



## RESPUESTA A OBSERVACIONES

### INVITACIÓN A PRESENTAR SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS DE LA ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS)

VIGENCIA DE 01 OCTUBRE DE 2019 A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020

En respuesta a las observaciones planteadas por los posibles interesados en la "INVITACIÓN A PRESENTAR SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS DE LA ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS)", publicada el pasado 21 de junio, nos permitimos informar lo siguiente:

1. ¿Los prestadores con contrato vigente hasta Marzo de 2020 debemos presentar la propuesta a esta invitación?

**Respuesta:** No, es para los prestadores que terminan contrato en septiembre de 2019.

2. Respecto a las tarifas con un puntaje de 40 puntos, ¿cuál es el valor definido por la EPS, o cuál es el precio techo?

**Respuesta:** Se asignarán los 40 puntos a los oferentes que presenten una tarifa similar a la que traían en el contrato anterior, e incluso que la rebajen, y que sea competitiva en el medio. Para prestadores que no tienen contrato actualmente con la EPS, la tarifa base para servicios en modalidad hospitalaria es ISS 2000 + 74%.

3. En lo concerniente a la cobertura, ¿cómo es la forma de asignación de los 20 puntos?

**Respuesta:** Se asignarán los 20 puntos de cobertura a los prestadores que entreguen información sobre articulación en redes integrales, completo portafolio de especialidades y disponibilidad de varias sedes para la atención, incluyendo horarios ampliados.

4. ¿Con base en qué valor de la contratación mensual propuesta será evaluado el patrimonio para dar cumplimiento a igual o superior al 1.5?

**Respuesta:** Se calcula con el valor de la propuesta enviada mensualizada o proyectada anual y sobre esto se determina si supera o no la capacidad del indicador sobre patrimonio.

5. Aclarar el cálculo del Ebitda y explicar de dónde se extrae el porcentaje y como se realizarían el calculo, ya que se está solicitando un porcentaje mínimo del 4% en la pagina 29, y el tipo de resultado que se calcula del Ebitda es un valor entero ya que la forma de calcularlo es de la siguiente manera:

Ingresos de actividades ordinarias

- Costos de ventas- Gastos de administración y ventas + Depreciación

+Amortización = EBITDA

De igual forma en la pagina 32 solicitan un Ebitda igual o mayor 1.5% , habiendo disparidad en la condiciones requeridas inicialmente en la pagina 29 de la invitación.

**Respuesta:** La respuesta al cálculo del EBITDA si se considera que es como lo propone, así lo debe calcular.

Se tendrá en cuenta aquel resultado que sea superior al solicitado del 1,5%

6. En el punto 5.9 Numeral K, se indica: FORMATO FO-GF-27, Formato Vinculación SARLAFT (Descargar formato de vinculación ANEXO) y diligenciarlo. Aclarar de donde se hace la descarga, pues en la página de SAVIA SALUD no se encuentra dicho anexo. Además, indicar, ¿A qué se refiere y cuál sería la fuente de la información del SARLAFT del gerente, representante legal suplente y miembros de junta?

**Respuesta:** Verificar el formato dentro de los anexos de la invitación o en el siguiente link:

<https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/transparencia/planes>

El formato al ser diligenciado solicita la información pertinente de quienes se requiere.

7. Frente a la evaluación de las propuestas, ¿La puntuación para los descuentos financieros aplica sólo para la facturación de la nueva contratación?

**Respuesta:** Si. Efectivamente es para la nueva facturación que comience con la vigencia de la invitación

8. ¿Es necesario imprimir todas las plantillas, inclusive las de insumos y medicamentos o estas pueden presentar sólo en forma digital?

**Respuesta:** Se pueden presentar en forma digital, en el formato de EXCEL disponible que se descarga desde la invitación, sin alterar la estructura entregada en las plantillas

9. ¿Se pueden conocer antes de la presentación de la propuesta las obligaciones contractuales de la EPS?

**Respuesta:** En general, son las obligaciones expuestas en los términos de referencia. La minuta se pondrá en conocimiento de quienes sean seleccionados para la prestación.

10. En cuanto a la capacidad instalada "Dedicada", se debe tener la disponibilidad durante el mes para la atención y mejorar el acceso de los pacientes; sin embargo ¿Qué sucedería en el eventual caso que la EPS no logre ocupar toda esta oferta? ¿Se pagará de todas formas, las camas y ayudas diagnósticas?

