ocurra cualquiera de las siguientes causales.

En el trámite descrito, también se configura una clausula abusiva, como quiera que no permita en ninguno de sus apartes y defensa y contradicción del contratista de los presuntos incumplimientos, tampoco describe ningún proceso a seguir, simplemente se limita a decir que de manera unilateral y violando todos los debidos procesos se impondrá una multa la cual será por decisión del mismo fondo.

Doble sanción: Clausula Abusiva. Sorprende también que en la misma clausula penal del contrato, se indica "La pena pecuniaria será exigible, con independencia de los descuentos hechos al contratista por ANS aplicados a las UPCM" esto que significa que a parte de imponer una sanción de forma unilateral la mismo será "cobrado" de forma doble, como quiera que también se podrán hacer descuentos por los mismos incumplimientos que regularán los ANS.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De conformidad con la observación presentada, se encuentra pertinente realizar las siguientes precisiones:

Frente a lo establecido en el Proyecto de Documento de Selección, numeral 18.11 y subsiguientes que integran el numeral 18 y numeral 19, procedemos a indicar la diferencia entre la aplicabilidad de los descuentos por ANS y la aplicación del procedimiento para cláusulas penal:

En cuanto al primero, es decir los descuentos por ANS, estos corresponden a un pacto de medición de los niveles de servicio, es decir su naturaleza no es sancionatorio sino de medición de estándar para prestar el servicio, permitiendo mejorar la calidad, la oportunidad y la atención en la prestación de servicios de salud del modelo de atención integral, la atención médica derivada de los riesgos laborales y, el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema General de Seguridad y

Salud en el Trabajo para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional. Así mismo estos se generan ante los resultados que surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS.

Frente a la cláusula penal su naturaleza va direccionada a la imposición de una pena pecuniaria a título de estimación anticipada de perjuicios ante El incumplimiento injustificado por parte del CONTRATISTA de una o varias de las obligaciones contraídas por virtud del presente contrato, facultando a la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), para solicitar ante el juez competente, de conformidad con la Ley, la imposición de la respectiva pena.

Lo anterior evidencia que los descuentos por ANS y la cláusula penal tiene causaciones y finalidades diferentes, estas ya mencionadas.

Así las cosas, se debe mencionar que ante la realización de un descuento por ANS, al contratista se le garantiza un procedimiento para efectos de desvirtuar dicho descuento, tal y como lo establece de manera expresa el numeral 19 del parágrafo primero del Proyecto de Documento de Selección.

De conformidad a lo anterior, la entidad no acepta la observación presentada.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 54

"Las partes acuerdan en la presente cláusula la aplicación de descuentos a la retribución del CONTRATISTA de acuerdo con los resultados del desempeño general en la ejecución por acuerdos por niveles de servicios con indicadores cuantificables y verificables de oportunidad y calidad en la atención, gestión y resultados, conforme a la matriz de los anexos que hace parte integral del presente contrato denominada MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS."

Para los servicios de salud se pacta que la base sobre la cual se liquidarán los descuentos es el 8% de la UPCM, DISTRIBUIDOS de la siguiente manera; Componente de salud 50% , componente administrativo 20% componente financiero 20% componente SGSSTM 10% aplicando la tabla Porcentaje de Descuento Acuerdos de Niveles de Servicios que hace parte integral de este contrato, sin que ese descuento se presente como una justificación a las barreras de acceso al servicio o negación de derechos contemplados en el plan de beneficios
para el magisterio y sus familias. Para los servicios de seguridad y salud en el trabajo cuyo valor se pagará por evento se liquidarán los descuentos sobre el valor de servicios

facturados aplicando la tabla Porcentaje de Descuento Acuerdos de Niveles de Servicios que hace parte integral de este contrato.

Los Acuerdos de Niveles de Servicio no se entienden como una modificación o alteración de las obligaciones pactadas en el contrato, que se mantienen en su extensión y alcance.

