



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

**Proyecto del Hospital de Bosa**  
**Precalificación**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## **SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

**Abril 2019**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL PROYECTO QUE INCLUYE:</b>	<b>5</b>
1.1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.....	5
1.2. DIAGNÓSTICO ACTUALIZADO QUE DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL DEL BIEN O SERVICIO PÚBLICO. ....	5
1.3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	8
<b>2. ALCANCE DEL PROYECTO:</b>	<b>10</b>
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD A SATISFACER. ....	10
2.2. POBLACIÓN BENEFICIADA. ....	11
2.3. ACTIVIDADES O SERVICIOS QUE ASUMIRÍA EL INVERSIONISTA. ....	11
2.3.1. ETAPA PRE-OPERATIVA.....	11
2.3.1.1. FASE DE PRE – CONSTRUCCIÓN: 18 MESES.....	12
2.3.1.2. FASE DE CONSTRUCCIÓN: 21 MESES .....	12
2.3.1.3. FASE DE ALISTAMIENTO: 3 MESES.....	12
2.3.2. ETAPA OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO.....	13
2.3.3. ETAPA DE REVERSIÓN .....	13
2.4. ESTUDIOS DE DEMANDA. ....	13
2.5. CRONOGRAMA GENERAL Y PLAN DE INVERSIONES DE LAS ETAPAS DE CONSTRUCCIÓN Y OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL PROYECTO, SEGÚN CORRESPONDA.....	14
<b>3. DISEÑO:</b> .....	<b>14</b>
3.1 DESCRIPCIÓN Y ESTADO DE AVANCE DE LOS ESTUDIOS DISPONIBLES DE INGENIERÍA, LOS CUALES DEBERÁN ESTAR MÍNIMO EN ETAPA DE PREFACTIBILIDAD. LOS ESTUDIOS DEBERÁN SER ANEXADOS. ....	14
3.2 CRONOGRAMA DE DESARROLLO DE ESTUDIOS Y DISEÑOS .....	15
<b>4. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO:</b> .....	<b>15</b>
4.1. DISEÑO CONCEPTUAL DE LA ESTRUCTURA DE LA TRANSACCIÓN PROPUESTA IDENTIFICANDO ACTORES FINANCIEROS, OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS INVOLUCRADOS. 15	
<b>4.1.1. Actores</b> .....	16
4.2. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE AFECTAN LA NORMAL EJECUCIÓN DEL PROYECTO ENTRE OTROS, FACTORES SOCIALES, AMBIENTALES, PREDIALES O ECOLÓGICOS Y PROPUESTA INICIAL DE MITIGACIÓN DE LA POTENCIAL AFECTACIÓN PARA DARLE VIABILIDAD AL PROYECTO. ....	21
6.1. ESTIMACIÓN INICIAL DE LOS INGRESOS OPERACIONALES DEL PROYECTO Y SUS PROYECCIONES. ....	21
6.2. ESTIMACIÓN PRELIMINAR DE LA NECESIDAD DE CONTAR CON DESEMBOLSOS DE RECURSOS PÚBLICOS.....	22
6.3. IDENTIFICACIÓN Y ESTIMACIÓN DE LAS POTENCIALES FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	22

## DISCLAIMER

Este documento de descripción del proyecto ha sido preparado conjuntamente por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la Financiera de Desarrollo Nacional (FDN) y la Corporación Financiera Internacional (CFI) del Banco Mundial, en relación con el proyecto para el diseño, financiación, construcción, dotación, operación, reposición, mantenimiento y reversión de los equipos y de la infraestructura hospitalaria del Hospital de Bosa bajo el esquema APP (el Proyecto).

Este documento tiene como objeto proporcionar información del Proyecto a los interesados, no obstante, los potenciales inversionistas deberán hacer sus propios estudios y análisis técnicos, comerciales y financieros del Proyecto para tomar sus propias decisiones y sacar sus propias conclusiones sobre su interés de participar en el presente sistema de precalificación.

El sistema de precalificación, así como el proceso de selección que pudiera abrirse en un futuro para la adjudicación del Proyecto, se ajusta a los procedimientos establecidos en las normas colombianas relacionadas con la contratación pública, incluyendo, sin limitación, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, la Ley 1508 de 2012, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes y aplicables, así como aquellas que modifiquen, complementen o adicionen las anteriores.

La SDS no adquirirá compromiso alguno de pago o retribución por los estudios complementarios, que a su exclusivo costo y riesgo realicen los posibles oferentes, ni tampoco de abrir el proceso de selección de contratistas correspondiente. Este documento no constituye una oferta de instrumentos financieros, financiación y/o crédito para ninguno de los interesados ni para cualquier otra parte involucrada.