**Respuesta:** La capacidad instalada dedicada a la EPS debe ser definida en valores absolutos, la capacidad dedicada se implementa para determinar la suficiencia de RED de servicios que es obligada por la Superintendencia nacional de salud, no se puede considerar como capacidad "prepagada" para la disposición de la EPS.

11. En caso que la IPS supere y preste más servicios de los ofertados en la capacidad "Dedicada", estarían por fuera del contrato? ¿cómo sería el pago?

**Respuesta:** El prestador que esté en capacidad de prestar más servicios de las frecuencias ofertadas puede hacerlo siempre y cuando que se evidencie el adecuado seguimiento al presupuesto asignado para el contrato.

12. De acuerdo a la Evaluación de Propuestas, en el aparte de tarifa no es claro el concepto " Valor de acuerdo a lo definido por la EPS como tarifa de la categoría de servicios", ¿Qué se toma como base para la evaluación?

**Respuesta:** Cada prestador, según su especialidad debe manejar unas tarifas referentes de mercado, y que se correspondan con las tarifas del contrato anterior si lo hubiere. Se debe diferenciar tarifas para el ámbito hospitalario y para el ámbito ambulatorio. De igual manera si se presentan servicios similares para adultos y para pediatría, y tengan tarifa diferencial.

13. Según el cronograma, se menciona descuentos financieros, no es claro si la EPS paga a 60 días después de radicada la factura y a este tiempo no le asignan puntaje, pero si al pago a 150 días?

**Respuesta:** Los pagos se realizan a 60 días luego de radicada y auditada la factura, no asigna puntos.  
El pago a 150 días si asigna puntaje.

14. ¿Se pueden presentar propuestas por programas especiales?

**Respuesta:** Se pueden presentar todas las propuestas que deseen y correspondan con el objeto de la invitación, si se puede presentar propuesta por programas especiales. Sin embargo esto no obliga a la EPS a contratar el programa ofertado.

15. En cuanto al formato 1 en cual hace referencia al formato oferta de servicios para la conformación de red, solicitamos amablemente la ampliación de la información sobre los datos requeridos en la columna OFERTA MENSUAL Y OFERTA ANUAL, ya que luego de leer instructivo aun no hay claridad a que hace referencia.

**Respuesta:** En la columna OFERTA MENSUAL debe consignar el número absoluto de la oferta para la EPS, Ejemplo, si oferta 115 consultas al mes de una especialidad o de un procedimiento definido como ecocardiografía.

16. Cuando se trabaja con apósitos de tecnología avanzada para el manejo de la heridas, ¿en que formato se deben anexar estos?

**Respuesta:** Se deben incluir en la plantilla de dispositivos FO-RS-69

17. *“Numeral 1.5: subnumeral 74. Dado que el proveedor deberá disponer los recursos técnicos, tecnológicos y disponibilidad de tiempo para las diferentes fases de implementación de la nueva plataforma SOMOS +(...)”.* Para definir cuales recursos van a requerirse, es necesario conocer los requerimientos.

**Respuesta:** SOMOS+ corresponde a la nueva plataforma tecnológica transaccional de SAVIA para facilitar la presentación de propuestas, expedición de autorizaciones, control de ejecución, etc. En lo que intervenga el prestador se les hará el acompañamiento técnico necesario. Se requieren equipos de cómputo y conexión a internet. Los prestadores serán citados a cada uno de las sesiones de entrenamiento y capacitación en la plataforma Somos+.

18. Numeral 2.2: subnumeral 7. Favor precisar a qué certificación expedida por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia hacen referencia para los directores técnicos.

**Respuesta:** Se refiere a la debida notificación de cada prestador ante la Secretaria Seccional de Salud y Protección de Antioquia de su director técnico y sus documentos debidamente registrados.

19. Numeral 3. Precisa que, 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. Solicitamos modificar los indicadores así:

- Numeral 3.2.3: Liquidez igual o superior a 1
- Numeral 3.2.4: Endeudamiento menor o igual a 75
- Numeral 3.2.5: EBITDA 1%

**Respuesta:** El no cumplimiento de los indicadores solo afecta la calificación dada por cada uno de ellos. No es de carácter excluyente o inhabilitante.