Los resultados que surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS no se consideran incumplimientos contractuales sino como un pacto de medición de los niveles de servicio". ARGUMENTOS OBSERVACIÓN. Se considera una Cláusula abusiva, DEBE ELIMINARSE. el contrato es ley para las partes y aquí se tiene la leyenda de "Las partes acuerdan en la presente cláusula la aplicación de descuentos", cuando claramente es una imposición unilateral del fondo, sin sujeción al contratista que lo camuflan con "un pacto de medición de los niveles de servicio" el cual tiene como consecuencia directamente al pago económico por una retribución ya prestada, aclarando como se indico anteriormente que previamente en la CLAUSULA PENAL están imponiendo una pena por un incumplimiento. Cláusula abusiva, el contrato es ley para las partes yaquí se tiene la leyenda de "Las partes acuerdan en la presente cláusula la aplicación de descuentos", cuando claramente es una imposición unilateral del fondo, sin sujeción al contratista que lo camuflan con "un pacto de medición de los niveles de servicio" el cual tiene como consecuencia directamente al pago económico por una retribución ya prestada, aclarando como se indico anteriormente que previamente en la CLAUSULA PENAL están imponiendo una pena por un incumplimiento.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De conformidad con la observación presentada, se encuentra pertinente realizar las siguientes precisiones:

Frente a lo establecido en el Proyecto de Documento de Selección, numeral 18.11 y subsiguientes que integran el numeral 18 y numeral 19, procedemos a indicar la diferencia entre la aplicabilidad de los descuentos por ANS y la aplicación del procedimiento para cláusulas penal:

En cuanto al primero, es decir los descuentos por ANS, estos corresponden a un pacto de medición de los niveles de servicio, es decir su naturaleza no es sancionatorio sino de medición de estándar para prestar el servicio, permitiendo mejorar la calidad, la oportunidad y la atención en la prestación de servicios de salud del modelo de atención integral, la atención médica derivada de los riesgos laborales y, el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional. Así mismo estos se generan ante los resultados que

surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS.

Frente a la cláusula penal su naturaleza va direccionada a la imposición de una pena pecuniaria a título de estimación anticipada de perjuicios ante El incumplimiento injustificado por parte del CONTRATISTA de una o varias de las obligaciones contraídas por virtud del presente contrato, facultando a la Fiduprevisora, como administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), para solicitar ante el juez competente, de conformidad con la Ley, la imposición de la respectiva pena.

Lo anterior evidencia que los descuentos por ANS y la cláusula penal tiene causaciones y finalidades diferentes, estas ya mencionadas.

Así las cosas, se debe mencionar que ante la realización de un descuento por ANS, al contratista se le garantiza un procedimiento para efectos de desvirtuar dicho descuento, tal y como lo establece de manera expresa el numeral 19 del parágrafo primero del Proyecto de Documento de Selección.

De conformidad a lo anterior, la entidad no acepta la observación presentada.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 55

La definición de Riesgo en salud, Riesgo Financiero y Riesgo Operacional, resultan insuficientes e inconsistentes al hacer su correlación con la matriz de riesgos, y con otros apartes del proyecto de documento de selección. Se solicita su revisión y redacción consistente. En La definición de Rutas integrales de atención en salud el contenido no corresponde a una definición, relata un objetivo.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que en la Matriz de Riesgos se relacion la administración o el manejo del riesgo desde la planeación hasta la terminación del plazo, la liquidación del contrato y el vencimiento de las garantías de calidad de la operación de la Contratación, estos riesgos pueden ser diferentes o incluir algunos de los riesgos relacionados en el apartado de las Rutas Integrales de Atención que hacen parte del Modelo de Atención para la población del Magisterio, el cual es un modelo de Administracion del Gestión del Riesgo.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
50	20 de junio 2023 a las 4:25:21 PM	Plataforma Secop II	OCGN	Financiero

OBSERVACIÓN 56

NOTA TECNICA. ANEXO 9. ANALISIS UPCM 2018-2020

Los términos no presentan una NOTA TÉCNICA, para la vigencia del periodo de contrato al cual se licita. Si bien es cierto que en el ANEXO 9. ANALISIS UPCM 2018- 2020, se presentan descripciones del comportamiento del costo asistencial, el contratante no presenta una NOTA TECNICA, con sus elementos constitutivos, a saber: Nombre del Agrupador, Frecuencia de Uso, Valor Medio Evento, Cantidad de Eventos. Adicionalmente los agrupadores deben tener sus cups agrupados en archivo aparte. La Nota Técnica debe ser suministrada por el administrador de los recursos.

Hacen mención de un Archivo de Excel adjunto al Anexo 4, sin embargo, no hay acceso a éste. El anexo 4 que se presenta en el listado de documentos, corresponde a la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos

o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

Se aclara que el anexo 4 corresponde a las las notas técnicas publicadas por el Ministerio de Salud para los años 2018 y 2019.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

OBSERVACIÓN 57

Proyecto Documento de Selección. Página 17 "Todas aquellas tecnologías o servicios de salud que se actualicen a través de disposiciones normativas, dejarán de ser exclusiones en el presente contrato y serán asumidas por el contratista, teniendo en cuenta que la Ley estatutaria prevé la se actualización progresiva de los servicios y tecnologías hoy señalados como exclusiones."

