

## RESPUESTA A OBSERVACIONES

### **INVITACIÓN A OFERTAR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD A PRESTADORES COMPLEMENTARIOS QUE OFERTEN SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, Y A PROVEEDORES DE INSUMOS, MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS, MATERIALES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS A SAVIA SALUD EPS**

En respuesta a las observaciones **oportunamente** planteadas por los posibles interesados en la *“INVITACIÓN A OFERTAR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD A PRESTADORES COMPLEMENTARIOS QUE OFERTEN SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, Y A PROVEEDORES DE INSUMOS, MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS, MATERIALES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS A SAVIA SALUD EPS”*, publicada el pasado 22 de septiembre, nos permitimos informar lo siguiente:

1. De acuerdo con la sección 2 - Componentes de la propuesta, numeral 2.2 - Requisitos Generales, inciso 8, donde se estipula que el proponente deberá sostener la capacidad instalada y ofertada durante la ejecución del contrato, se solicita claridad sobre la demanda estimada para estos servicios, para así poder presentar una propuesta ajustada correctamente a las necesidades de esta población.

#### **Respuesta:**

El proponente o los proponentes deberán garantizar la capacidad ofertada en la presente invitación durante el tiempo de la vigencia contractual, no obstante, Savia Salud EPS actualmente cuenta con 1.686.930 afiliados con corte a 30 de agosto de 2020, para los cuales se viene garantizando la cobertura de la demanda de servicios de la población incluidos en el plan de beneficios en salud, por tanto, cuenta en la actualidad con una red prestadora de servicios contratada, la cual se encuentra publicada en la página web de la EPS.

2. ¿Para el programa de VIH, la EPS cuenta con información sobre el total de pacientes en tratamiento activo, además de los esquemas de tratamiento y frecuencia de servicios para estos pacientes?

#### **Respuesta:**

Se anexa la información requerida ver anexo 1. Información VIH.

3. ¿Para la categoría de mediana complejidad, sería posible ofertar solamente para la prestación del servicio de ayuda diagnóstica y terapéutica ambulatoria, sin incluir hospitalaria o se debe realizar oferta para ambos niveles de servicio?

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud no obstante, los interesados podrán postularse aplicando a la categoría número **10 Apoyo Diagnóstico**.

4. Actualmente nuestra entidad cuenta con la capacidad para brindar servicios especializados e integrales para el seguimiento, gestión y tratamiento de los programas de Asma, EPOC, Alergología, Inmunología y dermatología, por lo quisiéramos saber si estos servicios los podemos ofrecer en esta invitación o se cuenta con otro canal para presentar esta información.

**Respuesta:**

Estos servicios podrán ser ofertados en la presente invitación, en la categoría **9 Paquetes de Atención de Programas**.

5. Frente a la categoría No. 11 (MEDICAMENTOS, INSUMOS, SUPLEMENTO NUTRICIONAL (El proveedor deberá tener conformado, formalizado y ofertado en la propuesta Programa de farmacovigilancia, farmacoterapéutico y tecnovigilancia), ¿Cuál es el alcance de este servicio? quién direccionará para la preparación de los medicamentos? Es la EPS el pagador?

**Respuesta:**

**¿Cuál es el alcance de este servicio?**

El programa de farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico y tecnovigilancia, busca que las instituciones puedan garantizar seguridad, eficacia y desempeño, además debe articularse con el seguimiento por parte de la EPS. El alcance está determinado por la normatividad vigente Decreto 2200 de 2005, y Resolución 1403 de 2007.

**¿quién direccionará para la preparación de los medicamentos?**

Para el direccionamiento ambulatorio es la EPS, y para el direccionamiento hospitalario es la IPS donde esté siendo atendido el paciente.

**¿Es la EPS el pagador?**

El pagador es Savia Salud EPS

6. Con relación a la duración del contrato - Etapa Contractual No. 6, Pag. 19 - Punto No. 6.3 - La vigencia se reduce a seis meses al momento de arrancar las Rutas Integrales de Salud. ¿Que hacer para garantizar quedar incluidos en la Ruta, La EPS tendrá en cuenta y prelación con las entidades que ya tienen contrato?

**Respuesta:**

La vigencia del contrato será del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 y podrá modificarse, prorrogarse o suspenderse, según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo, según con los resultados de la ejecución y los informes de supervisión realizados por la EPS. Así mismo, podrá darse por terminado en el momento que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s).

Presentarse a la actual invitación, cumplir el puntaje requerido, o quedar seleccionado para realización de contrato no garantiza ser incluido como prestador en las Rutas de Atención Integral implementadas por Savia Salud EPS.

En todo caso, se precisa que la EPS priorizará en la implementación de las RIAS a los prestadores que oferten en la presente invitación modelos diferentes al evento. El diseño de los mismos se puede considerar para la transición de un PGP a RIAS, de acuerdo al desempeño en la ejecución y resultados de los prestadores en los contratos que se llegaren a suscribir producto de esta invitación. Por tanto, se podrán contemplar puntos diferenciales dentro de los criterios de evaluación de la invitación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

7. ¿Se pueden presentar por parte del mismo proponente dos o más propuestas con diferentes modalidades de contratación para el mismo grupo de servicios (por ejemplo una propuesta por evento y otra por PGP)?

**Respuesta:**

Un mismo prestador podrá presentar propuestas de servicios bajo diferentes modalidades. Las ofertas deberán estar claramente diferenciadas.

8. En caso de que un proponente quiera presentar propuesta por algunos servicios en varios grupos de servicios (por ejemplo 2 servicios de 1. CATEGORÍA ALTA COMPLEJIDAD y 3 servicios de 9. CATEGORÍA PAQUETES DE ATENCIÓN PROGRAMAS) ¿Se deberá presentar una sola propuesta con todos los servicios ofertados o una propuesta individual por cada grupo de servicios al que se aspira?

**Respuesta:**

Si el prestador o proveedor va a presentar oferta en diferentes categorías, deberá realizarlo en una sola propuesta, haciendo diferenciación de cada una de sus ofertas y precisando la categoría en la que participa.

9. Para las ofertas que presenten UT, ¿hay algún tiempo mínimo de constitución exigida, de dichas UT?

**Respuesta:**

No hay un tiempo mínimo de constitución de las UT y consorcios, pero sí se deberá allegar el documento de asociación de los integrantes con los respectivos requisitos, relativos a porcentajes de participación, responsabilidad en incumplimiento, facturación, representación legal, cesión de posición contractual, término de duración y demás cláusulas concernientes a este tipo de contratos de colaboración empresarial.

No obstante lo anterior, los integrantes de la forma asociativa, deberán cumplir con el criterio de experiencia, requisitos técnicos, viabilidad financiera y organizacional.

10. En la categoría No. 3, Pag. No. 4, tanto el punto 3.1 y 3.2 están relacionados con la CONSULTA, pero cita HOSPITALARIA. nuestra institución está bajo la categoría de institución NO HOSPITALARIA, y presta las consultas mencionadas a los pacientes internos y a los ambulatorios y se cuenta con la habilitación de dichos servicios. ¿Hay alguna objeción al respecto?

**Respuesta:**

El numeral 3.1 hace referencia a la consulta médica hospitalaria especializada y subespecializada, que debe entenderse como interconsulta en el ámbito hospitalario, según la oferta de servicios habilitada. Se precisa que el prestador debe cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la normatividad.

11. En el Punto No. 11 - Página No. 15, frente a los requisitos Técnicos, ¿se deben adjuntar a parte de las respectivas habilitaciones generadas por el ente territorial, algún certificado adicional?

**Respuesta:**

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 “*El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición el REPS actualizado en un plazo máximo de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, momento a partir del cual, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la presente resolución*”, y, debido a que la entidad competente no ha actualizado la plataforma del REPS se debe presentar la autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 2003 del 2014.

Por lo anterior, dentro de los requisitos técnicos se debe adjuntar el portafolio de servicios y la última autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 2003 del 2014.

Si durante la ejecución del contrato la entidad competente realiza la actualización en la plataforma REPS, los prestadores de servicios de salud contratados enviarán a la EPS el portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 3100 de 2019, en el tiempo establecido que definan las entidades competentes.

Durante la ejecución del contrato, la EPS realizará seguimiento a las condiciones de habilitación de los prestadores, por tal razón y mientras se cumple el periodo de transición de la norma, la EPS solicitará a los prestadores la autoevaluación interna del cumplimiento de las condiciones de habilitación.

**12.** En cuanto a la entrega de las propuestas, en la página 22 se indica que: “9.1 Las propuestas deben radicarse en la Calle 44A No 55 - 44 (Edificio Business Plaza. Piso 1) de la ciudad de Medellín, el día 22 de octubre de 2020, en el horario de 8:00 a 16:00 horas”. Y en el cronograma de la página 23 dice que se entregan el día 2 de octubre de 2020. ¿Cuál es la fecha real?

**Respuesta:**

Se aclara que las propuestas deberán ser presentadas el día 23 de octubre de 2020 entre las 08:00 y las 16:00 horas, en la Calle 45 #55- 65 Edificio Business Plaza, entrada por la calle Amador.

**13.** ¿Puede una persona jurídica presentarse para varios grupos de servicios, participando de manera individual para un grupo y en un proponente conjunto para otro grupo de servicios?

**Respuesta:**

Sí puede.

**14.** En los términos de referencia está el ejemplo de cómo diligenciar el formato FO-RS-51 capacidad instalada, pero hay una opción por volumen (cantidades) y otra por valor, con cuál de las dos se debe diligenciar para servicios de imágenes diagnósticas

**Respuesta:**

El formato FO-RS-51 FORMATO OFERTA DE SERVICIOS PARA LA CONFORMACIÓN DE RED, presenta dos columnas: Oferta Mensual y Oferta Anual, los cuales se deben diligenciar en cantidad absoluta, como lo indica el instructivo del formato, y hace alusión a las cantidades ofertadas y no a valores, los cuales deberán ser incluidos en el formato FO-RS-52.

**15.** En el Numeral 2.1.Requisitos Generales de la Invitación se lee, en el ítem 1:“Es compromiso del proponente mantener las condiciones de su propuesta durante el período

de vigencia de esta y del contrato, de tal manera que se respeten las tarifas presentadas y/o los valores plasmados en la oferta en todas sus condiciones marca, precio y especificaciones técnicas ya sea para servicios, tecnologías en salud y/o medicamentos (No se aceptará actualización en precio, excepto para los medicamentos vitales no disponibles y medicamentos regulados, posterior a la legalización del contrato). Por lo tanto, los precios y valores ofertados para servicios, medicamentos, dispositivos, insumos, paquetes y material de osteosíntesis permanecerán vigentes durante todo el periodo contractual que se llegare a suscribir. El valor acordado debe entenderse como el valor de referencia máximo a prestar por servicios, el cual se distribuirá proporcionalmente de manera mensual, y será el valor de referencia para el pago mes por parte de la EPS. No se tendrán en cuenta los CUPS repetidos con diferentes valores. Cada CUPS deberá ser asociado al Manual Tarifario y/o paquete que le corresponde según oferta entregada por la IPS.”, se solicita, muy respetuosamente, teniendo en cuenta las repercusiones económicas de la actual pandemia, contemplar la posibilidad de efectuar dichos ajustes con el debido soporte presentado por parte de la IPS. En cuanto a los CUPS repetidos con diferentes valores es posible que esto se deba a que no el listado de CUPS no contemple la variabilidad de los procedimientos siendo necesario buscar de forma conjunta como darle respuesta a este circunstancia.

**Respuesta:**

Con respecto a “*contemplar la posibilidad de efectuar dichos ajustes con el debido soporte presentado por parte de la IPS*”, se aclara que, las propuestas de medicamentos presentadas por los oferentes, serán verificadas y comparadas previo a su aceptación.

En los casos en los que, por condiciones de mercado, el proveedor realice incrementos en medicamentos y/o dispositivos médicos que afecten el equilibrio contractual, éstas deberán estar debidamente soportados y probados, además de contar con la aprobación previa del comité asesor de contratación de la EPS. Se precisa que, en ningún caso se aceptarán incrementos unilaterales.

a. Los procedimientos no contenidos en el plan de Beneficios y/o en el Manual tarifario cual sería la codificación? se homologa a un código ya existente con otra tarifa?

**Respuesta:**

Esta codificación CUPS deberá ser presentada y descrita en los Formatos FO-RS-51 y FO-RS-52.

b. De acuerdo con el portafolio de servicios y el CUPS, puede aplicar el mismo CUPS a códigos del manual tarifario Ofertado, con tarifa Diferente, como Cupificar en esos casos a un código interno?

Ejemplo 1: CUPS 879601 PET CT hay 3 tipos de Pet con indicaciones y tarifas diferentes y el mismo CUPS.

Ejemplo 2: CUPS 992990 Aplicación de medicamento no oncológico y heparinización de catéter.

**Respuesta:**

Esta codificación CUPS deberá ser presentada y descrita en los Formatos FO-RS-51 y FO-RS-52. Posterior a la evaluación del equipo técnico de la EPS se definirán los códigos a contratar. Un CUPS puede estar relacionado a diferentes grupos de Servicios, en este caso se podrá asignar el manual tarifario ofertado, según el grupo de servicio al que esté asociando la tecnología y/o aplicar tarifa propia en los casos en los que no se cuenta con homólogo en el manual tarifario ofertado. Anexo 11. Tablas Homologador Insumos y Tecnología

c. En relación a los Procedimientos Quirúrgicos Especiales Oncológicos (PQEO), Son procedimientos muy complejos y éstos tienen criterios muy precisos: como incursión de hasta 4 especialistas, largos tiempos quirúrgicos, procedimientos NOPBS o sin representación en el manual tarifario, según nivel de complejidad. varios procedimientos con sus respectivos CUPS pueden conformar un PQE, pero el CUPS utilizado en un PQE puede tener un valor diferente en otro PQE.

**Respuesta:**

Si el servicio es ofertado en la modalidad de paquete, deberá especificar las inclusiones y exclusiones. El CUPS referenciado al paquete deberá contener la tarifa ofertada.

16. Es posible parametrizar el CUPS con el mayor valor y en caso tal que se presente el mismo CUPS en otro PQE facturarlos con un valor menor?

**Respuesta:**

Esta codificación CUPS deberá ser presentada y descrita en los Formatos FO-RS-51 y FO-RS-52. Posterior a la evaluación del equipo técnico de la EPS se definirán los códigos a contratar. Una tecnología puede contener un código CUPS relacionado en la pestaña de plantilla -tarifas y el mismo código CUPS podrá ser relación en la pestaña inclusión paquetes, siempre y cuando cuente con factores diferenciadores en los códigos cups relacionados al paquete

17. En el numeral 6 de los requisitos generales, donde dice nuevos códigos ¿a que se refiere? Porque puede existir un nuevo CUPS que se quiera ofertar por evento, o existir servicios que nos estén contratados y se deseen ofertar.

**Respuesta:**

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición, reiterando que para los servicios a reconocer por evento se aceptarán los servicios y tecnologías ofertadas homologados con los CUPS

vigentes. Cuando el mismo código CUPS aplique para diferentes servicios deberán ser presentados y descritos en los Formatos FO-RS-51 y FO-RS-52, que posterior a la evaluación del equipo técnico de la EPS se definirán los códigos a contratar.

**18.** “Solo se aceptarán nuevos códigos para las ofertas de servicios presentadas y aprobadas de Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición. Para los servicios a reconocer por evento, solo se aceptarán los servicios y tecnologías ofertadas homologados con los CUPS vigentes”.

-En los requisitos generales de la propuesta, en el literal 1. señalan: “ No se tendrán en cuenta los CUPS repetidos con diferentes valores. Cada CUPS deberá ser asociado al Manual Tarifario y/o paquete que le corresponde según oferta entregada por la IPS”. Luego en el literal 6 de la mismos requisitos generales plantean: “ Solo se aceptarán nuevos códigos para las ofertas de servicios presentadas y aprobadas de Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF)...”.

Pero en el literal 17 de las Obligaciones indican: “ 17. Para la identificación de los procedimientos objeto del presente contrato se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente, no se aceptarán códigos diferentes a los establecidos por la Resolución 3495 de 2019, y demás normas que la modifique, aclare o adicione, y que no hayan sido previamente pactados con LA CONTRATANTE, solo aplicarán códigos propios de la EPS, cuando aplique”.

Favor aclarar con qué códigos debe entonces presentar la IPS en esta oferta, los paquetes de servicio por Tecnologías, si en casos como el servicio de Resonancia, el CUPS es el mismo independiente de que esta sea o no contrastada, y en un literal indican que no puedo repetir el mismo CUPS, en otro que puedo ofertar un código propio, pero en otro aparte, señalan que no se aceptan y sólo aplicaran códigos propios de la EPS .

#### **Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) y Cápita por Condición.

**19.** En el Numeral 1.4. de la Invitación se lee, en el ítem 17: “Para la identificación de los procedimientos objeto del presente contrato se utilizará la Clasificación Única de

*Procedimientos en Salud (CUPS) vigente, no se aceptarán códigos diferentes a los establecidos por la Resolución 3495 de 2019, y demás normas que la modifique, aclare o adicione, y que no hayan sido previamente pactados con LA CONTRATANTE, solo aplicarán códigos propios de la EPS, cuando aplique". Se solicita, muy respetuosamente, aclarar este numeral.*

**Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición

**20.** El Hospital tiene una lista de procedimientos sin código CUPS, es cercana a 50 códigos que realmente son actividades que no tienen CUPS en la norma, por tanto, si hay servicios en la institución que no tengan un homólogo en el cups, ¿cómo se deben presentar?

**Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes. ver Anexo 11. Tablas Homologador Insumos y Tecnología

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición

**21.** En el ítem componentes de la propuesta, requisitos generales en el ítem 7, ¿dentro de qué modalidad se pueden clasificar los procedimientos propios de la institución?

**Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición, especificando las inclusiones y exclusiones. El CUPS referenciado deberá contener la tarifa ofertada.

**22. Se aclara que:**

- a. Algunos códigos de Savia Salud no podrán ser parametrizados en la estructura actual del hospital, y se deben acordar previamente.
- b. Para la condición de mantener tarifa de suministros, se puede aceptar, salvo en los casos que por condiciones de mercado el proveedor nos realice incremento que no estemos en capacidad de asumir vía margen, las cuales oportunamente estaremos notificando, incluso con la comunicación del proveedor. Esto no es una condición recurrente pero puede pasar.

**Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición, especificando las inclusiones y exclusiones. El CUPS referenciado deberá contener la tarifa ofertada.

**23. ¿Si una IPS no oferta las tecnologías y servicios NO PBS, esta será excluida?**

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, se tendrán en cuenta para la invitación los prestadores que oferten tecnologías incluidas y no incluidas en el PBS.

Estos servicios, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

La propuesta incluye los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- precisados en la Resolución 3512 de 2019 (Plan de Beneficios en Salud), lo NO PBS (Resolución 205 y 206 del Ministerio de Salud y Protección Social) y sus exclusiones.

**24.** En los casos en los cuales la norma de CUPS vigente Res. 3495/2019 no tenga definido un CUPS puntual para ciertos servicios, sino un CUPS genérico, como se va a manejar esta situación? Hoy en día se cuenta con ese detalle en la oferta y se parametriza el de mayor valor, pero en el detalle de cargos de la factura sale claramente definido cual código es y su tarifa.

Ejemplo:

Cups de Norma:

898103 ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA

Con este mismo CUPS se homologan los siguientes servicios que no tienen CUPS específico... todos tienen diferente tarifa:

- ESTUDIO DE PDL-1 (22C3), POR INMUNOHISTOQUIMICA
- STAT-6, POR INMUNOHISTOQUIMICA
- TLE-1, POR INMUNOHISTOQUIMICA
- MARCADOR INMUNOHISTOQUIMICA C/U

**Respuesta:**

Se aceptan los códigos CUPS contemplados en las Resolución 3495 de 2019 y nuevos códigos. Teniendo presente que puede existir un mismo código CUPS aplicable para diferentes servicios y tecnologías, los cuales, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

Por nuevos códigos se entiende aquellos que se generen por la oferta de servicios y tecnologías presentados bajo las modalidades de: Presupuesto Global Prospectivo (PGP), Paquete de Servicio por Tecnologías (PST), Paquete por Actividad Final (PAF), Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), Cápita por Condición, especificando las inclusiones y exclusiones. El CUPS referenciado deberá contener la tarifa ofertada.

**25.** Para las ofertas por PGP, los documentos obligatorios se diligencian y en estos se puede desglosar lo solicitado en el numeral 7 de los requisitos generales que dice: “*se deberán desglosar los componentes de este, indicando los insumos, medicamentos, recursos, procedimientos, servicios*”, pero donde se especifica el valor global de la oferta, donde se especifica las exclusiones y las condiciones generales del PGP?, en un documento de la IPS o la EPS suministrará un formato para los PGP?

**Respuesta:**

El valor global de la oferta, las exclusiones y las condiciones generales del PGP se especifican en el formato FO-RS-52 FORMATO LISTADO DE SERVICIOS PARA LA

CONFORMACIÓN DE LA RED por parte de los oferentes. El valor se debe diligenciar en las **Columnas H, I y J**, de la **pestaña Tarifas** y las exclusiones se especifican en las **columnas I y J** de la **pestaña Inclusiones**.

En el caso de las propuestas presentadas en la modalidad de PGP el/los oferentes podrán presentar un formato adicional que especifique las condiciones de la propuesta.

**26.** En la página 12 de la invitación se indica que se aceptará la actualización del precio del medicamento únicamente cuando sea regulado con posterioridad a la firma del contrato. Se requiere aclarar si se reconocerá un incremento en la tarifa de los medicamentos, en el caso de que el medicamento quede regulado por encima del valor inicialmente contratado.

**Respuesta:**

Todo cambio que sea generado por la normatividad vigente es aceptado y será reconocido y ajustado en el sistema de información de la EPS.

**27.** En el numeral 2.2 de Requisitos Técnicos, no están claramente indicados qué requisitos aplican a prestadores de servicios de salud y cuáles a los proveedores de medicamentos y dispositivos, ya que requisitos como el reporte de indicadores de la resolución 0256 a la Supersalud y la habilitación a los servicios de salud no son aplicables a operadores. En el caso del certificado de habilitación, este punto es fundamental que se aclare, ya que conforme al numeral 11 del mismo capítulo, la presentación de la declaración de habilitación será determinante para demostrar la idoneidad y este requisito no aplica para servicios farmacéuticos independientes que no estén dentro de IPS, por tanto, se requiere que se aclaren los requisitos técnicos aplicables a los oferentes de medicamentos y dispositivos y la manera en que se acreditará su idoneidad. Se recomienda, respetuosamente, cambiar por actas de la apertura y funcionamiento del servicio farmacéutico con constancia de aprobación, por parte la Dirección Seccional de Salud de cada departamento.

