ANEXO 2
ANÁLISIS DEL SECTOR

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, **Artículo 2.2.1.1.1.6.1. *Deber de análisis de las Entidades Estatales.*** La Entidad Estatal debe hacer, durante la etapa de planeación, el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto del Proceso de Contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica, y de análisis de Riesgo. El Distrito de Cartagena de Indias procede a efectuar el análisis necesario para dejar constancia en los documentos del proceso.

En ese orden de ideas, la Secretaria de Participación y Desarrollo Social, en aplicación a la norma mencionada, y los lineamientos dados por Colombia Compra Eficiente en el capítulo IV del Guía para la Elaboración de Estudios de Sector, presenta el análisis del sector relativo al objeto del Proceso de Contratación, el cual hace parte de la planeación del Proceso de Contratación y materializa los principios de planeación, responsabilidad y transparencia consagrados en la Ley 80 de 1993.

1. OBJETO DEL CONTRATO

40) PERSONAS MAYORES QUE HAGAN PARTE DE LA POBLACION POBRE Y VULNERABLE, QUE CAREZCAN DE RECURSOS PARA SATISFACER SUS NECESIDADES, QUE SEAN ALEJADOS O DESPLAZADOS DE SU ÁMBITO FAMILIAR, EN DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVERSION "ASISTENCIA Y ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE CARTAGENA", DE LA SECRETARIA DE PARTICIPACION Y DESARROLLO SOCIAL..

2. CLASIFICACION

La Secretaría de Participación y Desarrollo Social – Distrito de Cartagena de Indias, identifica que la necesidad que se pretende satisfacer bajo el clasificador de bienes y servicios de de las Naciones Unidas en el siguiente código UNSPSC:

CODIGGO UNSPSC	DESCRIPCION
94131607	Organizaciones de Adultos mayores

3. ASPECTO GENERAL

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el mismo momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos. Es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va delineando la última etapa de la vida: la vejez. Esta se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia, y además es el último escalón del ciclo vital.

La definición del envejecimiento normal no es una delimitación fija y depende de múltiples variables, por ejemplo, desde una perspectiva estadística se define como aquel estado caracterizado por las condiciones físicas y mentales que con mayor frecuencia aparecen en la población. De otro lado, desde una perspectiva biológico-funcional se habla de tres patrones de envejecimiento: el normal o usual, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental; el óptimo o competente y saludable que asocia un buen funcionamiento cognoscitivo y una adecuada capacidad física a una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad y, el envejecimiento patológico que está determinado por presencia de enfermedad.

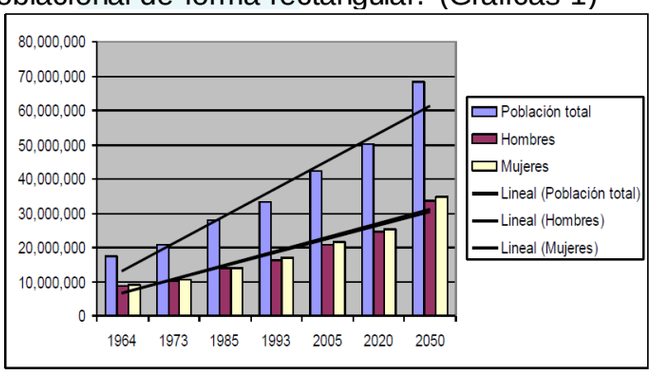
El diagnóstico sobre envejecimiento y vejez se enmarca en el contexto nacional y se constituye en el fundamento de la política social, sin embargo cabe anotar que en algunas áreas la información no es suficiente. Los datos actuales, o la ausencia de los mismos, orientan el accionar de la política pública y obliga, al Estado y a la sociedad, a preocuparse por obtenerlos y a minimizar los obstáculos que se presentan para la acción, por falta de conocimiento de la situación.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA[1]

A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social, que conlleva.

En un siglo el país pasó de 4´355.470 habitantes a 42´090.502, de los cuales mas del 6% (2´617.240) es mayor de 65 años, siendo en este grupo, el 54.6% mujeres (3´190.262, cuando se toman los mayores de 60 años) Aunque las áreas rurales se caracterizan por mayores tasas de fecundidad el 75% de la población general, se concentra en las cabeceras municipales debido a las altas tasas de migración (DANE, Censos 1905 y 2005). El 63.12% de la población adulta mayor se concentra en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. Concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

Lo anterior se corrobora con el estrechamiento progresivo de la pirámide poblacional, con ampliación simultánea en la punta, debido a la disminución de la población joven y al incremento de los adultos mayores: Se espera que para el 2050 el total de la población sea cercano a los 72 millones y con más del 20% por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura poblacional de forma rectangular. (Gráficas 1)



Gráfica 1. Población colombiana total, según sexo y tendencia
Fuente: DANE, Censos de cada año y cálculos propios.

En Colombia este proceso demográfico se encuentra en etapa intermedia y al igual que para el resto de América Latina ha sido rápido. Cabe resaltar que el envejecimiento poblacional no es homogéneo en todo el territorio nacional, lo cual se evidencia en departamentos como Vaupés, Vichada y Guainía que tienen porcentajes de mayores de 65 años entre 2 y 7%, mientras que en Antioquia, Valle y Bogotá, este valor oscila entre 10 y casi 14%2 3.

Existe un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los mas viejos: mientras la población general incrementa 1.9%, promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4.450 personas de 99 años y más, lo cual equivale al 0.011% del total de la población, con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%. Adicionalmente se

[1]Victoria Eugenia Arango, Isabel Cristina Ruiz. DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES DE COLOMBIA, Fundación Saldarriaga Concha.

encontró que el 95% de las personas centenarias se encuentra alojado en hogares particulares y distribuidos (el 26.5% del total de ellos), en las principales ciudades el país: Bogotá, D.C., (9%), Medellín (6.1%), Barranquilla (3.6%), Cali (5.3%) y Cartagena (2.1%).