## **1. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL PROYECTO QUE INCLUYE:**

### **1.1. Nombre o razón social**

La SDS es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

Según el numeral 7 del artículo 36 del Decreto No. 507 de 06 noviembre 2015, una de las funciones de la estructura organizacional de la SDS es la de “Articular con entidades nacionales y distritales los instrumentos, gestión de los recursos y acciones que sean necesarias para el desarrollo de proyectos orientados al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, de modo que se garantice su uso efectivo y equitativo, en el marco de las disposiciones de ordenamiento territorial vigentes”.

Específicamente la SDS es el ente encargado de administrar y direccionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Bogotá y así mismo es el responsable de la prestación pública de los servicios de salud a través de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

### **1.2. Diagnóstico actualizado que describa la situación actual del bien o servicio público.**

La brecha de infraestructura hospitalaria en el Distrito se evidencia en el informe de “Situación de Salud de las Américas – Indicadores Básicos” publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según el cual el sistema de salud en Bogotá, compuesto por la oferta pública y privada, reporta un indicador de 1.7 camas por 1.000 habitantes comparado frente a un indicador de 2.3 camas para el Latino América y de 3 camas por 1.000 habitantes para Norte América. Así mismo, si se evalúa el indicador de egresos hospitalarios proyectado teniendo en cuenta la población de la ciudad y un indicador de frecuencia del uso de los servicios hospitalarios (0.19), y se relaciona con la necesidad de infraestructura generada por dichos egresos bajo unos estándares definidos internacionalmente por la OMS (promedio periodo de estancia de 4 días y porcentaje ocupacional del 90%); se obtiene como resultado una necesidad teórica mayor a 14.000 camas hospitalarias en el Distrito frente a la oferta actual total cercana a las 12.700 camas.

En la actualidad existen deficiencias en la infraestructura y dotación hospitalaria en Bogotá que conllevan a limitaciones para la prestación del servicio de salud de la red pública distrital en los atributos de calidad, oportunidad, accesibilidad, satisfacción y confort del usuario del

servicio y dificultades en la adherencia a los protocolos, a pesar de garantizar el acceso vía aseguramiento social por el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Desde hace varios años los servicios de salud del Distrito Capital, enfrentan presiones o influencias de los ciudadanos, de los pacientes, de los profesionales y de entidades públicas y privadas relacionadas con la calidad y oportunidad de la atención. El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, la mejora del nivel de vida, la mayor formación e información de los ciudadanos, hacen que tanto las necesidades como las expectativas de los pacientes aumenten.

Por lo cual se hace necesaria la reorganización del sector salud en el Distrito Capital, plasmada en el Acuerdo 641 de 2016, que prevé la creación de las subredes de prestación de servicios de salud mediante la fusión de 22 ESE Distritales en 4 ESE. Este funcionamiento en red es vital para el desarrollo del nuevo modelo de prestación de servicios de salud, que requiere de la actualización y modernización de la infraestructura y dotación hospitalaria actual, de manera que responda de forma eficiente a la demanda de prestación de servicios de salud de la población del Distrito Capital.

En el marco de su misión, la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud (SDS-FFDS) tiene el reto de garantizar la planificación, operación, seguimiento y evaluación del modelo de atención propuesto. Estos procesos estratégicos requieren de un flujo permanente y sistemático de información que cumpla con atributos de calidad, oportunidad, confiabilidad e integralidad, de tal suerte que se garantice la gestión de los niveles operativo, táctico y estratégico del sistema.

#### **Causas:**

- La globalización por sistemas de comunicación y transporte que favorecen los estilos de vida no saludable, el envejecimiento de la población y la mala planificación de las ciudades y el entorno urbano, entre ellos los desarrollos viales y de las centralidades determinan nuevos retos en servicios de salud en la respuesta social y recursos para atender las enfermedades no transmisibles a tiempo y mantener el control o erradicar las enfermedades transmisibles en entornos urbanos.
- La cuádruple transición: demográfica, epidemiológica, nutricional y económica, que genera una carga de enfermedad creciente por enfermedades crónicas y de lesiones de causa externa.
- El atractivo de la ciudad por temas de empleo, seguridad, educación y salud entre otros hace alto su crecimiento neto por migración además del ocasionado por crecimiento vegetativo, el cual sin embargo es decreciente. Lo que genera un crecimiento importante al norte, sur y occidente de la ciudad.