Se acepta cambio de indicadores de la siguiente manera

- Liquidez : Igual o superior a 1
- Endeudamiento: Igual o inferior a 80%
- Ebitda: Se establece el 1,5%

20. Numeral 4. Respecto de la evaluación de las propuestas es importante aclarar el mecanismo de calificación de las siguientes variables:

- Oportunidad
- Cobertura y atención integral en servicios requeridos por la EPS

**Respuesta:** La oportunidad está relacionada con los requerimientos de la Resolución 1552 de 2013, así mismo con lo requerido en la medida preventiva de vigilancia especial de la Supersalud hacia SAVIA (resolución 3534 de 2019) que nos obliga a garantizar la oportunidad en consulta general y especializada en los términos que se les enviarán oportunamente. Deseamos conocer entonces la capacidad y oportunidad que actualmente ofertan como prestadores, para definir si se aproximan a lo requerido por nuestros afiliados. La cobertura se evaluará con base en la información sobre articulación en redes integrales, completo portafolio de especialidades, y disponibilidad de varias sedes para la atención, incluyendo horarios ampliados.

21. Se requiere aclarar la manera de completar la capacidad requerida por la EPS con aquellos proveedores que obtengan puntaje superior a 60 puntos.

**Respuesta:** La EPS tiene una capacidad requerida de servicios en su suficiencia calculada, por tanto de acuerdo a esto y con los prestadores que obtengan la puntuación requerida en orden de puntaje se seleccionaran los prestadores hasta completar los servicios requeridos de acuerdo a la suficiencia calculada.

22. Se debe precisar si es posible que sean seleccionados más de un proveedor de medicamentos. En caso de ser posible favor aclarar el mecanismo definido para la asignación por proveedor en cuanto a:

- Portafolio
- Población
- Territorio
- Programas

**Respuesta:** Sí puede ser seleccionado más de un proveedor, la determinación de la asignación será definida posterior a la evaluación de los proveedores, que sean seleccionados.

23. En el Numeral 4 de "EVALUACIÓN DE PROPUESTAS" se establece: "*Para la decisión final de la contratación se tendrán en cuenta de los proveedores actuales los informes de seguimiento, supervisión, calidad de RED, comportamiento frente a PQRS, procesos jurídicos, respuesta efectiva a solicitud expresas de la EPS, embargos, incumplimientos contractuales, deterioro de la imagen de la EPS, entre otros. A los nuevos oferentes que alcancen el puntaje mínimo y sean seleccionados se les hará visita de calidad de RED previo a la suscripción del contrato*". Se solicita se modifiquen estos criterios, por cuanto, afectan el derecho a la igualdad, toda vez que a los proveedores actuales se les evalúa con un criterio diferenciador con relación a los nuevos oferentes, lo que afecta la selección objetiva de las propuestas.

**Respuesta:** La evaluación no se modifica, toda vez que no se ve afectada la equidad de esta, los proveedores actuales que no han tenido adecuado desempeño podrán no ser seleccionados en la nueva propuesta.

24. El encabezado de la invitación indica, que es una "INVITACIÓN A PRESENTAR SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, PARA LOS USUARIOS DE LA ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. (SAVIA SALUD EPS). Observación: No indica que sea para la venta de productos o medicamentos, sino para prestar servicios de salud, por lo que deberá modificarse, ya que puede prestarse para confusión.

**Respuesta:** Correcto, se aclara que aplica para prestadores de servicios y para proveedores de medicamentos, insumos y otras tecnologías relacionadas.

25. En las consideraciones del documento en la página 2 se indica que también se invita a proveedores de medicamentos, insumos y dispositivos médicos

**Observación:** Debería incluirse en el encabezado de la primera página.

**Respuesta:** Se puede incluir, pero en todo caso la invitación no es excluyente

26. En la página 10 en el numeral 1.5. OBLIGACIONES, indican que sin perjuicio al contrato que se llegare a suscribir las partes aceptan las siguientes cláusulas contractuales:

- Las cláusulas que mencionan que se aceptan desde la presentación de la propuesta son aplicables a prestadores de servicios en salud (IPS/ESE).

