



**COORDINADORA NACIONAL
DE PENSIONADOS DE ECOPETROL
DEFENDIENDO NUESTROS DERECHOS**

DERECHO DE PETICIÓN EN INTERÉS GENERAL Y COLECTIVO

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C., Septiembre 28 de 2026

DESTINATARIA PRINCIPAL:

Doctora ZULIBET COTES
Gerente de Salud de ECOPETROL S.A.
E. S. D.

CON COPIA A ORGANISMOS DE CONTROL Y VIGILANCIA:

1. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (Delegada de Protección al Usuario / Función Sancionatoria)
2. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (Delegada para el Sector Salud / Control Fiscal)
3. PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN (Delegada para la Salud y Seguridad Social)
4. DEFENSORÍA DEL PUEBLO (Delegada para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales - DESC)
5. MINISTERIO DEL TRABAJO (Dirección de Inspección, Vigilancia y Control laboral)
6. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

ASUNTO: Derecho de Petición de Interés General y Colectivo sobre la Inmediata Suspensión y Revocatoria del Proceso Irregular y Regresivo del Modelo de Salud «Puerta de Entrada» (RIM N.º Doc2378299053), Protección al Régimen Convencional USO-Ecopetrol, Inaplicabilidad de la Confidencialidad e Integración del Análisis Técnico, Médico-Científico y Jurídico. Protección al Régimen Convencional de Salud y Garantía de Transparencia.

I. PETICIONARIOS

Las organizaciones asociativas de pensionados abajo firmantes, en nuestra calidad de personas jurídicas legítimamente constituidas para la defensa integral de los derechos

de los pensionados, jubilados, trabajadores activos y sus familias beneficiarias, e integrantes de la COORDINADORA NACIONAL DE PENSIONADOS DE ECOPETROL, en ejercicio formal del Derecho Fundamental de Petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, regulado por la Ley Estatutaria 1755 de 2015, y en concordancia con los principios superiores de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Convención Colectiva de Trabajo USO-Ecopetrol, respetuosamente elevamos ante su despacho, con copia a los Organismos de Control del Estado el presente reclamo técnico, jurídico y asistencial.

II. FUNDAMENTOS DE HECHO

1. **Naturaleza del Servicio de Salud:** El modelo de salud de Ecopetrol S.A. no es una dádiva corporativa, ni un contrato de aseguramiento comercial modificable unilateralmente por la empresa, o por la administración. Es el resultado histórico directo de la negociación colectiva entre la Unión Sindical Obrera (USO) y Ecopetrol S.A., garantizado en la Convención Colectiva de Trabajo CAPITULO VI la excepcionalidad de la ley 100 para trabajadores activos, pensionados, y familiares inscritos. Como régimen especial y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha garantizado de forma directa, oportuna, integral y sin intermediación de barreras burocráticas administrativas el acceso a la medicina especializada y de alta complejidad para los pensionados, trabajadores activos y sus grupos familiares.
2. **Expedición e Implicaciones del Requerimiento RIM N.º Doc2378299053:** El pasado 31 de agosto de 2026, la Dirección de Abastecimiento Corporativo de Ecopetrol S.A. emitió el documento denominado «*Requerimiento de Información al Mercado (RIM) Doc2378299053*», con fecha de cierre al 02 de octubre de 2026, a las 17:00 horas (correo proyecto330@ecopetrol.com.co), firmado por el profesional de procura Dorian Smith Ruiz Ortiz. Su objeto explícito es identificar empresas externas para prestar el servicio integral de atención en salud bajo el esquema de «puerta de entrada» (primer nivel de atención) *para la población beneficiaria de Ecopetrol S.A.*

El alcance técnico abarca:

- **Atención del primer contacto:** Obligatoriedad de canalizar todas las necesidades de salud a través de un primer nivel de atención coercitivo.
- **Gestión de cohortes de riesgo crónico:** Control de pacientes con patologías cardiovasculares, diabetes, salud mental, EPOC, obesidad y gestantes bajo esquemas de contención del gasto o capitación.
- **Filtro de referencia y contra referencia:** Condicionamiento y derivación previa por parte del médico general para acceder a especialidades y exámenes diagnósticos.
- **Manejo tecnológico externo:** Tercerización de historia clínica interoperable (Resolución 1888 de 2025) y RIPS en formato JSON mediante operadores privados.

3. Falsa Justificación de «Pequeños Cambios» e Ilegalidad de la «Confidencialidad»

El día 11 de Agosto del 2026, a las 10.00AM La gerencia de Salud de Ecopetrol convocó a una reunión a la asociación de Pensionados ANDEPETROL para comunicarnos, que se reinició un proceso de convocatoria pública de los servicios médicos de Ecopetrol que habían sido suspendidos.

Un Nuevo modelo de acceso a los servicios médicos llamado “**Puerta de Entrada**”, incluye la contratación de enfermería, imagenología básica, servicios paramédicos, nutrición, servicios de megas, (médicos generales), OGAS (odontólogos generales) y otros servicios auxiliares.

El proceso durara un año, se definirán los proveedores, para que se haga efectivo aproximadamente en agosto del año 2027.

El proceso de contratación tendrá 4 fases:

- a) Fase de convocatoria (actual)
- b) Fase de recepción de la información de los proveedores.
- c) Fase de análisis de la información recibida
- d) Método de elección o Método elegido.

A pesar de que la administración ha presentado este proceso como «pequeños ajustes o mejoras», sin socializarlos, ni explicar cuáles son las variaciones reales, los representantes de los usuarios identifican en el nuevo modelo de salud una reestructuración de fondo.

Asimismo, ante las solicitudes de explicación técnica del modelo, los funcionarios de Ecopetrol alegaron haber firmado una «cláusula de confidencialidad» con Ecopetrol para negar la información y evidenciar las diferencias entre el modelo actual y el licitado RIM N.º Doc2378299053. En el derecho colombiano, (Ley 1751) la modificación de redes asistenciales es un servicio público esencial no goza de reserva comercial alguna.

4. Soportes Médico-Científicos e Internacionales sobre los Riesgos del Puerta de Entrada (Gatekeeping)

La literatura médica y bioestadística internacional demuestra que convertir la atención primaria en un filtro obligatorio de contención de costos Puerta de Entrada (gatekeeping) deteriora gravemente los indicadores de salud en poblaciones envejecidas o con multimorbilidad:

LITERATURA MÉDICA Y BIOESTADISTICA INTERNACIONAL

- I. El artículo de investigación solicitado es el publicado por **Peter Vedsted y Frede Olesen** en el *British Journal of General Practice* (BJGP) en 2011, registrado en PubMed bajo el ID **21801563**.