Las principales causas del envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración (A pesar que la migración de las personas mayores de 60 años al exterior es menor del 2% del total, las altas tasas de desplazamiento de los mas jóvenes sí incide significativamente en el envejecimiento territorial).

ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA (CV)

Colombia como todos los países de Latinoamérica se ha puesto en la tarea de erradicar la extrema pobreza y así lograr el cumplimiento de los Objetivos del Milenio. Según el Departamento Nacional de Planeación, la pobreza en el país ha tenido una reducción significativa en los últimos 5 años. Luego de superar la crisis de finales de la década, en la cual los hogares fueron muy afectados en sus ingresos y el nivel de desempleo incrementó, se ha tenido una recuperación de la economía y una reducción del índice de pobreza, sin embargo este comportamiento no se ha visto reflejado en el incremento del empleo. El índice de pobreza, medido por ingresos, pasó de 52.4% en el 2004 a 49.2% en 2005, con diferencias regionales muy marcadas. Para el 2007 se estima en un 45.5% y, el nivel de pobreza extrema en un 12%[2]

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):
En los últimos años se resalta un avance en los indicadores de capital humano, así como en la provisión de servicios públicos domiciliarios y en la reducción del hacinamiento de la población, aunque persisten grandes diferencias entre departamentos. En general, se puede afirmar que los hogares han seguido avanzando en el acceso a los principales servicios básicos y tienen percepciones bastante favorables sobre la calidad de los mismos.

Según los resultados del censo 2005, el 27,6% de la población del país presentó Necesidades Básicas Insatisfechas, disminuyendo en 8,2 puntos, frente al censo de 1993 (35,8%). El NBI, para 2005, era de 27.6, y al analizar áreas como la educación, se observó gran impacto pues se evidenció como los niveles generales de analfabetismo en Colombia han disminuido progresivamente hasta llegar a 9.6% (teniendo en cuenta poblaciones de 15 y mas años), aunque aún existen regiones, como la Atlántica y la Pacífica, en las que más del 10% de su población no sabe leer ni escribir, mientras que en zonas como Bogotá y San Andrés solo el 2,3% y el 1,5%, respectivamente, son iletrados. A pesar de haberse logrado avances continúan grandes brechas en las áreas rurales, entre generaciones y entre géneros: para el 2000 el nivel educativo de las mujeres era el que tenían sus congéneres 30 años atrás.

En los adultos mayores, respecto a los años promedio de educación, el último censo (2005), evidenció que a partir de los 60 años, el promedio es de 5 años estudiados, siendo menor en las mujeres, y descendiendo progresivamente hasta ser alrededor de 2, en los mas viejos. Respecto a las tasas de analfabetismo, se ha visto que los mayores de 60 años presentan las más altas (23.4%), especialmente si viven en área rural 10. De acuerdo con el Censo General 2005, en los porcentajes de alfabetismo por departamento, para personas de 65 y más años, se destaca un albabetismo superior al 80% en los Departamentos Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y San Andrés y en el Distrito Capital de Bogotá. Y en contraste, niveles de alfabetismo inferiores al 40% en los Departamentos de La Guajira, Vaupés y Vichada. En Colombia, el 10,6% de las personas

[2] (DNP; Cumbre sobre la pobreza. Nueva York/Junio de 2007

viven en hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas, frente al censo de 1993 (14,9%), disminuyó en 4,3 puntos. Tabla No. 1

NBI – PERSONAS	CENSO			
	1973	1985	1993	2005
Personas con NBI	70,5	43,2	35,8	27,6
2 ó más NBI	44,9	21,4	14,9	10,6
Vivienda inadecuada	3,12	12,9	11, 6	10,4
Servicios públicos inadecuados	30,3	20,9	10,5	7,4
Hacinamiento crítico	34,3	19,0	15,4	11,0
Inasistencia escolar	31,0	11,2	8,0	3,6
Alta Dependencia Económica	29,0	13,3	12,8	11,2

Tabla N° 1. Población colombiana, por hogares, con 2 ó mas NBI en vivienda o servicios públicos inadecuados, en hacinamiento crítico, inasistencia escolar y alta dependencia económica. Total Nacional. Fuente, DANE, Censos respectivos

De otro lado, según el Censo de Población y Vivienda 2005, el 68.7% de las personas adultas mayores habita en casa, el 24.8% vive en apartamento y el 5.2% reside en habitaciones o cuartos. En términos de cobertura de servicios públicos domiciliarios, los sitios de vivienda de los adultos mayores disponen en un 71.75% de acueducto, en 56.48% de alcantarillado y 86.69% del servicio de energía eléctrica, resaltando que las coberturas totales son de 84.7%, 75.4% y 96.8%, respectivamente.

Pobreza en los adultos mayores: Mas de la mitad de los mayores de 60 años son pobres, al igual que en el resto de América latina. Sin embargo se ha visto cómo los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que carecen de ellos. En 1997 en Colombia, uno de cada dos ancianos viviendo en zona rural, era pobre, principalmente las mujeres, a diferencia de la zona urbana donde la pobreza estaba igual en los dos géneros. En el período comprendido entre 2000 y 2003 se presentó una leve disminución de la población por debajo de la Línea de Pobreza pasando de 55.03% a 52.68%, en el total nacional y de 44.20% a 48.20% en las áreas urbanas[3].