**Respuesta:**

La resolución 0256 de 2016 es aplicable para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, se excluyen los Profesionales Independientes de Salud, las Entidades con Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

La habilitación de los servicios de salud tiene aplicación para las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, las entidades responsables de pago.

**Por lo anterior, se separan los requisitos de los prestadores y de los proveedores.**

Para los establecimientos farmacéuticos, la Resolución 1403 de 2007, define que “*Las entidades territoriales autorizarán el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos que cumplan con las condiciones esenciales, tales como: depósitos de drogas, agencias de especialidades farmacéuticas, farmacia droguería y droguería*”, de acuerdo con los Decretos 2200 de 2005 y 2330 de 2006.

Para los servicios farmacéuticos independientes que no estén dentro de IPS, dentro de los requisitos técnicos se solicitará la constancia de autorización por parte de la entidad territorial o Secretaría de Salud Departamental.

**28.** En el punto 6 Etapa Contractual, en el numeral 6.3, se solicita reevaluar esa potestad que tendría Savia Salud EPS de dar por terminado el contrato en el momento que las Rutas Integrales de Atención en Salud se implemente a partir del 1 de julio de 2021, pues el esfuerzo que se hará como IPS en el montaje e inversión de un convenio por PGP, PAF o paquetes, será muy grande para que corra el riesgo de funcionar solo seis o doce meses, que no se consideran suficientes para realizar la estabilización del contrato, por lo que, se solicita revisar la duración del convenio.

**Respuesta:**

La vigencia del contrato será del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 y podrá modificarse, prorrogarse o suspenderse, según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo, según con los resultados de la ejecución y los informes de supervisión realizados por la EPS. Así mismo, podrá darse por terminado en el momento que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s).

Presentarse a la actual invitación, cumplir el puntaje requerido, o quedar seleccionado para realización de contrato, no garantiza ser incluido como prestador en las Rutas de Atención Integral implementadas por Savia Salud EPS.

En todo caso, se precisa que la EPS priorizará en la implementación de las RIAS a los prestadores que oferten en la presente invitación modelos diferentes al evento. El diseño de los mismos se puede considerar para la transición de un PGP a RIAS, de acuerdo al desempeño en la ejecución y resultados de los prestadores en los contratos que se llegaren a suscribir producto de esta invitación. Por tanto, se podrán contemplar puntos diferenciales dentro de los criterios de evaluación de la invitación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

**29.** En la página 17, numeral 4 que establece los puntos a calificar, se indica que en los tiempos de oportunidad en entrega se asignan 10 o 5 puntos dependiendo de si se ofrece

entrega a 12 horas o 24 horas, solicitamos aclarar si la expectativa es en días hábiles y horario hábil o si incluye horario nocturno y días festivos.

**Respuesta:**

El tiempo que se precisó en la entrega para el puntaje de calificación de 12 y 24 horas es independiente de si el día es hábil, dominical o festivo, y si es horario diurno o nocturno.

**30.** En relación con PQRD dice: "Contar con un canal exclusivo de comunicación para gestionar en forma conjunta con la EPS, las PQRD, desacatos y tutelas que se presenten, las cuales deberán ser resueltas en un máximo de 48 horas siguientes a la notificación." Solicitamos aclarar si la D corresponde a Denuncias, ¿como sería el manejo de estas entre ambas partes?

**Respuesta:**

**P:** Peticiones

**Q:** Quejas

**R:** Requerimientos

**D:** Denuncias

Circular Externa 008 del 14 de Septiembre de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud

**31.** Se solicita eliminar la palabra "exclusivo". Contamos con un canal de comunicación definido para las aseguradoras en donde se hace la debida recepción y se da respuesta en los tiempos de norma. La oportunidad de respuesta a las PQRD será definida por la institución en su manual de atención y a la fecha siempre se ha garantizado respuesta oportuna a las PQRD de SAVIA SALUD EPS-S.

**Respuesta:**

Se debe contar con un canal de comunicación efectivo para dar respuesta oportuna en los tiempos definidos por la normatividad vigente

**32.** Se aclara que las respuestas se cumplen, de acuerdo a la circular externa 008 de 2018 numeral 3.3.2 de la Supersalud.

**Respuesta:**

Savia Salud EPS, acorde con la normatividad vigente es clara en las competencias para la resolución de las PQRD, de acuerdo con la Circular Externa 008 del 14 de Septiembre de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud.

**33.** ¿Cuántos puntos físicos de atención se deben tener para la prestación del servicio y qué número de Prestadores para el caso de medicamentos están presupuestando? Se ha

considerado la atención domiciliaria y como se puntuará para el caso de la licitación o invitación a cotizar?

**Respuesta:**

No se hará precisión de número de puntos de atención ni de prestadores, en la medida en que ello hace parte del contenido de las ofertas que deben presentar los proveedores. La atención domiciliaria se encuentra dentro de las estrategias y/o propuestas a presentar por los oferentes y en caso de ser presentada ,será calificada de acuerdo a los ítem de cobertura y oportunidad.

**34.** En el numeral 23, del punto 1.4 Obligaciones; se aclara que la facturación de servicios por Mipres, No PBS y Tutelas se hace a nombre de Savia Salud, da respuesta este punto a que el pago es realizado directamente por la EPS, independientemente de los recursos del Ente Territorial para el caso del Reg. Subsidiado?

**Respuesta:**

Los pagos serán efectuados por Savia Salud EPS a cargo de los recursos girados por el Adres como techo presupuestal. La Ley 1955 de 2019, en su artículo 240 estableció para el suministro de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios en salud que, la ADRES transfiere a las EPS un presupuesto máximo anual distribuido en cuotas mensuales, de manera que serán estas últimas las encargadas de gestionar la contratación, pago y suministro de dichos medicamentos, servicios o tecnologías a los usuarios. Esta disposición se materializó a través de las Resoluciones 205 y 206 de 2020 en las cuales se estableció la metodología para el cálculo de los techos máximos y el valor de los mismos para el presente año, respectivamente. Este proceso se está surtiendo por parte de la EPS, según lo establecido en las normas antes mencionadas.

No obstante lo anterior, los siguientes son los requisitos para la radicación de la factura:

**PRESCRIPCIONES MIPRES NO PBS Y TUTELAS:**

- Factura de venta a nombre de SAVIA SALUD EPS con los RIPS y la validación exitosa en la plataforma destinada por la EPS para tal fin.
- Factura de venta la cual debe ser equivalente a la reportada en la plataforma de MINSALUD, esta debe de contener el número de ID de direccionamiento, ID de entrega, ID de suministro, ID de facturación. Es decir, debe de haber consistencia en la facturación radicada, el reporte de entrega y reporte de facturación MIPRES.
- Si la factura física no coincide con la reportada en el módulo de suministro y de facturación no podrá ser procesada.

- La factura con los respectivos soportes debe de ser entregada en físico y medio digital en la dirección calle 45 N 55 – 65 piso 13 Edificio Business Plaza Medellín en los días del 1 al 23 día calendario de cada mes en los horarios de 7:00 a.m a 12:00 p.m y de 2:00 p.m a 3:00 p.m.
- Se debe generar factura por cada MIPRES, es decir, si el paciente tiene varios MIPRES cada uno debe venir con su respectiva factura, esto aplica para el ámbito ambulatorio y hospitalario-internación. Por ningún motivo la factura se haría agrupada.
- Cada direccionamiento debe tener asociado un anexo de facturación, es decir, si hay tres entregas diferentes debe haber tres reportes de facturación diferentes, ejemplo, prescripciones fraccionadas.
- La codificación de los servicios facturados debe cumplir con la codificación vigente por normatividad:

Medicamentos CUMS

Procedimientos CUPS

Dispositivos médicos CÓDIGOS MIPRES

Servicios complementarios CÓDIGOS MIPRES

Productos nutricionales CÓDIGOS MIPRES

- Todas las facturas deben contener en los soportes anexos la información correspondiente al homólogo PBS (Plan de Beneficio en Salud).
- Cuando la tecnología NO PBS tiene comparador administrativo emitido por el Ministerio de Salud, estos valores serán los máximos a aplicar.
- La factura debe contener como soporte la orden médica para los servicios complementarios.
- La factura debe contener como soporte la prescripción para medicamentos vitales no disponibles.
- La factura debe contener el soporte de entrega de la tecnología NO PBS que incluya, firma y número de identificación del paciente, si no es el paciente quien recibe la tecnología debe de contener el soporte con firma, fecha, número de identificación, parentesco y teléfono de quien la recibe.
- La factura debe contener los soportes contenidos en la norma como, certificado de recibido por el usuario, copia de la historia clínica, epicrisis, descripciones quirúrgicas, resultados de ayudas diagnósticas y todo aquel soporte que evidencie la solicitud y reporte de la tecnología o atención NO PBS.

- La factura debe contener como soporte el Acta de la Junta de Profesionales de la salud debidamente aprobada y diligenciada cuando la tecnología corresponda a un servicio complementario, producto de soporte nutricional, o medicamento UNIRS que la requiera.
- Para el caso de los medicamentos contenidos en la lista de temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario (UNIRS), se debe soportar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud prescriptor y el paciente o su representante.
- Para los casos en el ámbito Hospitalario-Internación y de urgencias la factura debe contener como soporte la Historia Clínica completa donde se justifique la tecnología NO PBS la cual no deberá ser prescrita en el aplicativo MIPRES en una fecha posterior al egreso del paciente y debe ser por un profesional de la salud debidamente registrado en el RETHUS.
- La factura debe contener el descuento de la cuota de recuperación, cuota moderadora o copago, en los casos que aplique y de acuerdo con la contratación vigente.
- Las fechas de prestación de servicio y/o suministro no pueden exceder las fechas máximas de entregas estipuladas en el direccionamiento.
- El obligatorio registrar el número de lote y presentarlo en la facturación para los medicamentos de Hepatitis C.
- Para el caso de MIPRES por tutelas se debe anexar copia legible y completa del fallo de tutela y copia de la justificación médica de la solicitud de la tecnología NO PBS.
- Los formatos de contingencia sólo serán válidos en los casos descritos en las causales de la no prescripción MIPRES, " Motivo Imposibilidad de Acceso y Registro en MIPRES", en el formato vigente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y debidamente diligenciado, el cual se debe presentar con la respectiva transcripción por parte de la EPS.

**35.** Por favor informar cual es la plataforma que maneja la EPS para el tema de direccionamientos, de tal manera que el operador pueda hacer la dispensación de medicamentos NO PBS y reportar al MIPRES la información requerida.

## **Respuesta**

Actualmente los direccionamientos de tecnologías no PBS por parte de Savia Salud EPS para la red de prestadores se hacen a través de un desarrollo propio a través del aplicativo "Intrasavia".

Para que el operador pueda hacer la dispensación de medicamentos NO PBS y reportar al MIPRES la información requerida, misma que se encuentra disponible en <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, el módulo proveedor/dispensador inició operación el 01 de marzo de 2019, esta transaccionalidad aplica tanto para prescripciones de pacientes en Régimen Contributivo como Subsidiado, según la Resolución 2438 de 2018. Es por esta razón que los prestadores de servicios de salud que cumplan con el rol dispensador deben realizar el correspondiente proceso de inscripción en la plataforma con el rol proveedor para su posterior activación, si hacen parte de la red de Proveedores de SAVIA SALUD EPS.

La IPS o Proveedor será responsable de:

- Mantenerse informado y actualizado en el uso del aplicativo haciendo uso de los tutoriales, manuales y demás documentación que el MSPS dispone para sus usuarios,
- Cumplir con los requisitos para el acceso y uso de la herramienta tecnológica.
- Gestionar su red de dispensadores.
- Realizar el proceso de programación de la dispensación.
- Realizar la consulta y reporte de información a los diferentes actores dentro del sistema según corresponda.

Para acceder al módulo Proveedor - Dispensador del aplicativo MIPRES deberá contar con el siguiente rol: Delegado Administrativo (IPS y/o Proveedor): Es el encargado de crear las sedes del proveedor y asignar el Rol Dispensador.

Para el acceso a la herramienta tecnológica MIPRES se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Disponer de usuario y clave solicitado al Ministerio de Salud y Protección Social a través de los aplicativos dispuestos.
- El usuario y la clave de acceso a la herramienta tecnológica MIPRES es personal e intransferible; la información registrada, como los procesos informáticos en MIPRES tienen validez jurídica.
- La asignación del nivel de acceso a la información estará determinada de acuerdo a las competencias de cada entidad.
- Las IPS adelantarán el procedimiento, y deberán estar habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
- Los proveedores, diferentes a las IPS, deberán registrarse ante MIPRES.

¿Cómo se registra el Delegado Proveedor?

- Quién va a asumir el rol de delegado debe estar inscrito en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co) como persona natural.
- El representante legal del proveedor debe registrarse en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co) como persona natural y como persona jurídica para luego buscar e inscribir a su delegado.
- El delegado (proveedor) debe ingresar al módulo de Administración de Usuarios- Registrar usuario y registrarse en la opción “Delegado Administrativo” para generar su usuario y contraseña.

- Con el Usuario y contraseña generados puede ingresar al módulo de Administración de usuarios para lo propio de su rol.

¿Cuáles son los procesos e interacciones que se dan dentro del Módulo de Proveedor-Dispensador?

Los procesos que se dan la entrega efectiva en el Módulo de Proveedor-Dispensador son:

1. **Direccionamiento:** En este proceso, las EPS/EOC informan qué proveedores deben realizar el suministro de las tecnologías en salud o servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud.
2. **Programación:** En este proceso, los proveedores deben programar sus sedes para que hagan el suministro de lo direccionado por las EPS/EOC.
3. **Entrega efectiva (dispensación):** En este proceso los dispensadores realizan el suministro de tecnologías en salud y/o servicios complementarios a los pacientes, registran y reportan lo entregado y lo no entregado.

El MSPS en la página <https://www.minsalud.gov.co> tiene dispuestos manuales de usuario, anexos técnicos, videos tutoriales, links de acceso y toda la documentación necesaria para el uso adecuado del aplicativo web MIPRES y su Web Services.

Se recomienda a todos los usuarios realizar la lectura de los manuales de usuario y hacer uso de la demás documentación y ayudas disponibles en la página web mencionada, antes y durante el uso del aplicativo, esto les permitirá conocer a fondo su funcionamiento y hacer un uso más eficiente del mismo.

**36.** Para el caso de RIPS de medicamentos sin CUM, como lo son en vitales no disponibles, preparados magistrados y algunos medicamentos del estado, ¿cómo se debe hacer el reporte para que tenga validación exitosa en la plataforma de Savia y así coincida plenamente con la validación en la plataforma del ministerio?

**Respuesta:**

Para los vitales no disponibles deberá reportarlo con el código IUM de tercer nivel (Código de 12 dígitos) y deberá reportarlo en el archivo AT, para la fórmulas magistrales deberá presentarlo con el código pactado con la EPS en el mismo archivo AT. En caso de no tener pactado el código deberá reportar sin código, esto de cara a lo establecido en el documento Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB.

**37.** ¿Hay posibilidad de establecer interoperabilidad con otros sistemas de información de la Red de Prestadores o EPS?

**Respuesta:**

Si, y estará sujeto a las necesidades tecnológicas de integración de información de la EPS.

**38.** ¿Cuál es la ponderación de evaluación de la oferta cuando se presentan modelos que aportan valor a la cadena de atención?

**Respuesta:**

Todas las propuestas serán evaluadas en base a los criterios de evaluación ya definidos y publicados.

**39.** ¿Se puede realizar una propuesta de atención integral de productos farmacéuticos regionales o municipales para la EPS y no general para la población total?

**Respuesta:**

Si, se puede hacer por áreas, municipio, región, departamento o país.

**40.** Para un programa en particular, favor aclarar si la oferta se puede presentar para algunas regionales o el 100% de ellas.

**Respuesta:**

Si, se puede hacer por áreas, municipio, región, departamento o país.

**41.** ¿Cuáles son los tiempos actuales de autorizaciones de productos farmacéuticos No PBS para responder a promesa de servicio (oportunidad)

**Respuesta:**

La generación de autorización es posterior a la dispensación del producto y/o en línea desde el operador de medicamentos, la autorización no es una barrera para la entrega.

**42.** ¿Cuál es el tiempo para el pago de facturas?

**Respuesta:**

En modalidades de contratación por PGP, PAF, Cápita por Componente y modalidades diferentes a pago por servicio (evento), se realiza de manera anticipada a los 10 días posteriores a la entrega de la factura. En modalidades de pago por servicio (Evento), el pago se realiza 60 días posteriores a la radicación y auditoría de cuentas.

**43.** Cuando se habla de servicios evento, el pago es a 60 días. ¿En el caso de otros modelos, como pago global prospectivo, aplica pago anticipado, de acuerdo a lo establecido en la Nota técnica del modelo?

**Respuesta:**

En modalidades de contratación por PGP, PAF, Cápita por Componente y modalidades diferentes a pago por servicio (evento) se realiza de manera anticipada a los 10 días posteriores a la entrega de la factura. En modalidades de pago por servicio (Evento) el pago se realiza 60 días posteriores a la radicación y auditoría de cuentas.

**44.** Se propone como plazo de pago máximo, para el caso de ofertar servicios por PGP y paquete por actividad final, un término de 30 días después radicada la factura, pues se perdería la filosofía de pago prospectivo; y estos recursos se requieren precisamente para desarrollar el nuevo modelo de contratación.

**Respuesta:**

En modalidades de contratación por PGP, PAF, Cápita por Componente y modalidades diferentes a pago por servicio (evento) se realiza de manera anticipada a los 10 días posteriores a la entrega de la factura. En modalidades de pago por servicio (Evento) el pago se realiza 60 días posteriores a la radicación y auditoría de cuentas.

**45.** Se solicita enviar el manual de facturación y glosas.

**Respuesta:**

Se anexa manual de cuentas médicas (ver anexo No.2)

**46.** ¿Cuáles son los soportes con los cuales debe ir la factura?

**Respuesta:**

- Factura de venta a nombre de SAVIA SALUD EPS con los RIPS y la validación exitosa en la plataforma destinada por la EPS para tal fin.
- Factura de venta la cual debe ser equivalente a la reportada en la plataforma de MINSALUD, esta debe de contener el número de ID de direccionamiento, ID de entrega, ID de suministro, ID de facturación. Es decir, debe de haber consistencia en la facturación radicada, el reporte de entrega y reporte de facturación MIPRES.

- Si la factura física no coincide con la reportada en el módulo de suministro y de facturación no podrá ser procesada.
- La factura con los respectivos soportes debe de ser entregada en físico y medio digital en la dirección calle 45 N 55 – 65 piso 13 Edificio Business Plaza Medellín en los días del 1 al 23 día calendario de cada mes en los horarios de 7:00 a.m a 12:00 p.m y de 2:00 p.m a 3:00 p.m.
- Se debe generar factura por cada servicio, es decir, si el paciente tiene varias actividades cada uno debe venir con su respectiva factura, esto aplica para el ámbito ambulatorio y hospitalario-internación. Por ningún motivo la factura se haría agrupada.
- Cada direccionamiento debe tener asociado un anexo de facturación, es decir, si hay tres entregas diferentes debe haber tres reportes de facturación diferentes, ejemplo, prescripciones fraccionadas.
- La codificación de los servicios facturados debe cumplir con la codificación vigente por normatividad:

Medicamentos CUMS

Procedimientos CUPS

Dispositivos médicos CÓDIGOS MIPRES

Servicios complementarios CÓDIGOS MIPRES

Productos nutricionales CÓDIGOS MIPRES

- Todas las facturas deben contener en los soportes anexos la información correspondiente al PBS (Plan de Beneficio en Salud).
- Cuando se trate de tecnología NO PBS tiene comparador administrativo emitido por el Ministerio de Salud, estos valores serán los máximos a aplicar.
- La factura debe contener como soporte la orden médica para los servicios complementarios.
- La factura debe contener como soporte la prescripción para medicamentos vitales no disponibles.
- La factura debe contener el soporte de entrega de la tecnología NO PBS que incluya, firma y número de identificación del paciente, si no es el paciente quien recibe la tecnología debe de contener el soporte con firma, fecha, número de identificación, parentesco y teléfono de quien la recibe.
- La factura debe contener los soportes contenidos en la norma como, certificado de recibido por el usuario, copia de la historia clínica, epicrisis, descripciones quirúrgicas,

resultados de ayudas diagnósticas y todo aquel soporte que evidencie la solicitud y reporte de la tecnología o atención NO PBS.

- La factura debe contener como soporte el Acta de la Junta de Profesionales de la salud debidamente aprobada y diligenciada cuando la tecnología corresponda a un servicio complementario, producto de soporte nutricional, o medicamento UNIRS que la requiera.
- Para el caso de los medicamentos contenidos en la lista de temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario (UNIRS), se debe soportar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud prescriptor y el paciente o su representante.
- Para los casos en el ámbito Hospitalario-Internación y de urgencias la factura debe contener como soporte la Historia Clínica completa donde se justifique la tecnología NO PBS la cual no deberá ser prescrita en el aplicativo MIPRES en una fecha posterior al egreso del paciente y debe ser por un profesional de la salud debidamente registrado en el RETHUS.
- La factura debe contener el descuento de la cuota de recuperación, cuota moderadora o copago, en los casos que aplique y de acuerdo con la contratación vigente.
- Las fechas de prestación de servicio y/o suministro no pueden exceder las fechas máximas de entregas estipuladas en el direccionamiento.
- El obligatorio registrar el número de lote y presentarlo en la facturación para los medicamentos de Hepatitis C.
- Para el caso de MIPRES por tutelas se debe anexar copia legible y completa del fallo de tutela y copia de la justificación médica de la solicitud de la tecnología NO PBS.
- Los formatos de contingencia sólo serán válidos en los casos descritos en las causales de la no prescripción MIPRES, " Motivo Imposibilidad de Acceso y Registro en MIPRES", en el formato vigente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y debidamente diligenciado, el cual se debe presentar con la respectiva transcripción por parte de la EPS.

**47.** Para el tema de los medicamentos de Enfermedades Huérfanas, la facturación se debe hacer por paciente, por lo tanto, los direccionamientos se generarán por parte de la EPS por infusión según esquema terapéutico? Lo anterior, teniendo en cuenta que si no es así, no se cumpliría la modalidad de pago anunciada a los 60 días.

**Respuesta:**

La EPS genera el direccionamiento, de acuerdo con el esquema prescrito por el médico tratante, ya sea mensual, quincenal, semanal, bimensual, o cada 21 días.

**48.** ¿El pago se hará mediante giro directo?

**Respuesta:**

Los pagos se hacen mediante Giro Directo y eventualmente se realizarán pagos por tesorería.