Observación:

El contrato una vez sea suscrito tiene una cobertura finita, lo cual está representado en una estructura de costos y en nota técnica que el contratante no ha presentado.

Describir el mecanismo mediante el cual se hará la actualización de la UPCM, una vez se den las inclusiones de servicios o nuevas tecnologías en la cobertura del contrato

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

Teniendo en cuenta la estructura financiera, el valor de la UPC-C de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023, por lo tanto, incluye las nuevas tecnologías y servicios, posteriormente, año a año se realizará el incremento

Vale la pena resaltar que una vez al año se realizará una evaluación de la suficiencia de la UPCM, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

Una vez al año se realizará una evaluación de la suficiencia de la upcm, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

CAMBIA DOCUMENTO SI () NO (X)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
54	20 de junio 2023 a las 4:30:54 PM	Plataforma Secop II	SERVIMED INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SERVIMED IPS S.A	Financiero

OBSERVACIÓN 58

8.1.3.1 Desafiliación El texto reza: Cuando se compruebe por la entidad contratista la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, el usuario que con conocimiento de su deber de información sobre este hecho no lo hizo oportunamente al contratista, este último solicitará a Fiduprevisora S.A. el procedimiento de desvinculación correspondiente, que se hará efectiva previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación

Solicitud

Establecer como se realizará la liquidación de UPCM en los periodos en los cuales el usuario no tiene derecho al servicio

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Cuando se compruebe por la entidad contratista la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, el usuario que con conocimiento de su deber de información sobre este hecho no lo hizo oportunamente al contratista, este último solicitará a Fiduprevisora S.A. el procedimiento de desvinculación correspondiente, que se hará efectiva previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación y el retiro se realizará de la base de datos en la fecha de identificación del hecho.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
55	20 de junio 2023 a las 4:33:50 PM	Plataforma Secop II	COMERCIALIZADORA DUARQUINT S.A.S	Financiero

OBSERVACIÓN 59

Página 221 a la 224
Proyecto de Documentos de Selección Invitación Pública No. 002 de 2023.

Los proponentes deben acreditar el cumplimiento de los siguientes indicadores para la habilitación en la invitación pública No. 002 de 2023:

"11.3. Requisitos habilitantes de contenido financiero (---

CONSTRUCCION DE RANGOS

(---)

En el marco de la selección objetiva para la contratación de los operadores de los servicios de salud y de SST para FOMAG, proponemos transitar entre los niveles de desempeño financiero mejor y optimo, lo que podríamos considerar desde el punto de vista del riesgo, transitar entre riego medio y bajo respectivamente. Dado que se espera que al menos más de la mitad de la muestra pueda ser un proponente bien sea singular o plural, consideramos que el nivel de desempeño "mejor" permite la participación de un volumen importante de empresas con un desempeño financiero muy aceptable, por tanto, la matriz de criterios de selección que se determina como requisito o criterio mínimo que deben acreditar los posibles oferentes es:

MATRIZ DE CRITERIOS DE SELECCIÓN			
INDICADORES FINANCIEROS	DESEMPEÑO FINANCIERO		
	NORMAL	**MEJOR**	OPTIMO
RAZÓN CORRIENTE (RC)	1.20	**1.50**	1.80
ENDEUDAMIENTO (RE)	0.70	**0.65**	0.60
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	0.50	**0.75**	1.00
RENTABILIDAD PATRIMONIO (RP)	0.06	**0.08**	0.10
RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	0.02	**0.03**	0.05

Por tanto, los proponentes singulares y plurales deben acreditar el cumplimiento de los indicadores financieros de la matriz de criterios de habilitación donde la razón corriente mínima debe ser 1.50, la razón de endeudamiento máxima 0.65, la razón de cobertura de intereses debe ser mínimo de 0.75, la razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 y la de los activos del 0.03."

ANÁLISIS

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos para el proyecto de documentos de selección para la invitación pública No. 002 de 2023 donde se reconoce la diversidad de sectores en que las empresas se encuentran clasificadas ya sea por tamaño, sector o ubicación es claro determinar que para evaluar la situación económica y financiera de la empresa es una sola.

De acuerdo con el decreto 1082 de 2015 en su artículo 2.2.1.1.1.5.3. Requisitos habilitantes contenidos en el RUP permiten avaluar su capacidad financiera y organizacional para definir la situación financiera de cada empresa.