El Índice de Bienestar en la Adultez Mayor (IBAM), propuesto por Del popolo (2001), con una puntuación que varía entre 0 y 1, y cuyos indicadores son: *Longevidad*: esperanza de vida a partir de los 60 años; *Conocimiento:* porcentaje de alfabetización y promedio de años estudio y, *Nivel de vida digno:* porcentaje de las personas por encima de la línea de pobreza, cobertura de seguridad social y monto medio de pensiones; fue para Colombia, en 1999 de 0.542, siendo superior en áreas urbanas. Con grandes variaciones a lo largo del país, por ejemplo en Bogotá, era tan alto como 0.90, mientras que en el Chocó era tan bajo como 0.05.

Envejecimiento y extrema pobreza: Según la Misión de Pobreza del DNP, la población en situación de extrema pobreza e indigencia corresponde al 12% del total, lo que equivale a más de cinco millones de personas. La siguiente información, resultado del estudio sobre Habitantes de Calle y en la Calle, realizado por la alcaldía municipal de Santiago de Cali y el DANE, en el 2005, permite conocer algunas de las características generales (Ver Tabla N° 2)

[3] Fuente Misión Para el Diseño de una Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad: MERPD: 2004-2015

	Sexo (Masc.)	Índice de masculinidad	Analfabetismo	Sustento	Salud	Discapacidad	Consumo de sustancias	Enfermedades activas sin tratamiento
Habitantes de la calle	86.2%	626	19.2% (18% hombres y 28.5% mujeres)	Cuidar carros, "bultiar" (hombres) Mendigar (mujeres)	83.2% ningún servicio de salud 14.2% SISBÉN	15.4% alguna limitación permanente. Especialmente en los mayores de 60 años (29.2%)	> de 50 años, principalm. marihuana, licor y bazuco	4.3% necesita tratamiento para enfermedad infectocontagiosa: 1.5% para TBC, 1.3% para hepatitis; 1.3% para venéreas; 1.5% para VIH/SIDA.
Habitantes en la calle	67.2%	205	22.1% (19.9% hombres y 27% mujeres)	Reciclar (hombres) Vender (mujeres)	46.1% nada; 41.8% SISBÉN	Por ser menores de edad la presencia de limitaciones es mínima	> de 50 años, principalm. marihuana, licor y bazuco	2.1%, pero es grave porque son menores de 18 años.

Tabla N° 2. Características de los Habitantes de y en la Calle, Santiago de Cali. Fuente: datos obtenidos del DANE, Censo 2005

SITUACIONES ESPECÍFICAS DEL ADULTO MAYOR

1. SALUD Y ENVEJECIMIENTO

El concepto de salud en el anciano se define fundamentalmente en términos del mantenimiento de la funcionalidad, la independencia y la autonomía, cuyos componentes principales son movilidad y función neurocognoscitiva adecuadas. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia.

2. CARACTERIZACIÓN DE SALUD EN LA VEJEZ, EN COLOMBIA

Nutrición en el anciano

La población anciana está considerada como grupo de riesgo de sufrir malnutrición: En algunos países de América Latina casi la mitad de los ancianos que vive en residencias geriátricas la sufre. Se ha visto que el alto consumo de fármacos, los trastornos del afecto, las alteraciones cognoscitivas y la deficiente dentición, son algunas de sus causas, principalmente en los mayores de 80 años.

Dentro de las principales consecuencias de la malnutrición se presentan, mayores enfermedades cardiovasculares (secundarias a sobrepeso, principalmente en el grupo comprendido entre 60 y 79 años), anemia (de diferentes orígenes), úlceras por presión, deterioro cognoscitivo, caídas y fracturas, entre otras

La Encuesta Nutricional Nacional, en la cual se evaluaron 117.205 personas entre 0 y 64 años, mostró: - mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBÉN y en áreas rurales; - anemia y déficit ferropénico en todos los grupos evaluados; - dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos; - bajoconsumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades; Adicionalmente se encontró mayor porcentaje de sobrepeso y de obesidad, en el sexo femenino. Sin embargo es importante anotar que esos datos no son extrapolables a los adultos mayores pues la valoración nutricional en este grupo, especialmente en los mas viejos, requiere medidas antropométricas diferentes, así como la elaboración de instrumentos específicos.

2.2 Mortalidad en adultos mayores

Los registros evidencian como las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, para ambos sexos. Dato que empieza a verse desde la adultez temprana, lo cual obligaría a establecer en forma prioritaria, estrategias agresivas de promoción y prevención en esta área. De otro lado, a pesar que desde comienzos del siglo XX las tasas de mortalidad han venido disminuyendo, en ambos sexos, en todos los grupos de edad, por razones biológicas y sociales existe una "sobremortalidad masculina", la cual se acentúa en el país debido a la situación de violencia. (Ver Tabla N° 1)

HOMBRES	Tasa x 100.000 habitantes	%	TOTAL	MUJERES	Tasa x 100.000 habitantes	%	TOTAL
Enfermedad isquémica del corazón	9770	20.5	969.6	Enfermedad isquémica del corazón	8803	18.8	690.6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4519	9.5	448.5	Enfermedades cerebrovasculares	5643	12.1	442.7
Enfermedades cerebrovasculares	4464	9.4	443.0	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3691	7.9	289.5
Enfermedades hipertensivas	2181	4.6	216.5	Diabetes mellitus	3108	6.6	243.8
Diabetes mellitus	2018	4.2	200.3	Enfermedades hipertensivas	2493	5.3	195.6

Tabla 3. Causas de mortalidad en mayores de 65 años
Fuente: DANE: Registro de Estadísticas Vitales / DEFUNCIONES de 2004.