**49.** ¿Cuál es la metodología de trabajo de la auditoría de la EPS para tramitar las facturas y que se dé el pago efectivamente a los 60 días?

**Respuesta:**

La metodología responderá al modelo de contratación que se use para cada caso, como se anticipó en párrafos anteriores. Las modalidades de contratación por PGP, PAF, Cápita por Componente y modalidades diferentes a pago por servicio (evento), se realiza de manera anticipada a los 10 días posteriores a la entrega de la factura. En modalidades de pago por servicio (Evento) el pago se realiza 60 días posteriores a la radicación y auditoría de cuentas, siempre y cuando sean presentadas antes del día 23 de cada mes, toda vez que el giro directo se programa de forma anticipada.

**50.** En la evaluación de propuestas punto 4, criterios de evaluación 4.1, página 17 de la invitación, se establece: % DE MODELOS DIFERENTES A EVENTOS: Mayor % de la propuesta de servicios con modelos de PGP, Paquetes de Servicio por Tecnologías, Actividad Final (AF), Cápita por Componentes u otras formas.

¿Ustedes van a compartir la información necesaria para construir los modelos, cómo número de usuarios, patologías, frecuencias de uso, etc.?

**Respuesta:**

Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS.

Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

**51. a.** Frente a la obligación No. 18, relativa a “*Garantizar la asignación de citas a los afiliados a la EPS, ya sea por vía presencial, telefónica o por cualquier otro medio, y contar con agenda abierta para la asignación de citas todos los días hábiles del año (...)*”, la Clínica, de acuerdo con la capacidad instalada y oportunidad asignará las citas a los afiliados a SAVIA SALUD. En el formato solicitado en la invitación, la Clínica definirá dicha capacidad instalada para que sea de previo conocimiento de SAVIA SALUD. Favor definir a que se refiere con el deber de reportar mensualmente la oportunidad de la asignación de cita e indicar si se refiere a los indicadores de norma.

**Respuesta:**

Se refiere a la capacidad ofertada mes a mes a Savia Salud EPS, y a la oportunidad en la asignación luego de la solicitud de cita por parte de los afiliados, disponibilidad de agendas, entre otras.

**b.** Para la asignación de citas, la agenda del hospital es abierta para todos los días hábiles del año y la asignación de citas depende de la disponibilidad en el momento de la solicitud del servicio. Respecto al registro en la HC no estamos en capacidad de realizar el registro, como lo solicita el asegurador.

**Respuesta:**

El prestador debe garantizar el registro de la no oportunidad en la asignación de las citas que dé cuenta de la capacidad ofertada a los afiliados de Savia Salud EPS

**52.** ¿Que significa presupuesto global prospectivo, dado que las siglas se entiende como Pago Global Prospectivo?, y ¿Donde se puede acceder o quien hace envío de las estadísticas de la aseguradora para la creación de la ficha técnica?

**Respuesta:**

Para este caso son sinónimos, más allá de la semántica, este tipo de pago se refiere a la posibilidad de agrupar prestaciones de atención en salud, que suman diferentes procesos de la prestación (md.co, 2019). Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS. Pueden ser clasificados así:

**Tipos PGP por episodio:** agrupan episodios de similares o diferentes características para un grupo de pacientes. Los tipos de pago por episodio requieren contar las frecuencias de los posibles episodios que estarán incluidos en la cobertura. Este tipo de pago por lo general se utiliza para agrupar prestaciones que están relacionadas a la atención de enfermedades o riesgos que tienen similares características al momento de la prestación. La nota técnica incluye número de episodios por cada tipo de servicio a incluir en el agrupador.

**PGP por Grupo de riesgo:** agrupan actividades en salud, por lo general alrededor de un programa de atención, es común ver en estas agrupaciones, atenciones ambulatorias para programas de patologías crónicas. En este caso es común que la contratación contenga notas técnicas con frecuencias de uso calculadas, que estiman la probabilidad del uso del servicio en una población sujeta a un riesgo en salud. Por ejemplo, un pago global que incluya las atenciones del programa ambulatorio de riesgo cardiovascular, que paga al prestador un valor per cápita de una población, que pudiese estar expuesta al riesgo cardiovascular y requerir las atenciones dentro del conjunto integral. Algunos conjuntos integrales incluyen atenciones hospitalarias que están claramente asociadas al riesgo que se está agrupando.

**PGP por Especialidad:** agrupan actividades en salud alrededor de la práctica de una especialidad clínica o quirúrgica, pueden incluir atenciones ambulatorios (es la más común)

pero también puede agrupar algunas actividades o servicios hospitalarios, por ejemplo cuando se paga a un especialista o a un grupo de especialistas un valor que incluye las consultas, pre y quirúrgicas, los honorarios de los procedimientos, biopsias, estudios complementarios para los pacientes que pudiesen requerir de las atenciones o ser remitidos desde los niveles básicos.

**PGP por tipo de servicio:** En este caso, el agrupador utilizado incluye las atenciones en salud alrededor de procesos de atención que por lo general están claramente identificados en la estructura del prestador, por ejemplo, los tipos de servicio, urgencias, cirugía ambulatoria, hospitalización, unidades de cuidados críticos etc. En este caso la nota técnica calcula el número de pacientes que probablemente requerirán de estas agrupaciones de servicios en un determinado periodo de tiempo. Por lo general en este caso hay información que permite calcular las frecuencias de determinado grupo de pacientes que han sido atendidos en determinada infraestructura o institución de salud o en una red de prestación.

**PGP por escenario de atención:** Es similar al grupo anterior. La diferencia es que no hay integración con otros servicios o escenarios, en este caso el asegurador agrupa las actividades en salud asociadas a un escenario específico por ejemplo cirugía, o la hospitalización. La nota técnica incluye las frecuencias de uso probables que una determinada población puede requerir en dicho escenario, por el costo medio que se seleccione en la negociación, por ejemplo del día cama ocupado para los escenarios hospitalarios.

**53.** ¿Se dispone actualmente de información sobre la población total de la EPS por grupos relacionados de diagnóstico, uso de medicamentos y/o servicios y las frecuencias de uso de estos?

**Respuesta:**

Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS.

Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

**54.** Se considera que el plazo de entrega de propuesta es muy corto para construir un modelo de contratación por PGP cuando la fecha de presentación de propuesta es el día 23 de octubre.

**Respuesta:**

Se aclara que las propuestas deberán ser presentadas el día 23 de octubre de 2020 entre las 08:00 y las 16:00 horas, en la Calle 45 #55- 65 Edificio Business Plaza, entrada calle Amador.

**55.** ¿Si la IPS tiene diferentes servicios en las sedes de Medellín y el área metropolitana, pero en las sedes de otros municipios tiene solo un servicio, lo puede ofertar?

**Respuesta:**

La EPS está interesada en la contratación de servicios integrales en salud, para lo cual, se revisará la oferta de los servicios en las zonas en donde el prestador tenga sus sedes; sin embargo, se puede hacer por áreas, municipio, región, departamento o país.

**56.** ¿Debido a que el Certificado de servicios habilitados se encuentran en el REPS según la resolución 2003 del 2014 y la resolución 3100 del 2019 se encuentra en transitoriedad, se aceptará la primera como válida?

**Respuesta:**

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 “El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición el REPS actualizado en un plazo máximo de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, momento a partir del cual, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la presente resolución”, y, debido a que la entidad competente no ha actualizado la plataforma del REPS se debe presentar la autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 2003 del 2014.

Por lo anterior, dentro de los requisitos técnicos se debe adjuntar el portafolio de servicios y la última autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 2003 del 2014.

Si durante la ejecución del contrato la entidad competente realiza la actualización en la plataforma REPS, los prestadores de servicios de salud contratados enviarán a la EPS el portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación según la Resolución 3100 de 2019, en el tiempo establecido que definan las entidades competentes.

Durante la ejecución del contrato, la EPS realizará seguimiento a las condiciones de habilitación de los prestadores, por tal razón y mientras se cumple el periodo de transición de la norma, la EPS solicitará a los prestadores la autoevaluación interna del cumplimiento de las condiciones de habilitación.

**57.** ¿La invitación va dirigida únicamente a proponentes prestadores de servicios e IPS o es posible la presentación de ofertas por parte de Laboratorios Farmacéuticos, que tengan como objeto social la fabricación y comercialización de productos farmacéuticos? Lo anterior, teniendo en cuenta que, una vez revisado el pliego de condiciones, se observa que la invitación va dirigida a este tipo de prestadores.

**Respuesta:**

Los laboratorios farmacéuticos pueden presentarse como proveedores.

**58.** Revisando la información de carácter técnico, se identifica que van dirigidos a prestadores de servicios, en caso de Laboratorios farmacéuticos, ¿qué documentación es requerida para la evaluación de los medicamentos ofertados?

**Respuesta:**

Los laboratorios farmacéuticos pueden presentarse como proveedores, y en ese orden, deberán allegar la información solicitada para esa categoría.

**59.** No se evidencia un vademecum de medicamentos.

**Respuesta:**

Se anexa: Anexo 3 Tabla de Consumo de Medicamentos

**60.** ¿Es posible acceder a la maestra de medicamentos de Savia Salud EPS?

**Respuesta:**

Se anexa: Anexo 3 Tabla de Consumo de Medicamentos

**61.** Se hace necesario que la EPS aporte el listado de medicamentos No PBS y exclusiones con código CUM y listado de dispositivos médicos, con el consumo promedio de los últimos meses. Nuestro vademécum tiene más de 30 mil referencias.

**Respuesta:**

Se anexa: Anexo 3 Tabla de Consumo de Medicamentos

**62.** Para poder establecer la capacidad instalada que se necesita para atender los usuarios de la EPS, se requiere el número de usuarios a atender por población, promedio de fórmulas por población, promedio de ítems por fórmula.

**Respuesta:**

Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS (Anexo No. 10).

**63.** Entregar, de acuerdo con los términos estipulados por la norma vigente, los reportes exigidos para la Cuenta de Alto Costo (Resolución 4700 de 2008, Resolución 4725 de 2011, Resolución 247 de 2014, Resolución 3681 de 2013 y Resolución 0273 de 2019) y demás normas que las modifiquen, aclaren, adicionen o sustituyan. En ese orden, deberán incluir el reporte de los archivos en la estructura definida por la Cuenta de Alto Costo y los soportes del 100% de las atenciones realizadas, con los resultados de las ayudas diagnósticas, acompañado de la certificación de veracidad de la información reportada, firmada por el representante legal. Dentro de dichos soportes, se incluyen los del costo de las atenciones brindadas a los afiliados y entregadas a través de los mecanismos de transferencia, definidos por la contratante.

Por favor aclarar ¿a qué certificado de veracidad se refiere?

**Respuesta:**

El certificado de veracidad de la información se refiere a un documento firmado por el Representante Legal de la IPS, que certifique que la información suministrada cumple con la calidad requerida, está completa y acorde a lo registrado en la historia clínica de los usuarios atendidos.

**64.** De acuerdo con el numeral 1.4.OBLIGACIONES para los literales 10 Reportar a Savia Salud EPS, de manera inmediata, todos los eventos adversos, haciendo entrega de su respectivo análisis, dentro de los cuatro (4) días siguientes a su ocurrencia. Solicitamos amablemente a la entidad ampliar la fecha de respuesta a 15 días, entendiendo la trazabilidad y complejidad de los procesos quirúrgicos y en búsqueda de una respuesta consolidada sobre la ocurrencia

- a. ¿Es posible ampliar el plazo para la entrega de los análisis de los eventos adversos a ocho días de su ocurrencia?
- b. En el Numeral 1.4. de la Invitación se lee, en el ítem 10: “Reportar a Savia Salud EPS, de manera inmediata, todos los eventos adversos, haciendo entrega de su respectivo análisis, dentro de los cuatro (4) días siguientes a su ocurrencia”, resaltado por fuera del texto, se solicita, muy respetuosamente, ajustar acorde con la normatividad vigente.
- c. Podemos hacer una entrega mensual de los eventos adversos presentados en el periodo. Los análisis y planes de mejora se hacen por paquetes de medidas previamente establecidas por la Clínica, ejemplo: Paquetes de medidas para la prevención de las Neumonías asociadas a Ventilación, Paquetes de medidas para

prevención de caídas de pacientes “Parando las caídas”, etc. Estas se pueden entregar previamente y cada vez que se apruebe un cambio o adición a los paquetes de medidas e informar a la aseguradora. Esta metodología es la que nos ha permitido impactar de forma importante la ocurrencia de eventos adversos en la Clínica.

- d. El Hospital podrá realizar el respectivo análisis de eventos adversos a 10 días hábiles.
- e. Los eventos adversos serán manejados en su reporte y análisis en las reuniones realizadas entre las partes, previo acuerdo de las agendas. La Clínica no entrega reportes ni generales, ni específicos de este tema.

**Respuesta:**

Dando cumplimiento a la política de Seguridad del Paciente y con el fin de articular acciones con los prestadores para cumplir con el principio de eficiencia en salud y prevenir riesgos en la atención, se hará seguimiento al reporte y a la gestión de eventos adversos.

Cada prestador deberá reportar los eventos adversos dentro de las 72 horas a partir de su detección, al supervisor y/o auditor del contrato a través del mecanismo definido por las partes. Con respecto a la gestión de los eventos adversos, se solicitará a cada prestador que remita a la EAPB el análisis y el plan de mejoramiento, en un plazo máximo de 15 días después de la ocurrencia del evento.

**65.** Pliego de Condiciones Numeral 9.1 (“La propuesta debe presentarse debidamente foliada, en original, en medio magnético e impreso, sin tachaduras, borrones o enmendaduras que den lugar a interpretaciones erróneas, ambiguas o que impidan su comprensión. De encontrarse diferencias o inconsistencia entre el medio impreso y el digital, la ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), se atenderá a la información contenida en el documento impreso”).

Teniendo en cuenta que los procesos administrativos de varios proveedores están localizados en la ciudad de Bogotá y la Resolución 1462 de 2020 expedida el 25 de Agosto del 2020 donde prorrogar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de noviembre de 2020. Dicha prórroga podrá finalizar antes de la fecha aquí señalada cuando desaparezcan las causas que le dieron origen o, si estas persisten o se incrementan, el término podrá prorrogarse nuevamente aislamiento obligatorio establecido por el gobierno nacional que busca la no propagación de la pandemia COVID 19.

Solicitamos respetuosamente a la entidad considerar otras alternativas de entrega de propuestas con el fin de resguardar el recurso humano de cada institución proveedora de insumos médicos quirúrgicos que está interesado en participar en el presente proceso; por

lo anterior sugerimos que las propuestas puedan ser presentadas por medio de correo electrónico o cualquier otra plataforma digital que considere la institución.

Pongo a consideración la instrucción que otra entidad de gobierno dispuso para la entrega de propuestas en una de sus convocatorias, lo anterior con el fin de salvaguardar la salud de sus colaboradores y del grupo humano de sus proveedores.

Debe adjuntar toda la documentación requerida en forma escaneada o en archivo PDF en un CD ó USB junto con la propuesta económica; la información debe verificarse previamente con la oficina de material de osteosíntesis. Posterior a ello el medio magnético se entregará en el Servicio Farmacéutico con las indicaciones suministradas en la cita de revisión, a más tardar el día viernes 02 de octubre de 2020.

**Respuesta:** Si bien es cierto lo relativo a las medidas de aislamiento preventivo, consecuencia de la declaración de pandemia por Covid 19, se aclara que la EPS cumple con protocolos de bioseguridad y verificará su cumplimiento el día programado para la entrega de las propuestas, aclarando que el momento de la radicación solo se requiere la presencia de un funcionario en las instalaciones, mismo que igualmente, deberá acogerse a los requisitos de aislamiento preventivo y al autocuidado.

En consecuencia con lo anterior, no se modifica la forma de presentación, por lo que, las propuestas deberán allegarse de forma física y con las condiciones establecidas en los términos de referencia. No se aceptarán propuestas remitidas por canales diferentes a los inicialmente indicados.

**66.** Aclarar cuál es o son los sistemas de información de Savia Salud con el o los cuales se debe realizar interfaz, para determinar si hay que incurrir en costos adicionales.

**Respuesta:**

Los prestadores se pueden conectar con SAVIA Salud EPS a través de interoperabilidad con los siguientes servicios.

#### **Proveedores de Servicios**

- **Consulta Afiliados:** Consulta de estado de afiliados con su información general, tanto personal como de afiliación.
- **Solicitud Anexo3 (Tecnologías y Paquetes):** Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- **Consulta estado Solicitud Anexo3:** Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- **Solicitud Anexo9 - Anexo10:** Permite que los prestadores realicen solicitudes de referencias y contra-referencia de pacientes.
- **Consulta estado Anexo9 - Anexo10:** Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Referencia y Contrareferencia realizadas.

- **Control de transporte Ambulancias:** Permite a los prestadores realizar reportes de transporte de pacientes entre entidades, permitiendo registrar recogida, llegada a destino y cualquier otra situación presentada en el proceso.

#### **Proveedores de Insumos y Medicamentos**

- **Solicitud Anexo3 (Insumos y Medicamentos):** Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- **Consulta estado Solicitud Anexo3:** Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- **Recepción de Anexo4:** Permite a los prestadores recibir en línea las autorizaciones de Insumos y medicamentos realizadas por SAVIA y asignadas a ellos.
- **Dispensación de Insumos y Medicamentos:** Permite a los prestadores reportar las entregas parciales o totales de Insumos y Medicamentos.

Adicional a estos servicios, los prestadores se pueden conectar a InterSavia para conocer el estado y movimiento de todas sus solicitudes de Anexos3, Anexos9 y Anexos 10, además podrán descargar los Anexos4 generados a partir de las solicitudes realizadas.

**67.** No se acepta el recobro de parte de la EPS, por atenciones a población incluida en PGP, realizada en otras instituciones.

#### **Respuesta:**

El recobro se realizará según lo establecido en los términos de referencia y quedará establecido en el clausulado de contratación, la EPS se reserva el derecho de admisión y selección de propuestas de los oferentes que no acepten las condiciones contractuales.

**68.** Se solicita informar como es el clausulado de los contratos por modalidades diferentes al evento; es decir cuáles son las premisas de los PAG, PAF, Paquetes de servicios por tecnologías, capitas por componentes, con el fin de acordar la minuta contractual entre las partes, teniendo tiempo para ajustar los Ítems luego de la revisión técnica y jurídica.

**Respuesta:** Teniendo en cuenta los diferentes grupos y modalidades de contratación, no es posible unificar y poner en conocimiento un clausulado definitivo, pues el contenido varía de acuerdo a las propuestas presentadas para las diferentes categorías y modalidad ofertada por cada proponente. Sin embargo, una vez seleccionado el oferente y adjudicado el contrato, la minuta se remitirá oportunamente para el análisis técnico y jurídico de cada prestador, brindando la oportunidad de acordar el contenido contractual.

**69.** Se solicita claridad sobre el manejo de actividades que superen el techo convenido

**Respuesta:**

El contrato a suscribir posterior a la publicación de la lista de prestadores seleccionados llevará un monto presupuestal determinado como techo, el cual debe ser respetado en su ejecución, dado que el valor acordado cubre el costo de las atenciones de la población que ese prestador debe suministrar a los afiliados de Savia Salud EPS.

**70.** ¿Los servicios de Optometría están inmersos dentro de la invitación publicada el 22 de Septiembre del año en curso.

**Respuesta:**

No están inmersos.

**71.** Dado que la invitación involucra a los Prestadores Complementarios, es necesario precisar el alcance de este tipo de instituciones. ¿Como se prevé la articulación de estos prestadores complementarios con los primarios?

**Respuesta:**

Savia Salud EPS es respetuosa de la autonomía de los prestadores para la conformación de las diferentes figuras existentes para la articulación.

**72.** “Numeral 1.2: Alcance de la propuesta – servicios y tecnologías requeridos por categorías”:

En general, es necesario aclarar si las categorías pueden ser segmentadas por servicios y a su vez por patologías. Por ejemplo: en la categoría de paquetes de atención programas, el paquete de atención integral HIV, lepra, tuberculosis y hepatitis C, debe ser ofertado de manera integral las cuatro patologías o puede ofertarse una patología específica.

Para la adecuada construcción de una propuesta para este paquete de atención integral se requiere conocer como mínimo, número de personas activas con su respectivo grupo étnico y distribución geográfica.

**Respuesta:**

Las categorías pueden ser segmentadas por servicios y/ o por patologías. Un prestador puede ofertar todos los programas o patologías, algunos de los programas o patologías o solo uno.

En relación con la información de Tuberculosis, Lepra y VIH, Hepatitis C, la información está contenida en los siguientes anexos:

Anexo 1. Información de VIH

Anexo 4. Información TB y Lepra

Anexo 5. Población TB y Lepra.

Anexo 6. Medicamentos TB

Anexo 7. Información Hepatitis C

Anexo 8. Población Hepatitis C

**73.** Numeral 11: Se requiere precisar el alcance de los Suministro de medicamentos, insumos, materiales y dispositivos médicos incluidos en las diferentes categorías convocadas, respecto del alcance contemplado en el numeral específico medicamentos, insumos, suplemento nutricional.

**Respuesta:**

El alcance inicia con la solicitud de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos ambulatorios prescritos al afiliado por las IPS que pertenecen a la red prestadora de servicios de salud de SAVIA SALUD EPS hasta la dispensación efectiva del medicamento, dispositivo médico y/o insumo solicitado por el usuario, incluyendo las actividades que garanticen la seguridad del paciente durante su atención.

**74.** Numeral 12: Se requiere aclarar el alcance de la Atención por telemedicina (Tele orientación, tele experticia y tele monitoreo) incluida en las diferentes categorías de la invitación, respecto del contemplado en el numeral específico de teleorientación y telemedicina.

**Respuesta:**

Según la normatividad vigente resolución 2654 de 2019 y Resolución 3100 de 2019, la telemedicina se considera una modalidad de prestación de servicios de salud en cualquiera de las etapas como promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y paliación. Para la oferta de la conformación de la red, es de vital importancia conocer los servicios habilitados en telemedicina o que presten servicio de teleorientación (en el marco de la Telesalud). Tener en cuenta que con la declaratoria de emergencia sanitaria en la resolución 521 de 2020 se priorizan grupos de riesgo para la atención virtual.

**75.** En el ítem 1.2, donde están detallados los servicios y tecnologías requeridos por categorías, se evidencia que el numeral 9.7 de la categoría Paquetes de atención programas, describe: “Paquete de atención a la obesidad y al riesgo cardiovascular”. Favor indicar si se deben ofertar programas que contengan en conjunto tanto la atención de la obesidad como del riesgo cardiovascular, o la IPS puede ofrecer de manera independiente los programas que estén solo enfocados al manejo del Riesgo Cardiovascular.