Si bien es cierto, que en el proyecto de documentos de selección para la invitación pública No. 002 de 2023 determinan la matriz con lo siguiente **"Los parámetros se construyen con base en tres niveles: lo normal (o mínimo), lo mejor (o lo deseable) y lo óptimo",** es importante que se evalúe el impacto que durante los 3 últimos años la situación financiera, operativa, administrativa afecto notoriamente el crecimiento de las empresas y los resultados económicos como consecuencia de la pandemia por el COVID -19. A pesar de que los ingresos operacionales no disminuyeron la misma situación de la pandemia COVID-19 incremento los gastos y/o costos afectando el resultado en la utilidad operacional disminuyendo con eso la utilidad operacional en más de un 3%, perjudicando el cálculo de los indicadores de rentabilidad del patrimonio y rentabilidad del activo.

Así las cosas, el Estado Colombiano fue consiente y reconocieron las afectaciones a nivel económico que las empresas sufrieron como consecuencia de la Pandemia COVID -19 por lo cual expidió el Decreto 579 de Mayo 31 de 2021 cuyo objetivo es: **"una mayor pluralidad de oferentes en los procedimientos de selección y se fortalecerá la reactivación económica del país, al permitir la participación en estos procedimientos de proponentes que han sido afectados negativamente por la pandemia del COVID-19"** (Negrita fuera de texto), tal como se expresa en el parágrafo transitorio artículo 3 del Decreto mencionado, así:

"PARÁGRAFO TRANSITORIO:

(---)

Para ello, atendiendo a las condiciones aludidas, en relación con los indicadores de la capacidad financiera y organizacional, de los procesos de selección cuyo acto administrativo de apertura o invitación se publique a partir del 1 de julio de 2021, se tendrá en cuenta la información vigente y en firme en el RUP, por lo que las Entidades Estatales evaluarán estos indicadores, **teniendo en cuenta el mejor año fiscal que se refleje en el registro de cada proponente**". (Negrita fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior el Decreto establece que para los procesos de selección o invitaciones publicadas a partir del 1 de julio de 2021 las entidades estatales pueden evaluar el cumplimiento de los requisitos habilitantes para capacidad financiera y organizacional del mejor año fiscal de los 3 últimos años (2020-2021- 2022) reportados en el RUP.

OBSERVACIÓN

Teniendo en cuenta lo anterior y siendo consistente con la situación de las empresas en el lapso comprendido entre el rango de los años 2020 y al cierre del año 2022, consideramos y solicitamos que se dé aplicación al Decreto 579 del 31 de Mayo de 2021, en el cual el mismo Estado Colombiano teniendo en cuenta lo ocurrido, planteó que para la calificación de capacidad financiera y capacidad organizacional debe la entidad Fiduciaria La Previsora SA aceptar que el oferente defina cual de los 3 años 2020-2021 o 2022 sea el que considere que debe aplicar para determinar y evaluar la situación económica y financiera del oferente.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Teniendo en cuenta que para el análisis de la información del sector salud y establecimiento de indicadores financieros la Entidad abarcó primero la segmentaciones a nivel de tamaño de empresa (pequeñas, medianas y grandes), regiones y tipo de oferente con el fin de garantizar la pluralidad del proceso y segundo el ruido generado por los efectos de la pandemia al realizar el análisis sobre estados financieros al cierre de la vigencia 2021, año en que los Prestadores de Servicios de Salud, Prestadores de

Servicios de SST y Cajas de Compensación Familiar a nivel Nacional, empezaron la reactivacion progresivamente de servicios afectados durante el 2020, una evaluacion sobre indicadores de 2020 no es viable bajo el entendido que fue el año en el que los sectores de la economía permanecian cerrados o con servicios parcialmente cerrados (a nivel salud: cancelacion de cirugias,cierre de servicios ambulatorios, cierre de servicios de SST entre otros), por lo tanto, evaluar los requisitos habilitantes establecidos en el actual proceso con base en los estados financieros de 2022 bajo el entendido de que el sector asi como el resto de la economía se encuentra en proceso de recuperación es coherente, especialmente en el sector Salud donde el Gobierno Nacional no escatima esfuerzos para implementar mecanismos que de fortalecimiento como por ejemplo oportunidad para que las EPS utilicen recursos invertidos para atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, la implementación de este mecanismo, para el segundo semestre de 2022 la Superintendencia Nacional de Salud viabilizó planes de pago presentados por las EPS para saldar cartera con las IPS por la suma de $845.766 millones. Asi mismo, es importante señal que la Entidad debe garantizar la perdurabilidad del proponente en el tiempo pues de otra manera se vería afectada la prestación de servicios a los afiliados y beneficiarios del Magisterio considerando la naturaleza del contrato a suscribirse y el valor que asciende a 15 billones de pesos aproximadamente.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (x)