**Observación:** Para PFIZER debemos tener Oferta Comercial y Cotización.

**Respuesta:** Las compañías farmacéuticas que se presenten y llegasen a ser seleccionadas para la compra directa de su portafolio deberán ser distribuidas por el operador logístico que determine la EPS.

- En la cláusula 20 (página 14) indica que *"para el suministro de medicamentos y/o dispositivos médicos, la IPS/ESE y proveedor de medicamentos deberá 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..."*

**Observación:** Solicitamos aclaración en el sentido que PFIZER no está autorizado por el INVIMA como Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas, Farmacia-Droguería, Droguería, establecimientos farmacéuticos ni Laboratorio Farmacéutico.

**Respuesta:** Las compañías farmacéuticas que se presenten y llegasen a ser seleccionadas para la compra directa de su portafolio deberán ser distribuidas por el operador logístico que determine la EPS.

- En la cláusula 21 (página 14) indica garantizar la entrega oportuna de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos en el lugar asignado por Savia Salud EPS. Solo para aquellos operadores que realicen la entrega de medicamentos y dispositivos médicos de forma ambulatoria.

**Observación:** Por favor indicar cuanto es el plazo de entrega oportuno de los medicamentos.

**Respuesta:** Según la Resolución 1604 de 2013, los medicamentos deben estar disponibles para el usuario, y en caso no ser así se deben entregar por tardar en las 48 horas siguientes, en su domicilio o dirección reportada.

- En la cláusula 5.4. en la página 33 indica que la vigencia del contrato será del 1 de octubre de 2019 al 30 de septiembre de 2020 y podrá modificarse y/o prorrogarse según lo estipulado en el Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, y de mutuo acuerdo.

**Observación:** Por favor adjuntar el mencionado Estatuto de Contratación de Savia Salud EPS, para saber que indican.

**Respuesta:** El Estatuto de contratación de la entidad se encuentra publicado en el sitio web de la organización, en el siguiente link:

<https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/normativo/transparencia>

En todo caso, los contratos son susceptibles de modificación con base en el Estatuto de contratación, que permite, mediante otro si al contrato, hacer adiciones de presupuesto hasta del 90% del valor estimado, prórrogas en tiempo y modificación de servicios ofrecidos, previa análisis de la ejecución y aprobación del Comité Asesor de Contratación.

27. El servicio de Estancia Prolongada, seguirá como PBS.

**Respuesta:** En todo caso, la estancia es PBS y debe haber mecanismos conjuntos entre asegurador y prestador para controlar las estancias prolongadas sin perjuicio de la atención requerida por el usuario, dichas estancias serán monitoreadas por nuestros Auditores de Calidad para la Atención en Salud

28. Si durante el periodo del desarrollo del contrato, se deben trasladar algunas de nuestras sedes, ya que no son propias, obviamente con el aval de ustedes, ¿Podremos hacer estos cambios, garantizando que en ningún momento de verán afectados los servicios?

**Respuesta:** Sí, en la medida en que sea anunciado y acordado previamente con la EPS, para no afectar la prestación de servicios. En ese orden, se deben reportar todas las novedades del prestador, incluyendo nuevos servicios y/o sedes, y cierre de los mismos durante el transcurso del contrato para hacer los ajustes que correspondan.

29. ¿Es posible presentar varios modelos de contratación para el mismo público objetivo ?

**Respuesta:** Sí es posible, y se tendrán en cuenta aquellos que favorezcan la calidad y eficiencia del servicio.

30. Una clasificación de albergue aplica a una IPS, como la Brújula? Lo anterior, teniendo en cuenta la clasificación actual como IPS.

**Respuesta:** Se requiere contratar el servicio de albergue entendido como aquella institución que preste servicio de alojamiento no medicalizado. Si dispone del servicio lo puede ofertar, y se tendrá en cuenta en la revisión integral de la propuesta, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales para ello.

31. Frente a "2.1. COMPONENTES GENERALES DE LA PROPUESTA".

32.1. Es compromiso del proponente mantener las condiciones de la 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 Tecnologías en salud y/o Medicamentos (No se aceptaran actualizaciones en precios, excepto para los vitales no disponibles) posterior a la legalización del contrato.