Es de todos conocido que las enfermedades crónicas representan el mayor índice de mortalidad en adultos mayores, las tasas por 100.000 habitantes se relacionan en su orden en: Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio 119.8, por enfermedad isquémica del corazón, en personas de 45 y más años de edad 254.1, por enfermedad cerebrovascular en este mismo grupo de personas 137,5, por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en personas con 35 y más años de edad el 11.6, y por diabetes mellitus, en mayores de 45 años fue del 75,8. (DANE, Ministerio de la Protección Social**)**

2.3 Percepción del estado de salud

A lo largo de los años se ha equiparado vejez con enfermedad y de ahí resulta que la mayoría de los adultos mayores interpreta su salud como mala. De otro lado se ha visto como en la medida que una persona se percibe mejor, usa menos los servicios de salud y tiene una mayor calidad de vida. Según la Encuesta Nacional de demografía (Profamilia 2005), la salud de los hombres, en un porcentaje ligeramente mayor, es percibida como excelente, muy buena y buena; por el contrario el sexo femenino tiene porcentajes mayores en las alternativas de regular y malo.

Por edad, la percepción de una salud excelente se ve en los jóvenes (0 – 19 años) y empieza a disminuir en cada uno de los siguientes grupos; la alternativa regular empieza a ser señalada en un porcentaje mayor del 30%, a partir de los 50, y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa malo están en los grupos mayores de 80 años. De otro lado, la percepción del estado de salud por nivel educativo y por zona de residencia también cambia: a mayor educación y residencia en el área urbana, mejor percepción de la salud.

La proporción de personas enfermas en el último mes de la ENDS/05, se incrementa ligeramente, por edad, hasta alcanzar un 20% entre los de 80 a 89 años de edad. El 65% de las personas que reportaron haber estado enfermas en los 30 días anteriores a la Encuesta acudió a una institución de salud. El 15 % se automedicó, el 11% utilizó remedios caseros, el 4% recibió asistencia de una farmacia o droguería y el 3% no hizo nada.

2.5 Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud[12] el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de enfermedades como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro.

A pesar que los estudios de salud mental realizados en el país no precisan el estado de los adultos mayores, pues tomaron población hasta los 65 años, habría algunos datos que podrían extraerse

- A pesar que la depresión ha sido reconocida como una de las patologías mentales mas frecuentes en la vejez, muchas veces no es tratada, ni reconocida como tal. En la población general la prevalencia ha sido mayor al 4%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico. Se han identificado zonas de mayor riesgo como Antioquia, Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander. Para los mayores de 60 años, la prevalencia puede ser tan alta como del 25.2%.

- En cuanto al uso y abuso de drogas, en la población adulta mayor en Colombia, se encontró que la sustancia psicoactiva que más utilizan es el cigarrillo, con una prevalencia mensual del 29%, y de vida del 45%, (de cada 100 ancianos, 45 han fumado cigarrillo alguna vez en su vida y de ellos 29 en el último mes).

La función neurocognoscitiva es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los ancianos y es uno de los problemas asociados al envejecimiento mas temidos. La forma mas frecuente de deterioro cognoscitivo es la demencia. Se ha demostrado que se puede reducir la velocidad de la declinación de la función cognoscitiva mediante intervenciones farmacológicas tempranas, así como la instauración de redes de apoyo social. A pesar de lo anterior no existen en Colombia estudios claros respecto a la incidencia y prevalencia del deterioro cognoscitivo.

2.6 Salud bucal

A la fecha en Colombia se han realizado tres estudios nacionales de morbilidad oral: 1965, 1980 y el último en 1998, pero en ninguno de ellos se especifica la situación oral de las personas mayores. En la escasa información al respecto se encuentra el estudio realizado por el servicio de odontogeriatría de la Universidad Nacional de Bogotá el cual encontró que el paciente promedio que asiste es de sexo femenino, con un rango de edad entre 61 y 65 años, con un nivel de ingresos mensuales de un salario mínimo, con escolaridad primaria completa, pensionado y perteneciente al régimen contributivo; - el edentulismo parcial fue el hallazgo más frecuente; - el número de dientes remanentes fue de 10.7 por persona; - el COP-D de 27, a expensas en su mayoría, del componente perdido; - del total de prótesis encontradas el 63% estaba en mal estado, lo cual se relaciona con la alta prevalencia de estomatitis protésica; - la necesidad protésica más importante fue la inferior y la gingivitis como la enfermedad periodontal que más afecta a los dientes remanentes.

A pesar de los datos anotados es claro que esta información no representa la situación de salud oral del adulto mayor en Colombia, por tanto es imperioso realizar este diagnóstico.

2.7 Salud visual

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, para la población de 50 años en adelante se encontró una prevalencia del 25% de personas con limitación visual (20/70 a 20/200 por el mejor ojo), 2% con limitación visual severa (20/400 por el mejor ojo) y de 3% ciegos (20/800 o menos por el mejor ojo).

La prevalencia general de cataratas en al menos un ojo, en todo el país, fue del 41%, con cataratas bilaterales en el 37% de los casos. Aunque no se precisa el nivel visual correspondiente a cada caso. El 31% no se había operado aduciendo problemas de salud general y el 8%, argumentó factores relacionados con los servicios de salud. Por millón de habitantes, se podían encontrar 3000 ciegos por catarata y 600 casos nuevos (29%) por año. En alrededor del 3% se encontró pseudofaquia y en un 1% adicional, afaquia. A pesar de las cifras tan altas, la tasa de cobertura quirúrgica de catarata, para ese

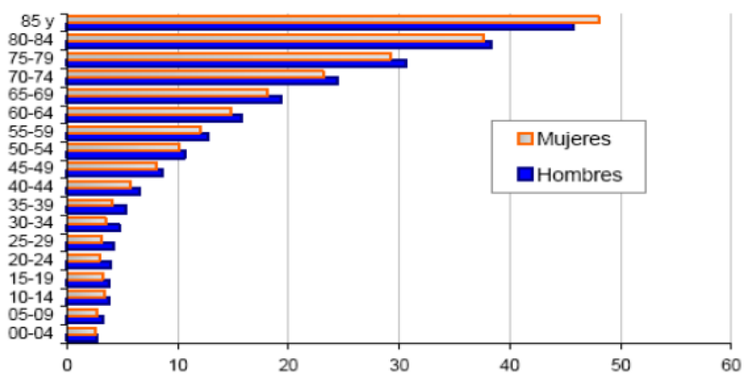
momento, era solo del 16,32% para la población general. No existen datos oficiales para otras causas de alteración visual en los adultos mayores, tales como glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular relacionada con la edad.