- La ubicación de la ciudad en área sísmica, riesgo de inundación, remoción y deslizamiento en varias áreas de la ciudad.
- Importantes limitaciones en la incorporación de tecnologías apropiadas en los componentes primario y complementario en los procesos de atención, así como el tamaño.
- Localización asimétrica de planta y equipo para la atención en salud a la población más vulnerable en lo social y en aspectos de salud relacionados con un ambiente urbano altamente densificado con características de megalópolis. En especial en el sur y suroccidente de la ciudad donde es escasa participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.
- Limitaciones en la capacidad resolutive instalada en apoyo diagnóstico en imagenología, endoscopia y laboratorio clínico.
- Limitaciones en la capacidad resolutive instalada en apoyo terapéutico para la atención integral durante el ciclo de vida en servicios de prevención, rehabilitación y cuidados paliativos en las esferas social, emocional, cognitiva y funcional.
- Limitaciones en la gestión del conocimiento en ciencia, tecnología e investigación clínica en la formación y educación continuada del recurso humano en salud acorde con la prioridad en salud pública.
- Anacronismo del modelo de atención y gestión de los servicios de salud en función del diseño, construcción, dotación mantenimiento y operación de las tipologías de infraestructura, los macro-procesos de atención en servicios ambulatorios de internación y de urgencias, así como de las tecnologías de soporte a la dirección corporativa y la gestión clínica soportada en sistemas de gestión de imagen voz y datos in situ o remotos de manera sincrónica y asincrónica.
- Adicionalmente la evolución constante de normas de calidad y seguridad imponen nuevos retos a las infraestructuras y su gestión acorde con el cumplimiento de las mismas, lo anterior teniendo en cuenta la escasa disponibilidad de terrenos para el mejoramiento, ampliación y construcción de hospitales, así como la fecha de construcción previa a muchos desarrollos técnicos y normativos en todos estos aspectos incluida la norma urbana y sus instrumentos de desarrollo sectorial y no sectorial.

### **Consecuencias:**

- Fragmentación del servicio para el usuario.
- Elevación de los costos de transacción para la prestación de servicios
- Elevación del gasto de bolsillo para los usuarios.
- Distribución no equitativa de la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud en la ciudad
- Diagnóstico tardío con el subsecuente deterioro de la calidad de vida de los pacientes y usuarios.
- Elevación de la siniestralidad en la gestión del riesgo individual y colectivo.
- Elevación del riesgo técnico para el sistema.
- Reducción de la progresividad de subsidios en salud y otros servicios sociales.
- Limitación en la capacidad resolutoria y la vulnerabilidad de la infraestructura física para la atención regular de salud, así como en situaciones de emergencia y desastre”1.

Así se estableció en el plan de Inversiones del FFDS SDS el proyecto 1191 4.1.10. MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA EN SALUD cuyo objetivo es : Mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para facilitar el acceso a atenciones resolutorias y lograr la eficiencia en la prestación de los servicios a la población, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada, elevando el nivel de satisfacción en salud, para lo cual resulta esencial la modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones de las instituciones de la red adscrita y vinculada y de la SDS.”2

### **1.3. Descripción general del proyecto.**

El Proyecto será desarrollado en la localidad de Bosa y hará parte de la Subred Suroccidente (localidades de Kenndy, Fontibon, Puente Aranda y Bosa con 644 barrios y 2.3 millones de habitantes en su área de influencia). El predio destinado para la nueva construcción se encuentra ubicado en la Calle 73 SUR No. 100 A – 53 y está identificado con el folio de matrícula inmobiliaria No. 50S-40456890. El área total disponible es de 19,074.52m<sup>2</sup> en donde se plantea el desarrollo de una Unidad Médica Hospitalaria Especializada (UMHES), diseñada para brindar servicios ambulatorios y hospitalarios de mediana y alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas con enfermedades cardiovascular aterogénica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

---

<sup>1</sup> Formulación proyecto: Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud. Banco Programas y proyectos Secretaria Distrital de Salud.

<sup>2</sup> <https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/TOMO1-digital.pdf> Plan de Desarrollo Distrital 2016-2020 Bogotá Mejor para Todos. Pag 162.



diabetes, enfermedad renal crónica, detección temprana de cáncer así como la comorbilidad por eventos mórbidos no mortales asociados a discapacidad relacionadas con enfermedad crónico-degenerativa visual auditiva, bucal. El proyecto también contempla la construcción de un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS tipo 2, con subespecialidades médicas y quirúrgicas).

El Proyecto aportará 215 nuevas camas a la red pública que se encuentran en función del tamaño del predio y los servicios definidos en el informe de planificación hospitalaria. El funcionamiento y la dotación deberán corresponder a una UMHES (servicios de internación) y será una institución de referencia médica del más alto grado de especialidad, hospital universitario, centro de investigación y desarrollo.

De las camas que tendrá la UMHES de Bosa, 195 corresponden a camas censables<sup>3</sup> que se distribuyen entre Medicina Interna (135) y Servicios Quirúrgicos (60). Los 20 restantes corresponden a camas no censables para adultos<sup>4</sup>, distribuidas en Cuidados Intensivos (12 camas) y Cuidados Intermedios (8 camas).

Respecto a la infraestructura para la atención de Consulta Externa (CAPS Tipo II para la subred Sur Occidente), se consideran 33 consultorios que se enfocarán en las especialidades médicas y quirúrgicas de que puedan atender como respaldo la atención de servicios de los CAPS tipo I y como puesta de entrada a intervenciones e internación al componente complementario (internación de mediana y alta complejidad del modelo (UMHES)).