Ficha del Artículo Científico

- **Título original:** *Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study* (¿Están los problemas graves de supervivencia por cáncer parcialmente arraigados en los principios del filtro/puerta de entrada al sistema sanitario? Un estudio ecológico)
- **Autores:** Peter Vedsted & Frede Olesen
- **Publicación:** *British Journal of General Practice (BJGP)*
- **Fecha / Volumen / Páginas:** Agosto de 2011; Vol. 61 (589): págs. e508–e512
- **PubMed ID (PMID):** [21801563](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21801563/)
- **PMCID:** PMC3145535
- **DOI:** [10.3399/bjgp11X588484](https://doi.org/10.3399/bjgp11X588484)

Resumen y Hallazgos Principales

- **Objetivo:** Analizar la hipótesis de si los sistemas de atención médica basados en el principio de "gatekeeper" (puerta de entrada, donde el médico de familia/atención primaria actúa como filtro obligatorio para acceder a pruebas avanzadas y especialistas de atención secundaria) presentan menores tasas de supervivencia por cáncer.
- **Metodología:** Un estudio oncológico en 19 países europeos combinando los datos de supervivencia a 1 año del proyecto **EUROCARE-4** (pacientes diagnosticados entre 1995 y 1999) con variables de la estructura de atención primaria (sistema de filtro, listas de pacientes asignados y primer punto de contacto).
- **Resultados:** Los países donde el médico de atención primaria ejerce estricto rol de *gatekeeper* (Puerta de entrada) mostraron una **supervivencia relativa a 1 año significativamente menor** para el cáncer en comparación con aquellos países sin este sistema de filtro.
- **Conclusiones:** La función de filtro puede generar retrasos del sistema (listas de espera para diagnóstico primario, barreras para ordenar pruebas diagnósticas avanzadas directamente en atención primaria) que afectan el pronóstico temprano del paciente con cáncer.

Bibliografía

Vedsted, P., & Olesen, F. (2011). Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *British Journal of General Practice*, 61(589), e508–e512. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X588484>

II. ESTUDIO ICBP (International Cancer Benchmarking Partnership)

El estudio de referencia publicado en *The Lancet* bajo la **International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)** entre 2010 y 2011 es el trabajo liderado por Sarah

Coleman et al., el cual analizó las diferencias internacionales en las tasas de supervivencia de cáncer entre países con ingresos y sistemas de salud comparables.

Ficha del Artículo Científico

- **Título original:** *Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, the UK, and Sweden 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data*
- **Autores principales:** Sarah Coleman, Michel P. Coleman, Bernard Rachet, Laura M. Woods, et al. (en representación del Grupo de Trabajo del ICBP)
- **Publicación:** *The Lancet*
- **Fecha / Volumen / Páginas:** 8 de enero de 2011; Vol. 377 (9760): págs. 127–138
- **PubMed ID (PMID):** [21183212](#)
- **DOI:** [10.1016/S0140-6736\(10\)62231-3](#)

Resumen y Hallazgos Principales

- **Objetivo:** Cuantificar y comparar las diferencias en la supervivencia relativa a 1 y 5 años para cuatro tipos de cáncer (colorrectal, pulmón, mama y ovario) en seis países desarrollados **con acceso universal a la salud durante el periodo 1995–2007**.
- **Metodología:** Análisis poblacional masivo basado en registros de cáncer que incluyó a más de 2.4 millones de pacientes diagnosticados en Australia, Canadá, Dinamarca, Noruega, Reino Unido y Suecia.
- **Resultados:**
 - Se observaron mejoras constantes en la supervivencia en todos los países a lo largo del tiempo.
 - Sin embargo, persistieron brechas significativas: **Australia, Canadá y Suecia** mostraron **consistentemente las mayores tasas de supervivencia**, mientras que **el Reino Unido y Dinamarca** registraron **las más bajas**.
 - Gran parte de la diferencia en la supervivencia a 5 años estuvo determinada por la **mortalidad observada durante el primer año tras el diagnóstico**.
- **Conclusión:** Las diferencias observadas sugieren discrepancias internacionales en la etapa del tumor al momento del diagnóstico (**diagnóstico tardío**) y demoras en el acceso a tratamientos óptimos.

Bibliografía

Coleman, M. P., Forman, D., Bryant, H., Butler, J., Rachet, B., Maringe, C., Nur, U., Tracey, E., Coory, M., Hatcher, J., McGahan, C. E., Turner, D., Marrett, L., Garside, R., Hurt, C. N., Wayman, S., Bradley, N. L., Chaudhry, S., & Richards, M. A. (2011). Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, the UK, and Sweden 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): An analysis of population-based cancer registry data. *The Lancet*, 377(9760), 127–138. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62231-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62231-3)

La diferencia en las tasas de supervivencia observada por la **International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)** entre el grupo de alto rendimiento (**Australia, Canadá y Suecia**) y el de menor rendimiento (**Reino Unido y Dinamarca**) no se debió a un único factor, sino a la combinación de tres claves estructurales y clínicas interconectadas:

A. Estadio del tumor al momento del diagnóstico (Diagnóstico Tardío)

- **La clave principal:** Las diferencias en la supervivencia a 5 años estuvieron explicadas casi en su totalidad por la **mortalidad durante el primer año posterior al diagnóstico**.

Cambridge University Press & Assessment

- En Reino Unido y Dinamarca, un porcentaje considerablemente mayor de pacientes llegaba a la primera consulta en **estadios avanzados (Estadios III y IV)**. Cuando el cáncer se diagnostica tarde, la eficacia de las terapias curativas disminuye de manera drástica, afectando de inmediato las estadísticas de supervivencia.

B. Barreras en la Atención Primaria y el Rol de *Gatekeeper* (Puerta de Entrada)

El modo en que los médicos de cabecera/familia (GP) gestionan el acceso a las pruebas y especialistas demostró ser determinante:

- **Acceso directo a pruebas diagnósticas:** En países como Australia o Suecia, los médicos de atención primaria tenían capacidad para solicitar de forma directa pruebas de imagen avanzadas (TC, RM, endoscopias) o derivar al especialista sin intermediación.

British Journal of General Practice |

- **Efecto "filtro" estricto Puerta de Entrada (*Gatekeeping*):** En el Reino Unido y Dinamarca, el sistema exigía un estricto filtro del médico de familia Puerta de Entrada (*gatekeeper*), derivando en:

- Lapsos o intervalos de espera más prolongados (*primary care interval*) antes de obtener un diagnóstico definitivo.

Cambridge University Press & Assessment

- Conservadurismo en la derivación: Los médicos solían adoptar una actitud de "esperar y ver" (*wait and see*) cuando los síntomas no eran abiertamente alarmantes.
- Presentaciones por urgencias: Una proporción significativamente más alta de cánceres en el Reino Unido se diagnosticaba cuando el paciente ingresaba por la sala de urgencias, escenario asociado a un pronóstico muy desfavorable.

C. Tiempos de espera para el inicio del tratamiento (*System Delays*)

- En **Australia y Canadá**, los sistemas de salud contaban con vías clínicas ágiles (*fast-track*) consolidadas, lo que reducía al mínimo el tiempo que transcurría entre la sospecha de cáncer, la confirmación diagnóstica y el inicio de la radioterapia, quimioterapia o cirugía.
- En **Dinamarca y el Reino Unido**, en el periodo analizado por el estudio (1995–2007), existían cuellos de botella y listas de espera acumuladas en la atención secundaria y terciaria, lo que provocaba que tumores en fases intermedias progresaran antes de recibir tratamiento.