2.8. Envejecimiento y discapacidad

La OMS define discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. De otro lado, Funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad. Por consiguiente, y a pesar de ser uno de los errores mas frecuentes, no podemos equiparar vejez con discapacidad.

Según el DANE (Censo 2005), la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población es de 6.3%, siendo mayor en hombres (6,6%:6,1%), además los datos arrojaron que los departamentos de Huila, Boyacá, Quindío, Tolima, Nariño, Cauca y Caldas, presentan el mayor número de municipios con índices de intensidad de población con limitaciones permanentes (> que 1). En contraste, el Distrito Capital y los departamentos de Amazonas, Vaupés, Córdoba y Guajira, presentan los menores. El censo además reportó que de cada 100 personas con limitaciones, el 43.3% las tienen en la visión, en forma permanente; 29.5% para caminar o moverse; el 17.4% para oir; 14.9% para usar brazos y piernas; 13.2 para hablar%; 12.3% para aprender o entender; 10.1% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales; el 9.9% para su autocuidado y, el 18.8% presentan otra limitación. En lo concerniente a las personas mayores de 65 años, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% para hablar.

El censo 2005 reportó prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta, principalmente en hombres, excepto en el grupo de 85 y más. En el grupo de 50 a 54 años: 10.6% en hombres y 10.1% en mujeres; En el grupo de 80 y 84 años: hombres: 38.3%, y mujeres 37.6%. En los mayores de 85 años: mujeres cerca de 48% y hombres 46%. Es necesario anotar que los datos obtenidos en el censo de 1993 no son comparables con los reportados en 2005 porque sus ítems se referían a deficiencias severas (Ver gráfica N° 2).



Gráfica 2. Porcentaje de discapacidad, en Colombia, por sexo y edad
Fuente: Censo 2005. DANE

Principal estructura o función corporal afectada	Total de personas con discapacidad	De 60 años y más	De 60 y + que requiere ayuda	De 60 y + que no requiere ayuda	Sin información
Total	394,843	146,706	65,909	80,725	72
El sistema nervioso	88,160	17,585	9,149	8,424	12
Los ojos	55,721	24,692	11,273	13,403	16
Los oidos	21,112	8,333	2,879	5,452	2
Los demás órganos de los sentidos	1,681	410	175	235	0
La voz y el habla	25,164	2,930	1,307	1,622	1
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	45,878	24,599	8,184	16,404	11
La digestión, el metabolismo, las hormonas	13,763	5,914	1,770	4,141	3
El sistema genital y reproductivo	5,362	2,659	922	1,737	0
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	125,999	55,794	28,996	26,774	24
La piel	3,449	1,077	382	694	1
Otra	8,554	2,713	872	1,839	2

Tabla N° 3. Localización de la discapacidad para los adultos mayores colombianos, y si requiere o no ayuda.
Fuente: DANE, 2006 – Dirección de censos y demografía

EDUCACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

La mayoría de las subespecialidades en Medicina encuentran que una gran proporción de sus pacientes son ancianos y es esperable que esta tendencia aumente en los años venideros. Por lo tanto, es importante que todos los médicos y los profesionales de la salud sepan sobre el proceso de envejecimiento y sobre el diagnóstico y manejo de las enfermedades en los pacientes de edad. Por tanto la Geriatría y la Gerontología son enseñanzas esenciales de cualquier currículo de pregrado.

La posición de la OMS en cuanto a la enseñanza de la geriatría puede resumirse en: 1. Las actitudes hacia el anciano en la población general y en algunos miembros del equipo de salud son a veces contraproducentes y negativos y es necesario modificarlas; 2. Los cambios normales de la vejez deben ser diferenciados de los efectos de las enfermedades; 3. Hay un número de hechos propios en la presentación de las enfermedades en los ancianos; 4. Los ancianos usan un tercio de los fármacos que se venden anualmente y por tanto son la población mas susceptible a los efectos colaterales; 5. La evaluación del grado de incapacidad, la estimación del potencial de rehabilitación, la identificación de problemas específicos en el paciente y el conocimiento de cuándo y cómo usar el equipo de rehabilitación y 6. Es necesario recordar que los ancianos tienen los mismos derechos que todas las personas Algunos de los sitios con mayor reconocimiento en el país:

1. Personal entrenado en el cuidado del anciano

- Gestores en Atención Domiciliaria para el Adulto Mayor (COMFENALCO Antioquia, con acreditación del SENA), dirigido a bachilleres.
- Politécnico colombiano Jaime Isaza Cadavid: Especialización en Actividad Física y Recreación para la Tercera Edad
- Geriatría: Postgrado médico. Universidad de Caldas y Universidad Nacional **- Gerontología:** Pregrado (Universidad Católica de oriente, Universidad de San Buenaventura, Instituto Tecnológico de Antioquia, Universidad del Quíndio); Postgrado (FUCS, Fundación universitaria de ciencias de la salud).
- **Investigación** (Universidad Nacional, Instituto de envejecimiento de la Javeriana, Grupo de Investigación en Demencias de la Universidad de Antioquia)

2. Educación al anciano

- Monitoras en educación física para grupos de la tercera edad (Calí)
- Programas de educación básica, terminación del bachillerato, capacitación para ingresar al mundo laboral (grados 10 y 11, con especialidad. (COMFENALCO)

4. ¿Contratar con una entidad sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad es la manera más efectiva para alcanzar los objetivos de política pública del plan de Desarrollo Territorial y de la Entidad Estatal?