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, se tendrán en cuenta para la invitación los prestadores que oferten los programas enfocados en el manejo del Riesgo Cardiovascular y en el control de los factores de riesgo como la Obesidad.

**76.** Respecto a la CATEGORÍA 6, Por favor aclarar si esta categoría sólo aplica para las entidades que proveerán los suministros o incluye a las IPS en el momento de la prestación del servicio.

**Respuesta:**

La categoría 6 es solo para proveedores de material de osteosíntesis.

**77.** “Numeral 1.4 Obligaciones(...) Numeral 16: Desabastecimiento”. Aclarar que la inclusión de productos sustitutos será de común acuerdo, así mismo en situaciones donde el desabastecimiento es originado por razones inherentes a la industria en términos de producción y disponibilidad en el país, no es factible garantizar la existencia de los medicamentos para la dispensación.

**Respuesta:**

Los desabastecimientos originados por situaciones inherentes a la producción, importación y demás factores ajenos al distribuidor deberán ser soportados ante la EPS, para que de manera conjunta se acuerde la inclusión de nuevas moléculas que den respuesta a las necesidades del afiliado.

**78.** Numeral 2.1 Requisitos Generales(...) en cuanto al numeral 1, se solicita agregar que en casos de fuerza mayor de mercado las partes revisarán y concertarán las tarifas de los productos que se vieran afectados.

**Respuesta:**

En los casos en los que por condiciones de mercado el proveedor realice incrementos en medicamentos y/o dispositivos médicos, que afecten el equilibrio contractual, éstas deberán estar debidamente soportados y probados, además de contar con la aprobación previa del comité asesor de contratación de la EPS. Se precisa que, en ningún caso se aceptarán incrementos unilaterales.

**79.** Numeral 2.1 Requisitos Generales(...) en cuanto al numeral 6, se solicita aclarar las formas de contratación denominada Cápita por condición y cápita por componentes.

**Respuesta:**

**Cápita por condición:** es el valor a reconocer por el conjunto de atenciones dadas a una población definida por un diagnóstico específico en una población dada.

**Cápita por componente:** es el valor a reconocer por un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos asociados a un componente de la atención que serán prestados a una población dada.

**80.** Numeral 3: Idoneidad, Estructura Organizacional y Experiencia. Numeral 3.1, literal C) Precisar si la autorización es específica para suscribir este contrato o es aplicable la autorización general.

**Respuesta:** La autorización puede ser general, siempre y cuando se presente previa suscripción de los contratos, con el fin de determinar la capacidad del representante legal, en caso de tener límites en la cuantía para la contratación que se llegare a suscribir.

**80.** En cuanto al Numeral 4. Evaluación de las propuestas, numeral 4.1 ¿Considerando que los modelos de contratación y pago, diferentes al evento serán sujetos de asignación de mayor porcentaje de evaluación, el tiempo de contrato será el mismo que el asignado a contratos bajo la modalidad de evento?.

**Respuesta:**

La vigencia del contrato será del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 y podrá modificarse, prorrogarse o suspenderse, según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo, según con los resultados de la ejecución y los informes de supervisión realizados por la EPS. Así mismo, podrá darse por terminado en el momento que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s), a partir del 1 de julio de 2021.

**81.** Numeral 4.2 Respecto de los criterios de evaluación a proveedores de medicamentos y dispositivos médicos, solicitamos las siguientes precisiones:

i) Cobertura: Dadas las implicaciones para el desarrollo de la atención en todo el territorio garantizando cobertura y acceso a la población, solicitamos asignar un 40% a esta variable.

ii) Oportunidad en la entrega: Solicitamos precisar cómo será evaluada la variable en atención a las siguientes condiciones:

-Solicitudes de productos por primera vez no incluidos en el portafolio inicial.

-Dispensación a poblaciones dispersas o con dificultades de acceso.

-Dispensación de productos que requieren procesos de adecuación.

iii) “EVALUACIÓN DE PROPUESTAS” se establece que: “se tendrán en cuenta para prestadores y proveedores, los informes de seguimiento, supervisión y calidad de Red, informes de gestión clínica y concurrencia de los prestadores y proveedores actuales. Además, el histórico de reportes de inducción y generación de tutelas, así como la capacidad de resolución demostrada en tales eventos”. Se solicita aclarar, ¿de qué manera serán evaluadas estas consideraciones para los proveedores actuales y como se incluye en la ponderación general?. Adicionalmente, se solicita adicionar la variable de antigüedad en la atención de la población.

**Respuesta:** El puntaje en el ítem cobertura no se modifica.

El criterio de calificación en la oportunidad de la entrega será el mismo para productos por primera vez no incluidos en el portafolio inicial, dispensación a poblaciones dispersas o con dificultades de acceso, dispensación de productos que requieren procesos de adecuación.

**82.** En la evaluación de las propuestas, (página 18, numeral 4.2.) indican los criterios de evaluación para otros estamentos, entre ellos, hogares.

El segundo renglón, habla de oportunidad en la entrega: 10 puntos indicando que, se asignará así:

-10 puntos si presenta en su oferta el compromiso de realizar las entregas antes de las 12 horas de recibir la solicitud

- 5 puntos antes de las 24 horas

- a. ¿Este punto, aplicaría para los hogares de paso o albergues? y ¿a cual entrega se refieren?
- b. ¿De no aplicar los hogares de paso, esa valoración de los 10 puntos, como lo manejarían?
- c. ¿qué % nos estarían calificando? O a ¿a qué se refieren, si sí aplica a los hogares de paso?

**Respuesta:**

La oportunidad de entrega para los hogares y albergues se califica de acuerdo a la disponibilidad del servicio para el afiliado y/o familiar luego de realizarse la solicitud.

se aclara:

-10 puntos si presenta en su oferta el compromiso de realizar las entregas antes de las 12 horas de recibir la solicitud

- 5 puntos luego de 12 horas y antes de las 24 horas.

**83.** En el % de modalidad por evento, dicha solicitud ¿solo le aplicaría a las IPS o también para el suministro de material de osteosíntesis?

**Respuesta:**

Para el suministro de material de osteosíntesis aplica el porcentaje de modelos diferentes al evento, de acuerdo con los criterios de evaluación 4.2 de la invitación.

**84.** En cuanto a los criterios de evaluación de cada una de las propuestas para los prestadores de servicios de salud será por CATEGORÍAS, atendiendo los siguientes criterios:

CRITERIO DE EVALUACIÓN	MÁXIMO PUNTAJE
TARIFA	65%
% MODELOS DIFERENTES A EVENTO	35%

¿No evaluarán calidad del prestador?

**Respuesta:**

La calidad de los servicios está medida dentro del componente de habilitación de los servicios que es un criterio habilitante para la presente invitación.

No obstante, se tendrán en cuenta los informes de seguimiento, supervisión y calidad de red, informes de gestión clínica y concurrencia de los prestadores y proveedores actuales; además el histórico de reportes de inducción y generación de tutelas, así como la capacidad de resolución demostrada en tales eventos.

**85.** Numeral 6.8, Literal C. Aclarar en el caso de las uniones temporales que las garantías son constituidas para el contrato y no de manera individual por parte de los integrantes de la unión.

**Respuesta:**

En el caso de uniones temporales, la garantía de cumplimiento con las coberturas y tiempos solicitadas, deberá ser contratada y entregada por la U.T a la que se le asigne el contrato. Frente a la póliza de responsabilidad civil se aclara que dependiendo de la dimensión del contrato, se solicitará la contratación de la garantía por la U.T, o en su defecto, se aceptará que los integrantes que tengan una póliza preconstituida, soliciten a su aseguradora certificar que la póliza contratada cubre los eventuales perjuicios derivados del contrato que se suscriba.

**86.** Literal L. Aclarar si el documento de conformación en la forma de asociación se debe presentar con la oferta o es para la suscripción del contrato. Se deben precisar las respectivas declaraciones de habilidad para participar y se describen con posterioridad, pero no se describen en ninguno de los numerales que siguen, por lo que se solicita que se incluyan.

**Respuesta:**

Para la presentación de la oferta, la U.T debe estar debidamente conformada, con designación de representante legal, distribución de participación, responsabilidades y sanciones y demás cláusulas relacionadas con este tipo de acuerdos. Además, se precisa que las declaraciones que deberán expresar los proponentes en la carta de presentación, corresponden a los literales a, b y c del numeral 8 de la invitación.

**87.** En consideración al alcance de la invitación se solicita ampliar la fecha de entrega de la propuesta por un periodo de diez (10) días.

**Respuesta:**

Se aclara que las propuestas deberán ser presentadas el día 23 de octubre de 2020 entre las 08:00 y las 16:00 horas, en la Calle 45 #55- 65 Edificio Business Plaza, entrada calle Amador.

**88.** ¿Es posible presentar otras propuestas de atención integral, diferentes a los programas convocados? En caso positivo, ¿cómo se podrá acceder a la información de caracterización poblacional de la EPS?

**Respuesta:** Para la categoría 9 paquete de atención de programas, solo se podrá ofertar los que en ella se precisan.

**89.** En el numeral 1.1 OBJETO DE LA PROPUESTA se estableció lo siguiente:

“La propuesta debe incluir los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- precisados en la Resolución 3512 de 2019 (Plan de Beneficios en Salud), lo NO PBS (Resolución 205 y 206 del Ministerio de Salud y Protección Social) y sus exclusiones.”

Por otro lado, en el numeral 8 del 1.4 OBLIGACIONES, se señaló lo siguiente:

“En el evento en que la IPS suministre bienes o servicios en condiciones diferentes a las contempladas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), y el afiliado así lo acepte o lo solicite, la IPS asumirá estos gastos y deberá facturarlos al afiliado, su acudiente o a su representante directamente. No podrá en ningún momento facturarlos a la EPS.”

Al respecto, esta institución tiene las siguientes observaciones, ya que, a nuestro criterio, ambas se contradicen. En el objeto de la propuesta se dice que se deben incluir los bienes y servicios NO PBS pero por otro lado, en el desarrollo de la obligaciones contractuales, la EPS manifiesta que estos deberán ser facturados al usuario y por ende, se entiende que no serán parte del contrato a suscribirse

En consecuencia, solicitamos se aclare lo anterior y adicionalmente se insta a la EPS a modificar el objeto de la propuesta, pues es claro que dentro de la misma no se puede incluir de manera irrestricta todos los componentes NO PBS, por tanto, se le requiere a la entidad aceptar que dentro de la propuesta, se presenten exclusiones y contrapropuestas al pago global prospectivo para ciertos bienes y servicios que no estén dentro del Plan de Beneficios de Salud, entre otros, sin que esto se considere un desvanecimiento de la figura del PGP.

Adicionalmente, es necesario recordar a la EPS que, estos bienes y servicios, es decir, los no financiados por la UPC, de conformidad con el artículo 240 de la ley 1955 de 2019 deben ser gestionados por las EPS.

Por lo tanto, se solicita eliminar la obligación número 8 de los términos de referencia, toda vez que va en contravía de las disposiciones legales que regulan el tema, y así mismo, se sirva definir claramente cuál sería el procedimiento establecido para la Prestación de los bienes y servicios NO PBS.

**Respuesta:**

Cuando precisamos en la invitación *“En el evento en que la IPS suministre bienes o servicios en condiciones diferentes a las contempladas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), y el afiliado así lo acepte o lo solicite, la IPS asumirá estos gastos y deberá facturarlos al afiliado, su acudiente o a su representante directamente. No podrá en ningún momento facturarlos a la EPS”*, nos referimos a condiciones adicionales no incluidas en el Plan de Beneficios, ejemplo habitación unipersonal sin criterio médico, televisor en la habitación, entre otros que no estén directamente relacionados con la atención médica del paciente.

**90.** Con respecto a lo señalado en el numeral 1.2 ALCANCE DE LA PROPUESTA – SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS REQUERIDOS POR CATEGORÍAS, esta institución pretende hacer valer dos observaciones:

- La categoría Número 3 fue establecida como “CATEGORÍA SALUD MENTAL Y FARMACODEPENDENCIA”, la cual, pareciese ser una misma. Sin embargo, es necesario aclarar que el tratamiento en salud mental y el de rehabilitación en farmacodependencia son completamente diferentes. Para nuestro caso, la institución no presta servicios de promoción, prevención ni tratamiento y/o rehabilitación en farmacodependencia. Para esto existen otras entidades del mismo orden departamental especializadas como lo es la ESE CARISMA.

Por lo tanto, se solicita que ambas categorías sean SEPARADAS y no tratadas como una sola, pues el hecho de presentarse una propuesta en salud mental, no puede entenderse como inherente o incluida la de farmacodependencia. Para el caso en concreto, esta institución hospitalaria solo tiene habilitado dentro de sus servicios la atención en salud mental y remite a la ESE CARISMA, por regla general, lo referente al tratamiento de farmacodependencia.

- Se le solicita a la entidad permita que, para aquellos servicios que dentro de la categoría en la que pretenden participar no se encuentren habilitados a la presentación de la propuesta; se presente un compromiso de tenerlos habilitados y funcionando a la fecha de inicio del contrato en el 2021, o en su defecto no se incluyan dentro de la presentación de la propuesta sin que esto sea un motivo para no ser considerada por la entidad, es decir, que el hecho de participar dentro de alguna categoría no implique la presentación de propuesta obligatoria para el 100% de los servicios de la misma.

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, se tendrán en cuenta para la invitación los prestadores que oferten los programas enfocados en salud mental y trastornos asociados al uso de SPA, el presentar la oferta por categoría no obliga a cumplir o prestar todos los ítem.

Los servicios ofertados deberán cumplir con los requisitos de habilitación.

**91.** Considerando lo estipulado en el numeral 1.4 OBLIGACIONES:

(...) Como obligaciones adicionales o complementarias, y sin perjuicio de las que se consagren en el contrato que se llegare a suscribir, el proponente elegido desde ya, acepta las siguientes cláusulas contractuales:

(...)

Se le solicita a la EPS aclarar, si de acuerdo a la redacción del texto, se incluirían obligaciones diferentes a las señaladas en los términos de referencia en la minuta

contractual que se llegara a suscribir, pues para los proponentes es de vital importancia conocer a lo que estaría obligado desde antes de la presentación de la propuesta y no a la hora de la firma del contrato.

**Respuesta:**

Las obligaciones generales están establecidas en los términos de referencia publicados, que en su mayoría responden al marco normativo en salud. No obstante, teniendo en cuenta los procedimientos que se manejan al interior de la EPS, se relacionan las obligaciones tipo que, casi en su totalidad, son incluidas en los contratos de prestación de servicios de salud, advirtiendo que al momento de la suscripción, pueden ajustarse de acuerdo a condiciones específicas de los servicios contratados.

**OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA: LA CONTRATISTA** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con el servicio de salud vigente o que se expidan en el futuro, como los deberes que impone la ética, la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres. Igualmente a prestar los servicios contratados a todos los afiliados que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos y que sean autorizados por **LA CONTRATANTE**, prestación que cubre los aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, valoración integral, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Decreto 780 de 2016 en los Artículos 2.5.1.1.1 al 2.5.1.7.6, cuando aplique, a los afiliados de **LA CONTRATANTE**, así: **1) EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** **1)** Prestar los servicios directamente, por tanto, está proscrita la subcontratación del objeto contratado. Solo atendiendo las excepciones legales, principalmente las del art. 59 de Ley 1438 de 2011 y las orientaciones de la Circular 66 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, se estimará posible la subcontratación. En estos casos deben seguirse las condiciones normativas sobre la habilitación del servicio. **2)** Garantizar eficacia, agilidad y oportunidad en el acceso a los servicios con horarios amplios y suficientes para la atención de los afiliados de **LA CONTRATANTE** conforme con el “Manual de Relacionamiento” que hace parte integral de contrato. De acuerdo con lo establecido en la Resolución 1552 de 2013. **3)** Prestar los servicios en todos los eventos de salud susceptibles de ser atendidos en el nivel o niveles de complejidad contratado(s), dependiendo del nivel. **LA CONTRATISTA** contará con el recurso humano y demás estándares de calidad, siguiendo los condicionamientos de la Resolución 3100 de 2019 y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, con capacidad resolutive y habilitación de servicios certificada. **4)** Para cada atención, consultar la base de datos que se envía de manera semanal. La consulta debe realizarse las (24) horas del día, los siete (7) días a la semana, comprometiéndose a identificar adecuadamente los afiliados objeto del contrato, con el fin de buscar y/o evitar suplantaciones y/o la atención de personas con multifiliación, debiendo reportar estos casos cuando los detecte de manera inmediata a **EL CONTRATANTE**, ajustándose a la normativa vigente. **LA CONTRATISTA** asumirá el costo de la prestación de servicios en que habiéndose y/o debiéndose detectar casos de prestación de servicios a persona sin derecho, multifiliado,

retirado, suplantación u otra irregularidad, no se haya notificado inmediatamente a **EL CONTRATANTE**. **5)** Gestionar los servicios a los afiliados dentro de los tiempos mínimos de atención establecidos en la Resolución 4331 de 2012, la Resolución 1552 de 2013, Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen. **6)** Remitir, si se requiere, al afiliado a una IPS de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS de **LA CONTRATANTE**, previa notificación al Centro Regulador y autorización de éste, si existe cualquier tipo de complicación que no pueda ser tratada dentro del marco de actividades objeto del presente contrato. No obstante, lo anterior, **LA CONTRATISTA** deberá abstenerse de realizar remisiones de manera no pertinentes de afiliados. Cuando aplique si se detecta que se remitió sin justa causa a un usuario que podía ser atendido en las instalaciones de **LA CONTRATISTA** en virtud del presente contrato, **LA CONTRATANTE** cobrará en la siguiente factura los costos o gastos adicionales en que haya incurrido por la atención del usuario en otra IPS. El traslado en todos los casos deberá observar lo contemplado en las normas de referencia y contrarreferencia. **PARÁGRAFO:** En caso de requerirse traslado y/o atención por caso fortuito o fuerza mayor, este hecho deberá ser reportado a **LA CONTRATANTE**, quien estimará la procedencia del traslado y/o atención del afiliado en una institución perteneciente a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS de IPS de **LA EPS**. **7)** **LA CONTRATISTA** deberá abstenerse de cobrar al afiliado cualquier suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficio en Salud (PBS), diferente a los valores correspondientes a copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta las excepciones establecidas para tal efecto en la normatividad vigente. **8)** Responder legalmente por cualquier perjuicio debidamente comprobado, que le ocasionare al afiliado durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios **LA CONTRATISTA** atribuible a dolo, impericia, imprudencia o negligencia así sea levísima. En el evento que sea necesario repetir un procedimiento, tratamiento o ayuda diagnóstica por causa imputable a **LA CONTRATISTA**, deberá realizarlo nuevamente asumiendo el costo de ese servicio. **9)** Reportar a **LA CONTRATANTE**, de manera inmediata, toda utilización del servicio que se encuentre por fuera de la frecuencia y magnitud normal de uso por parte de los afiliados, así como toda conducta constitutiva de los actos establecidos en la Ley 1474 de 2011, La Ley 1751 de 2015 o norma vigente. **10)** Reportar todos los eventos adversos, haciendo entrega de su respectivo análisis, dentro de los quince (15) días siguientes a su ocurrencia. **11)** En caso de que el contrato vincule servicio de suministro de medicamentos, insumos, y/ o dispositivos médicos, **LA CONTRATISTA** debe garantizar el cumplimiento de lo consagrado en la Resolución 1403 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, la cual establece el modelo de gestión del servicio farmacéutico, con todos los componentes que le apliquen. Además, **LA CONTRATISTA** debe contar con un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los lotes y las fechas de vencimiento de los productos, así como del suministro y el control de calidad de los mismos, de conformidad con el "Manual de Relacionamiento". **12)** Toda prescripción de medicamentos que realice **LA CONTRATISTA** deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, cumpliendo los requisitos señalados por el Decreto 2200 de 2005, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento y de conformidad con las guías terapéuticas adoptadas para tal fin. De igual forma, **LA CONTRATISTA** deberá acogerse a lo establecido en la Resolución 3166 de 2015 o las normas que lo modifiquen,

adicionen o sustituyan, y tener los medicamentos claramente identificados con el Identificador Único de Medicamentos-IUM (o en su defecto el Código Único Nacional De Medicamentos-CUM) adoptado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y exigido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos mediante la Circular 04 de 2006 y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen. Así mismo, las prescripciones que no se ajusten a las guías de manejo, deben ser debidamente sustentados bajo evidencia científica citada en el historial clínico del paciente soportando el Formato de Reacciones Adversas a Medicamentos-FOREAM- en los casos que aplique, siendo evaluada en comité farmacoterapéutico del asegurador. **13)** Para la identificación de los procedimientos objeto del presente contrato se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS vigente, no se aceptarán códigos diferentes a los establecidos por la Resolución 3495 de 2019, y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen, y que no hayan sido previamente pactados con LA CONTRATANTE incluyendo códigos propios de la EPS, cuando aplique. **14) LA CONTRATISTA** que habilite nuevas tecnologías en salud, las deberá ofertar a **LA CONTRATANTE**, quien aprobará o no dichos servicios, antes de ser prestados a los afiliados. **15)** Garantizar la asignación de citas a los afiliados a la EPS, ya sea por vía presencial, telefónica o por cualquier otro medio, y contar con agenda abierta para la asignación de citas durante todos los días hábiles del año, de conformidad con lo señalado en el artículo 1° de la Resolución 1552 de 2013, debiendo en todos los casos dar prelación a la atención de pacientes gestantes, primera infancia e infancia, adulto mayor, usuarios con discapacidad, víctimas del conflicto armado Colombiano o que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, enfermedades huérfanas o a aquellos que por su condición clínica lo requieran, ajustando para tales fines su agenda. Si por razones debidamente sustentadas ello no fuera posible, dejará constancia de ello en la historia clínica, con el fin de que la EPS pueda dar respuesta a requerimientos de entes de control y demás autoridades judiciales y/o administrativas. El prestador debe hacer el reporte mensual de la oportunidad de la asignación los cinco (5) primeros días de cada mes en los mecanismos de reportes dispuestos por la EPS. **16)** De acuerdo a lo compilado en el Decreto 780 de 2016, **LA CONTRATISTA** debe reportar los eventos de interés en Salud Pública en el SIVIGILA, además debe realizar el análisis de los eventos de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud vigentes y suministrar los soportes requeridos por la EPS de forma oportuna de acuerdo con lo definido en el Manual de Salud Pública (anexo del presente contrato). Participar conjuntamente con **LA CONTRATANTE** en los comités de evaluación de tales eventos, facilitando la obtención de copias de las historias clínicas solicitadas por **EL CONTRATANTE** para su valoración en los tiempos requeridos. Lo anterior sin perjuicio de aquellos eventos que por su impacto deban ser notificados de manera inmediata a LA CONTRATANTE, entre otros, los de mortalidad materna y casos de seguimiento especial definidos por la EPS. **17)** Dar cumplimiento a lo consagrado en el Decreto 4747 de 2007 en lo relacionado con el trámite interno de autorizaciones entre **LA CONTRATISTA** y **EL CONTRATANTE**, sin imponer cargas al afiliado. **18) LA CONTRATISTA** solo prestará los servicios ambulatorios que estén previamente autorizados por **EL CONTRATANTE**, salvo que la regla de negocio entre las partes sea una regla diferente. **II) EN LA GARANTÍA DE LA CALIDAD: 1) LA CONTRATISTA** certifica que los servicios señalados en la presente cláusula se encuentran debidamente habilitados en sus sedes, de conformidad con el Decreto 780 de 2016 capítulo 3, en lo correspondiente a la sección 1 y 2, así como con las normas que lo reglamenten, modifiquen o adicionen o