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación
62	20 de junio 2023 a las 4:46:08 PM	Plataforma Secop II	SUPPLIER CENTER SAS	Financiera

OBSERVACIÓN 60

3.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

El valor de los servicios para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo se calculó como resultado del estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a cotizar N. 0036 del 2022, donde se realizó un análisis del valor unitario de la actividad, Tipo de actividad, Población objeto de la actividad y frecuencia de la actividad.

El valor del presupuesto para el diseño, implementación, mantenimiento y Mejora Continua será el siguiente:

Diseño y estructura del SGSSTM	$	1,207,385,401
Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM por regiones:	$	794,782,670,045
Total Presupuesto SGSSTM	**$**	**795,990,055,445**

De acuerdo a los servicios del pliego, se realizó un análisis de los factores unitarios de la actividad y tipo de actividad, revisado el documento formato 15.1 valores unitarios no se encuentran los precios techo para las actividades. Solicitándose los precios techo para cada ítem. De acuerdo al anterior solicitamos a la entidad, publicar los precios techo que se determinaron de acuerdo al estudio de mercado N 0036 del 2022 de cada una de las actividades del SGSSTM, del formato 15.1 valores unitarios servicios SGSSTM.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El precio máximo por ítem no se establece pues depende de la oferta de cada una de las empresas que prestan los servicios y está dado por la dinámica del mercado y la libre competencia mediante el cual las empresas o proveedores pugnan por abastecer la demanda de los consumidores, con el fin de alcanzar un objetivo de negocios en particular; por ejemplo, la maximización de los beneficios, el incremento de las ventas o el aumento de su participación en el mercado (...) Se basa fundamentalmente en la libertad tanto del consumidor, a quien no se debe privar de opciones para que elija libremente lo que mejor se adecue a sus necesidades, como del productor, quien debe tomar libremente sus decisiones empresariales. (Portafolio,2023)
Sin embargo se aclara que el presupuesto máximo por región y por componente (Servicios de Salud, Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM y finalmente el Diseño y estructura del SGSSTM) se establece en el capítulo 3 "Presupuesto y financiación" del documento de selección del actual proceso, en todo caso las ofertas presentadas no podrán superar estos valores.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 61

7.1.3.4. Requisitos habilitantes de la propuesta Técnica

Los siguientes requisitos serán de ofrecimiento obligatorio y no se podrán complementar, modificar o mejorar en el curso de su evaluación, razón por la cual los formatos requeridos serán inmodificables y **NO SUBSANABLES.**

- **RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA**

El proponente deberá diligenciar la totalidad de los formatos que soportan la red de servicios para toda la red ofertada en los componentes primario y complementario, los cuales se relacionan a continuación:

Formato No. 10 Red de Prestación de Servicios Componente Primario
Formato No. 11 Red de Prestación de Servicios Componente Complementario
Formato No. 12 Reporte de Red de Farmacias (Puntos de Dispensación de Medicamentos)

-

- Determinar cuáles son los servicios mínimos requeridos con los que debe de contar la red de prestadores de servicio del componente primario para estar habilitados, o si en su defecto si los servicios contenidos en el formato N°10 (columna G9) son los habilitantes como el mínimo requerido (90% de los servicios habilitados).
- Determinar cuáles son los servicios mínimos requeridos con los que debe de contar la red de prestadores de servicio del componente complementario para estar habilitados, o si en su defecto si los servicios contenidos en el formato N°11 (columna G9) son los habilitantes como el mínimo requerido (90% de los servicios habilitados).
- Como serán definidos los criterios de evaluación de la oferta para el SGSSTM que determinará la oferta ganadora.
- Referente al plazo de ejecución, el pliego establece dicha ejecución en un término de 48 meses, se realiza un cuadro de proyección de presupuesto para cuatro años, solicitamos aclarar.
- Para el tema de experiencia, de acuerdo al estudio previo "La sumatoria del valor de los contratos certificados debe ser igual o superior al 50% del presupuesto anual del segundo año para la región a ofertar (cuadro VALOR ESTIMADO DEL BIEN O SERVICIO Y LA FUENTE DE LOS RECURSOS fila duración del contrato, columna 2024); mediante el diligenciamiento del Anexo respectivo. oficial establecido para la Región a la cual está presentando su oferta." solicitamos a la entidad definir el valor del segundo año, o en su defecto definir como esta estructurados los recursos para el primer y segundo año.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

A) se aclara que los servicios mínimos requeridos con los que debe cumplir (90%). del componente primario son todos los servicios se encuentran habilitados en el municipio en el REPS. Resolución 3100 de 2019, y deben relacionarse en el Formato 10.