La contratación con entidades privadas sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad de que trata el artículo 355 de la constitución política y hoy día reglamentada por el Decreto 092 de 2017 es una contratación especial que procede exclusivamente en los casos previstos en tales normas. Esta contratación tiene origen en la necesidad de continuar con el apoyo de las Entidades Estatales a actividades benéficas en el nuevo marco constitucional sin auxilios parlamentarios. De conformidad con lo señalado en el proyecto de inversión la Secretaría de Participación y Desarrollo Social del Distrito de Cartagena de Indias identificó la necesidad de promover espacios de atención integral adulto mayor como población vulnerable de especial protección.

Con base a lo anterior se han proyectado una serie de servicios a prestar a favor de los adultos mayores de conformidad con lo establecido en la ley 1315 de 2009, las cuales a través del contrato con una entidad sin ánimo de lucro serán ejecutadas por una persona jurídica idónea y de reconocida idoneidad para ese tipo de actividades, así mismo se garantizará mayor eficiencia y eficacia a través de un solo proceso contractual que permite hacer un mejor seguimiento y alcanzar de forma más efectiva los objetivos trazados en el plan de desarrollo por parte de la entidad Estatal.

Así mismo, esta contratación representa un mejor manejo del riesgo toda vez que los riesgos previsibles derivados de la presente contratación serán asumidos por la Entidad Sin ánimo de lucro quien empleará su capital humano, técnico, operativo y administrativo para el desarrollo de las actividades previstas en los alcances y obligaciones del presente contrato.

5. **¿Cuál es el beneficio de contratar con una entidad privada sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad?**

El beneficio de contratar con una entidad privada sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad redunda en el mayor valor por dinero en aspectos de eficiencia, eficacia, experiencia y manejo del riesgo, así mismo permite un mejor seguimiento a las actividades y el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Distrital 2016 – 2019 “PRIMERO LA GENTE PARA UNA CARTAGENA SOSTENIBLE Y COMPETITIVA”.

6. **Si hay en el mercado oferta de bienes y servicios objeto del proceso de contratación „¿Cuál es la consecuencia en el mercado de contratar con la entidad sin ánimo de lucro cuando hay en el mercado oferta de los bienes y servicios?**

Como tal la totalidad de bienes y servicios que requiere la entidad estatal no son ofertados en forma conjunta por el mercado, sin embargo podría determinarse que la contratación con entidades sin ánimo de lucro canaliza la inversión los recursos en los subcontratos que realice está afectando en cierto modo la posibilidad de que algunos bienes y servicios sean suministrados directamente por algunos sectores propios de suministros de alimentación y alojamiento a la entidad estatal limitando en cierto modo la experiencia o reconocimiento que estos puedan adquirir con el sector público.

Sin embargo, el Distrito debe velar por el uso eficiente se los recursos de los contribuyentes buscando mecanismos que representen un mayor valor por dinero en la inversión de los mismos.

7. **¿En qué forma la contratación con entidad privada sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad permite cumplir los objetivos de eficiencia, economía, eficacia o manejo del riesgo?**

De conformidad con lo expuesto anteriormente la contratación con una entidad sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad reduce el desgaste administrativo de la entidad estatal, toda vez que la ESAL asume por su propia cuenta y riesgo la ejecución de cada una de las actividades descritas en el presente proceso contractual, disponiendo de sus recursos humanos técnicos, operativos y administrativos para el desarrollo del objeto

principal del convenio, lo cual representa mayor economía para le entidad estatal, por otro lado representa mayor eficacia que en un solo convenio se estén atendiendo necesidades apremiantes de la población de la tercera edad con servicios conjuntos de salud, recreación, alojamiento y alimentación.

Por otro lado el manejo del riesgo representa otro aspecto importante a considerar, toda vez que una vez estimados, tipificados y asignados los riesgos previsibles derivados de la presente contratación todos estos serán asumidos por la ESAL toda vez que esta tiene mejor manejo de los mismos pudiendo suscribir garantías especiales para ampararlos de acuerdo al valor del contrato.

8. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA A CONTRATAR

En los últimos cinco años el Distrito de Cartagena de Indias a través de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social ha celebrado convenios para aunar esfuerzos para la ejecución de Proyecto de Inversión PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DE LA SECRETARIA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS y con los que ha logrado atender integralmente Adultos Mayores en estado de vulnerabilidad por su condición de indefensión característica de su edad, por su deteriorado estado de salud y por sus condiciones de pobreza y abandono de su familia.

Que en la ciudad de Cartagena existe un número reducido de centros de días, hogares geriátricos y fundaciones que atienden a las personas adultos mayores, y ante la imposibilidad locativa instalada para atender en un solo hogar geriátrico a toda la población que demanda este tipo atención integral y asistencial, se hace necesario y conveniente que El Distrito celebre convenios para tales fines con una (1) entidad sin ánimo de lucro, de reconocida idoneidad y experiencia y que históricamente han venido prestando en la ciudad de Cartagena este servicio misional y vocacional a los adultos mayores que le son remitidos, después de un estudio psico-social, por el DISTRITO, a través de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social.