**Observación :** El precio de los medicamentos e insumos y los medicamentos Vitales No Disponibles o de manejo especial, pueden presentar modificaciones acordes con los movimientos tarifarios que los proveedores definan durante la vigencia del contrato, los cuales les serán informados.

**Respuesta:** Se deben ponderar y sopesar los riesgos y variaciones que se presenten en los costos de servicios, medicamentos e insumos, ya que el asegurador no los puede asumir exclusivamente. Se deben pasar las tarifas para todo el periodo contractual y solamente en casos puntuales o de fuerza mayor, se podrán modificar en la ejecución del contrato si previamente quedó establecido.

**32.2. numeral 5.** *“En caso de ofertar paquetes se deberán desglosar los componentes de este indicando los insumos, medicamentos y tecnologías incluidos en el valor del paquete y de la misma forma deberá especificar las exclusiones para la prestación de manera detallada”*

**Observación:** El Hospital puede desagregar información de los servicios de los paquetes, sin embargo no se parametriza valores puntuales por cada servicio contenido en el paquete teniendo en cuenta que es una tarifa diferencial.

**Respuesta:** Debe ser muy clara la información de desglose del paquete. Los paquetes deben venir detallados con incluye y excluye relacionando los CUPS correspondientes a cada componente del paquete. No se requiere valor de cada CUPS en forma detallada sino el valor del paquete que evidencie economía y seguridad en el mismo. También debe quedar definido bajo qué condiciones se rompe el paquete.

**32.3. numeral 6.** *“No se tendrán en cuenta los CUPS repetidos con diferentes valores, cada CUPS deberá ser asociado al manual tarifario que le corresponde según oferta entregada por las IPS/ESE”*

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

**Observación:** Nuestro portafolio tiene cups repetidos, porque existen códigos genéricos en Cups:

Por Ejemplo: 890397 Consulta de control o de seguimiento por otras especialidades de Psicología. Este se aplica a la consulta de varias especialidades.

Otro motivo por repetición de CUPS es desagregación de los servicios de ayudas diagnósticas intervencionistas, por ejemplo: 877214 se divide en tres códigos: Servicios médicos - Estudio - Derecho de sala.

**Respuesta:** Deberá estar acorde a la información de parametrización de la EPS. Nuestro sistema solamente permite parametrizar cada CUPS asociado a una única tarifa por prestador. En algunos casos se tendrán en cuenta códigos propios que serán creados y homologados por nuestra área de parametrización y los lineamientos técnicos para ello.

**32.** En cuanto al numeral 3.2.2. Patrimonio, según el cual “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”.

**Observación:**Cuál es el valor de la contratación mensual al que hacen referencia para validar el comportamiento de este indicador.

**Respuesta:** Se calcula con el valor de la propuesta enviada mensualizada o proyectada anual y sobre esto se determina si supera o no la capacidad del indicador sobre patrimonio.

**33.** En lo referente al numeral “3.2.5. Ebitda: Este indicador debe ser igual o superior al 4%”

**Observación:** Con respecto a que componente del estado financiero se compara este porcentaje del 4%?

**Respuesta:** Se tendrá en cuenta aquel resultado que sea superior al solicitado del 1,5% y se calcula desde el Estado de Resultado Integral.

**34.** frente a los COMPONENTES GENERALES DE LA PROPUESTA, en el numeral 4 y en las obligaciones, se indica: “4. No se aceptarán manuales y/o códigos propios de las Instituciones todas las tecnologías ofertadas deberán ser homologados a los CUPS vigentes. Los valores de las tecnologías deberán incluir todos los componentes del costo de este, incluso si incluyen servicios con honorarios diferenciales”.

*“30. 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 1132 de 2017, Resolución 5171 de 2017, Resolución 5851 de 2018, y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen, y que no hayan sido previamente pactados”.*

**OBSERVACIÓN PRESTADOR 1:** Aquellas actividades, procedimientos y pruebas de apoyo diagnóstico y terapéutico no contempladas en el Manual Tarifario SOAT, serán codificadas y facturadas a tarifas propias del HOSPITAL, según el Artículo 87 del Decreto

2423 de 1996 ó cuando por los costos de los procedimientos EL HOSPITAL defina una tarifa propia, primará ésta.