B) los servicios mínimos requeridos con los que debe cumplir (90%). del componente complementario son todos los servicios se encuentran habilitados en el municipio en el REPS. Resolución 3100 de 2019, y deben relacionarse en el Formato 11.

C)

** Para la elaboración del **diseño y estructura del Sistema General de Seguridad y Salud en el trabajo del Magisterio s**e tendrà en cuenta los siguientes criterios:

- Identificar el proponente en el primer orden de elegibilidad para cada región.
- Determinar la oferta de menor valor para el ítem del diseño de seguridad y salud en el trabajo.
- Adjudicar el diseño de SGSSTM al proponente con menor valor.

** La I**mplementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM** hace parte del presupuesto ofertado junto con el presupuesto de Servicios de Salud por lo tanto, La adjudicación se hará al proponente que haya presentado la mejor propuesta, es decir, la que haya obtenido el mayor puntaje en las calificaciones para la región a la cual se está presentando teniendo en cuenta el capitulo 14 del Documento de Selección.

D) El presupuesto proyectado por año se incluye dentro de los documentos del presente proceso de licitación.

No. de observación	Fecha de Recibo	Forma de recibo	Observante	Tipo de observación

63	20 de junio 2023 a las 4:47:07 PM	Plataforma Secop II	CLINICA MEDILASER S.A	Financiero

OBSERVACIÓN 62

En el documento de estudios previos y estudio del análisis de UPCM no se encuentra un ejercicio financiero que evidencie el cálculo de los nuevos servicios a incluir ni el soporte técnico para la proyección de los valores presupuestados para calcular el valor final del presupuesto de las regiones. Se solicita la publicación del estudio que soporta los cálculos financieros.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

c) El presupuesto de la actual licitación se estructuró de la siguiente manera:

ESTIMACIÓN DEL PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El presupuesto de la presente Licitación fue estructurado a partir de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio UPCM aprobada bajo acuerdo 05 de 2022 del Consejo Directivo del FOMAG, la cual se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la UPCM es la siguiente:

UPCM = UPCe,z + 62.67% UPCe,z

- UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
- e= grupo etario
- z= zona geográfica

Dónde:

La UPC del régimen contributivo se identifica por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes especiales o de excepción. En la base de UPC se estiman los valores de Grupo etario (edad y genero) y zona geográfica (Zona normal, Zona especial, Grandes ciudades, Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina) las anteriores variables representan primas adicionales al valor base de la UPC anual en concordancia con lo establecido en la mencionada Resolución.

La proyección del valor de la UPCM se efectuó con base en el promedio de los incrementos de UPC determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social de los últimos 5 años, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo.

La proyección de la Población se efectuó con base en el promedio de crecimiento de la población. Este incremento obedece al costo histórico evidenciado en el valor de la cápita el cual tiene una tendencia ascendente aun cuando la cantidad poblacional eventualmente presente una leve disminución. La razón de esta proyección se fundamenta en que la población envejece y por lo tanto el costo per cápita se incrementa de acuerdo con las tarifas por grupo etario. Así mismo la tendencia normal de la base de afiliados es ascendente en el número total de afiliados.

ESTIMACIÓN DEL PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE SST

El valor de los servicios para el i) Diseño y estructura del SGSSTM y ii) Implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el trabajo para el Magisterio se calculó como resultado del estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a cotizar N. 0036 del 2022, donde:

Para el item de Diseño y estructura del SGSSTM el valor del contrato está determinado por la sumatoria de la entrega de productos multiplicado por el valor unitario de cada uno de ellos, en donde:

i) La determinación de los productos a entregar se diseñó con base en el cumplimiento del decreto 1655 de 2015 "Por el cual se adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación para reglamentar el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y se dictan otras disposiciones" y decreto 1072 "hacia la implementación del SG-SST".

ii) El valor unitario se determinó tomando el promedio del valor unitario de las cotizaciones allegadas.