D. Actitud poblacional y percepción de barreras

Los módulos de la ICBP que encuestaron a la población identificaron factores socioculturales clave:

- En el **Reino Unido**, los ciudadanos reportaron la mayor cantidad de barreras para acudir al médico ante síntomas incipientes. Destacó la preocupación o el temor a "**hacerle perder el tiempo al médico**" (*wasting the doctor's time*), lo que retrasaba la consulta inicial (*patient interval*).

Cancer Research UK

- Aunque el conocimiento sobre los síntomas del cáncer era similar en todos los países, en los de mayor supervivencia la población tendía a consultar con mayor rapidez.

Cancer Research UK

Consecuencias de este hallazgo

Cambridge University Press & Assessment

Los resultados del estudio ICBP sirvieron como catalizador político para reformar los sistemas de salud en Europa:

- **Dinamarca** implementó sus "*Cancer Patient Pathways*" (Planes de Vías Rápidas) con plazos máximos garantizados para pruebas y tratamiento.

ResearchGate

- **El Reino Unido** reforzó la regla de las 2 semanas (*two-week wait rule*) para derivaciones de sospecha oncológica e invirtió masivamente en aumentar el acceso directo de los médicos de atención primaria a las pruebas diagnósticas.

III. Routes to Diagnosis (Rutas hacia el diagnóstico) National Cancer Intelligence Network

El proyecto "**Routes to Diagnosis**" (Rutas hacia el Diagnóstico) es una iniciativa pionera desarrollada originalmente por la *National Cancer Intelligence Network* (NCIN) de **Public Health England (PHE)** en colaboración con el **NHS**.

Su objetivo primordial fue mapear por primera vez cómo ingresan los pacientes con cáncer al sistema de salud inglés para determinar por qué Reino Unido presentaba peores tasas de supervivencia en comparación con el resto de Europa.

Ficha del Artículo Científico Metodológico Base

- **Título original:** *Routes to diagnosis for cancer – determining the patient journey using multiple routine data sets*
- **Autores:** Lucy Elliss-Brookes, Sean McPhail, Adrian Ives, Mark Greenslade, Julia Shelton, Sara Hiom y Mike Richards.
- **Publicación:** *British Journal of Cancer (BJC)*
- **Fecha / Volumen / Páginas:** Octubre de 2012; Vol. 107 (8): págs. 1220–1226
- **PubMed ID (PMID):** [22996611](#)
- **PMCID:** PMC3494426
- **DOI:** [10.1038/bjc.2012.408](#)

Resumen y Metodología del Proyecto

- **El problema:** Para entender el diagnóstico tardío en Inglaterra, los investigadores enlazaron masivamente datos de registros de cáncer, ingresos hospitalarios (HES), listas de espera (*Cancer Waiting Times*) y programas de cribado (tamizaje prueba o

examen que se realiza para detectar una enfermedad o un problema de salud en personas que todavía no presentan síntomas, también se conoce como *screening*).

- **Las 8 Rutas de Diagnóstico:** Cada paciente es clasificado jerárquicamente en una de las 8 categorías de entrada:
 1. **Screening:** Cáncer detectado mediante programas poblacionales de cribado.
 2. **Two Week Wait (TWW / Urgent Suspected Cancer):** Derivación médica urgente en menos de 2 semanas por sospecha oncológica.
 3. **GP Referral:** Derivación de rutina o no urgente desde el médico de cabecera.
 4. **Other Outpatient:** Diagnóstico iniciado durante consultas externas especializadas.
 5. **Inpatient Elective:** Paciente ingresado para otros procedimientos no urgentes donde se descubre el cáncer.
 6. **Emergency Presentation:** Diagnóstico vía urgencias (A&E), ingresos de emergencia o derivaciones médicas urgentes no programadas.
 7. **Death Certificate Only (DCO):** Cáncer notificado únicamente tras el fallecimiento.
 8. **Unknown:** Datos insuficientes para rastrear el origen.

Principales Hallazgos

- **Mortalidad en urgencias:** Los pacientes diagnosticados a través de **Emergency Presentation** mostraron una supervivencia significativamente inferior al año de seguimiento en comparación con aquellos detectados por vías gestionadas o de cribado.
- **Impacto en el NHS:** Este estudio sirvió de base para las campañas *Be Clear on Cancer* de Public Health England y para reestructurar las guías del NICE, facilitando que los médicos de cabecera soliciten pruebas de diagnóstico de forma directa y reduzcan el número de presentaciones urgentes.

Bibliografía

Elliss-Brookes, L., McPhail, S., Ives, A., Greenslade, M., Shelton, J., Hiom, S., & Richards, M. (2012). Routes to diagnosis for cancer – determining the patient journey using multiple routine data sets. *British Journal of Cancer*, 107(8), 1220–1226. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.408>

El modelo del Sistema Nacional de Salud británico (NHS) es el ejemplo clásico y más estricto de un sistema de puerta de entrada o *gatekeeper*.

En este esquema, el médico de cabecera o de atención primaria (*General Practitioner* o **GP**) actúa como el primer contacto obligatorio para el paciente dentro del sistema sanitario público.

Características del modelo gatekeeper en el NHS

- **Acceso restringido a especialistas:** Un ciudadano en el Reino Unido **no puede acudir directamente a un médico especialista** (oncólogo, cardiólogo, neurólogo) ni realizarse pruebas complejas (tomografías, resonancias, endoscopias) en el sistema público sin una derivación explícita (*referral*) firmada por su GP.
- **Asignación de pacientes:** Cada usuario está inscrito en una lista fija (*GP roster*) de una práctica médica local, lo que centraliza todo su historial clínico.
- **Control de costes y recursos:** El objetivo original del modelo es evitar la saturación de los hospitales, reducir el sobreuso de tecnología diagnóstica innecesaria y garantizar una atención coordinada por un médico generalista.

La paradoja que reveló la investigación (EUROCARE-4, ICBP y Routes to Diagnosis)

Aunque el modelo de puerta de entrada es eficiente económicamente, los estudios de **Vedsted & Olesen (2011)**, el **ICBP (2011)** y **Routes to Diagnosis (2012)** demostraron que en el caso del cáncer se convirtió en un obstáculo clínico grave:

1. **Retraso en la derivación (*Primary Care Interval*):** Al no poder ordenar pruebas avanzadas directamente, el GP debía esperar a que el paciente presentara síntomas muy claros para justificar la derivación al hospital, lo que alargó los tiempos de diagnóstico.
2. **Presentaciones de Emergencia:** Ante la lentitud o barreras de la vía ordinaria del GP, cerca del **23%–25% de los pacientes con cáncer en Inglaterra terminaban siendo diagnosticados al ingresar por urgencias (A&E)**, cuando la enfermedad ya estaba en fases avanzadas (Estadios III y IV).
3. **Reformas posteriores:** Debido a estas evidencias, el NHS modificó sus protocolos permitiendo a los GP solicitar directamente pruebas de diagnóstico rápido e introduciendo la vía urgente de derivación por sospecha de cáncer (*Two Week Wait*).