sustituyan, y por ende que están inscritos en el Registro Especial de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (REPS) de la dirección de salud territorial que corresponda. **2)** Notificar por escrito a **LA CONTRATANTE** cualquier novedad en materia de portafolio habilitado en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación en la dirección de salud territorial que le corresponda. De la misma forma deberá notificar cualquier cambio de dirección de su sede. **LA CONTRATANTE** procederá a la devolución de la factura por portafolio no habilitado o excluidos, que hubiesen sido cobrados. **3)** Apoyar la labor de auditoría de calidad brindando la información que **LA CONTRATANTE** requiera en las visitas agendadas. **4)** Garantizar el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por las visitas de auditoría, dentro de los tiempos concertados para ello. **5)** Cumplir con los deberes del ejercicio de las profesiones del área de la salud, como lo prevé la normativa vigente. **6)** Cumplir con las exigencias legales y éticas contenidas en la Resolución 0839 de 2017 para la custodia y gestión de la historia clínica de los pacientes, garantizando en todo momento la reserva legal a la que se encuentra sometido dicho documento. **7)** Permitir a **LA CONTRATANTE** el acceso a la información relacionada con el estado de salud del usuario y la prestación de los servicios de salud, facilitando la obtención de copias de la historia clínica y demás documentos que requiera **LA CONTRATANTE** para fines exclusivos de auditoría de conformidad con la Ley 23 de 1981, el Decreto Reglamentario 3380 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y demás normas que los modifiquen, aclaren, sustituyan o adicionen. **8)** Contar con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), el cual será objeto de verificación en las auditorías programadas por **LA CONTRATANTE**. **9)** Contar con el Sistema de Información al Usuario – SIAU, donde se evalúen la satisfacción del usuario y se realicen acciones de mejoramiento. **10)** Realizar reporte de indicadores, entre otros: los dispuestos en la Resolución 256 de 2016 en forma semestral se reporta al mes siguiente, los indicadores Trazadores Priorizados en forma trimestral durante los 10 primeros días, los indicadores correspondientes a la Resolución 4505 de 2012 y Resolución 412 de 2000, en forma mensual durante los 10 primeros días, y demás indicadores definidos en el Manual de Salud Pública que hacen parte fundamental del contrato. **11)** Reportar a **LA CONTRATANTE** los eventos de interés de farmacovigilancia y tecnovigilancia, adjuntando los análisis realizados por el Comité de Farmacovigilancia o quien haga sus veces en la institución. Notificar a **LA CONTRATANTE** el nombre y datos del contacto del responsable institucional de dichos programas. **12)** **LA CONTRATISTA** acreditará a **LA CONTRATANTE** el programa de seguridad del paciente, su seguimiento y gestión. **13)** Dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1757 de 1994 que reglamenta las modalidades de participación social de la prestación de los servicios de salud se crea la oficina de Atención al Cliente la cual deberá contar con canales de comunicación funcionales tales como línea telefónica y recurso humano para atender, sistematizar y canalizar los requerimientos de los usuarios. Deberá estar debidamente identificada para ser reconocida por los usuarios. Dar cumplimiento a la Circular 009 de 1996 de la Superintendencia nacional de Salud, en la respuesta oportuna y coherente tanto al usuario como a su familia. Para dar respuesta a un Agradecimiento, Sugerencias y/o Queja **III) SUMINISTRO DE INFORMES CONTABLES, REGISTROS ASISTENCIALES Y ESTADÍSTICOS a través de los mecanismos de transferencia definidos por LA CONTRATANTE:** **1)** Entregar de acuerdo con los términos estipulados por la norma vigente, los reportes exigidos para la Cuenta de Alto Costo (Res. 247 de 2014, Resolución 2463 de 2014, Resolución 1993 de 2015,., Resolución 0123 de

2015, Resolución 1692 de 2017, Resolución 0273 de 2019), y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen, los cuales deberán incluir el reporte de los archivos en la estructura definida por la Cuenta de Alto Costo y los soportes del 100% de las atenciones realizadas, con resultados de ayudas diagnósticas, en los tiempos establecidos y a través de los mecanismos de transferencia definidos por **LA CONTRATANTE**. **2)** Notificar semanalmente los nacimientos, fallecimientos, cambio de estado de afiliación y cualquier novedad en la calidad del afiliado atendido en la IPS, así como las inconsistencias en base de datos de acuerdo con las Resoluciones 4331 de 2013 y 416 de 2009, demás normas que regulan la materia y lo establecido en el “manual de relacionamiento”, y se deberá remitir quincenalmente el archivo plano del RUAF (nacimientos y defunciones), a través de los mecanismos de transferencia definidos por **LA CONTRATANTE**. **3)** Reportar indicadores de alerta temprana, de conformidad con la norma vigente, de forma trimestral, a través de los mecanismos de transferencia definidos por **LA CONTRATANTE**. **4)** Realizar el reporte de los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, o cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, acompañada de la respectiva notificación ante las autoridades competentes (justicia y protección). **5)** Presentar dentro de los primeros diez días calendario, el informe mensual del contrato con indicadores de calidad, gestión y detalles de atención suministrada, de acuerdo con lo previsto en el “Manual de Relacionamiento”. **6)** Presentar las facturas para pago asociadas al contrato correspondiente, según el régimen a que corresponda el usuario en razón de la movilidad consagrada el Decreto 3047 de 2013. En virtud de lo anterior, LA CONTRATISTA debe presentar de manera separada las facturas de atenciones por evento de acuerdo con el régimen que corresponda, con sus respectivos soportes y RIPS, garantizando la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud y la entrega oportuna a **LA CONTRATANTE**. **7)** Entregar dentro de los diez (10) primeros días del mes subsiguiente, y con el documento de cobro el 100% de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), y en caso de auditoría por los entes de control o la EPS, **LA CONTRATISTA** deberá suministrar la evidencia de las acciones reportadas mediante RIPS, garantizando la calidad, confiabilidad y seguridad del dato de origen de conformidad con las Resoluciones 3374 de 2000, 1531 de 2014 y demás normas vigentes que la aclaren, modifiquen o sustituyan. Es importante recalcar que debe presentar los RIPS en forma mensual, y deben llevar el valor de cada atención según tarifa pactada al evento y haber consistencia entre lo reportado en RIPS y lo reportado en la Resolución 4505 de 2012, lo relacionado con el reporte de las Cuentas de Alto Costo y otras relacionadas. **8)** Tramitar y radicar la factura o documento equivalente, acreditando mensualmente el pago de Seguridad Social (salud, ARL, pensiones y parafiscales), conforme el art. 50 Ley 789/02; art. 1º Ley 828/03 y demás normas vigentes que apliquen. **9)** Entregar a LA CONTRATANTE los documentos que se requieran para la realización del Comité Técnico Científico, si hubiera lugar a este, de acuerdo con la normativa vigente. **IV) OTRAS OBLIGACIONES:** **1) LA CONTRATISTA** debe velar por una buena calidad de la información consignada en la historia clínica, que soporte de manera adecuada los requerimientos solicitados durante el reporte y las auditorías de la Cuenta de Alto Costo, que además son insumo para el cálculo de indicadores que definen la capacidad y nivel de desarrollo de la gestión del riesgo de **LA CONTRATANTE** y además los montos de los recursos a distribuir. **LA CONTRATISTA** se compromete a ingresar la información directamente en la plataforma de

la Cuenta de Alto Costo (SISCAC) en los tiempos establecidos y entregar a la EPS el certificado de la veracidad de la información cargada en la plataforma. **2)** Atender citaciones, llamados y requerimientos de **LA CONTRATANTE**. **3)** Hacer adecuado manejo de la información del usuario, entregada por la EPS para consulta de resultados de laboratorio del afiliado y seguimiento a los mismos, de acuerdo con lo consagrado en la normatividad vigente en especial Habeas Data, regulado por la Ley 1266 de 2008. **4)** Disponer de un espacio y tecnológico en condiciones apropiadas, con el fin de adelantar la auditoría dentro de sus instalaciones. **5)** En caso de requerirse, apoyar a **LA CONTRATANTE** en el saneamiento de la cartera, acudiendo a las reuniones de revisión y registrando las actualizaciones en el estado de la misma. **6)** **LA CONTRATISTA** garantizará la efectiva observancia a la prohibición sobre prebendas o dádivas a los trabajadores en el sector de la salud por parte de compañías distribuidoras y/o productoras de tecnología en salud incluyendo medicamentos, establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015). **7)** **LA CONTRATISTA** estará sujeto a las necesidades tecnológicas de integración de la información o interoperabilidad de la misma. **8)** En el marco de la Resolución 2626 de 2019 Modelo De Atención Integral Territorial (MAITE) y las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se hace necesario que **LA CONTRATISTA** participe de manera activa en la implementación de los lineamientos definidos, y la articulación con las prioridades definidas de **LA CONTRATANTE**. Lo anterior en cumplimiento al modelo de atención, con el fin de garantizar la calidad de la misma en términos de resultados en salud. **9)** En referencia a las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS), se debe priorizar la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Materno Perinatal, y las demás según disposición del Ministerio de Salud y Protección Social. **10)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas. **11)** **LA CONTRATISTA** estará sujeto a las necesidades tecnológicas de integración de la información o interoperabilidad de la misma, así como a la incorporación al sistema transaccional implementado por **EL CONTRATANTE**. **12)** Las demás que acuerden las partes contratantes y que sean necesarias para el cumplimiento del servicio.

**92.** Dentro de la obligación Número 5 se estableció la de “Atender las remisiones de afiliados, solicitadas por los Prestadores Primarios y Complementarios de la Red de Servicios de Savia Salud EPS a través del Centro Regulador de la EPS o de otros sistemas de regulación con los que cuente el departamento, tanto de prestadores de servicios de salud, EAPB o entidad territorial de orden municipal, distrital o departamental”.

Sírvase aclarar y/o definir de manera clara, que se debe entender como prestador primario, prestador complementario de la red de servicios de savia salud y otros sistemas de regulación

**Respuesta:**

El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona

integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (Baja complejidad). Apoya los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoya la gestión del riesgo en salud de la población a cargo.

Prestador Complementario es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.

**93.** No se conocen el total de las obligaciones que van a quedar en el contrato. ¿Se pueden conocer antes de la presentación de la propuesta las obligaciones contractuales de la EPS?

**Respuesta:**

Las obligaciones generales están establecidas en los términos de referencia publicados, que en su mayoría responden al marco normativo en salud. No obstante, teniendo en cuenta los procedimientos que se manejan al interior de la EPS, se relacionan las obligaciones tipo que, casi en su totalidad, son incluidas en los contratos de prestación de servicios de salud, advirtiendo que al momento de la suscripción, pueden ajustarse de acuerdo a condiciones específicas de los servicios contratados.

**OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA:** Ver relación en respuesta a la pregunta No. 91 del presente documento.

**OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:**

**1)** Pagar por el servicio contratado en los términos convenidos. **2)** Mantener actualizada la base de datos de los afiliados y garantizar la consulta en línea las 24 horas del día en el enlace habilitado por **LA CONTRATANTE**. **3)** Adelantar las funciones de aseguramiento frente al usuario y al SGSSS. **4)** Realizar labores de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad -SOGC- de acuerdo a la normatividad vigente. **5)** Garantizar el canal de comunicación que permita conocer la red prestadora para los procesos de referencia y contrarreferencia. **6)** Ejercer la auditoría de cuentas. **7)** Facilitar mediante estrategias de acompañamiento la gestión técnica y operativa de los indicadores para medir los resultados en salud. **8)** El margen de riesgo se estimará acorde a nota técnica ajustada en actas adicionales al contrato.

**94.** En cuanto a las obligaciones, se aclara que:

a. En el punto 9: La IPS está de acuerdo con lo redactado en éste punto siempre y cuando se agregue previa demostración de la responsabilidad por la autoridad competente.

**Respuesta:**

Es viable la modificación solicitada, misma que se hará al momento de suscribir la minuta con los proponentes seleccionados.

b. En el punto 19: siempre y cuando se tenga la autorización del paciente y los soportes solicitados estén dentro del marco normativo.

**Respuesta:**

La notificación de eventos de salud pública son reglamentados por la normatividad vigente en el Decreto 780 de 2016.

c. En el punto 28: La clínica notifica las defunciones en el RUAF dentro de las 48 horas posteriores al evento.

**Respuesta:**

Notificar, dentro de las 48 horas siguientes los fallecimientos (enviar copia de los certificados de defunción a la EPS), cambio de estado de afiliación y cualquier novedad en la calidad del afiliado atendido en la IPS, así como las inconsistencias en base de datos, de acuerdo con las Resoluciones 4331 de 2013 y 416 de 2009 y demás normas que regulan la materia y lo establecido en el “Manual de Relacionamento”

Se acepta el reporte semanal de los nacimientos y defunciones.

d. En el punto 31: Previa concertación entre las áreas de sistemas de ambas instituciones.

**Respuesta:**

Los prestadores se pueden conectar con SAVIA Salud EPS a través de interoperabilidad con los siguientes servicios.

Proveedores de Servicios

- Consulta Afiliados: Consulta de estado de afiliados con su información general, tanto personal como de afiliación.
- Solicitud Anexo3 (Tecnologías y Paquetes): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Solicitud Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores realicen solicitudes de referencias y contra-referencia de pacientes.
- Consulta estado Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Referencia y Contrareferencia realizadas.

- Control de transporte Ambulancias: Permite a los prestadores realizar reportes de transporte de pacientes entre entidades, permitiendo registrar recogida, llegada a destino y cualquier otra situación presentada en el proceso.

#### Proveedores de Insumos y Medicamentos

- Solicitud Anexo3 (Insumos y Medicamentos): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Recepción de Anexo4: Permite a los prestadores recibir en línea las autorizaciones de Insumos y medicamentos realizadas por SAVIA y asignadas a ellos.
- Dispensación de Insumos y Medicamentos: Permite a los prestadores reportar las entregas parciales o totales de Insumos y Medicamentos.

Adicional a estos servicios, los prestadores se pueden conectar a InterSavia para conocer el estado y movimiento de todas sus solicitudes de Anexos3, Anexos9 y Anexos 10, además podrán descargar los Anexos4 generados a partir de las solicitudes realizadas.

e. En el punto 32: La clínica quisiera conocer como tiene estipulado Savia Salud EPS la articulación a las Redes integradas de Atención de una IPS especializada como la Clínica Cardio VID.

#### **Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, Savia Salud EPS en el marco de la política PAIS y su modelo de atención integral en salud reconoce que las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.
2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Savia Salud EPS hace presencia en 116 municipios del Departamento de Antioquia dentro de los cuales un alto porcentaje son Empresas Sociales del Estado que en el marco de la política PAIS se comportan como el prestador primario, son la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (Baja complejidad). Apoya los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoya la gestión del riesgo en salud de la población a cargo.

En coherencia con las RIAS el prestador complementario es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.

#### **95. Numeral 2.1 Requisitos generales.**

En el punto 1: La Clínica tiene servicios que, aunque tienen el mismo CUPS, la descripción y la tarifa son diferentes. Estos valores están soportados en la variación en los costos y siendo acordes al principio de racionalidad de la institución. Aplica para servicios tales como las angiogramías, los holter (24, 48, 72 horas), algunos procedimientos de cirugía de tórax y el ECMO móvil.

#### **Respuesta:**

Esta codificación CUPS deberá ser presentada y descrita en los Formatos FO-RS-51 y FO-RS-52. Posterior a la evaluación del equipo técnico de la EPS se definirán los códigos a contratar. Una tecnología puede contener un código CUPS relacionado en la pestaña de plantilla -tarifas y el mismo código CUPS podrá ser relación en la pestaña inclusión paquetes, siempre y cuando cuente con factores diferenciadores en los códigos cups relacionados al paquete

-En el punto 3: La clínica aparte de los formatos descritos presentará el anexo de tarifas propias en el esquema establecido internamente para este.

-En el punto 5: Debido a nuestros sistemas de información y logística, con respecto a los formatos la clínica está en capacidad de diligenciar los siguientes campos:

#### **Archivo de material osteosíntesis (FO-RS-54\_1241):**

- Nombre del producto
- Descripción del producto
- Casa comercial

- Tarifa
- IVA
- Tarifa con IVA

**Archivo de dispositivos médicos (FO-RS-59\_1271):**

- Código IPS
- Nombre del producto
- Nombre genérico
- Valor

-En el punto 9: Este certificado es expedido por el representante legal o por quién?

**Respuesta:**

Es expedido directamente por el representante legal.

-Un cups se relaciona a diferentes códigos que a su vez tienen valor diferente (grupos quirúrgicos diferentes), esto con referencia a la homologación que tiene el Hospital y que de manera permanente se revisa, si se determina una relación / homologación equivocada se procede con el cambio y ojo, esto puede afectar los valores.

**Respuesta:**

Para la el Formato FO-RS-59 Formato listado de dispositivos médicos es necesario diligenciar el cambio de expediente y número del registro sanitario.

Los formatos deberán ser diligenciados para la presentación de la invitación y no se aceptarán formatos diferentes a los incluidos en la presente Invitación. Para los servicios ofertados a tarifa propia los mismos deberán ser descritos en el formato FO-RS-52 LISTADO DE SERVICIOS PARA LA CONFORMACIÓN DE RED, y caso de ser servicios ofertados como paquetes integrales deberán ser diligenciados en la misma plantilla en la pestaña indicada como paquete.

**96. Numeral 2.2 Requisitos técnicos(..)** En el punto 2, en el contexto de los servicios de la clínica, a qué se refieren con cobertura?

**Respuesta:**

Por cobertura se entiende los servicios ofertados por el oferente en el departamento y por fuera de este.

-Esto quiere decir sedes físicas en varias partes o la capacidad de atender pacientes de cualquier zona del país?

**Respuesta:**

Hace referencia a las sedes físicas habilitadas en el territorio nacional.

-Quién expide esta certificación, puede ser expedida por el representante legal?

**Respuesta:**

La certificación se expide por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital correspondiente.

**97.** En los requisitos técnicos, numeral 2.2, literal 11, página 15 de los términos de referencia, indican que : “La idoneidad se acreditará aportando entre otros documentos, la constancia de Inscripción del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social” .¿Cuáles son los otros documentos a los que hacen alusión, teniendo en cuenta que en el resto de los términos no relacionan documentos adicionales para certificar la idoneidad del recurso humano?

**Respuesta:**

Se hace referencia a los documentos que expide la Secretaría de Salud Departamental o Distrital correspondiente en el proceso de habilitación.

**98. En el Título 6: Etapa contractual,** en el numeral 6.3, la clínica considera que se debe notificar como mínimo con 30 días de antelación la terminación del contrato.

En el punto 6.4: La clínica agradece que la implementación de las tarifas en los maestros se dé en estos mismos términos de tiempo, tanto para la IPS como para la EPS. Esto porque en la experiencia vivida, la EPS no hace la implementación operativa del 100% de las tarifas, lo cual ha conllevado a glosas injustificadas que no son levantadas por la EPS y que deben ser conciliadas técnico-administrativamente lo cual consideramos que es inequitativo para la IPS.

**Respuesta:**

Teniendo en cuenta que la implementación de las la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS se hará de manera gradual, dentro del clausulado del contrato se contempla la notificación previa con una antelación mínima de 60 días a la fecha estimada a la finalización de los contratos vigentes para dicha fecha, misma que se notificará en la forma y tiempo indicados en el contrato que se suscriba.

Se informa que para evitar inconsistencias, es fundamental el envío completo de las planillas, totalmente diligenciadas con las tarifas en los maestros.

**99. En el Título 6: Etapa contractual**, en el numeral 6.8: No hay claridad de cuáles con los documentos que se deben aportar con la presentación de la oferta. Solicitamos aclaración al respecto.

**Respuesta:**

En el cuerpo de la invitación se indican todos los requisitos técnicos, financieros y jurídicos que se deben aportar. Adicional, en el numeral 6.8 se precisa que, sin perjuicio de los demás requisitos que deban cumplirse para la suscripción del acuerdo contractual, el (los) PROPONENTE(S) deberá(n) aportar la siguiente documentación **jurídica**, para la legalización del contrato:

- a) Certificado de Existencia y Representación Legal o el documento idóneo que acredite estas condiciones, dependiendo de la condición jurídica del proponente en el cual se acredite la capacidad de contratación por su representante legal, limitaciones o autorizaciones para contratar. Dicho documento deberá haber sido expedido con no más de treinta (30) días, antes a la presentación de la propuesta. Además, en caso de contar con limitaciones en la contratación, deberá aportar los documentos donde se acredite la autorización para ello, tales como, actas de Asamblea de Accionista, actas de Junta Directiva, Estatuto de Contratación, Decreto o documento equivalente.
- b) Documento de identificación del representante legal.
- c) Las garantías exigidas para la celebración del contrato (previamente se deberá aportar la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales y/o predios, labores y operaciones que incluyen garantía de producto)
- d) Certificación vigente del Revisor Fiscal y/o contador del cumplimiento de su obligación con el Sistema General de Seguridad Social Integral.
- e) Certificado de antecedentes judiciales del representante legal y el revisor fiscal el cual se obtiene de la página web <https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/>
- f) Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la Nación, del representante legal de LA CONTRATISTA, la persona jurídica y el revisor fiscal.
- g) Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría para el Representante Legal de la Entidad.
- h) Copia del documento de identidad del Revisor Fiscal y de la Tarjeta Profesional.
- i) Certificado de la Junta de Contadores del Revisor Fiscal.
- j) Registro Único Tributario.

- k) Diligenciar el formato FO-GF-27 (Formato de Vinculación SARLAFT) tanto para la persona jurídica proponente, como para el Gerente y/o representante legal, representante legal suplente, miembros de la Junta Directiva y socios con participación igual o mayor al 10%
- l) Se podrá solicitar documentación adicional, en caso de requerirse, sin que sea posible subsanar la oferta económica y los requisitos técnicos establecidos.