La UMHES Bosa será el primer proyecto en el sector salud a ejecutarse bajo un esquema de Asociación Público-Privada (APP) en el marco de la ley 1508/12 que incluye el diseño, financiación, construcción, dotación, operación, reposición, mantenimiento y reversión de los equipos y de la infraestructura hospitalaria. El concedente del proyecto será la Secretaría Distrital de Salud.

Luego de realizar una debida diligencia predial y normativa, y un diagnóstico jurídico se concluyó lo siguiente:

- El proyecto se desarrollará bajo un esquema “Bata Gris- Verde” (diseño, construcción dotación, mantenimiento y operación de infraestructura) con el que se garantiza una adecuada prestación de los servicios requeridos en el Suroccidente de la Ciudad.
- La prestación del servicio médico corre por cuenta de la Subred, por lo cual los recursos requeridos para estas actividades no forman parte de este contrato, ni de las vigencias futuras que se tramitarían para este proyecto.

---

<sup>3</sup> Cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos.

<sup>4</sup> Cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos.

- El proyecto a la fecha cuenta con las soluciones requeridas para su ejecución, en particular existe un preacuerdo con la Secretaría Distrital de Hacienda (SHD) con relación a las fuentes existentes con un cupo de vigencias futuras para el proyecto.
- El proyecto cuenta con el Plan de Implantación aprobado.

A partir de los resultados obtenidos de la caracterización socioeconómica y socio-territorial de la población, la identificación, evaluación y análisis de impactos sociales, se identificaron los atributos que debían ser tenidos en cuenta por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la Subred Suroccidente y el Desarrollador privado para la construcción, operación y mantenimiento del Hospital de Bosa. Esto permitió definir las estrategias de gestión social que buscan potencializar las bondades del proyecto a través de una APP, las cuales se incluyeron como obligaciones contractuales en los apéndices técnicos.

En cuanto a requerimientos ambientales, el proyecto debe incluir todas las especificaciones técnicas y jurídicas para que el Hospital se certifique como un hospital LEED.

## **2. ALCANCE DEL PROYECTO:**

### **2.1. Descripción de la necesidad a satisfacer.**

Para la ciudad de Bogotá, se creó el Modelo de Atención Integral en Salud para la Ciudad, que delimita las herramientas técnicas de gestión, operativas, seguimiento y reestructuración institucional con el fin de dar respuesta a la población de Bogotá. Es por eso que la Red Pública Integrada de Servicios de Salud Distrital optó por dividir la Ciudad en Subredes Integradas de Servicios de Salud, con las cuales se podrá brindar una atención adecuada a las necesidades que cada zona presente.

En cumplimiento al acuerdo 641 del 6 de abril de 2016, a partir del 1 de agosto de 2016, da inicio la operación integrada de las Subredes en Bogotá D. C., lo que significó que las Unidades de Servicios de Salud-USS (hospitales) unificaron su operación administrativa en las áreas de cartera, facturación, recaudo, planeación, jurídica y oferta de servicios a los usuarios por cada una de las 4 Subredes creadas (Norte, Centro Oriente, Sur y Sur Occidente), buscando proveer servicios de salud en todos los grados de complejidad, mediante la reorganización de los 22 hospitales existentes en Distrito, con el objetivo de que los usuarios pudieran acceder a los servicios de la salud con una mayor facilidad, optimizando los recursos y disminuyendo las barreras de acceso.

De las camas totales existentes en Bogotá D. C. de hospitalización: un 30,87% están distribuidas en la Subred Centro Oriente, el 28,63% en la Subred Norte, un 22,73% en la Subred Sur y sólo un 17,76% en la Subred Sur Occidente. La Subred Sur Occidente fusiona las Empresas Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy e incluye a las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, con sus 644 barrios correspondientes, siendo la Subred de Bogotá con el mayor número de barrios.

El estudio de oferta y demanda que se hizo a nivel de la Subred Sur Occidente dio como resultado un déficit estimado de 786 camas, en su mayoría para pacientes crónicos. En la actualidad, la Localidad de Bosa solo cuenta con un hospital de segundo nivel con 60 camas dentro de una infraestructura insuficiente que no atiende la totalidad de necesidades hospitalarias del sector.

## **2.2. Población beneficiada.**

La Subred Sur Occidente se encuentra servida por 414 camas y es la segunda área urbana más grande de Bogotá con 2.4 millones de habitantes (30% de la población total de la ciudad). Esta Subred cuenta con una tasa de 0.4 camas hospitalarias/1,000 habitantes, que es una de la más baja de las cuatro subredes las cuales tienen 1.3 camas hospitalarias/1,000 habitantes.

## **2.3. Actividades o servicios que asumiría el inversionista.**

En la ejecución del Proyecto el inversionista tendrá que asumir todas las labores requeridas para lograr el diseño, financiación, construcción, dotación, operación, reposición, mantenimiento de planta y equipo (incluye consumibles) y reversión de los equipos y de la infraestructura hospitalaria del Hospital de Bosa.