Para el item de **Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM**

El valor del contrato será de cuantía INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, teniendo en cuenta que el valor total se estimó en función de la población objeto, frecuencias y número de actividades multiplicado por el valor unitario de cada actividad de acuerdo a los precios del estudio de mercado, donde:

i) El número de actividades fue el resultado de la determinación de una frecuencia proyectada para cada año, por ejemplo : para el caso de las capacitaciones se tiene cobertura al 100% de la población con diferenciación de frecuencia en cada año, es decir hay años donde se capacita entre 1 a 4 veces al año al mismo docente.

La planeacion de la frecuencia de las actividades fue estructurada por año acorde a la identificación de 4 momentos para la Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM así:

ii) El primer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que el primer año implica la fase de planeación que esta determinada por las mesas de programación entre el contratista y la ETC.

iii) El segundo año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mayor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que para el segundo año el contratista ya cuenta por la experticia en la prestación de servicios para la población docente.

iv) El tercer año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia menor en ejecución de servicios, teniendo en cuenta que van dos años de ejecución del contrato y la población objeto tiene adherencia a los programas definidos en SGSSTM.

v) Para el cuarto año tendrá una cobertura del 100% de la población objeto con una frecuencia mediana en ejecución de servicios.

Nota 1: La población objeto de sedes y establecimientos educativos debe tener cobertura del 100% durante los cuatro años de ejecución de acuerdo con la planeación de actividades entre el contratista y la Entidad Territorial Certificada en Educación.

Nota 2: Se precisa que la población objeto de este contrato es una población dispersa ubicada en todo el territorio nacional colombiano, lo que implica una operación coordinada y de conocimiento por parte del contratista

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (X) NO ()

OBSERVACIÓN 67

Tema 22. Acceso a los Servicios de Salud del Plan de Beneficios del Magisterio (Modelo de Prestación)
Documento referenciado - sección, página
Anexo 2. Modelo de prestación de servicios de salud – pág. 37

Observación

Solicitamos claridad sobre quién asume los costos de los servicios de salud cuando una usuaria es desvinculada y está en embarazo. Al respecto:

- Consideramos que si se trata de una docente por normatividad laboral el patrono no la puede desvincular y es un tema externo al operador
- Si es beneficiaria ¿quién asume los costos de la prestación de los servicios médicos? (la usuaria puede tener un mes y por lo tanto se tendría que atender por 10 meses – todo el embarazo y dos meses más posparto)
- ¿Van a continuar pagando cápita por esa usuaria?
- ¿El recién nacido con dos meses de servicios a partir del nacimiento quién los asume?? ¿En caso de que sea el operador el que debe responder por esta usuaria? ¿En qué parte de la UPCM están calculado esos costos?

Cita o texto referenciado
Anexo 2. Modelo de prestación de servicios de salud – pág. 37 , Numeral 8.1.3.1 Desafiliación (pagina 37)

En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta dos
(2) meses después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio según la Ruta de Atención Integral en Salud Maternoperinatal.

Justificación
Las implicaciones al respecto sobre los costos que puede significar una paciente materna y su recién nacido son costos importantes que pueden ser hasta servicios de alto costo, por lo cual es muy importante que se tenga claridad del pago de los servicios de salud, toda vez, que al estar "desvinculada" se entiende que ha sido retirada del FOMAG y debe tenerse claridad sobre el mecanismo y las condiciones del recobro.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

Se aclara En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta dos (2) meses después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio según la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal. y seguirá relacionadas en la base de datos para el reconocimiento de la UPC.

OBSERVACIÓN 68

En el documento 2. ANEXO MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, en la tabla 4. Información a Reportar por los Operadores de Servicios de Salud y Periodicidad se hace referencia a: "Informe de reserva técnica 1 UPCM por todos los afiliados."

Comentario: ¿Debería llamarse Garantía Financiera y no Reserva Técnica?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo a observación se ajusta documento, pues la información a reportar por los operadores de servicios de salud es la correspondiente a los soporte de la constitución de la Garantía Financiera.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI (x) NO ()

OBSERVACIÓN 69

Página 233. 12.2 Farmacias adicionales. Nota: Para acceder el criterio de ponderación de farmacias adicionales y con el propósito de asegurar de manera integral la provisión de medicamentos, adicional a las condiciones planteadas el proponente o algún integrante del proponente plural debe acreditar cupos aprobados por la industria farmacéutica por un valor mínimo equivalente al 2% del presupuesto oficial estimado total por regional a través de la presentación de copias de contratos de alianza

estratégica y/o contratos de colaboración empresarial suscritos con unoperador logístico farmacéutico donde se garantice una vigencia igual o superior a la vigencia del contrato producto del presente proceso de selección. Se solicitamos dejar expresamente claro sin lugar a interpretaciones que puede ser ambiguas, si el 2% es el equivalente al valor de todo el contrato o sea a los cerca de 1.5 billones de pesos?