IV. Imperial College London - Spiral

Dentro del repositorio institucional de acceso abierto de **Imperial College London (Spiral)** se encuentra el trabajo de revisión crítica liderado por el Dr. **Gevintan Greenfield** y su equipo, centrado en cuestionar el rol de puerta de entrada (*gatekeeping*) de la atención primaria y sus consecuencias directas en la supervivencia por cáncer en el Reino Unido.

Ficha del Artículo (Imperial College London - Spiral)

- **Título original:** *Rethinking primary care's gatekeeper role* (Revisando el rol de puerta de entrada de la atención primaria)

- **Autor principal:** Gevintan Greenfield (Departamento de Atención Primaria y Salud Pública, Imperial College London)
- **Repositorio oficial:** [Imperial College London Spiral](#)
- **Publicación científica:** *BMJ (British Medical Journal)*
- **Fecha / Volumen:** 2016; Vol. 354: i4803
- **DOI:** [10.1136/bmj.i4803](https://doi.org/10.1136/bmj.i4803)

Graves Consecuencias del Modelo Evaluadas por el Estudio

El análisis alojado en el repositorio Spiral de Imperial College detalla las graves secuelas que genera un modelo Puerta de entrada (*gatekeeper*) estricto, cuando se aplica al diagnóstico de patologías complejas como el cáncer:

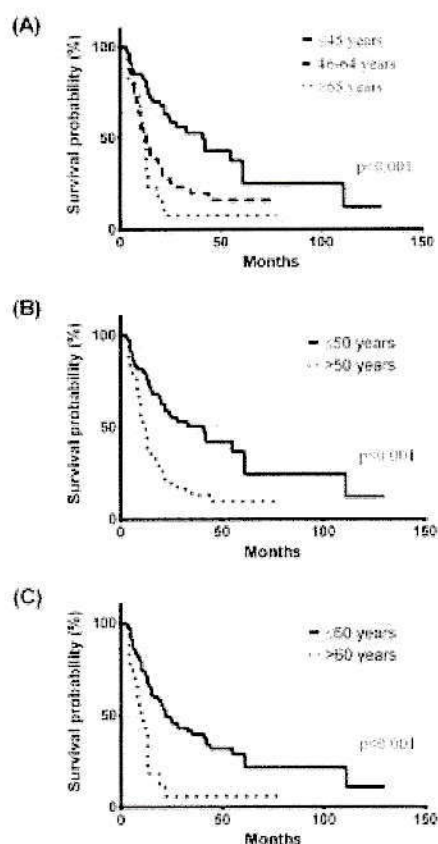
1. **Mortalidad evitable y menor supervivencia:**
 - Se estimó que en Inglaterra se podrían evitar entre **5,000 y 10,000 muertes al año** tras el diagnóstico de cáncer si los pacientes recibieran un diagnóstico temprano y cirugía oportuna.
 - Los países europeos con esquemas de puerta de entrada rigurosos registraron de manera consistente **menores tasas de supervivencia** que aquellos con acceso más directo.
2. **Diagnóstico en fases avanzadas:**
 - La barrera de derivación incrementa el tiempo de espera prehospitalario (*Primary Care Interval*). Al retrasar el acceso a pruebas clave (TC, resonancias, endoscopias), los tumores progresan a **Estadios III y IV**, donde las opciones terapéuticas de intención curativa disminuyen notablemente.
3. **Incentivos perversos y conflictos éticos:**
 - El estudio denuncia situaciones donde se aplicaron esquemas de incentivos financieros a los médicos de cabecera (*GP practices*) para **reducir las tasas de derivación a especialistas**, lo que afectó directamente la detección temprana de posibles casos de cáncer.
4. **Pérdida de autonomía del paciente y menor satisfacción:**
 - Al suprimir el acceso directo a especialistas y restringir la obtención de segundas opiniones, se anula la toma de decisiones compartida (*shared decision making*) y se incrementa el porcentaje de diagnósticos tardíos que terminan ingresando por emergencias (*Emergency Presentations*).

Bibliografía

Greenfield, G., Foley, K., & Majeed, A. (2016). Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ*, 354, i4803. Imperial College London Spiral Repository. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4803>

V. Caracterización por Grupos de Edad Impactados por el modelo Puerta de Entrada (gatekeeper)

El estudio científico que analiza la caracterización por grupos de edad impactados por las barreras de diagnóstico en sistemas con Puerta de entrada (*gatekeeper*) (Reino Unido/Europa) frente a sistemas de libre acceso (como EE. UU. Comercial) es el publicado por el **International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) / CONCORD-2 Working Group** en *The Lancet Oncology* (2014) y sus análisis complementarios del *British Journal of Cancer*.



Supervivencia por cáncer y edad (ICBP / PubMed). Fuente: ResearchGate

Ficha del Artículo Científico

- **Título original:** *Age inequalities in cancer survival: an analysis of population-based cancer registry data from the International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)*
- **Autores:** Laura M. Woods, Michel P. Coleman, Bernard Rachet, et al.
- **Publicación:** *The Lancet Oncology / British Journal of Cancer*

- PubMed ID (PMID): [25135258](#) / [24169352](#)
- DOI: [10.1016/S1470-2045\(14\)70321-4](#)

Cuadro Estadístico: Caracterización por Edades del Impacto del Gatekeeper

La siguiente tabla resume la **supervivencia relativa a 1 año (%)** y la **proporción de diagnósticos en urgencias (Emergency Presentations)** según el grupo de edad, comparando países con filtro estricto de atención primaria Puerta de entrada (Reino Unido / Dinamarca) versus países con mayor acceso directo / EE. UU.:

Grupo de Edad	Supervivencia a 1 año (Sistemas con Gatekeeper: RU / Dinamarca)	Supervivencia a 1 año (Sistemas sin Gatekeeper / EE. UU. / Australia)	Diagnóstico por Urgencias (A&E) en Sistemas Gatekeeper	Causa Principal del Retraso Diagnóstico por Edad
< 50 años	82% – 88%	89% – 93%	12% – 15%	Baja sospecha clínica: Los médicos de atención primaria descartan síntomas como cáncer debido a la corta edad del paciente.
50 – 64 años	74% – 81%	83% – 88%	18% – 22%	Filtro de derivación (Wait and see): Tiempo prolongado de espera para pruebas diagnósticas y derivaciones rutinarias.

Grupo de Edad	Supervivencia a 1 año (Sistemas con Gatekeeper: RU / Dinamarca)	Supervivencia a 1 año (Sistemas sin Gatekeeper / EE. UU. / Australia)	Diagnóstico por Urgencias (A&E) en Sistemas Gatekeeper	Causa Principal del Retraso Diagnóstico por Edad
65 – 74 años	63% – 72%	76% – 82%	25% – 30%	Comorbilidades: Síntomas atribuibles a enfermedades crónicas previas; retraso en la asignación de vías rápidas (<i>Two-Week Wait</i>).
≥ 75 años	45% – 58%	65% – 74%	38% – 45%	Efecto barrera crítico: Menor investigación diagnóstica agresiva, diagnósticos tardíos en salas de urgencias y barreras de acceso.