El proyecto del hospital de Bosa se encuentra dividido en 3 etapas: 1) Pre-operativa; 2) Operación y Mantenimiento y 3). Reversión.

### **2.3.1. Etapa Pre-operativa**

Se estima que la duración de esta etapa es de 42 meses. Las principales obligaciones que tendrá el inversionista durante esta etapa serán las siguientes.

#### **2.3.1.1. Fase de Pre – Construcción: 18 meses**

- Obtener la financiación del Proyecto y lograr el cierre financiero.
- Presentar los Estudios Técnicos de Diseño Integral y Planos Constructivos del Proyecto para obtener la no objeción por parte de la interventoría y la SDS.
- Tramitar y obtener ante las Autoridades Estatales todos los permisos, licencias, autorizaciones y concesiones para adelantar el Proyecto, incluyendo la licencia de construcción, cualquier instrumento urbano necesario, así como aquellas necesarias para el uso y aprovechamiento de recursos naturales y para el depósito de materiales.

#### **2.3.1.2. Fase de Construcción: 21 meses**

- Adelantar las Obras de Construcción para lo cual deberá regirse en cuanto a tiempos de ejecución, calidades de las obras, y en general todos los aspectos técnicos, por lo dispuesto en el Contrato.
- Ejecutar las Obras de Construcción y desarrollar la Dotación de tal manera que, como resultado de la Fase de Construcción, la infraestructura del hospital cumpla con las normas que desarrollan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud al que se refiere el Decreto 1011 de 2006.
- Dotar el hospital con el Mobiliario Hospitalario y el Equipo Hospitalario establecidos en los Apéndices Técnicos.
- Apoyar el proceso de habilitación del hospital y suministrar la información y documentación que requiera la SDS y/o al Subred para ello y que guarde relación con el objeto del Contrato.

#### **2.3.1.3. Fase de Alistamiento: 3 meses**

- Ejecutar las actividades previstas en el Programa de Inicio de Servicios para la Fase de Alistamiento.
- Capacitar al personal de la Subred en la operación del Equipo Hospitalario y en general de toda la Dotación y equipamiento del Proyecto.
- Participar, junto con el Interventor en la medición de los Indicadores.
- Solucionar los Pendientes registrados durante las Pruebas de Terminación.
- Ajustar, corregir, adecuar, remplazar o reparar las Obras de Construcción y la Dotación de tal manera que, para el momento del inicio de la ejecución de actividades de Operación y Mantenimiento del hospital, tanto las Obras de

Construcción como la Dotación cumplan integralmente con lo previsto en el Contrato.

- Asumir el costo de los servicios públicos domiciliarios y de los servicios de telecomunicaciones de las áreas en las cuales desarrollará sus funciones administrativas, de acuerdo con la separación de acometidas, instalaciones y cuentas que se prevé en el Apéndice Técnico 1.

### **2.3.2. Etapa operación y mantenimiento**

Etapa en la cual el concesionario llevaría a cabo todas las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura y reposición de los equipos médicos. La duración de la etapa de operación y mantenimiento corresponde a 168 meses contados a partir de la terminación de la etapa pre-operativa:

1. Administración y Uso Eficiente de Servicios Generales
2. Mantenimiento de las Obras de Construcción y Equipamiento Hospitalario
3. Administración y Gestión de Equipamiento Hospitalario y Consumibles
4. Centro de Control Operacional (CCO)
5. Limpieza y Desinfección, Gestión de Residuos Peligrosos y No Peligrosos, Roedores y Vectores
6. Seguridad y Vigilancia
7. Mantenimiento de Equipos de Informática y Telecomunicaciones

### **2.3.3. Etapa de reversión**

Etapa en la cual se revierten las obras de construcción, incluyendo las obras complementarias y la dotación a la Subred y en la cual, se siguen prestando los servicios de operación y mantenimiento. La duración de la etapa de reversión corresponde a 6 meses contados a partir de la terminación de la etapa de operación y mantenimiento.

## **2.4. Estudios de demanda.**

Dentro de la estructuración del Proyecto Hospital de Bosa, se elaboró un estudio de Oferta y Demanda, el cual, estará disponible en el Cuarto de Datos.

## 2.5. Cronograma general y plan de inversiones de las etapas de construcción y operación y mantenimiento del proyecto, según corresponda.

El plan de inversiones hace parte del modelo financiero y por lo tanto tiene carácter reservado. A continuación, se presenta el cronograma general del proyecto de acuerdo con las etapas que fueron definidas.

### CRONOGRAMA GENERAL Y ETAPAS DEL HOSPITAL DE BOSA



Fuente: Elaboración propia

## 3. DISEÑO:

### 3.1 Descripción y estado de avance de los estudios disponibles de ingeniería, los cuales deberán estar mínimo en etapa de prefactibilidad. Los estudios deberán ser anexados.