**OBSERVACIÓN PRESTADOR 2:** aclarar como será el manejo del tema para el caso del suministro de oxígeno, dado que aplica un único CUP, pero como se puede prestar dicho servicio en diferentes modalidades, esto implica una tarifa diferencial. En ese orden de ideas, se deberá establecer un manual propio y/o códigos específicos acordados con SAVIA SALUD EPS para las diferentes modalidades.

**Respuesta:** Se parametriza y cancela solamente lo previamente acordado con la EPS y concordante con la codificación y parametrización de la EPS.

**35.** Según el numeral 40 de las obligaciones, el contratista deberá *"40. Recaudar los copagos y las cuotas moderadoras de acuerdo con la normatividad vigente. En los casos en los que no se realice el recaudo, y no se justifique mediante documento idóneo, el valor será descontado de la factura. Cuando el afiliado no tiene capacidad de pago, el prestador debe reportar documento firmado por el afiliado, manifestando su limitación"*.

**Observación:** El oxígeno está catalogado como un medicamento y de acuerdo a la Ley 100 y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, está sujeto a cuota moderadora y no a copago. Cuando una actividad está sujeta a cuota moderadora no puede cobrarse copago. En ese orden de ideas, el cobro de copagos por el suministro de oxígeno domiciliario no está acorde a la ley. Hay que tener en cuenta también que un paciente oxígeno dependiente esté en condición crónica, y por tanto, no debería estar sujeto al cobro de copago.

En ese orden, se solicita retirar la obligación de los contratos para el suministro de oxígeno domiciliario, adicional a que esta responsabilidad es de la EPS y no de la IPS.

**Respuesta:** Se aclara que de acuerdo al artículo 11 del Acuerdo 000260 de 2004, los afiliados al régimen subsidiado, que es la mayoría de nuestra población, están obligados a pagar copagos y no cuotas moderadoras, como se indicó en la observación. Adicionalmente, no es posible enmarcar dentro de condición crónica a todos los afiliados que requieren el servicio de oxígeno, pues dicha clasificación obedece a una caracterización de la población, y por tanto, no es posible generalizar para indicar que la obligación no debe hacer parte de dicha contratación.

Finalmente, hay que recordar que el recaudo por dicho concepto se aplican para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud, mismos a los cuales La Honorable Corte Constitucional le ha dado la connotación de recursos parafiscales, que si bien es obligación de la EPS recaudarlos, es el prestador el que tiene el contacto con el usuario al momento de realizar la entrega del medicamento, y en consecuencia de cobrar o recibir la constancia de no posibilidad de pago, pues el no cobro de los mismos, en el caso que proceden, daría lugar a un detrimento patrimonial de los recursos asignados a la Seguridad Social. Por lo expuesto, no se acepta la solicitud de retiro de dicha obligación.

36. En lo relativo a la capacidad financiera exigida en el numeral 3 de la invitación concerniente a las condiciones de idoneidad, estructura organizacional y experiencia, se propone lo siguiente frente a los indicadores de liquidez y endeudamiento:

- Liquidez: Disminuir el límite establecido en 1.3% a un 1.08% de liquidez del proponente o, un porcentaje que se aproxime a ese mínimo
- Endeudamiento: Aumentar el porcentaje establecido como menor o igual al 65%, a 70%

**Respuesta:** Se acepta cambio de indicadores de la siguiente forma:

- Liquidez : Igual o superior a 1
- Endeudamiento: Igual o inferior a 80%
- Ebitda: Se establece el 1,5%


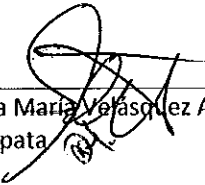

Las observaciones concernientes a obligaciones específicas del contrato serán negociadas con las IPS seleccionadas, por tanto, no serán objeto de discusión en esta etapa del proceso.

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

Atentamente,



**JUAN DAVID ARTEAGA FLÓREZ**  
**GERENTE**  
**SAVIA SALUD EPS**

Elaboró: Harold Sánchez Castaño 	Revisó: Adriana María Velásquez A. David Mejía Zapata 	Aprobó: Carlos E. Cárdenas Rendón Mauricio Jaramillo Montoya 
Analista de Contratación - Acceso	Secretaría General Director de Acceso a Servicios de Salud	Subgerente de Salud Subgerente Financiero