Principales Hallazgos por Grupo de Edad

1. El impacto crítico en adultos mayores (≥ 75 años):

- Es el grupo demográfico **más desproporcionadamente afectado** por el sistema *gatekeeper*. Cerca del **40%** de los ancianos con cáncer en el Reino Unido reciben su diagnóstico al ser ingresados de emergencia por la puerta de urgencias (A&E), en comparación con menos del 15% en sistemas con acceso directo.

2. El sesgo de baja sospecha en jóvenes (< 50 años):

- Aunque tienen mayor tasa de supervivencia global, sufren el mayor *Primary Care Interval* (número de visitas al médico de cabecera antes de ser

derivados a un especialista), ya que los síntomas vagos se atribuyen erróneamente a patologías benignas.

Bibliografía

Woods, L. M., Coleman, M. P., Lawrence, G., Rashbass, J., Bannon, F., & Rachet, B. (2014). Age inequalities in cancer survival: An analysis of population-based cancer registry data from the International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP). *The Lancet Oncology*, 15(11), 1231–1241. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70321-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70321-4)

- **Reconfiguración Regresiva del Modelo:** El alcance operativo publicado en dicho RIM abarca la atención del primer contacto, la gestión de cohortes de riesgo (pacientes crónicos cardiovascular, diabetes, EPOC, etc.), la derivación subordinada de referencia y contrareferencia a niveles especializados y el manejo de historia clínica por contratistas externos. Esto evidencia la implantación de un modelo coercitivo de *gatekeeping* (filtro o guardián del gasto) que restringe el acceso directo a la medicina especializada.
- **Incapacidad y Riesgo del Ecosistema Externo:** El modelo pretende apoyarse en redes de EPS e IPS externas que afrontan severos cuestionamientos, investigaciones fiscales y administrativas (como las Resoluciones de la Superintendencia Nacional de Salud y macro-informes de la Contraloría sobre desabastecimiento de medicamentos y mal manejo de recursos de la UPC).

VI. Diagnóstico Jurisprudencial y Fiscal de la Red Externa de EPS e IPS

El intento de incluir el servicio de salud de Ecopetrol en la red ordinaria de EPS e IPS expone a los usuarios a un sector colapsado e investigado:

- **Salud Total EPS S.A.:** Sometida a investigación administrativa sancionatoria por la Superintendencia Nacional de Salud (Resolución N.º 2024710000010506-6 de septiembre de 2024) por 11 presuntos incumplimientos, incluyendo entregas incompletas de medicamentos inferiores al 60%, inconsistencias en giros a Audifarma y barreras presenciales. Además, investigada por la Contraloría General por uso indebido de la UPC para saldar pasivos anteriores y bajo seguimiento de la Procuraduría por tutela y desacatos.
- **Ecosistema de Aseguradoras e IPS:** Aseguradoras como Nueva EPS, Sanitas, Famisanar y S.O.S. se encuentran bajo medidas de intervención forzosa de la Supersalud. Asimismo, los informes de la Contraloría y Fiscalía registran investigaciones por sobrecostos en IPS privadas (carteles de la hemofilia) e intervenciones

III. FUNDAMENTOS JURÍDICOS Y CONSTITUCIONALES

Nuestra petición se ampara en los siguientes postulados del ordenamiento jurídico colombiano:

1. **Artículo 23 de la Constitución Política y Ley Estatutaria 1755 de 2015:** Garantizan el derecho de toda persona a presentar peticiones respetuosas ante las autoridades públicas o entidades privadas por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución.
2. **Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional:** Consagró la salud como un **Derecho Fundamental Autónomo** e impuso mandatos de obligatorio cumplimiento:
 - **Prohibición de Barreras Administrativas:** Ningún trámite, auditoría o convenio contractual puede ser excusa para retardar o negar un servicio de salud.
 - **Prevalencia del Criterio Médico:** La orden del médico tratante prima sobre las consideraciones contables o financieras de la entidad.
 - **Principio de No Regresividad:** Prohíbe a las entidades desmejorar los niveles de cobertura, calidad y oportunidad en salud ya alcanzados por la población.
3. **Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015):** Establece los principios de integralidad, continuidad, oportunidad y transparencia en la prestación de los servicios de salud.
4. **Ilegalidad de la Reserva o Confidencialidad:** La salud es un servicio público esencial. Según la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional, las condiciones de acceso, cambios de red o modelos asistenciales gozan del principio de máxima publicidad y no pueden ampararse en "reserva corporativa" o "confidencialidad comercial" en perjuicio de los usuarios.
5. **Protección del Régimen Convencional:** Los derechos consagrados en la Convención Colectiva de Trabajo USO-Ecopetrol son normas de obligatorio cumplimiento entre las partes y no pueden ser erosionados unilateralmente mediante esquemas de contratación externa o filtros administrativos.

Principios Constitucionales que Sostienen esta Jurisprudencia

Principio	Base Constitucional	Alcance Jurisprudencial
No Menoscabo	Art. 53 C.P.	Las leyes, actos administrativos o fallos judiciales no pueden disminuir los derechos de los trabajadores reconocidos en convenciones.
In Dubio Pro	Art. 53 C.P.	Ante dos o más interpretaciones plausibles de un texto convencional, los jueces y empleadores deben aplicar la

Principio	Base Constitucional	Alcance Jurisprudencial
Operario		más favorable al trabajador.
Pacta Sunt Servanda	Art. 55 C.P.	Lo pactado entre el sindicato y el empleador constituye ley para las partes y no puede modificarse unilateralmente.
Derechos Adquiridos	Art. 58 C.P.	Las situaciones jurídicas consolidadas conforme a la convención no pueden ser desconocidas por normas posteriores o actos gubernamentales.

IV. PRETENSIONES Y SOLICITUDES FORMALES

Con fundamento en las consideraciones de hecho, las pruebas técnico-médicas aportadas, los mandatos constitucionales (Arts. 1, 2, 48 y 53 C.P.), la Convención Colectiva de Trabajo USO-Ecopetrol, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y la jurisprudencia aplicable sobre el **principio de no regresividad en materia de derechos sociales**, exigimos formalmente a la **Gerencia de Salud de Ecopetrol S.A.** y solicitamos a los **Organismos de Control y Vigilancia**, la atención inmediata de las siguientes pretensiones:

A. PRETENSIONES

- **PRIMERA: SUSPENSIÓN Y REVOCATORIA INMEDIATA.** Ordenar la suspensión inmediata y la revocatoria definitiva de todo proceso de licitación, selección, contratación, prueba piloto o estructuración administrativa/operativa derivado del *Requerimiento de Información al Mercado (RIM N.º Doc2378299053)*. En consecuencia, **abstenerse de adjudicar o implementar** esquemas de «Puerta de Entrada» (*gatekeeping*), redes cerradas de adscripción obligatoria o modelos de primer nivel coercitivo que restrinjan el acceso directo de los beneficiarios al servicio médico integral y especializado de Ecopetrol S.A.
- **SEGUNDA: GARANTÍA IRRESTRICTA DE NO REGRESIVIDAD, PROGRESIVIDAD Y RESPETO CONVENCIONAL.** Garantizar la intangibilidad del modelo de salud convencional, directo, integral y especializado establecido en la Convención Colectiva de Trabajo USO-Ecopetrol. Exigimos abstenerse de adoptar cualquier medida administrativa, financiera o de contratación que implique un desmejoramiento, barrera de acceso o detrimento en los estándares de

oportunidad, calidad y libertad de elección para los trabajadores activos, pensionados y sus beneficiarios.