Para el desarrollo de este proceso de precalificación, la SDS cuenta con estudios básicos de ingeniería y primer anteproyecto de diseño, los cuales se encuentran disponibles en el Cuarto de Datos.

### **3.2 Cronograma de desarrollo de estudios y diseños**

Respecto del cronograma de estudios y diseños debe tenerse en cuenta que éste corresponde a la estructuración efectuada dentro del presente proyecto, etapa que ya fue surtida y que el cronograma estimado de todo el proyecto corresponde al definido en el presente documento.

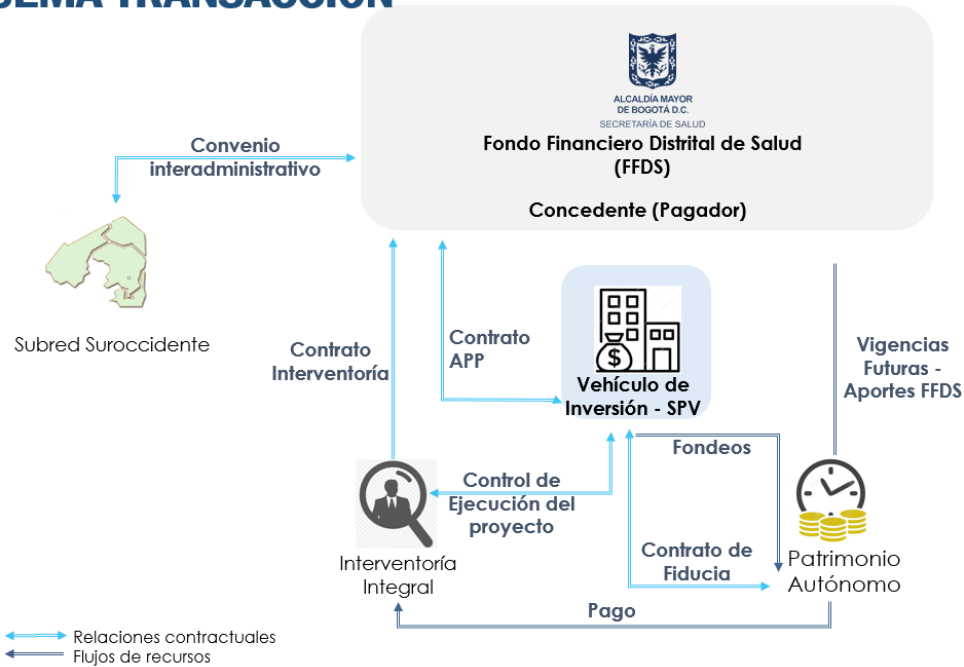
En todo caso, los interesados deberán tener en cuenta que las condiciones para el diseño definitivo del Proyecto serán aquellas previstas en el contrato y será producto del mismo, particularmente en su Apéndice Técnico 1: Especificaciones Técnicas de Construcción y Diseño de las Edificaciones y en el Apéndice Técnico 3: Especificaciones Técnicas de Dotación.

## **4. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO:**

### **4.1. Diseño conceptual de la estructura de la transacción propuesta identificando actores financieros, operativos y administrativos involucrados.**

El Proyecto se ha planteado -como se demuestra en el siguiente diagrama- con la SDS como la entidad contratante del Proyecto, en virtud de no sólo las competencias que ésta tiene en relación con la prestación de los servicios de salud en el Distrito, sino en ejecución de las obligaciones de un convenio interadministrativo que suscribiría con la Subred. A su turno, la Subred sería la beneficiaria del contratista en relación con la provisión de la infraestructura hospitalaria y equipos, así como en la prestación de los servicios. Finalmente, el Fondo Financiero Distrital de Salud sería la entidad encargada de aportar los recursos públicos destinados a los proyectos en los términos descritos en detalle en entregables anteriores.

## ESQUEMA TRANSACCIÓN



**Fuente:** Elaboración propia

### 4.1.1. Actores

A continuación, se analiza con más detalle el papel de los actores institucionales involucrados en el desarrollo del Proyecto.

#### a. Secretaría Distrital de Salud – Bogotá D.C.

La SDS es la entidad contratante del Proyecto y, por tal razón, será el legitimado para exigir el cumplimiento de las obligaciones del contratista, así como de hacer las deducciones y sanciones a que haya lugar.

Adicionalmente, será parte ejecutora de un convenio interadministrativo que suscribirá con la respectiva subred para efectos de instrumentar la participación de la subred, en ciertos aspectos de la gestión contractual del contrato (considerando que, al ser la subred la usuaria de la infraestructura y equipos, su participación en el etapa de terminación de las



obras y provisión de equipos, así como en la prestación de los servicios a cargo del privado es de vital importancia para la alineación de incentivos entre los actores del proyecto).