El FUNDACION DONES DE MISERICORDIA, es una persona jurídica sin ánimo de lucro reconocida idoneidad, para desarrollar actividades de interés público, en este caso, la ejecución del plan de desarrollo mencionado, con capacidad jurídica, recursos humanos técnicos, operativos y administrativos para contratar, que viene brindando atención geriátrica integral y digna a TREINTA (30) adultos mayores que se encontraban en situación de abandono comprobada por la Secretaría de Participación y Desarrollo Social o en situación de vulnerabilidad.

Por lo anterior, se evidencia que la FUNDACION DONES DE MISERICORDIA en una entidad sin ánimo de lucro de recocida idoneidad para la realización del convenio para la asistencia integral a treinta (30) personas mayores que hagan parte de la población pobre y vulnerable, que carezcan de recursos para satisfacer sus necesidades, que sean alejados o desplazados de su ámbito familiar, en desarrollo del proyecto de inversión "PROTECCION SOCIAL INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES", DE LA SECRETARIA DE PARTICIPACION Y DESARROTLO SOCIAL DEL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS, ya que tiene el personal especializado para ello y la experiencia con la que garantiza el cumplimiento del objeto contractual.

9. HISTÓRICO DE CONTRATACIÓN

A continuación se presenta contratos el histórico celebrados con el hogar geriátrico FUNDACION DONES DE MISERICORDIA:

CONVENIO N° 0 1 DE 2016 CELEBRADO AL AMPARO DEL ARTICULO 355 DE LA CONSTITUCION POLITICA Y SU REGLAMENTO AUTONOMO DECRETO 777 DE 1992.

OBJETO: AUNAR ESFUERZOS PARA GENERAR PROCESOS DE ASISTENCIA INTEGRAL DENTRO DE UNA CONCEPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A TREINTA (30) PERSONAS MAYORES QUE HAGAN PARTE DE LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE, QUE CAREZCAN DE RECURSOS PARA SATISFACER SUS NECESIDADES, SEAN ALEJADOS O DESPLAZADOS DE SU ÁMBITO FAMILIAR, EN DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVERSION "ANTENCION INTEGRAL CON CALIDAD A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE CARTAGENA" DE LA SECRETARIA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS."- **FUNDACION DONES DE MISERICORDIA- NIT. 900.036.694-1**

CONVENIO No.	
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS PARA GENERAR PROCESOS DE ASISTENCIA INTEGRAL DENTRO DE UNA CONCEPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A TREINTA (30) PERSONAS MAYORES QUE HAGAN PARTE DE LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE, QUE CAREZCAN DE RECURSOS PARA SATISFACER SUS NECESIDADES, SEAN ALEJADOS O DESPLAZADOS DE SU ÁMBITO FAMILIAR, EN DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVERSION "ATENCION INTEGRAL CON CALIDAD A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE CARTAGENA" DE LA SECRETARIA DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS."
COOPERANTE	**FUNDACION DONES DE MISERICORDIA** NIT. 900.036.694-1
PLAZO	**CINCO (05) MESES,** a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.
VALOR TOTAL	**CIENTO SETENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($171.428.550)**
APORTES DEL DISTRITO	**$120.000.000**
APORTES DEL COOPERANTE	**$ 51.428.550**

CONVENIO DE ASOCIACION N°0 0 3 DE 2017 CELEBRADO ENTRE EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS Y FUNDACION DONES DE MISERICORDIA NIT.900.036.694-1

CONVENIO No.	0 0 3 - 2 0 1 7
OBJETO	**AUNAR ESFUERZOS PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL A TREINTA Y SEIS (36) PERSONAS MAYORES QUE HAGAN PARTE DE LA POBLACION POBRE Y VULNERABLE DEL DISTRITO DE CARTAGENA QUE SEAN ALEJADOS O DESPLAZADOS DE SU ÁMBITO FAMILIAR, EN DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVERSION "PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES".**
ASOCIADO	**FUNDACION DONES DE MISERICORDIA NIT.900.036.694-1**
PLAZO	**6 MESES**
VALOR TOTAL	**DOSCIENTOS OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($280.800.000) M/CTE**
APORTES DEL DISTRITO	**CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($196.560.000) M/CTE**
APORTES DEL ASOCIADO	**OCHENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($84.240.000) M/CTE**

Esta información será tenida en cuenta en el estudio previo para las condiciones a establecer en el nuevo proceso de contratación.

10. ASPECTOS LEGALES

Se trata de una actividad lícita que puede ser susceptible de negociación y que para su Prestación no se requiere de permisos, licencias u otras autorizaciones legales diferentes a la regulación legal general para el desarrollo de la actividad comercial.

La normativa vigente aplicable al objeto del proceso de contratación es la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, decreto 092 de 2017, el Decreto Ley 019 de 2012, Ley 1474 de 2011 y demás decretos reglamentarios que la regulen, y en particular las siguientes:

- Insiso segundo del Artículo 355 de la Constitucion Pólitica
- Ley 1850 de 2017
- Ley 1315 de 2009
- Literal q) del artículo 12 de la Ley 10 de 1990 concordante con el literal r) del Artículo 3 del Acuerdo 20 de 1990 le corresponde hacer cumplir las normas de orden higiénico - sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 Código Sanitario Nacional Decreto 1298 de 1994 y su reglamentación.