- **TERCERA: INSTALACIÓN INMEDIATA DE MESA TÉCNICA Y DE ANÁLISIS.** Convocar de manera inmediata a una **Mesa Técnica Nacional de Análisis y Transparencia** con la participación de los representantes legítimos de la *Coordinadora Nacional de Pensionados de Ecopetrol* y las organizaciones asociativas firmantes.

Parágrafo: La aceptación y participación en esta Mesa Técnica **no constituye ni podrá interpretarse como aceptación, aquiescencia o aval** a las modificaciones pretendidas por la Gerencia de Salud de Ecopetrol S.A. sobre el modelo de salud convencional.

B. SOLICITUDES DE INFORMACIÓN Y DERECHO DE PETICIÓN (Levantamiento de Reserva y Transparencia)

- **CUARTA: LEVANTAMIENTO DE RESERVA Y ENTREGA DE ESTUDIOS TÉCNICOS.** Suministrar copia íntegra, veraz, clara y detallada de los documentos, actas, conceptos jurídicos, financieros, administrativos y estudios de carga prestacional o asistencial que sustentaron la expedición del RIM N.º Doc2378299053.
- **QUINTA: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PLANES DE MANEJO.** Entregar el informe técnico actualizado sobre la caracterización epidemiológica de la población beneficiaria (activos, pensionados y beneficiarios), junto con los planes de manejo, perfiles de morbilidad y proyecciones de demanda en salud considerados por la Gerencia.
- **SEXTA: REVELACIÓN DEL MODELO REAL DE CONTRATACIÓN Y MECANISMOS DE PAGO.** Explicar y detallar de manera precisa la estructura del modelo económico y de contratación proyectado, indicando expresamente:
 1. ¿Cuál es el modelo real de contratación que pretende implementar Ecopetrol S.A.?
 2. ¿Bajo qué modalidad de pago se pretende estructurar la prestación? (*pago por capitación, Pago Global Prospectivo [PGP], contratación por guía de manejo, contratación por resultados u otra modalidad conceptual/financiera*).
 3. ¿Cuáles son los hallazgos, fallas operativas o diagnósticos en el actual sistema directo y especializado convencional que justificaron, según la Gerencia de Salud, la necesidad de este cambio?
- **SÉPTIMA: IDENTIFICACIÓN DE OFERENTES Y PROVEEDORES.** Presentar la lista completa de personas naturales o jurídicas que participaron como oferentes y/o proveedores en la fase de exploración del mercado (RIM Doc2378299053), incluyendo la certificación de su idoneidad, experiencia específica, infraestructura asistencial y capacidad instalada.
- **OCTAVA: SUSTENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD.** Exponer las razones fácticas y jurídicas por las cuales la Gerencia de Salud invocó cláusulas

o acuerdos de «confidencialidad» frente a los representantes legítimos de los usuarios (como ANDEPETROL), omitiendo el deber de información veraz, oportuna y transparente sobre las modificaciones de un servicio que afecta directamente el derecho fundamental a la salud.

C. PETICIONES COMPLEMENTARIAS

- **NOVENA: MANTENIMIENTO DEL *STATU QUO* ASISTENCIAL.** Ordenar a todas las Unidades Prestadoras de Salud de Ecopetrol S.A. y redes adscritas mantener la atención médica, entrega de medicamentos, autorizaciones de procedimientos especializados y tratamientos en curso sin dilaciones ni exigencia de nuevos trámites administrativos mientras se resuelva el presente requerimiento.
- **DÉCIMA: EVALUACIÓN DE IMPACTO DE SERVICIO.** Entregar la evaluación de impacto y análisis de riesgos realizada por Ecopetrol S.A. sobre las consecuencias asistenciales, emocionales y de salud pública que generaría la transición de un modelo especializado directo a un esquema de barrera o *gatekeeping* en la población de la tercera edad y pacientes con patologías de alto costo / crónicas.

D. SOLICITUDES A LOS ORGANISMOS DE CONTROL Y VIGILANCIA

- **UNDÉCIMA: INTERVENCIÓN Y ACTUACIONES PREVENTIVAS.** Solicitamos respetuosa pero firmemente a la **Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Ministerio del Trabajo y Ministerio de Salud y Protección Social**, en el marco de sus competencias constitucionales y legales:
 1. **Superintendencia Nacional de Salud:** Iniciar vigilancia especial y actuaciones de inspección, vigilancia y control para evitar la imposición de barreras administrativas que vulneren la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
 2. **Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo:** Adelantar preventiva y defensorialmente el seguimiento a la garantía de los derechos adquiridos y la no regresividad en salud de la población pensionada y activa.
 3. **Contraloría General de la República:** Iniciar auditoría o control fiscal preventivo sobre los recursos del sistema de salud de Ecopetrol S.A., evaluando la eficiencia y viabilidad financiera de los esquemas de contratación pretendidos.
 4. **Ministerio del Trabajo:** Velar por el cumplimiento irrestricto y la inviolabilidad de los acuerdos plasmados en la Convención Colectiva de Trabajo USO-Ecopetrol.

V. ANEXOS

1. Copia del Requerimiento de Información al Mercado (RIM) Doc2378299053 del 31 de agosto de 2026.

VI. CON COPIA:

Subdirectivas de la USO, de ANDEPETROL Y Asociaciones de Pensionados de ECOPETROL

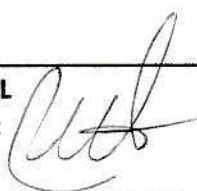
VII. NOTIFICACIONES Y NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

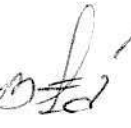
Agradecemos remitir la respuesta legal dentro de los términos estipulados por la Ley 1755 de 2015 a los siguientes canales institucionales:

- **Correos Electrónicos Oficiales:** andepetrol.nacional72@gmail.com y confederacioncpc@gmail.com
- **Direcciones Físicas y Teléfonos:** Carrera 10 N°18-44 piso3 teléfono 601 2836582

VIII. FIRMANTES - ORGANIZACIONES INTEGRANTES DE LA COORDINADORA NACIONAL DE PENSIONADOS DE ECOPETROL

1. ANDEPETROL

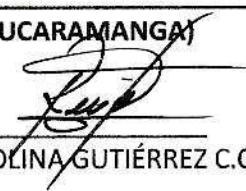
Representante: 

• MARCO AURELIO LOZANO O. C.C. 19.434425 

• SERGIO CONCHA GARCÍA C.C. 79.285055

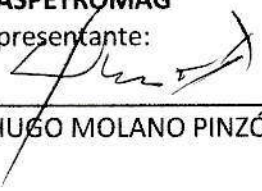
• HERNANDO HERNÁNDEZ PARDO C.C. 13.885380

2. ASPOCCOL (BUCARAMANGA)

Representante: 

• ÁLVARO REMOLINA GUTIÉRREZ C.C. 91.423.601

3. ASPETROMAG

Representante: 