**b. Fondo Financiero Distrital de Salud**

De acuerdo con lo señalado en el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud se deben manejar de manera separada de las demás rentas del Distrito y con unidad de caja al interior del mismo, lo cual se cumple por el hecho de habersele dotado de personería jurídica. En adición a lo anterior, indica la citada ley que, en ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial, lo que obliga a concluir que cualquier recurso destinado a este proyecto deberá provenir del FFDS, aun en el caso en que se trate de recursos de libre destinación del Distrito.

Esta situación obliga a vincular al FFDS a la transacción, no como entidad encargada de la administración del contrato y de la exigencia de las obligaciones en él contenidas, sino como entidad aportante de los recursos públicos destinados a al Proyecto.

**c. Subred**

La subred sería el beneficiario del contrato en estas tres principales características: (i) uso de la infraestructura en la medida en que sería quien disfrutaría de la infraestructura disponible y la utilizaría para la prestación de los servicios de salud; (ii) beneficio de los servicios que serían remunerados a través del contrato de APP y (iii) reversión en la medida en que al final del contrato de APP la infraestructura se revertiría a favor de la subred.

En consecuencia, bajo este esquema, la subred sería la única responsable por la prestación del servicio de salud a los usuarios respectivos y su ofert y venta a las EPS (públicas o privadas), siendo la entidad encargada de administrar la unidad prestadora de servicios de salud respectiva. Así, en virtud del contrato de APP y del convenio interadministrativo, y considerando las obligaciones del contratista, la subred será la encargada de definir el gobierno de dicha unidad prestadora de salud.

**d. Contratista**

El Contratista será el obligado a diseñar, construir, dotar, operar y financiar la infraestructura hospitalaria, incluyendo los equipos, así como de prestar los servicios que mediante el contrato se le asignen. Su contraprestación estará ligada al cumplimiento de los estándares de calidad y niveles de servicio a los que contractualmente se obligue.

**e. Interventoría**

La interventoría, será igualmente contratada por la SDS y tendrá funciones de verificación técnica, legal y financiera, de las obligaciones a cargo del contratista. Al igual que en otros contratos de APP, los recursos para la contratación de la interventoría serán aportados por el Contratista y considerados para todos los efectos como un costo del proyecto.

**4.1.1.1. Actores relacionados con la financiación del proyecto**

**a. SPV (Special Purpose Vehicle)**

Special Purpose Vehicle o Vehículo de Propósito Especial es una sociedad comercial que crean el(los) adjudicatario(s) del proceso de selección exclusivamente para una determinada transacción financiera o una serie de transacciones, en este caso para el contrato. Esta figura permite mitigar potenciales riesgos otros proyectos y negocios de los adjudicatarios con el proyecto objeto de la consultoría, y facilita la implementación de esquema de financiación tipo Project Finance.

Por consiguiente, el SPV es quien suscribe el contrato y asume frente a la SDS las obligaciones y los riesgos derivados del mismo.

**b. Accionistas**

Toda vez que el contratista será una sociedad de objeto único, cuyos accionistas, al momento de la constitución de dicha sociedad, hicieron parte del oferente que resultó adjudicatario en el proceso de selección respectivo, este SPV tendrá la obligación de gestionar y obtener los recursos de patrimonio (equity) necesarios para ejecutar las

obligaciones que tiene a su cargo, los cuales podrán venir de sus accionistas. Adicionalmente, de pactarse tal condición en el proceso de selección, los accionistas podrán estar obligados a responder por el incumplimiento de la obligación de conseguir equity por parte del SPV, considerando que fueron éstos los que presentaron sus credenciales de consecución de financiación dentro del proceso de selección.

### **c. Prestamistas**

La inversión prevista para este Proyecto es ejecutada en gran medida con cargo a recursos de deuda bajo la figura de Project Finance. Dichos recursos son de particular importancia para la viabilidad de un esquema de APP.

Para el desarrollo de los proyectos, se considera adecuado que la consecución de recursos de deuda pueda acreditarse mediante: préstamos bancarios, emisión de títulos en el mercado de capitales, recursos de fondos de capital privado o, por último, una combinación de las anteriores modalidades. Por lo anterior, podrán adoptar el papel de prestamistas diversos actores como entidades financieras, tenedores de bonos, etc.

Por último, los prestamistas están autorizados por el artículo 30 de la Ley 1508 de 2012 asumir la ejecución del contrato en los eventos que el contratista incumpla los contratos de crédito o el contrato de APP.

### **d. Entidad Fiduciaria**

Siguiendo lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1508 de 2012, la administración de todos los recursos de un proyecto de APP debe adelantarse a través de un patrimonio autónomo constituido por el contratista a través de la suscripción de un contrato de fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Por consiguiente, a través de tal operación, y conforme está establecido en el artículo 1226 del Código de Comercio, el contratista transferirá todos los activos y pasivos del proyecto al patrimonio autónomo representado por la entidad fiduciaria, quien se obligará a administrarlos para cumplir las finalidades determinadas por las partes en el contrato de APP. Para asegurar que tal contrato de fiducia mercantil cumpla con los propósitos y necesidades del proyecto, se introducirán en el contrato de concesión las condiciones mínimas que deberán pactar el contratista y la sociedad fiduciaria.