11. ANALISIS DE RIESGO

De conformidad con lo establecido en los artículos 7 y 8 del Decreto 092 de 2017 en el presente proceso contractual serán aplicables los principios generales de la contratación estatal salvo los expresamente reglamentado en el presente decreto, por lo anterior y teniendo en cuenta que el Decreto 092 de 2017 y la Guía de Colombia Compra eficiente para contratación con entidades privadas sin ánimo de lucro no regulan expresamente lo referente al análisis de riesgos previsibles en los procesos de contratación establecidos en el artículo 355 de la Constitución nacional, se tomará como base lo establecido en la ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 y la Metodología para identificar y clasificar los riesgos elaborado por Colombia Compra Eficiente procede a tipificar, estimar y asignar los riesgos de la presente contratación

N	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del contrato?	Responsable por implementar el	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
1	Especifico	Interno	Selección	Operativo	Incumplimiento de Requisitos Tecnicos	Incumplimiento defectuoso o total del contrato	1	4	5	Medio	Entidad	Adecuada Evaluación y Revisión de Requisitos	1	2	3	Bajo	SI	Entidad – Funcionario Evaluador	Fecha de evaluación de propuestas	Fecha de evaluación de propuestas	Verificación de Requisitos de la propuesta	Al momento de evaluar la propuesta
2	General	Interno	Ejecución	Operacional	Incumplimiento defectuoso o total del contrato	Incumplimiento del contrato	3	4	7	Alto	Contratista	Adecuada supervisión	2	2	4	Menor	SI	Supervisor	A la firma del contrato	Liquidación Contrato	Supervisión	Semanal
3	especifico	interno	Planeación y Ejecución	Operacional, económico y financiero	Riesgos presentados por el no inicio o suspensión de la ejecución del contrato asociados a demoras en p y contratación personal idóneo imputables al contratista	No prestación oportuna del servicio a los Adultos mayores vulnerables	2	4	6	Alto	Contratista y Equipo de Supervisión	realizar planeación de los suministros y el personal profesional oportunamente en los términos establecidos, diseñar plan de contingencia en logística	1	4	5	medio	SI	Contratista	Suscripción del Contrato	finalización del contrato	visitas equipo supervisión	diario
4	Especifico	Interno	Ejecución	Financiero	Modificaciones o terminación unilateral del contrato	Interrupción o suspensión en la ejecución del contrato	3	5	8	Extremo	Entidad Estatal y Equipo de Supervisión	Adecuada Planeación y supervisión que evite situaciones que dé a modificaciones a terminación unilateral	3	4	7	Alto	SI	Entidad Estatal	Estudios Previos	Liquidación Contrato	Supervisión	diario
5	General	Externo	Planeación y Ejecución	Económico, operacional y financiero	Acceder a peticiones o amenazas para hacer u omitir algún acto o hecho en contra de la Ley y/o no informar inmediatamente este hecho	Terminación del contrato	1	5	6	Alto	Contratista	Informar inmediatamente al contratante y/o demás autoridades competentes	1	5	6	Alto	SI	Contratista	Suscripción del Contrato	Liquidación Contrato	Visitas de inspección y seguimiento, informes de ejecución equipo supervisión	diario

6	General	interno	ejecución	operacional	Accidentes laborales o enfermedad profesional del personal operativo	Retrasos en la prestación del servicio	3	4	7	Alto	Contratista	Afiliación de los empleados a las ARL, implementación de planes de prevención en riesgos laborales	3	3	6	Alto	SI	Contratista	Suscripción del Contrato	Acta de Inicio	visitas equipo supervisión	diario
7	General	Externo	Ejecución	Ambiental y de la naturaleza	Terremotos	Interrupción en la ejecución del contrato, inoportunidad en el suministro del alimentarios, sobrecostos de operación	1	5	6	Alto	Entidad Estatal/contratista	Entrega de alimentos de emergencia una vez se reanude calendario escolar	1	5	6	Alto	SI	Entidad Estatal/contratista	N/A	N/A	N/A	N/A
11	General	Externo	Ejecución	Financiero	Mora en el pago por parte del Estado	Interrupción o suspensión de la ejecución del contrato	3	4	7	Alto	Entidad Estatal	Implementación de Procedimientos que agilicen los trámites al interior de la Entidad.	3	4	7	Alto	SI	Entidad Estatal	Estudios Previos y CDP	Registro Presupuestal	Comprobantes de pago a contratista	Conforme a forma de pago

12. MECANISMOS DE COBERTURA QUE GARANTIZAN LAS OBLIGACIONES SURGIDAS CON OCASIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y DEL CONTRATO A CELEBRAR

El Distrito en virtud de la facultad conferida por el Artículo 2.2.1.2.1.4.5. del Decreto1082 de 2015, pese a que no será obligatoria la exigencia de otorgamiento de garantía en los contratos de bajo la modalidad de contratación directa, será potestativo de la entidad contratante la exigencia de la misma.

En consecuencia, dada las características del objeto del contrato el contratista de acuerdo a lo dispuesto en la ley 80 de 1993 y el Titulo III del Decreto 1082 de 2015, deberá constituir a favor del Distrito Turístico y Cultural Cartagena de Indias, una garantía única bajo la modalidad a favor de entidades estatales que constituirá en póliza expedida por Banco o compañía de seguros legalmente constituida para funcionar en Colombia. Los amparos contratados serán:

1. **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** La garantía que cubrirá el cumplimiento de las obligaciones contractuales, pago de multas cláusula penal pecuniaria y demás sanciones, deberá ser equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato con una vigencia igual al plazo del contrato y cuatro (4) meses más.
2. **CALIDAD DEL SERVICIO:** la garantía que cubrirá la buena calidad del servicio el valor de esta garantía deberá ser equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato y su vigencia se extenderá por el término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más.
3. **SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** equivalentes al quince por ciento (15%) del valor del contrato y su vigencia se extenderá para el término de ejecución y tres años más.
4. **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:** por daños a terceros equivalente a 200 SMMLV y su vigencia será desde la ejecución del contrato y hasta su liquidación.

Dado en la ciudad de Cartagena, en el mes de Agosto de 2018

CLAUDIA DEL CARMEN ANAYA MARIN
Secretaria de Participación y Desarrollo Social

Elaboro: Marlys Martínez - Asesor UIC