• HUGO MOLANO PINZÓN C.C. 19.105.812

4. ASOCIACIÓN DE PENSIONADOS ANTIOQUIA (ASPECOA)

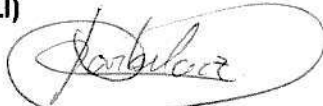
Representante:



• ALFONSO LÓPEZ C.C. 91.250.545

5. ASOPETROL (CALI)

Representante:



• ÓSCAR JULIÁN ARBELÁEZ MOLINA C.C. 16.217.544

6. CPC CONFEDERACION COLOMBIANA DE PESIONADOS

Presidente:



• CESAR CARRILLO C.C. 17.160.762



REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN AL MERCADO Doc2378299053

Con el propósito de identificar empresas que puedan prestar el **Servicio integral de atención en salud en los servicios de Puerta de Entrada (primer nivel de atención) para la población beneficiaria de Ecopetrol S.A.**

1. EFECTOS DEL PRESENTE TRÁMITE

Por medio del presente documento, **ECOPETROL S.A.** (en adelante "Ecopetrol"), se permite invitarlos a participar en el Requerimiento de Información al Mercado N° Doc2378299053 (en adelante **RIM**), que tiene por objeto IDENTIFICAR COMPAÑÍAS EXPERTAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN el servicio integral de atención en salud, en los servicios de Puerta de Entrada (primer nivel de atención) para la población beneficiaria de Ecopetrol S.A.

El Requerimiento de Información del Mercado RIM consiste en un mecanismo de consulta de información al mercado, en donde se valora, analiza y se clasifica la misma para proporcionar elementos de juicio (portafolio de bienes y servicios, experiencia, tecnología, modelos de negocio, mejores prácticas, modelos contractuales, tarifas, así como aspectos contractuales, entre otros) necesarios para evaluar negocios y como medio para identificar proveedores idóneos en el proceso de Planeación Estratégica desde una perspectiva de Abastecimiento.

Dado que este trámite corresponde a una convocatoria de RIM, la cual es una práctica de investigación del mercado **que no implica un método de elección o acto contractual**. Ninguna información escrita o verbal proporcionada en esta RIM servirá de base para alegar, interpretar o concluir sobre la existencia de negocio jurídico alguno con Ecopetrol. La presentación de la información no generará obligaciones ni expectativas contractuales a cargo de Ecopetrol.

El presente Requerimiento de información de mercado no genera compromiso u obligación alguna para Ecopetrol, pues esta consiste, entre otros, en el trámite no vinculante para obtener información concerniente a la capacidad y experiencia en la prestación de los Servicios aquí relacionados, razón de lo cual, la información contenida en el presente documento podrá ser modificada, reemplazada o eliminada por Ecopetrol en cualquier momento, en consecuencia, no genera compromiso alguno para quienes en él intervienen.

La información que entregue como participante, debe ser completa, veraz y adecuada. Así mismo, la información recibida será custodiada y protegida por los más altos estándares de confidencialidad y sus fines se limitan al análisis de mercado.

Ecopetrol, se reserva la facultad de recibir y/o analizar la documentación presentada con posterioridad a la fecha y hora establecidas en el cronograma, como también se reserva el derecho a solicitar información complementaria o aclaraciones a los participantes en el presente RIM, así como llamar a sesiones individuales de aclaración en caso de requerir mayor precisión o detalle de la información allegada.

Así mismo, para cumplir el objetivo de este RIM, Ecopetrol se reserva el derecho de admitir participantes adicionales a los iniciales, que cumplan los términos y condiciones de este RIM para que aporten la información requerida e incluirlos en los diferentes análisis que se realicen.

Los costos que se ocasionaren por la preparación y presentación de la información requerida serán por cuenta exclusiva del participante y a riesgo de éste, razón por la cual Ecopetrol no reconocerá suma alguna, ni efectuará reembolso por tales conceptos.



2. CONSULTA DE DOCUMENTOS:

La documentación y sus anexos estarán disponibles para su consulta en el siguiente link: [Requerimientos de información al mercado · Portal de inicio y SAP Business Network Discovery](#) desde la fecha de iniciación del trámite según lo indicado en el cronograma, accediendo directamente con el número de la RIM, en este Link se publicará toda la información relevante relacionada con el presente trámite.

Para cualquier inquietud respecto a la visualización de los documentos en Ariba o en la página web de Ecopetrol, por favor remitirla al correo relacionamiento.proveedores@ecopetrol.com.co con copia a proyectos330@ecopetrol.com.co, indicando o remitiendo evidencia del error presentado.

3. CRONOGRAMA

El cronograma del presente **RIM** es el siguiente:

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS – FECHA / LUGAR
Inicio del RIM	31 de agosto 2026
Observaciones a los documentos del RIM	<u>Del 31 de agosto al 09 de septiembre de 2026, hasta las 17:00 (hora colombiana)</u> Dirección Electrónica de envío: Las observaciones o solicitudes de aclaración podrán ser presentadas a través de la plataforma tecnológica Ariba accediendo directamente al número del RIM en la bandeja de trabajo <i>supplier.ariba.com</i> mediante el boletín de mensajes del evento o a través del correo electrónico proyectos330@ecopetrol.com.co NOTA: Para las observaciones al RIM por favor utilizar el formato del Anexo 03 Formato Observaciones Y Preguntas.
Presentación de la información del RIM	Fecha de Cierre del plazo para la presentación de la información: <u>02 de octubre de 2026, hasta las 17:00 (hora colombiana)</u> Todos los documentos que conforman la información del participante deben enviarse al correo electrónico proyectos330@ecopetrol.com.co o a través de Ariba. Por favor verifique que la información haya sido diligenciada en su totalidad. Por tratarse de una RIM, Ecopetrol podrá requerir al invitado en cualquier momento, con la finalidad de que aporte información complementaria, actualizada, aclaraciones o adiciones. Nota1: Tener en cuenta que el envío de los documentos deberá ser en archivo.zip o enviado en varios correos electrónicos que cada uno no supere los 10 MB. Nota2: En el asunto del correo, indicar únicamente el número del RIM y la sigla de la compañía que está participando. Ejemplo: Asunto: RIM No. Doc2378299053 - empresa



4. INFORMACIÓN GENERAL

4.1. Alcance de la RIM

Identificar en el mercado compañías expertas y buenas prácticas en la prestación del servicio integral de salud en el primer nivel de atención que garantice el acceso, la continuidad asistencial y la coordinación del cuidado a través de la Atención Primaria en Salud (APS/MIAS) y las Rutas Integrales de Atención (RIAS), con habilitación vigente por sede/servicio, gestión de calidad bajo el SOGCS, interoperabilidad clínica de la HCE y protección de datos personales.

El alcance incluye, como mínimo:

- a) Asignación/atención del primer contacto
- b) Consultas de gestión integral del riesgo anual por curso de vida
- c) Consulta de medicina general/familiar, pediatría y odontología general
- d) Atención prioritaria/urgencias de baja complejidad
- e) Gestión de cohortes de riesgo poblacional (RCV, DM, SM, EPOC, gestantes, obesidad, entre otras)
- f) Referencia/contrarreferencia ambulatoria local y no local eficaz con niveles complementarios y especializados
- g) Telesalud/telemedicina (según habilitación)
- h) Registro de historia clínica interoperable (según resolución 1888 de 2025) (conjunto de datos clínicos relevantes) y RIPS en formato Json con calidad
- i) Gestión de experiencia de usuario/PQRS con mejora continua.