En caso de uniones temporales o consorcios, cada uno de los integrantes de la forma asociativa deberá allegar todos los requisitos acabados de citar y presentar documento de conformación de la figura de asociación, con las respectivas declaraciones de habilidad para participar y que se describen con posterioridad.

En ese orden, el numeral es claro frente a los documentos que, en un principio, el proponente debe allegar como soporte en caso de adjudicación del contrato, sin que ello limite la solicitud de documentación adicional.

**100. En el Título 7. Indemnidad:** La IPS está de acuerdo con lo redactado en este punto siempre y cuando se agregue previa demostración de la responsabilidad por la autoridad competente.

**Respuesta:**

Es viable realizar una aclaración en atención a las obligaciones generales y específicas atribuibles a las partes en el marco del contrato y de la normatividad vigente dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud, lo cual se realizará al momento de suscribir la minuta con los proponentes seleccionados.

**101.** En el archivo Excel Formato listado de material de osteosíntesis para la conformación de la red, tenemos la duda en la hoja de paquetes que información se debe diligenciar.

**Respuesta:**

En el instructivo contenido en el formato FO-RS-54, se encuentra la forma como se debe diligenciar.

**102.** En el numeral 3.2.2 PATRIMONIO relata: “Savia Salud EPS aceptará y evaluará únicamente aquellas propuestas en las que el PROPONENTE, con fundamento en la información financiera aportada con la oferta, acredite que su patrimonio es igual o superior a 1.5 veces el valor de la contratación mensual propuesta”. Indicar por favor, ¿cual es el valor de la contratación mensual propuesta?

**Respuesta:**

El valor de contratación de cada propuesta es individual, de tal suerte que según la capacidad instalada se deberá cuantificar la oferta a las tarifas ofertadas para conocer el valor de la propuesta de cada oferente.

**103.** ¿Cuál es el valor anual de contrato en cada una de las categorías, para toda la invitación

**Respuesta:**

El valor de contratación de cada propuesta es individual, de tal suerte que según la capacidad instalada se deberá cuantificar la oferta de las tarifas ofertadas para conocer el valor de la propuesta de cada oferente.

**104.** ¿Cuál es el valor del contrato por medicamentos?

**Respuesta:**

El valor de contratación de cada prestador es individual, de tal suerte que según la capacidad ofertada se deberá cuantificar la oferta de las tarifas propuestas para conocer el valor presentado por cada oferente.

**105. En el numeral 6.3 relata:**

La vigencia del contrato será del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 y podrá modificarse, prorrogarse o suspenderse, según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo, según con los resultados de la ejecución y los informes de supervisión realizados por la EPS. Así mismo, podrá darse por terminado en el momento que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s), a partir del 1 de julio de 2021.

¿A que se refiere con las Rutas Integrales de Atención en Salud?

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, Savia Salud EPS en el marco de la política PAIS y su modelo de atención integral en salud reconoce que las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la

protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Savia Salud EPS hace presencia en 116 municipios del Departamento de Antioquia dentro de los cuales un alto porcentaje son Empresas Sociales del Estado que en el marco de la política PAIS se comportan como el prestador primario, son la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (Baja complejidad). Apoya los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoya la gestión del riesgo en salud de la población a cargo.

En coherencia con las RIAS el prestador complementario es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.

**106.** ¿Cuáles son las Rutas de Integradas de Atención en Salud que podrían ser implementadas por Savia Salud EPS en segundo semestre del 2021?

**Respuesta:**

Savia Salud EPS a la fecha se encuentra en el proceso de construcción de las siguientes Rutas Integrales de Atención en Salud.

- RIA para población materno – perinatal
- RIA Promoción y mantenimiento de la salud
- RIA para población con riesgo o presencia de cáncer, prioridad Mama, Cérvix, Próstata, Pulmón, Piel, Cáncer Infantil.
- RIA para población con riesgo o presencia de enfermedades Infecciosas y Transmisibles: TB, Lepra, VIH, Dengue, Hepatitis C.
- RIA para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal – salud Oral

- RIA para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, y riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento - Salud Mental
- RIA para población con riesgo o alteraciones – renales
- RIA para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas - EPOC
- RIA para población con riesgo o alteraciones cardio– cerebro – vascular - metabólicas manifiestas Y Nutricionales
- RIA para población con riesgo o de enfermedades huérfanas
- RIA para población con riesgo o trastornos Inmunológicos
- RIA para población con riesgo o trastornos visuales
- RIA para población con riesgo o trastornos Auditivos
- RIA para población con Requerimiento de TRASPLANTES
- RIA Para población con enfermedades NEUROLÓGICAS Y NEURODEGENERATIVAS

**107.** Favor indicar si el proyecto de redes integradas hace parte de este contrato o se realizaría un otrosí al contrato, una vez se aclaren las coberturas definidas que empezarán a regir a partir de julio de 2021.

**Respuesta:**

El proceso de conformación de las RIAS lleva inmersas modalidades de contratación con integración de prestadores primarios y complementarios. Estos contratos tienen vigencias diferentes y condiciones particulares que difieren de la actual invitación.

**108. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA:** Conociendo las características de alta ruralidad que tiene la población de SAVIA SALUD, ¿como se manejaría en un modelo de pago prospectivo o capitación los recobros o no recobros de los servicios que no alcanzaron a llegar a las IPS contratadas?

**Ejemplo:**

Paciente con infarto agudo de Miocardio, atendido en el Hospital de Cauca que no alcanza a llegar a la Clínica Medellín y que está en un modelo de PGP, donde esta atención no debería ser descontada al pago de la Clínica.

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, Savia Salud EPS en el marco de la política PAIS y su modelo de atención integral en salud reconoce que las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo,

prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Savia Salud EPS hace presencia en 116 municipios del Departamento de Antioquia dentro de los cuales un alto porcentaje son Empresas Sociales del Estado que en el marco de la política PAIS se comportan como el prestador primario, son la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (Baja complejidad). Apoya los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoya la gestión del riesgo en salud de la población a cargo.

En coherencia con las RIAS el prestador complementario es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.

**109.** ¿Cuál será la cobertura que solicitan, adicional al departamento de Antioquia?

**Respuesta:**

La cobertura adicional al Departamento de Antioquia es todo el territorio nacional donde Savia Salud tenga un afiliado aun en condición de portabilidad.

**110.** De acuerdo con el Anexo- Formato listado de material de osteosíntesis para la conformación de la red-, solicitamos amablemente a la entidad, aclarar el método de oferta de productos nuevos, que a través de la vigencia 01 de Enero del 2021 al 31 de diciembre

del 2021 estarán ingresado al territorio nacional. Sin embargo, entendiendo los procesos de los entes reguladores y propios de importación de estos materiales, aún no se cuenta con una fecha exacta de activación y venta de estos insumos. Estos componentes hacen parte del portafolio global y en aras de brindar un servicio de calidad a ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), queremos en primicia adelantar su oferta entendiendo que estos estarán bajo la notificación previa a su utilización

**Respuesta:**

Los proponentes deberán incluir en la oferta la totalidad del portafolio del que disponen. En caso de que el proveedor realice inclusión de nuevos productos a ese portafolio, deberá informar y solo se considerará su inclusión si Savia salud EPS lo requiere y es aprobado por su Comité Asesor de Contratación.

**111.** En el Numeral 1.4. de la Invitación se lee, en el ítem 28: “Notificar, dentro de las 48 horas siguientes los fallecimientos (enviar copia de los certificados de defunción a la EPS), cambio de estado de afiliación y cualquier novedad en la calidad del afiliado atendido en la IPS, así como las inconsistencias en base de datos, de acuerdo con las Resoluciones 4331 de 2013 y 416 de 2009 y demás normas que regulan la materia y lo establecido en el “Manual de Relacionamiento”, se solicita, muy respetuosamente, ajustar los tiempos acorde con la normatividad vigente, así mismo enviar el Manual de Relacionamiento para ser conocido por la entidad y sobre el cual, quizás, sea necesario hacer algunas anotaciones, muy respetuosas.

-En este punto es importante aclarar que los certificados ya no se diligencian en físico, sino de forma virtual en una plataforma Web a través del RUAF, por lo que no es posible enviar copia del certificado. Lo anterior según lo definido en la norma de reserva estadística Ley 79 de 1993. A SAVIA SALUD EPS-S se le entrega los primeros días del mes un archivo en Excel con las variables de nacimiento y defunción. Esto lo podemos seguir haciendo y si lo consideran de forma semanal.

-Los datos contenidos en el certificado de defunción y nacidos vivos están protegidos bajo reserva estadística por la ley 79 de 1993 (artículo 5) y son reportados según las especificaciones en el decreto 1171 de 1997, mediante el aplicativo web del Ministerio de la Protección Social RUAF-ND. El Hospital realiza el registro de fallecimientos en el aplicativo WEB de la Registraduría Nacional, según lo establecido en el artículo 23 del decreto 19 del 10 de enero de 2012

**Respuesta:**

Se acepta el reporte semanal de los nacimientos y defunciones.

**112.** Es posible que se separen los requisitos para los proveedores de material de osteosíntesis, insumos y dispositivos de las IPS, ya que son reglamentaciones diferentes que las rigen y se puede prestar para confusiones a la hora de presentar las ofertas. Ejemplo, en el numeral 2.2 REQUISITOS TÉCNICOS se solicita los requisitos 3,4,5,6,7, 11,12 y 13, los cuales no aplican para los proveedores de material de osteosíntesis. En tal caso, se obvian las solicitudes o se expide un certificado firmado por el representante legal en el que indique que dichos requisitos no aplican?

**Respuesta:**

Es menester aclarar que en el numeral 2.2 “REQUISITOS TÉCNICOS” los requisitos 3,4,5,6,7, 11,12 y 13, **NO** aplican para los proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como: Material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares. En tal caso se expide un certificado firmado por el representante legal en el que indique que dichos requisitos no aplican para esta propuesta.

No obstante lo anterior, **SI** aplican para los no habilitados los siguientes documentos:

- Material médico-quirúrgico, material odontológico, Medicamentos (productos y suministros de salud)
- Registro INVIMA o Licencia sanitaria y ficha técnica /certificados BPM y FDA (si aplica)
- Material ortopédico y componentes biológicos.
- Licencia de funcionamiento emitida por la entidad competente.

**113.** Es necesario aclarar que las obligaciones 1 a 7,11,13,17,18, 22 a 28,29,30 y 32 descritas en el pliego de condiciones, no aplican para PROVEEDOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS al estar claramente relacionadas con prestación de servicios en IPS, y la entidad, de acuerdo a su objeto social y al ser un proveedor de material de osteosíntesis **NO ESTÁ OBLIGADO** a cumplir con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) - Habilitaciones de servicios -Cobros administrativos - asignación de citas para afiliados - Realizar contrarreferencia -censo diario de afiliados hospitalizados - No maneja códigos CUM - No reportara pacientes Fallecidos- No Permite acceso a historia clínica.

**Respuesta:**

Las obligaciones 1 a 7,11,13,17,18, 22 a 28,29,30 y 32 descritas en el pliego de condiciones, no aplican para proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares, los cuales **NO ESTÁN OBLIGADOS** a cumplir con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) - Habilitaciones de servicios -Cobros administrativos - asignación de citas para afiliados -Realizar contrarreferencia -censo diario de afiliados hospitalizados - No maneja códigos CUM - No reportara pacientes Fallecidos- No Permite acceso a historia clínica, etc.

Finalmente, ha sido expedida la **resolución 3100 de 2019**, que reemplaza la **resolución 2003 de 2014**, y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, el cual NO aplica para proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales.

Atendiendo a lo anterior SI aplican para los no habilitados los siguientes documentos:

Material médico-quirúrgico, material odontológico, Medicamentos (productos y suministros de salud)

- Registro INVIMA o Licencia sanitaria y ficha técnica /certificados BPM y FDA (si aplica)
- Material ortopédico y componentes biológicos.
- Licencia de funcionamiento emitida por la entidad competente.
- Sustancias químicas.
- Ficha de Seguridad del producto.
- Alimentos y bebidas.
- Concepto sanitario favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente.
- Transporte aéreo de pasajeros.
- Registro nacional de turismo.
- Transporte de pasajeros terrestre local e intermunicipal.
- Autorización del Ministerio de Transporte y licencias de operación cuando aplique.
- Traslado asistencial de Pacientes.
- Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación o inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Vigilancia/ Seguridad.
- Licencia de funcionamiento expedida por la Superintendencia de Vigilancia y seguridad privada.
- Fumigaciones.
- Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente.
- Recolección y tratamiento final de residuos hospitalarios.
- Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Ambiente.
- Licencia Ambiental.
- Aprobación del Componente Externo del Plan de Gestión de residuos.
- Construcción - remodelación.
- Profesional o Certificado COPNIA según aplique.
- Alimentación
- Concepto Sanitario Favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente.
- Certificado BPM.
- Alojamiento
- Registro Nacional de Turismo, Licencia de Funcionamiento
- Metrología
- Certificados de Patrones calibrados con trazabilidad y protocolos de calibración.
- Red de servicios de salud

- Habilitación de servicios de salud y Esquema tarifario.
- Laboratorios o distribuidores
- Condiciones de almacenamiento.
- Profesionales de la salud
- Hoja de vida con su certificado de Tarjeta profesional, Certificado de inscripción para trabajar en Antioquia.
- Profesionales
- Hoja de vida con sus certificados y tarjeta profesional

**114.** De acuerdo con el numeral 1.4.OBLIGACIONES para los literales 20 Dar cumplimiento a lo consagrado en el Decreto 4747 de 2007 y en la Resolución 3047 de 2008, realizando los trámites a través de la herramienta transaccional de “SOMOS+” o la anexo que la EPS defina, se aclara que no constituimos una IPS sino un proveedor de material de osteosíntesis y según en el ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS en el letal A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES para este caso aplican:

1. Factura o documento equivalente:
2. Detalle de cargos:
3. Autorización:

**Respuesta:**

Para los proveedores de diferentes tipos de materiales aplican:

1. Factura o documento equivalente:
2. Detalle de cargos:
3. Autorización:
4. Soporte del Material médico-quirúrgico, material odontológico, Medicamentos (productos y suministros de salud) Registro INVIMA o Licencia sanitaria y ficha técnica /certificados BPM y FDA (si aplica), Licencia de funcionamiento emitida por la entidad competente. Ficha de Seguridad del producto.

**115.** Conforme a la obligación de “Dar cumplimiento a lo consagrado en el Decreto 4747 de 2007 y en la Resolución 3047 de 2008, realizando los trámites a través de la herramienta transaccional de “SOMOS+”, esto será viable cuando SOMOS + permita la interoperabilidad, desarrollo realizado ya por el HPTU, pero que está pendiente de un permiso de SAVIA SALUD. Para el paciente urgente y hospitalizado, lo estamos realizando manualmente en este momento.

**Respuesta:**

Savia Salud EPS avanza en la estrategia de interoperabilidad con los prestadores de servicios de salud de su red de servicios de salud habilitada.

**116.** De acuerdo con el numeral 2.2. REQUISITOS TÉCNICOS, descritos en los numeral 2 a 11, es necesario aclarar que las obligaciones anteriormente descritas como parte del pliego de condiciones, no aplican para PROVEEDOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS al estar claramente relacionadas con prestación de servicios en IPS, por lo que, no aplica:

- ✓ Adjuntar el acta de la última visita realizada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia de la(s) central(s) de mezclas ofertadas.
- ✓ copia de la Resolución para manejo de Medicamentos de Control Especial para dispensación ambulatoria para todas las farmacias y/o establecimientos farmacéuticos ofertados.
- ✓ Adjuntar copia de la Resolución para manejo de Medicamentos de Control Especial para dispensación ambulatoria para todas las farmacias y/o establecimientos farmacéuticos ofertados. Entre otras ✓ Modelo de prestación de la IPS.
- ✓ Reporte de indicadores de gestión 0256 (Cargue a la Supersalud)

**Respuesta:**

Se precisa que las obligaciones que no la aplican a los proveedores de material de osteosíntesis en el Numeral 2.2 REQUISITOS TÉCNICOS son: Los ítem 3,4,5,6,7,11,12 y 13.

**117.** De acuerdo con el numeral 6. ETAPA CONTRACTUAL, según el cual, 6.5. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) pagará los servicios a los 60 días posteriores a la radicación de las facturas, previa presentación y radicación de los anexos que se exijan en el contrato. La facturación debe ser presentada por cada contrato suscrito. Es necesario aclarar que las obligaciones anteriormente descritas como parte del pliego de condiciones No aplican para PROVEEDOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, estas están claramente relacionadas con prestación de servicios en IPS, mientras que las facturas para proveedor de ortopedia y la respectiva radicación, no se encuentran detalladas requieren requisitos específicos y depende de la generación de autorizaciones por parte de ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), lo cual en algunos casos amplía el plazo de 60 días como se propone en el documento.

**Respuesta:**

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) pagará los servicios a los 60 días posteriores a la radicación de las facturas, previa presentación y radicación de los anexos que se exijan en el contrato, no obstante las obligaciones 1 a 7,11,13,17,18, 22 a 28,29,30 y 32 descritas en el pliego de condiciones, no aplican para proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares, los cuales NO ESTÁN OBLIGADOS a cumplir con los registros individuales de prestación de servicios

(RIPS) - Habilitaciones de servicios - Cobros administrativos - asignación de citas para afiliados - Realizar contrarreferencia - censo diario de afiliados hospitalizados - No maneja códigos CUM - No reportara pacientes Fallecidos- No Permite acceso a historia clínica, etc.

**118.** De acuerdo con el numeral 1.4.OBLIGACIONES para el literal 29. “Presentar de manera separada las facturas de atenciones, de acuerdo con el régimen que corresponda, acompañada de sus respectivos soportes y RIPS, garantizando así la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud y la entrega oportuna a la EPS”. Solicitamos amablemente aclarar si los soportes de los RIPS aplican para los dispositivos médicos, entendiendo que según la resolución 3374 del 2000, la solicitud de dichos registros se define de la siguiente manera: Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los relacionados con las consultas, los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

**Respuesta:**

Las obligaciones 1 a 7,11,13,17,18, 22 a 28,29,30 y 32 descritas en el pliego de condiciones, no aplican para proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares, los cuales **NO ESTÁN OBLIGADOS** a cumplir con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) - Habilitaciones de servicios - Cobros administrativos - asignación de citas para afiliados - Realizar contrarreferencia - censo diario de afiliados hospitalizados - No maneja códigos CUM - No reportara pacientes Fallecidos- No Permite acceso a historia clínica, etc.

**119.** ¿En el numeral 9 en documentos requeridos, queremos saber si dicha solicitud nos aplicaría? Debido a que no somos EPS ni IPS.

**Respuesta:**

Los requisitos descritos en el numeral 2.2 son para quien oferte el suministro de medicamentos y dispositivos médicos en dosis personalizada y para quienes oferten dispensación de medicamentos ambulatorios.

Es menester aclarar que en el numeral 2.2 “REQUISITOS TÉCNICOS” los requisitos 3,4,5,6,7, 11,12 y 13, **NO** aplican para los proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como: Material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares. En tal caso se expide un certificado firmado por el representante legal en el que indique que dichos requisitos no aplican para esta propuesta.

Igualmente, las obligaciones 1 a 7,11,13,17,18, 22 a 28,29,30 y 32 descritas en el pliego de condiciones, no aplican para proveedores especializados en producción y

comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales como material de osteosíntesis, oxígeno, prótesis, y similares, los cuales NO ESTÁN OBLIGADOS a cumplir con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) - Habilitaciones de servicios - Cobros administrativos - asignación de citas para afiliados - Realizar contrarreferencia - censo diario de afiliados hospitalizados - No maneja códigos CUM - No reportara pacientes Fallecidos- No Permite acceso a historia clínica, etc.

Finalmente, ha sido expedida la **resolución 3100 de 2019**, que reemplaza la **resolución 2003 de 2014**, y define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, el cual NO aplica para proveedores especializados en producción y comercialización al por mayor o al detal de insumos y otro tipo de materiales.

Atendiendo a lo anterior SI aplican para los no habilitados los siguientes documentos:

Material médico-quirúrgico, material odontológico, Medicamentos (productos y suministros de salud)

- Registro INVIMA o Licencia sanitaria y ficha técnica /certificados BPM y FDA (si aplica)

Material ortopédico y componentes biológicos.

- Licencia de funcionamiento emitida por la entidad competente.

Sustancias químicas.

- Ficha de Seguridad del producto.

Alimentos y bebidas.

- Concepto sanitario favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente.

Transporte aéreo de pasajeros.

- Registro nacional de turismo.

Transporte de pasajeros terrestre local e intermunicipal.

- Autorización del Ministerio de Transporte y licencias de operación cuando aplique.

Traslado asistencial de Pacientes.

- Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación o inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

Vigilancia/ Seguridad.

- Licencia de funcionamiento expedida por la Superintendencia de Vigilancia y seguridad privada.

#### Fumigaciones.

- Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente.

#### Recolección y tratamiento final de residuos hospitalarios.

- Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Ambiente.
- Licencia Ambiental.
- Aprobación del Componente Externo del Plan de Gestión de residuos.

#### Construcción - remodelación.

- Profesional o Certificado COPNIA según aplique.

#### Alimentación

- Concepto Sanitario Favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio

#### Ambiente.

- Certificado BPM.

#### Alojamiento

- Registro Nacional de Turismo, Licencia de Funcionamiento

#### Metrología

- Certificados de Patrones calibrados con trazabilidad y protocolos de calibración.

#### Red de servicios de salud

- Habilitación de servicios de salud y Esquema tarifario.

#### Laboratorios o distribuidores

- Condiciones de almacenamiento.

#### Profesionales de la salud

- Hoja de vida con su certificado de Tarjeta profesional, Certificado de inscripción para trabajar en Antioquia.

#### Profesionales

- Hoja de vida con sus certificados y tarjeta profesional

**120.** En el Numeral 2.2. de la Invitación se lee, en el ítem 17: “Estructura organizacional: En la propuesta el proponente especificará los recursos, humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y operativos que pondrá al servicio de ALIANZA ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), indicando el personal a disposición para las actividades técnico-

administrativas que sean definidas y la capacidad exclusiva dedicada al cumplimiento del contrato”, subrayado y cursivas por fuera del texto, se solicita, muy respetuosamente, modificar, dado que por la estructura organizacional dispuesta por la IPS no es posible precisar en un momento del tiempo el personal dedicado al cumplimiento del contrato.

**Respuesta:**

Se reitera que en la propuesta el proponente especificará los recursos, humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y operativos que pondrá al servicio de ALIANZA ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), indicando el personal a disposición para las actividades técnico-administrativas que sean definidas y la capacidad exclusiva dedicada al cumplimiento del contrato.