Como parte de las condiciones que establezcan en el contrato de concesión, se establecerán las subcuentas mínimas que deberá tener el patrimonio autónomo y sus beneficiarios, así como los procedimientos que se deben seguir para el uso de los recursos consignados en cada una de dichas subcuentas. Este mecanismo será de especial importancia en la estructuración del mecanismo de pago del Proyecto.

Como contraprestación a sus servicios, la sociedad fiduciaria cobra una comisión fiduciaria que el contrato señalará es de entera responsabilidad del contratista.

#### **4.1.1.2. Actores relacionados con la operación y/o administración del Proyecto**

##### **a. Interventor**

El interventor es la persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal o cualquier otra forma de asociación permitida por la Ley que cumplirá con las funciones de supervisión, coordinación y control a los diferentes aspectos que intervendrán en el desarrollo del contrato con el fin de hacer cumplir sus especificaciones técnicas, administrativas, legales, presupuestales y financieras.<sup>5</sup>

La interventoría será contratada por la SDS y tendrá funciones de verificación técnica, legal y financiera de las obligaciones a cargo del contratista. Al igual que en otros contratos de APP, los recursos para la contratación de la interventoría serán aportados por el Contratista y considerados para todos los efectos como un costo del Proyecto, los cuales se aportarán al patrimonio autónomo que se cree.

El rol del interventor que se ha descrito anteriormente se complementa con el artículo 53 de la Ley 80 de 1993, el cual establece que los interventores “responderán civil, fiscal, penal y disciplinariamente, tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de interventoría, como por los hechos u omisiones que les sean imputables y causen daño o perjuicio a las entidades, derivados de la celebración y ejecución de los contratos respecto de los cuales hayan ejercido o ejerzan las funciones de interventoría”. Así mismo, el artículo

---

<sup>5</sup> El artículo 83 de la Ley 80 de 1993 establece: *La interventoría consistirá en el seguimiento técnico que sobre el cumplimiento del contrato realice una persona natural o jurídica contratada para tal fin por la Entidad Estatal, cuando el seguimiento del contrato suponga conocimiento especializado en la materia, o cuando la complejidad o la extensión del mismo lo justifiquen. No obstante, lo anterior cuando la entidad lo encuentre justificado y acorde a la naturaleza del contrato principal, podrá contratar el seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, jurídico del objeto o contrato dentro de la interventoría.*

83 de esta ley adiciona que las entidades públicas están obligadas a vigilar permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado a través de un interventor.

#### **b. Aseguradoras**

Como requisito indispensable para la suscripción del Acta de Inicio se requiere la presentación por parte del contratista y aprobación por parte de la SDS de: (i) la garantía única de cumplimiento, (ii) la póliza de responsabilidad extracontractual, (iii) el seguro de daños contra todo riesgo.

Como requisito para la iniciación de cada una de las fases y etapas en las que se divide el contrato de concesión, el contratista deberá renovar y/o constituir los amparos y garantías que sean requeridos para la fase o etapa correspondiente, de acuerdo con lo previsto en dicho contrato.

#### **4.2. Identificación de factores que afectan la normal ejecución del proyecto entre otros, factores sociales, ambientales, prediales o ecológicos y propuesta inicial de mitigación de la potencial afectación para darle viabilidad al proyecto.**

Los temas asociados con los riesgos del proyecto se encuentran en revisión del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Una vez sea emitido este concepto, dicha información se pondrá a disposición en el Cuarto de Datos.

### **5. COSTO ESTIMADO**

La información relacionada con el modelo financiero tiene reserva legal. No obstante, la información financiera relevante del Proyecto estará incorporada en la Parte Especial del Contrato.

### **6. FUENTE DE FINANCIACIÓN:**

#### **6.1. Estimación inicial de los ingresos operacionales del proyecto y sus proyecciones.**

La información relacionada con el modelo financiero tiene reserva legal. No obstante, la información financiera relevante del Proyecto estará incorporada en la Parte Especial del Contrato.

**6.2. Estimación preliminar de la necesidad de contar con desembolsos de recursos públicos.**

El Proyecto requiere desembolso de recursos públicos, para lo cual se deberán obtener vigencias futuras del Distrito – Fondo Financiero Distrital de Salud.

**6.3. Identificación y estimación de las potenciales fuentes de financiación.**

Los ingresos del proyecto corresponderán a vigencias futuras y explotación de servicios comerciales. El proyecto será financiado vía equity y deuda.

La información financiera relevante del Proyecto estará incorporada en la Parte Especial del Contrato.