5. INFORMACIÓN A PRESENTAR POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES

Para participar en el presente Requerimiento de Información al Mercado, Ecopetrol requiere que el PARTICIPANTE allegue la información solicitada en los siguientes anexos:

- Anexo No.1. Cuestionario RIM Doc2378299053
- Anexo No.2. Carta de presentación de la información.
- Anexo No.3. Formato de Observaciones y Preguntas (si aplica)

Toda la información contenida en los documentos del trámite del RIM, así como la información que Ecopetrol entregue de manera escrita y/o verbal y/o visual y/o por cualquier otro medio conocido o por conocer, es decir, independientemente de la forma en que haya sido entregada, incluidas las respuestas a las observaciones y/o inquietudes que se generen con ocasión del trámite del RIM, son de propiedad de Ecopetrol. En consecuencia, Ecopetrol se reserva los derechos de autor y de propiedad industrial sobre tal información, con lo cual, queda expresamente prohibido a cualquier persona que tenga acceso a la misma, utilizarla para cualquier fin, en todo o en parte el contenido de cualquiera de los Documentos del trámite del RIM, sin el permiso previo y por escrito de Ecopetrol, salvo las excepciones legales.

6. MODIFICACIÓN A LOS DOCUMENTOS DE LA RIM

Toda modificación a cualquiera de los documentos que hacen parte del RIM, será adoptada mediante un comunicado oficial emitido por Ecopetrol. El(os) comunicado(s) será(n) publicado(s) en el link: [SAP Business Network Discovery](#) y en la página web de Ecopetrol [Requerimientos de información al mercado - Portal de inicio](#); a partir de la publicación del(os) comunicado(s), las modificaciones en él (ellos) serán vinculantes tanto para Ecopetrol como para los Interesados y Participantes.

7. ACLARACIÓN A LOS SOPORTES PRESENTADOS

Ecopetrol podrá, en cualquier momento, solicitar aclaraciones, información o documentación a cualquiera de los Participantes, siempre que lo considere necesario a fin de despejar cualquier punto dudoso, ambiguo, o incierto de la información allegada.



El Participante deberá efectuar las aclaraciones o aportar la información o documentación requerida dentro del término que para el efecto le señale Ecopetrol en la correspondiente solicitud. En el evento en que no haga la aclaración o no aporte la información o documentación solicitadas, Ecopetrol evaluará si con los soportes para este trámite previamente aportados por el Participante, es posible validar el aspecto en revisión.

Ecopetrol se reserva el derecho de analizar las respuestas del PARTICIPANTE y de evaluar si ellas aclaran o explican lo solicitado. En el evento en que no haga la aclaración o no aporte la información o documentación solicitadas, Ecopetrol evaluará si con los Documentos previamente aportados por el Participante, es posible validar el aspecto en revisión.

8. ACEPTACIÓN DE LOS SOPORTES PRESENTADOS

Ecopetrol se reserva el derecho de revisar los documentos allegados por un participante cuando:

- Se presenta en forma subordinada al cumplimiento de cualquier condición.
- Sea extemporánea.
- El Participante se encuentre incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución política o en la Ley.
- Cuando no se subsanen los aspectos que se solicite aclarar en el término otorgado para ello por Ecopetrol.
- La información consignada en los soportes presentados no sea veraz, esto es, no corresponda a la realidad.

9. REGLAS EN RELACIÓN CON EL ENVÍO Y RECEPCIÓN DE CORREOS ELECTRÓNICOS

La fecha y hora de recepción en Ecopetrol de correos electrónicos enviados por el PARTICIPANTE serán las registradas en el servidor de Ecopetrol o en el portal (según el caso), en el momento de ingreso de cada correo electrónico en aquel. Los correos electrónicos expedidos con ocasión del trámite de esta INVITACIÓN: a) se entenderán expedidos en Colombia, y b) serán grabados de manera electrónica y conservados para su futura consulta. ECOPETROL conservará los correos electrónicos originales en los términos establecidos en la Ley 527 de 1999.

En consecuencia, será responsabilidad del PARTICIPANTE el adoptar las medidas pertinentes para que los correos electrónicos que envíen sean recibidos en Ecopetrol dentro de los plazos y horas límite establecidos en estos Términos.

Para el caso del recibo de la información solicitada o de solicitudes de aclaración vía correo electrónico, Ecopetrol no asume responsabilidad alguna por el no recibo de estos correos por cualquier causa, entre ellas daño del servidor, no disponibilidad del buzón, sobredimensionamiento del correo enviado, etc. Se recomienda que el correo a enviar no supere 10MB, y si es necesario, dividirse en varios correos electrónicos, indicando en cada uno de ellos "parte x de y" para facilitar su consolidación. Así mismo se recomienda indicar en objeto del correo el número de esta INVITACIÓN a la cual debe direccionarse.

10. NORMATIVIDAD APLICABLE A ESTA INVITACIÓN

El presente Requerimiento de Información de Mercado, se somete a la ley colombiana, y en especial, al Manual de Contratación de Ecopetrol, a la Ley 527 de 1999 y a las normas comerciales y civiles, en lo que éstas fueren aplicables.

Las normas actualmente vigentes (incluido el Manual de Contratación de Ecopetrol) se presumen conocidas por todos los participantes en esta INVITACIÓN por lo cual el PARTICIPANTE acepta y declara que conoce de manera completa, acepta y se somete expresamente a todas las condiciones y normas estipuladas en los siguientes documentos publicados en la Página Web www.ecopetrol.com.co, ruta Proveedores/Contratación de Bienes y Servicios/Normativa, o las normas que las sustituyan, adicionen o modifiquen entre los que se encuentran:

- Manual vigente de Contratación de Ecopetrol S.A.



- El Código de Ética de Ecopetrol
- El Código de Buen Gobierno de Ecopetrol

11. AUTOREGISTRO

Para que los participantes puedan ser incluidos en futuros Métodos de Elección o procesos competitivos de **ECOPETROL**, es necesario que se encuentren registrados en el Sistema de Información de Proveedores de Ecopetrol (ARIBA). Por lo anterior si usted es un participante no registrado debe realizar el auto registro en dicha herramienta tecnológica en el siguiente enlace: supplier.ariba.com.

Es importante tener en cuenta que, si un participante ya está registrado en ARIBA, no debe volver a registrarse.

Cualquier duda asociada al proceso de **AUTOREGISTRO** en ARIBA por favor remitir sus inquietudes al correo electrónico relacionamiento.proveedores@ecopetrol.com.co.

Cordialmente,

Firmado por:

Dorian Smith Ruiz Ortiz

4FE580B03CF7460...

DORIAN SMITH RUIZ ORTIZ

Profesional de Procura, Dirección de Abastecimiento Corporativo

Recebia
Diana Carolina
Barbosa
63.561.541