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Nos permitimos indicar que el documento de invitación establece claramente las condiciones que se deben acreditar: " el proponente o algún integrante del proponente plural debe acreditar cupos aprobados por la industria farmacéutica por un valor mínimo equivalente al 2% del presupuesto oficial estimado total por regional"

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 70

TEMA: EXCLUSIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS, Página 16 y 17. Se cita lo siguiente:

"Todas aquellas tecnologías o servicios de salud que se actualicen a través de disposiciones normativas, dejaran de ser exclusiones en el presente contrato y serán asumidas por el contratista, teniendo en cuenta que la Ley estatutaria prevé la se actualización progresiva de los servicios y tecnologías hoy señalados como exclusiones. "

La circunstancia de que la ley estatutaria prevea la actualización de los servicios y tecnologías hoy señalados como exclusiones, no significa que esa actualización deba ser asumida por el contratista.

Observación: Se solicita precisar de qué manera se garantiza la financiación adecuada de estos nuevos servicios y tecnologías sobrevinientes a lo largo del contrato.

Con que periodicidad se revisará el impacto financiero de estas nuevas tecnologías, para hacer un ajuste al valor de la UPCM de ser necesario.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La UPCM para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio se compone de dos factores, uno que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un segundo factor denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la UPCM es la siguiente:

UPCM = UPCe,z + 62.67% UPCe,z

Teniendo en cuenta la estructura financiera, el valor de la UPC-C de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023, por lo tanto, incluye las nuevas tecnologías y servicios, así mismo, se aclara que en el componente del plus esta financiado tambien este concepto (ver "ESTUDIOS PREVIOS PROCESO DE SALUD FOMAG" capitulo 13 se encuentra la explicación NOTA TÉCNICA.)

Una vez al año se realizará una evaluación de la suficiencia de la upcm, mediante un estudio actuarial que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones del mercado para las atenciones en salud contenidas en el plan de beneficios del magisterio y las atenciones que no están cubiertas.

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 71

TEMA DEFINICIÓN RIESGO EN SALUD. Pagina 156.

" Riesgo en Salud: como la probabilidad de aumento de frecuencias de uso de los servicios o aumento del costo unitario de los servicios."

Observación: Sírvase precisar cuál sería la nota técnica inicial del contrato , esto es , las frecuencias de uso de servicio y costos unitarios de los servicios, que permiten al contratista evaluar el Riesgo en Salud inicial, dado que en la Matriz de Riesgos es señalado como un riesgo operacional asignado al Contratista (casilla 17 y 18 de la matriz.).

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La manera en que el contratista gestiona este riesgo es a través del análisis de los Registros Individuales de prestación de servicios de salud RIPS de los grupos etarios, de

la dispersión de la población, morbimortalidad , grupos de riesgo y el seguimiento a los costos de su operación derivada del actual objeto contractual .

Por otra parte se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

OBSERVACIÓN 72

TEMA: 5.3.Debida diligencia e información sobre el contrato a celebrarse Página 175

Se cita:

"c. Por la sola presentación de la oferta se infiere que los oferentes han considerado la viabilidad financiera del contrato, bajo las condiciones contenidas en su oferta, y que han hecho un cuidadoso examen de las condiciones de prestación del servicio, sus riesgos y, en general, todos los factores determinantes de los costos de ejecución, los cuales se incluyen en los términos de su oferta. "

Observación: Se reitera la solicitud de Nota técnica de contrato, para poder conocer en su totalidad los riesgos que asumiría el contratista respecto a frecuencias de uso y costos unitarios de servicios, dado que estos son factores determinantes de los costos de ejecución.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se aclara que para los programas de SST no existe una nota técnica, por cuanto los servicios se pagarán por evento y se prestaran a demanda de acuerdo a las necesidades de las secretarías de educación departamental, en cuanto a la nota técnica de servicios de salud me permito indicar que: De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero,el pago para la financiación del modelo de atención del Magisterio corresponde a una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región. En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como: "4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud,

su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago."

MODIFICA DOCUMENTO DE SELECCIÓN SI () NO (X)

Proyectó: Equipo Evaluador Financiero

Vivian Angelica Gomez Moreno - Directora Administrativa y Financiera FOMAG