**121.** Frente al Numeral 2.2, en el ítem 17 “Estructura organizacional”, por favor aclarar, ¿a que se refiere la “capacidad exclusiva dedicada al cumplimiento del contrato”? ¿Qué reporte se debe suministrar?

**Respuesta:**

El oferente deberá reportar la capacidad que dedicará de su oferta de servicios a savia salud EPS, para ello debe diligenciar los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 con la precisión solicitada.

**122.** En el Numeral 6. de la Invitación se lee, en el ítem 6.3.: “La vigencia del contrato será del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021 y podrá modificarse, prorrogarse o suspenderse, según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo, según con los resultados de la ejecución y los informes de supervisión realizados por la EPS. Así mismo, podrá darse por terminado en el momento que la(s) Rutas Integrales de Atención en Salud diseñada(s) por Savia Salud EPS quede(n) implementada(s), a partir del 1 de julio de 2021”, se solicita, muy respetuosamente aclarar el mecanismo mediante el cual Savia informaría este cambio y con cuanto tiempo de antelación con el fin de facilitar el proceso de asumir los pacientes y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.

**Respuesta:**

La EPS podrá dar por terminado el contrato de manera unilateral con ocasión de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud previa comunicación por escrito con una antelación no inferior a sesenta (60) días calendario a la fecha en que se estime el inicio del contrato de RIAS. La terminación del contrato en los términos antes indicados no se tendrá como incumplimiento y no dará lugar al pago de indemnización, ni de sanción. No obstante la comunicación aludida, será obligación del CONTRATISTA completar las atenciones y procesos pendientes en ejecución del contrato debiendo garantizar dentro de esos sesenta (60) días la atención oportuna de los usuarios de la EPS.

**123.** Como hogar de paso, estamos en la categoría 13 (página 6)

aparece: Albergue paciente por día,

Albergue acompañante por día

Albergue afiliado oxígeno dependiente

Albergue afiliado aislado

Pregunta: ¿cada una de las anteriores, es una modalidad? ¿Y por cada una hay que diligenciar los formatos que aplican a lo que ofertamos?

**Respuesta:**

El prestador de servicios de albergue deberá diligenciar el formato FO-RS-52 en la pestaña de paquetes, realizando una descripción clara de las inclusiones y exclusiones para cada una de las modalidades, así mismo, con la tarifa detallada.

**124.** En la página 14, numeral 11. Indican que quien no cumpla con el requisito de habilitación, la propuesta queda descartada. Y los hogares de paso, que no son IPS, y no tienen servicios médico asistenciales y, por lo tanto, no están obligados a habilitar los servicios, ¿no podríamos presentar propuesta?

**Respuesta:**

Los hogares de paso y albergues se pueden presentar. Para ellos no aplica la Resolución 3100 de 2019. Si cuenta con personal de salud como Auxiliares de enfermería estas deberán estar inscritas en el RETHUS, y la EPS realizará visitas para la verificación de las condiciones de la prestación del servicio.

**125.** Numeral 6.8. letra k. Diligenciar el formato FO-GF-27 (Formato de Vinculación SARLAFT), tanto para la persona jurídica proponente, como para el Gerente y/o representante legal, representante legal suplente, miembros de la Junta Directiva y socios con participación igual o mayor al 10%.

Adicional, aclarar si este documento debe ser presentado al momento de la oferta y debe ser formulario diligenciado por cada uno de los miembros de la Junta Directiva y socios con participación igual o mayor al 10% o se podría adjuntar un oficio donde se relaciona los datos de cada integrante

¿Es de obligatorio cumplimiento, que todos los miembros de la Junta Directiva presenten el formato de vinculación firmado? ¿hay un % mínimo de cumplimiento?

**Respuesta:**

Se puede adjuntar un oficio donde se relacionan los datos de cada integrante, donde se certifique por parte del representante legal que los miembros de junta y socios con participación mayor o igual al 10% autorizan el tratamiento de datos y el estudio de seguridad que implica la verificación de cada uno de ellos en las bases de datos de Procuraduría, Lista OFAC y Lista ONU.

**126.** Debido a la pandemia, tiempo en el cual, varias personas han definido su lugar de residencia, fuera de la Ciudad de Medellín, como tema de protección; Preguntamos: ¿si las firmas digitales son válidas en los formatos de vinculación (sarlaft), y para financiera la firma de Revisoría fiscal, en los informes financieros, patrimonio, demostración de la capacidad financiera, liquidez, endeudamiento, ebitda?

**Respuesta:**

Si es válido presentar firmas digitales en todos los casos.

**127.** Numeral 3.1. Existencia, naturaleza jurídica y conformación societaria o empresarial (incluyendo las personas naturales) y experiencia: C) la autorización o capacidad para suscribir contratos y el monto definido para ello.

Aclarar si el documento de autorización o capacidad para suscribir contratos, se debe presentar al momento de la oferta o cuando sea adjudicado el proceso.

**Respuesta:**

El documento deberá presentarse previa suscripción de los contratos, con el fin de determinar la capacidad del representante legal, contando con el tiempo suficiente, en caso de tener límites en la cuantía para la contratación, para que el órgano encargado otorgue la facultad de suscribir el contrato que se llegare a adjudicar y llevar a cabo oportunamente la legalización de este.

**128.** Numeral 3.1. Existencia, naturaleza jurídica y conformación societaria o empresarial (incluyendo las personas naturales) y experiencia: C) la autorización o capacidad para suscribir contratos y el monto definido para ello.

-Solicitud: Aclarar si el documento de autorización o capacidad para suscribir contratos, se debe presentar al momento de la oferta o cuando sea adjudicado el proceso.

**Respuesta:**

El documento deberá presentarse previa suscripción de los contratos, con el fin de determinar la capacidad del representante legal, contando con el tiempo suficiente, en caso de tener límites en la cuantía para la contratación, para que el órgano encargado otorgue la facultad de suscribir el contrato que se llegare a adjudicar y llevar a cabo oportunamente la legalización de este.

-¿Cuántas certificaciones se requieren?

**Respuesta:**

Savia Salud EPS recibirá ofertas de servicios que se encuentren debidamente habilitados, la idoneidad se acreditará aportando, la constancia de Inscripción del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; la Certificación de Habilitación de todos y cada uno de los servicios propuestos, así como la manifestación de que éstos se encuentran en funcionamiento efectivo al momento de presentación de esta. Si no cumple con el requisito de habilitación, la propuesta será descartada

**129.** ¿Para la oferta de servicios de oftalmología por pago global prospectivo, SAVIA SALUD EPS expondrá las frecuencias de uso y la nota técnica?

**Respuesta:**

Esta es una invitación general en la cual cada oferente definirá los servicios a ofertar. No obstante, Savia Salud EPS se encuentra definiendo los términos para publicar invitación específica para conformar la Ruta de Atención Integral de Salud Visual.

**130.** En la etapa contractual, página 20, numeral, 6.8, c) Las garantías exigidas para la celebración del contrato (previamente se deberá aportar la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales y/o predios, labores y operaciones que incluyen garantía de producto). Pregunta: ¿cuándo indican previamente aportar las pólizas, es en la presentación de la propuesta?, ¿y se puede aportar la que la Entidad tiene vigente a este momento?

**Respuesta:**

Tratándose de garantías de Responsabilidad civil clínicas y hospitales y/o predios, labores y operaciones, las mismas deberán ser aportadas previamente con la propuesta, con el fin de conocer coberturas, límites asegurados y estado del riesgo. Ahora, en caso de adjudicarse el contrato al proponente, dicha póliza se podrá presentar como garantía, siempre y cuando se solicite a la aseguradora la expedición de un anexo que certifique que dichos montos aseguran los eventuales perjuicios derivados del contrato que se suscribe con SAVIA SALUD EPS.

**131.** Teniendo en cuenta que lo que va corrido del año 2020 ha tenido un comportamiento atípico, es posible suministrar las frecuencias de las actividades a contratar, basadas en el año 2019 -2018-2017?

**Respuesta:**

Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS.

Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

**132.** En la pagina 14, requisitos Técnicos numeral 2.2 En el diligenciamiento del formato de medicamentos dice que al diligenciar en CUM se genera una alerta si el CUM está mal escrito, inactivo, o pertenece a una muestra médica. En la realización de la prueba, se evidenció que la alerta no sale . Adicionalmente la descripción del medicamento queda vacía. Este formato sufrirá alguna modificación? O quedará como se encuentra actualmente?

**Respuesta:**

El formato fue actualizado por lo tanto, debe ingresarse toda la información solicitada.

**133.** En las condiciones Específicas para la propuesta, en el numeral 9 se indica “La Contratista deberá cumplir legalmente por los perjuicios comprobado de tipo doloso, impericia, imprudencia, negligencia o desconocimiento de las normas, así sea levísimo....

-Se sugiere por “LA CONTRATISTA responderá legalmente por cualquier perjuicio comprobado de tipo doloso, bien sea por impericia, imprudencia, negligencia o desconocimiento de las normas, así sea levísimo, que le ocasionare al afiliado, durante la permanencia en el sitio donde le prestó los servicios o en el transcurso del manejo ambulatorio. Siempre y cuando así lo defina un Juez de la república a través de una sentencia judicial”. Así como también eliminar: “En el caso que suceda esta situación, LA CONTRATISTA deberá asumir los costos y las atenciones correspondientes”.

-En el Numeral 1.4. de la Invitación se lee, en el ítem 9: “LA CONTRATISTA deberá responder legalmente por cualquier perjuicio comprobado de tipo doloso, bien sea por impericia, imprudencia, negligencia o desconocimiento de las normas, así sea levísimo, que le ocasionare al afiliado durante la permanencia en el sitio donde le prestó los servicios o en el transcurso del manejo ambulatorio. En el caso que suceda esta situación, LA CONTRATISTA deberá asumir los costos y las atenciones correspondientes.”, resaltado por fuera del texto, se solicita, muy respetuosamente, aclarar el mecanismo mediante el cual se establecerá la existencia de un perjuicio comprobado.

- Se solicita incluir después de la palabra “LA CONTRATISTA” el siguiente texto: previa sentencia judicial ejecutoriada en su contra

**Respuesta:**

Es viable la modificación solicitada, misma que se hará al momento de suscribir la minuta con los proponentes seleccionados.

**134.** Compartir el modelo de atención y los lineamientos y prioridades a las cuales hacen referencia en el punto 32 de las obligaciones.

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, Savia Salud EPS en el marco de la política PAIS y su modelo de atención integral en salud reconoce que las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Savia Salud EPS hace presencia en 116 municipios del Departamento de Antioquia dentro de los cuales un alto porcentaje son Empresas Sociales del Estado que en el marco de la política PAIS se comportan como el prestador primario, son la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario (Baja complejidad). Apoya los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoya la gestión del riesgo en salud de la población a cargo.

En coherencia con las RIAS el prestador complementario es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario.

**135.** Teniendo en cuenta que algunas especialidades y servicios lo NO PBS son de gran impacto y son muy variables, ¿Qué pasa si en las ofertas que se hacen no se incluye lo NO PBS?

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, se tendrán en cuenta para la invitación los prestadores que oferten tecnologías incluidas y no incluidas en el PBS.

Estos servicios, deberán ser presentados y descritos en los formatos FO-RS-51 y FO-RS-52 por parte de los oferentes, aclarando que la EPS deberá unificar la codificación frente a los diferentes oferentes.

La propuesta incluye los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- precisados en la Resolución 3512 de 2019 (Plan de Beneficios en Salud), lo NO PBS (Resolución 205 y 206 del Ministerio de Salud y Protección Social) y sus exclusiones.

**136.** Aclarar a que se refieren con modelo de contratación por Paquete de Servicio por Tecnologías(PST)

**Respuesta:**

Contratación por paquete de servicio por tecnología es el valor a reconocer por el conjunto que constituye las atenciones, insumos, dispositivos y recursos que demanda un procedimiento y tecnología específica (ejemplo: Implante de dispositivos cardioresincronizador, marcapasos, neuroestimulador, entre otros).

**137.** Cuanto es el volumen de cirugías que se contemplaría para la presente invitación, con el fin de revisar la capacidad.

**Respuesta:**

Se adjunta cohorte de la población según diagnóstico o condición por subregiones del departamento de Antioquia de la vigencia 2019 de los afiliados a Savia Salud EPS.

Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

**138.** En el punto 8 de los requisitos generales, cuando se habla de la capacidad instalada en los servicios de internación "... especificar el número de unidades dedicadas

exclusivamente a los afiliados de Savia Salud EPS", por favor precisar ¿a qué se refiere y a que se debe comprometer claramente el prestador?

**Respuesta:**

Se refiere al número de camas de internación habilitadas que tiene disponibles para ofertar con exclusividad a Savia Salud EPS. El compromiso es mantener ese mismo número de camas durante la vigencia del contrato.

**139.** En el evento que SAVIA SALUD EPS-S no haga uso de la capacidad instalada definida como "exclusiva", de acuerdo a la solicitud de la aseguradora, ¿se realizará algún reconocimiento económico a la Clínica por la reserva de esa capacidad exclusividad? O ¿Cómo piensan manejar esa exclusividad para tener la garantía que siempre será utilizada?

**Respuesta:**

La EPS estructura la suficiencia de red de acuerdo con las ofertas y la capacidad de sus oferentes.

En cuanto a la capacidad instalada, dedicada a Savia Salud EPS, el proponente deberá presentar la oferta de servicios disponible y específica para la atención de los afiliados por servicio habilitado y/o por tipo de servicios. La oferta deberá presentarse en valores absolutos. Si se ofertan servicios de internación en cualquiera de sus modalidades, deberá especificar el número de unidades dedicadas exclusivamente a los afiliados de Savia Salud EPS. En caso de no presentarse con estas precisiones, la propuesta será descartada. El prestador deberá organizar sus recursos para dar respuesta a este requerimiento.

**140.** En las obligaciones, en el punto 31 que habla de la interoperabilidad y de las necesidades tecnológicas de integración de información con la EPS, pueden ser más específicos en este punto o cuales son los alcances que persigue la EPS, pues es un tema muy amplio y en algunos casos muy costoso su desarrollo, el cual habría que evaluar para la vigencia en el mejor de los casos de 1 año.

**Respuesta:**

Los prestadores se pueden conectar con SAVIA Salud EPS a través de interoperabilidad con los siguientes servicios.

**Proveedores de Servicios**

- Consulta Afiliados: Consulta de estado de afiliados con su información general, tanto personal como de afiliación.
- Solicitud Anexo3 (Tecnologías y Paquetes): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven

- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Solicitud Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores realicen solicitudes de referencias y contra-referencia de pacientes.
- Consulta estado Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Referencia y Contrareferencia realizadas.
- Control de transporte Ambulancias: Permite a los prestadores realizar reportes de transporte de pacientes entre entidades, permitiendo registrar recogida, llegada a destino y cualquier otra situación presentada en el proceso.

#### Proveedores de Insumos y Medicamentos

- Solicitud Anexo3 (Insumos y Medicamentos): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Recepción de Anexo4: Permite a los prestadores recibir en línea las autorizaciones de Insumos y medicamentos realizadas por SAVIA y asignadas a ellos.
- Dispensación de Insumos y Medicamentos: Permite a los prestadores reportar las entregas parciales o totales de Insumos y Medicamentos.

Adicional a estos servicios, los prestadores se pueden conectar a InterSavia para conocer el estado y movimiento de todas sus solicitudes de Anexos3, Anexos9 y Anexos 10, además podrán descargar los Anexos4 generados a partir de las solicitudes realizadas.

**141.** ¿Cuál es el alcance de la interoperabilidad y requerimientos tecnológicos para ello?

#### **Respuesta:**

Los prestadores se pueden conectar con SAVIA Salud EPS a través de interoperabilidad con los siguientes servicios.

#### Proveedores de Servicios

- Consulta Afiliados: Consulta de estado de afiliados con su información general, tanto personal como de afiliación.
- Solicitud Anexo3 (Tecnologías y Paquetes): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Solicitud Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores realicen solicitudes de referencias y contra-referencia de pacientes.
- Consulta estado Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Referencia y Contrareferencia realizadas.

- Control de transporte Ambulancias: Permite a los prestadores realizar reportes de transporte de pacientes entre entidades, permitiendo registrar recogida, llegada a destino y cualquier otra situación presentada en el proceso.

#### Proveedores de Insumos y Medicamentos

- Solicitud Anexo3 (Insumos y Medicamentos): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Recepción de Anexo4: Permite a los prestadores recibir en línea las autorizaciones de Insumos y medicamentos realizadas por SAVIA y asignadas a ellos.
- Dispensación de Insumos y Medicamentos: Permite a los prestadores reportar las entregas parciales o totales de Insumos y Medicamentos.

Adicional a estos servicios, los prestadores se pueden conectar a InterSavia para conocer el estado y movimiento de todas sus solicitudes de Anexos3, Anexos9 y Anexos 10, además podrán descargar los Anexos4 generados a partir de las solicitudes realizadas.

**142.** Precisar los actores con los cuales se ejecutaría la interoperabilidad, cual es el alcance esperado y como se prevé la cobertura del costo?

#### **Respuesta:**

Los oferentes seleccionados son los actores de relacionamiento con Savia Salud EPS, el alcance esperado se detalla en la pregunta anterior.

El costo del proceso de interoperabilidad será asumido por el prestador.

**143.** La interoperabilidad con Servinte (sistema operativo de la Clínica) genera unos costos que deberán ser tenidos en cuenta, en caso de realizarse un contrato. Técnicamente es posible, pero es necesario concertar que información se entregará en la interoperabilidad para poder estimar costos del desarrollo y si la Clínica estaría en capacidad o no de asumirlos de acuerdo al momento de la necesidad de implementar los mismos.

#### **Respuesta:**

Los prestadores se pueden conectar con SAVIA Salud EPS a través de interoperabilidad con los siguientes servicios.

#### Proveedores de Servicios

- Consulta Afiliados: Consulta de estado de afiliados con su información general, tanto personal como de afiliación.

- Solicitud Anexo3 (Tecnologías y Paquetes): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Solicitud Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores realicen solicitudes de referencias y contra-referencia de pacientes.
- Consulta estado Anexo9 - Anexo10: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Referencia y Contrareferencia realizadas.
- Control de transporte Ambulancias: Permite a los prestadores realizar reportes de transporte de pacientes entre entidades, permitiendo registrar recogida, llegada a destino y cualquier otra situación presentada en el proceso.

#### Proveedores de Insumos y Medicamentos

- Solicitud Anexo3 (Insumos y Medicamentos): Permite que los prestadores realicen sus solicitudes de Anexo3, las cuales se resuelven
- Consulta estado Solicitud Anexo3: Permite que los prestadores consulten el estado actual de las solicitudes de Anexo3 realizadas.
- Recepción de Anexo4: Permite a los prestadores recibir en línea las autorizaciones de Insumos y medicamentos realizadas por SAVIA y asignadas a ellos.
- Dispensación de Insumos y Medicamentos: Permite a los prestadores reportar las entregas parciales o totales de Insumos y Medicamentos.

Adicional a estos servicios, los prestadores se pueden conectar a InterSavía para conocer el estado y movimiento de todas sus solicitudes de Anexos3, Anexos9 y Anexos 10, además podrán descargar los Anexos4 generados a partir de las solicitudes realizadas.

**144.** Numeral 2. Los interesados podrán presentar propuesta para uno o varios grupos de servicios, así como para uno o varios servicios que conforman los referidos grupos.

-Solicitud: Teniendo en cuenta lo expuesto en el numeral 2 se hace necesario confirmar si los proponentes pueden presentar uno o varios servicios de un mismo numeral, ejemplo: 9.5 Paquete de atención integral HIV, lepra, tuberculosis y hepatitis C. Presentar propuesta solo para atención Integral VIH.

#### **Respuesta:**

Los proponentes podrán presentar paquetes de atención integral para una o varias de las patologías antes expuestas.

**145.** Numeral 1.2. ALCANCE DE LA PROPUESTA – SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS REQUERIDOS POR CATEGORIAS... 9. CATEGORIA PAQUETES DE ATENCIÓN PROGRAMAS (...).9.5 Paquete de atención integral HIV, lepra, tuberculosis y hepatitis C.

-Solicitud 1: Se incluya las coberturas de cada programa requeridas y la población discriminada por Diagnóstico y municipios de cada uno de las patologías citadas.

-Solicitud 2: Para el numeral 9.5 favor especificar dentro de la cobertura si debemos incluir medicamentos PBS, NO PBS, profilácticos, Nutriciones, leches, preservativos , otros.

**Respuesta:**

Solicitud 1: Se anexa: Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

Solicitud 2: Se deben incluir todas las tecnologías, PBS y no PBS, requeridas para el manejo integral de los usuarios.

**146.** Favor especificar si ¿para una misma categoría se puede ofertar los programas de atención con modalidades de contratación diferentes?

**Respuesta:**

La invitación pretende mejorar las condiciones de integralidad de los servicios de salud, por lo tanto, se tendrán en cuenta para la invitación los prestadores que oferten tecnologías incluidas y no incluidas en el PBS, por lo tanto, se aceptan propuestas con diferentes formas de relacionamiento.

**147.** Frente al programa de Hepatitis C, se requiere aclaración sobre los siguientes conceptos:

- a. ¿Quién realizaría la entrega del medicamento dada por el ministerio?
- b. ¿Si el programa requiere una entrega de un tratamiento distinto al que entrega el ministerio, quien realizaría la respectiva compra?
- c. Favor aclarar la cobertura geográfica para la entrega diaria supervisada del medicamento (Municipios y área Metropolitana).
- d. Teniendo en cuenta que contamos con usuarios en el programa de VIH, ¿si dentro de nuestro tamizaje de anticuerpos de Hepatitis C, encontramos un usuario con resultado positivo, la IPS tomaría la prueba diagnóstica para hepatitis C (CARGA VIRAL)? al ser positiva ¿ingresaría directamente en el programa de Hepatitis C de la IPS Especializada y/o necesitaríamos una autorización adicional?

**Respuesta:**

- a. El Prestador Complementario (IPS), que presta el manejo integral debe garantizar la entrega al usuario y la administración supervisada de los mismos, tal como lo definen los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**b.** Los medicamentos requeridos por los usuarios, que no estén incluidos en la compra centralizada realizada desde el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán ser comprados por el Prestador Complementario, por lo tanto deben estar incluidos en el paquete a ofertar.

**c.** La cobertura establecida es en todo el departamento de Antioquia, tanto para la entrega diaria supervisada del medicamento como para las atenciones definidas para el manejo integral de los usuarios con diagnóstico de hepatitis C.

**d.** En el caso de los usuarios en condición de VIH, con resultado positivo del tamizaje de anticuerpos de Hepatitis C, se debe tomar la prueba diagnóstica para Hepatitis C (carga viral), en caso de ser positiva se ingresa directamente al programa y se le debe informar al líder del programa de hepatitis C de la EAPB, con la respectiva justificación y resultados de los paraclínicos.

**148.** Numeral 1.2. ALCANCE DE LA PROPUESTA – SERVICIOS Y TECNOLOGIAS REQUERIDOS POR CATEGORIAS literal 12. TELEORIENTACION Y TELEMEDICINA : - Solicitud: Aclaración frente a este numeral, para qué patologías y el tipo de modelo a desarrollar (tele-experticia y/o telemedicina interactiva.

**Respuesta:**

Haciendo referencia al numeral 74, la telemedicina es una modalidad de prestación en salud, se desea conocer la oferta de las instituciones con respecto a esta modalidad y cómo la relacionan en su oferta.

**149.** Si bien es cierto no se pueden realizar modificaciones a la oferta y esta debe garantizarse durante toda la vigencia de la misma, cuando se tengan novedades sobre todo en lo referente a medicamentos e insumos por adición al portafolio institucional, ¿Cómo debe ser la vía y a que funcionario se deberán reportar estas novedades?

**Respuesta:**

Todo Medicamento y/o Dispositivo nuevo que sea ofertado deberá ser analizado por el equipo técnico y aprobado por el Comité Asesor de Contratación de la EPS.

**150.** Hay servicios que la Clínica no tiene habilitados y no se incluyen en la oferta. En múltiples ocasiones, SAVIA SALUD EPS-S autoriza que la Clínica sea el que busque y realice estos servicios por medio de cartas a terceros. Se aclara que lo anterior se realiza en el ámbito hospitalario para evitar estancia inactiva y en pro de la seguridad de los pacientes y la rápida definición de diagnósticos y manejos. En estos casos, la Clínica envía cotización del servicio para que la tarifa sea aprobada por SAVIA SALUD EPS. Queremos saber si ¿este proceso continuará de esta manera?, además de saber ¿quién será el responsable de avalar rápidamente estos servicios y garantizar que sean reconocidos a la

Clínica? es claro que la Clínica los debe pagar a un tercero y no es justo con nuestra institución incurrir en costos que posteriormente no tengan el oportuno reconocimiento.

**Respuesta:**

Los prestadores de servicios de salud, consorcios, uniones temporales (UT) y otras formas asociativas, deberán estar en la capacidad de ofertar los servicios con calidad, oportunidad y suficiencia, soportados en una infraestructura administrativa, técnica, tecnológica y humana idónea.

Savia Salud EPS recibirá ofertas de servicios que se encuentren debidamente habilitados, la idoneidad se acreditará aportando, la constancia de Inscripción del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; la Certificación de Habilitación de todos y cada uno de los servicios propuestos, así como la manifestación de que éstos se encuentran en funcionamiento efectivo al momento de presentación de esta. Si no cumple con el requisito de habilitación, la propuesta será descartada

**151.** Ambulancias: el deber ser es que SAVIA SALUD EPS-S siempre disponga de este servicio en su red contratada, ya que no es un servicio habilitado por la Clínica. Sin embargo, en múltiples ocasiones desde la línea de referencia de la EPS-S al no poder contar con el servicio nos pide a la clínica buscarlo y se autoriza con carta a terceros. ¿Cómo se manejará esta situación en la nueva vigencia? En este caso dependemos de la tarifa del prestador de Ambulancias que la Clínica consiga para ese traslado puntual, la cual varía entre unos y otros. ¿Cómo recomiendan manejarlo para este nuevo contrato?

**Respuesta:**

En esta invitación Savia Salud EPS presentó propuesta en categoría transporte asistencial para la cual si cumplen con los requisitos se pueden presentar. También pudieran ofrecerlo como un servicio incluido dentro de su oferta de prestación de servicios de salud como servicio de transporte asistencial básico o medicalizado, cumpliendo con las condiciones de habilitación correspondientes.

**152.** Frente al requisito técnico concerniente a “Adjuntar certificado si su cobertura es: Nacional, departamental, municipal. (Si es departamental y/ o municipal precisar en cuales entes territoriales presta el servicio o tiene cobertura)”. Por favor, especificar a ¿qué certificado se refiere?

**Respuesta:**

La certificación se expide por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital correspondiente.

**153.** El numeral 6.2. indica que “los contratos a celebrarse deberán ser suscritos por los PROPONENTES dentro de los 5 días calendario, siguientes a la manifestación que realice ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS de su intención de contratar. Si el PROPONENTE no se allanase a la suscripción, ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS) entenderá que desistió de la intención de contratar”. Por favor aclarar si se adjudica el contrato son 3 o 5 días calendario para firmarlo, dado que en el numeral 11.Observaciones generales a toda la invitación indican que es de 3 días.

**Respuesta:** Se aclara que los contratos deberán suscribirse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la manifestación que realice la EPS

**154.** Frente a la PRESENTACIÓN DE LA CARTA DE LA PROPUESTA Y ANEXOS.

**a.** FO-RS-54 Listado de material de osteosíntesis para la conformación de la red.\_Después de revisar la plantilla de material de osteosíntesis los siguientes campos no los tenemos en el Hospital: Expediente, Tipo de material e Indicación Principal. Con respecto a montar la oferta en montajes tenemos la siguiente duda la cual no estaba en el instructivo ¿qué hacemos si en gran parte de los montajes tenemos 1 y 2 opción?.

**b.** FO-RS-53 Listado de medicamentos y suplementos para la conformación de la red. Revisando el archivo de medicamentos (FO-RS-53), surge la siguiente duda: En la hoja "Instructivo" solo se hace mención a las siguientes variables: CUM, DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO, UNIDAD MÍNIMA DE REPORTE REGULADO Y VALOR UNIDAD DE REPORTE.

**c.** En la hoja "Medicamentos" aparecen más variables además de las anteriores (FORMA FARMACÉUTICA y VÍA DE ADMINISTRACIÓN, adicionalmente estas variables no fueron presentadas en la capacitación del aplicativo de SAVIA, se requiere saber si son necesarias.

**d.** Requerimos que por favor nos aclaren si FORMA FARMACÉUTICA y VÍA DE ADMINISTRACIÓN son necesarias, ya que la vía de administración el hospital no la tiene en un maestro y es información muy densa que nos puede tardar más de 15 días recopilarla para todos los medicamentos.

**e.** Por otro lado, en la hoja de suplementos nos genera inquietud la concentración del suplemento alimenticio, ya que por definición éstos no tiene principio activo y qué pasa cuando un suplemento o magistral tiene más de 1 componente? se registran todos?, se separan por comas? Además, en las bases de datos de INVIMA ni los alimentos, ni los APME ni los suplementos tienen información de principio activo.

**Respuesta:**

**b.** Se debe diligenciar los campos, no deben quedar vacíos, si no los tienen se los deben preguntar al proveedor.

-Expediente hace referencia a Código único con el cual el INVIMA identifica cada producto

-Tipo de material: Material en el cual esta fabricado el producto

-Indicación principal: Uso según el INVIMA.

Con respecto a los montajes de 1 y 2 opción:

La IPS puede adicionar las columnas o filas necesarias para el segundo montaje, indicando los valores a ofertar.

**c.** Se debe diligenciar los campos, no deben quedar vacíos, si no los tienen se los deben preguntar al proveedor.

-Expediente hace referencia a Código único con el cual el INVIMA identifica cada producto

-Tipo de material: Material en el cual esta fabricado el producto

-Indicación principal: Uso según el INVIMA.

Con respecto a los montajes de 1 y 2 opción:

La IPS puede adicionar las columnas o filas necesarias para el segundo montaje, indicando los valores a ofertar.

**d.** Se debe diligenciar los campos, no deben quedar vacíos, si no los tienen se los deben preguntar al proveedor.

-Expediente hace referencia a Código único con el cual el INVIMA identifica cada producto

-Tipo de material: Material en el cual esta fabricado el producto

-Indicación principal: Uso según el INVIMA.

Con respecto a los montajes de 1 y 2 opción:

La IPS puede adicionar las columnas o filas necesarias para el segundo montaje, indicando los valores a ofertar.

**e.** Para la hoja de suplementos en el campo de descripción del principio activo se debe colocar el nombre del producto como aparece en el INVIMA y la marca, en la casilla de la concentración se debe colocar la presentación comercial, los magistrales deben ser ingresados en la pestaña de medicamentos con el expediente del componente y descripción, si tiene varios se reporta el expediente del principio activo principal y la descripción con todos sus componentes separados por el signo (+) como se hace para los medicamentos.

**155. Según el numeral 9.1** “La propuesta debe presentarse debidamente foliada, en original, en medio magnético e impreso, sin tachaduras, borrones o enmendaduras que den lugar a interpretaciones erróneas, ambiguas o que impidan su comprensión. De encontrarse diferencias o inconsistencia entre el medio impreso y el digital, la ALIANZA MEDELLIN

ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS), se atenderá a la información contenida en el documento impreso. El sobre debe indicar” .....“

Por favor aclarar si todos los formatos en Excel también deben de ir impresos y ¿no se tendrán que cargar a la plataforma de SOMOS+?

**Respuesta:**

Los formatos y archivos en excel deben ser enviados en medio magnético. Además, los portafolios de cada oferente deben ser cargados en la plataforma Somos + Si el interesado no ha tenido vínculo anterior con SAVIA SALUD EPS e interacción con el sistema somos+, deberá solicitar las credenciales para el ingreso al sistema y el proceso de capacitación, al correo electrónico [mesaredprestadora@saviasaludeps.com](mailto:mesaredprestadora@saviasaludeps.com).

**156.** Con el ánimo de alinear nuestra propuesta con la invitación realizada por SAVIA SALUD EPS, nos permitimos de ser posible obtener previamente la siguiente información:

- Base de datos única de afiliados (BDUA) de los usuarios que incluyan los siguientes campos:
  - Tipo y número de identificación (Requerido únicamente para cruce con el RIPS y obtener diagnósticos)
  - Sexo
  - Fecha de nacimiento
  - Ciudad
  - Barrio
  - Dirección

**Respuesta:**

Se anexa base de datos de los afiliados a Savia Salud EPS a 30 de agosto de 2020. Anexo 10. Población afiliada a Savia Salud EPS-BDUA

- Bases de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del año 2019:
  - Delimitación del alcance de la contratación en términos de:
    - o Patologías de interés
    - o Territorio
    - o Grupos de edad
    - o Ámbito de atención (Ambulatorio, Domiciliario)

**Respuesta:**

Se adjunta Anexo 9. Cohorte de la población según diagnóstico

**157.** Según lo definido en el numeral 1. CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LA PROPUESTA, numeral 1.2 ALCANCE DE LA PROPUESTA – SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS REQUERIDOS POR CATEGORIAS, No se relaciona en ninguna de las categorías los servicios de:

- Unidad de trasplantes
- Inmunología
- Cirugía Hepatobiliar
- Cirugía Cabeza y Cuello
- Cirugía Tórax
- Reemplazo Articulares
- Otras de alta complejidad

Aclarar si se van a incluir en otra categoría, o si podemos proceder a incluirlos en la propuesta.

**Respuesta:**

Esos servicios y actividades que menciona (Unidad de trasplantes, Inmunología, Cirugía Hepatobiliar, Cirugía Cabeza y Cuello, Cirugía Tórax, Reemplazo Articulares, Otras de alta complejidad) están incluidas en la Categoría 1 ALTA COMPLEJIDAD.

**158.** Frente al numeral 8 de los requisitos se indica que se presentará propuesta para el modelo Gestión Compartida del Riesgo por Pago Global Prospectivo (PGP), dado que bajo este modelo no se incluye toda la población del Departamento de Antioquia y teniendo en cuenta las exclusiones que se pudiesen pactar entre las partes para la población objeto del contrato (PGP), IPS Universitaria presentaría dos propuestas, una para Gestión Compartida del Riesgo y otra para el EVENTO.

Por lo anterior solicitamos amablemente lo siguiente:

**a)** Informar si es necesario diligenciar plantillas para cada modelo, una para Gestión Compartida del Riesgo y otra para el EVENTO.

**Respuesta:**

Si, es necesario

**b)** Aclarar si en la propuesta Gestión Compartida del Riesgo se deben diligenciar dos plantillas, una para el ámbito hospitalario y otra para el ámbito ambulatorio, toda vez que la plantilla no relaciona estos campos.

**Respuesta:**

Se aclara que se deben diligenciar dos plantillas una para el ámbito ambulatorio y otra para el ámbito hospitalario.

**c)** Aclarar si en la propuesta EVENTO se deben diligenciar dos plantillas, una para el ámbito hospitalario y otra para el ámbito ambulatorio, toda vez que la plantilla no relaciona estos campos.

**Respuesta:**

Se aclara que se deben diligenciar dos plantillas una para el ámbito ambulatorio y otra para el ámbito hospitalario.

d) Así mismo se hace necesario precisar si se requiere realizar dos contratos, uno para EVENTO y otro para Gestión Compartida del Riesgo.

**Respuesta:**

Si se requiere de la realización de dos contratos diferentes.

**159.** El Numeral 6.5 refiere que SAVIA SALUD EPS “pagará los servicios a los 60 días posteriores a la radicación de las facturas...”. Favor aclarar si el tiempo de pago referido a sesenta días es exclusivo de la modalidad “evento” y qué plazo de pago tendrían los contratos realizados bajo modelos innovadores (PGP, PAF, GRD, etc.).

**Respuesta:**

En modalidades de contratación por PGP, PAF, Cápita por Componente y modalidades diferentes a pago por evento se realiza de manera anticipada a los 10 días posteriores a la entrega de la factura. En modalidades de pago por servicio (Evento) el pago se realiza 60 días posteriores a la radicación y auditoría de cuentas.

**160.** Según lo definido en el numeral 1.2 “ALCANCE DE LA PROPUESTA – SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS REQUERIDOS POR CATEGORÍAS” es importante precisar, con respecto al servicio de atención ambulatoria domiciliaria, si SAVIA SALUD EPS, tendrá en cuenta aquellas propuestas que, bajo los modelos de Gestión Compartida del Riesgo (PGP, PAF, GRD, etc.), incluyan éste servicio en la categoría de baja complejidad (teniendo en cuenta la intencionalidad de la integridad en la atención).

**Respuesta:**

La invitación plantea diferentes formas de relacionamiento distribuidas en categorías Hospitalaria, ambulatoria, por complejidad y servicios, la atención ambulatoria domiciliaria es una modalidad extramural de prestación de servicios que se pueden ofertar por evento, y otras con paquetes, PGP, etc, si la oferta presentada por el prestador incluye esta modalidad dentro de un paquete, se considerará, no obstante la invitación pretende facilitar el acceso y la integralidad en la conformación de consorcios, uniones temporales y demás formas de relacionamiento entre prestadores primarios y complementarios.

**161.** Según lo definido en numeral 2, y 2.1 REQUISITOS GENERALES, numeral 4 refiere " En ninguna circunstancia los formatos pueden ser modificados en cuanto a su estructura y

tipo de archivo...” con relación al Formato FO-RS-52 Listado de servicios para la conformación de la red, en la pestaña “Plantilla-Tarifas” y pestaña “inclusiones-paquete” solicitamos evaluar la posibilidad de permitir adicionar columnas de “oportunidad” y “observaciones” en cada pestaña, lo anterior dado que son datos de especial relevancia para la comprensión del portafolio de servicios.

**Respuesta:**

Los formatos definidos no podrán ser modificados, cualquier observación relevante debe ser incluida en la oferta de servicios.

**162.** La IPS puede ofertar tarifas diferentes a presentadas para las sedes de Medellín y el área metropolitana, para las sedes de otros municipios, ejemplo Apartadó?

**Respuesta:**

Se pueden presentar diferentes tarifas para la misma actividad pero para diferentes sedes. Esa variación de tarifas será objeto de análisis, validación y aprobación por parte de Savia Salud .

**163. a.** Favor especificar cuál es el listado de los profesionales, un grupo específico, un grupo aleatorio? a los cuales se les debe validar lo del Rethus?. Y se deben entregar los pantallazos o con certificación firmada por la Jefe del Departamento de Gestión Humana o del Representante Legal se cumple con el requisito?

**b.** Se establece en el punto 9 del título 2: El proponente deberá adjuntar a la propuesta certificación de inscripción ante el RETHUS del personal de salud requerido, de acuerdo al portafolio presentado.

**c.** Estas certificaciones se deben imprimir todas por cada profesional? se puede enviar en medio magnético solamente?

**Respuesta:**

La norma exige que el Rethus es deber legal de todo el talento humano de la salud: postgraduado, profesional, tecnólogo, técnico profesional y auxiliares de la salud. Por lo tanto el listado comprende todo el personal que tengan contratado y que tengan esta obligación legal. Por lo tanto deben enviar en medio magnético o físico un listado completo firmado por la persona responsable del área de Talento Humano del oferente , certificando que cada uno de ellos aparecen inscritos en el RETHUS.

**164.** En el numeral 3.2 Capacidad financiera se estableció “En caso de no cumplir con los requisitos de patrimonio, liquidez y endeudamiento, exigidos en los numerales siguientes, la oferta será descartada y no será tenida en cuenta en el proceso de evaluación”. Sin

embargo, una vez se desarrollan los requisitos exigidos en términos de indicadores por cada concepto, se encuentra uno adicional: 3.2,5 Ebitda.

Frente a lo anterior la Entidad solicita, aclarar cuáles son aquellos criterios a evaluarse para la habilitación del proponente en términos financieros. Así mismo, se le solicita a la EPS SAVIA SALUD NO incluir dentro de los requisitos el índice al que hace referencia el numeral 3.2,5 Ebitda, esto teniendo en cuenta que, la Resolución 355 de 2007 expedida por la Contaduría General de la República, mediante la cual se adopta el Plan General de Contabilidad Pública define como Estado Contables Básicos, los cuales son aplicados a las instituciones como las ESE, como aquellos que “revelan información cuantitativa en la estructura de su informe y cualitativa en las notas a los mismos. Los estados contables básicos son el Balance General, el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental, el Estado de Cambios en el Patrimonio y el Estado de Flujos de Efectivo. Las notas a los estados contables básicos forman parte integral de los mismos “

En concordancia con lo anterior, la Resolución 414 de 2014 expedida por la Contaduría General de la República exige que, para la aplicación del marco normativo, las empresas deberán presentar los estados financieros con sus respectivas notas incluyendo: el Balance General, el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental, el Estado de Cambios en el Patrimonio y el Estado de Flujos de Efectivo

Conforme lo anterior se puede concluir que el Ebitda no hace parte de la información contable obligatoria a rendirse para las empresas que como el homo están bajo el régimen de contabilidad pública, no coticen en el mercado de valores, que no capten ni suministren ahorro del público y que hayan sido clasificadas como empresas ante el comité internacional de comisión de estadísticas de finanzas públicas según los criterios establecidos en el Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas.

### **Respuesta:**

La capacidad financiera de una empresa para hacer frente a sus obligaciones de pago, se mide bajo la premisa de un margen de solvencia establecido previamente, en términos generales los indicadores se están solicitando son iguales para todo tipo de empresas o consorcios; el régimen contable público o privado no es óbice para dejar de calcular un indicador, de tal suerte que y se fijó en el Ebitda un valor Mayor o igual a 4% por las siguientes consideraciones:

- (a) el Riesgo del Proceso de Contratación;
- (b) el valor del contrato objeto del Proceso de Contratación;
- (c) el análisis del sector económico respectivo;
- (d) el conocimiento de fondo de los posibles oferentes desde la perspectiva comercial.

Con el fin de dar cumplimiento a nuestro estatuto de contratación y a la ley 1150 de 2.007 que establece los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, los cuales buscan una mayor participación

de oferentes en los procesos de contratación, este indicador se construyó de acuerdo al comportamiento general del mercado, tomando los datos de la Superintendencia de sociedades, a quien las empresas le presentan sus estados financieros anualmente. El medio establece en su desviación estándar, que este indicador que demuestra el Ebitda es superior al 4%, por lo cual no se acepta el cambio: Es importante tener en cuenta que **este indicador no descalifica** al participante que no lo cumpla.

**165.** (...) para hacer parte de la red de prestadores de SAVIA SALUD EPS, una vez analizada la invitación para la prestación de servicios para la vigencia 2021 y con el fin de ampliar la posibilidad de que más oferentes puedan participar en esta invitación, los proponentes argumentan y solicitan la modificación de los indicadores financieros, mismos que una vez analizados por la entidad, se resuelve establecer los siguientes:

**Respuesta:**

Los indicadores financieros quedarán así:

**-Patrimonio:** Mayor o igual a 1,5 veces el valor de la contratación mensual

**-Liquidez:** la liquidez debe ser mayor o igual a 1

**-Endeudamiento:** El endeudamiento debe ser menor o Igual al 85%

**-Ebitda:** el Ebitda debe se mayor o igual al 4%

En caso de no cumplir con los requisitos de patrimonio, liquidez y endeudamiento exigidos, la oferta será descartada y no será tomada en cuenta en el proceso de evaluación; el resultado del Ebitda **no descalifica** al participante que no lo cumpla.

**166.** De acuerdo con el numeral 3.2.5. (“Ebitda Este indicador debe ser igual o superior al 4%”) Solicitamos amablemente a la entidad publicar la fórmula utilizada por el ente para calcular este indicador, en aras de poder realizar una única manera el cálculo y no sea categorizado de acuerdo con las fórmulas que las casas comerciales usen para poder cumplir con este indicador. EBITDA= Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization:

**Respuesta:** La siguiente es la fórmula utilizada para calcular el indicador:

Ingresos de actividades ordinarias  
- Costos de ventas  
- Gastos de administración y ventas  
+ Depreciación  
+Amortización  
= EBITDA

**167.** La entidad tiene en sus estados financieros un capital pendiente por suscribir en las cuentas del pasivo esperando que se defina por los socios el porcentaje de participación de cada uno para poder clasificarlos en el patrimonio como capital suscrito y pagado. por el momento dicho valor pendiente por suscribir aumenta a tal punto el pasivo que el patrimonio aparece con un valor negativo, es posible presentar la oferta con este inconveniente ya que hay un ítem dentro de los requisitos que exige que el patrimonio represente 1.5 veces el valor del contrato mensual?.

**Respuesta:**

Savia Salud EPS aceptará y evaluará únicamente aquellas propuestas en las que el PROPONENTE, con fundamento en la información financiera aportada con la oferta, acredite que su patrimonio es igual o superior a 1.5 veces el valor de la contratación mensual propuesta.

En el caso de Consorcios o Uniones Temporales, el anterior requisito se obtiene con la suma de los patrimonios de cada uno de los integrantes del Consorcio o Unión Temporal.

Con lo anterior, esperamos dar la claridad pertinente a las inquietudes planteadas, y continuar con su participación en la presente invitación.

Cordialmente,



**LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ**  
Gerente