



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

1.	INTRODUCCIÓN
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015, la entidad se elaboran los Estudios del Sector para contratar PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS.</p> <p>y se deja constancia mediante el presente documento, del análisis del sector "Comercial" realizado en la etapa de planeación y estructuración del mismo, así:</p> <p>De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 del 26 de mayo del 2015, le corresponde al Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, efectuar el análisis económico y en aplicación al manual o guía expedido por Colombia Compra Eficiente para la elaboración de los estudios del sector en materia de contratación interadministrativa artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 del 26 de mayo del 2015, se establece el siguiente análisis del sector desde los aspectos legales, organizacionales, comerciales, técnicos, análisis de riesgo, dejando claro que; "No será necesario que la Entidad estatal haga un estudio de la oferta y la demanda del sector de la prestación de servicios con particulares sobre tipos, precios, calidades y cantidades de la oferta y la demanda."</p> <p>El análisis del sector hace parte de la planeación de los Procesos de Contratación de las entidades estatales y materializa los principios de planeación, de responsabilidad y de transparencia consagrados en la Ley 80 de 1993. La finalidad de este estudio es permitirle a la entidad estatal sustentar su decisión de hacer una contratación interadministrativa, la elección del proveedor del bien o servicio, y la forma en que se pacta el contrato desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y economía.</p>	
2.OBJETO CONTRACTUAL	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS.	
3.SECTOR COMERCIAL	
1.PERSPECTIVA COMERCIAL	
<p>La actividad económica está dividida en sectores económicos. Cada sector se refiere a una parte de la actividad económica cuyos elementos tienen características comunes, guardan una unidad y se diferencian de otras agrupaciones.</p> <p>Su división se realiza de acuerdo con los procesos de producción que ocurren al interior de cada uno de ellos.</p> <p>División según la economía clásica</p> <p>Según la división de la economía clásica, los sectores de la economía son los siguientes:</p> <p>Sector primario o sector agropecuario.</p> <p>Sector secundario o sector Industrial.</p> <p>Sector terciario o sector de servicios.</p> <p>Sector primario o agropecuario</p> <p>Es el sector que obtiene el producto de sus actividades directamente de la naturaleza, sin ningún proceso de transformación. Dentro de este sector se encuentran la agricultura, la ganadería, la silvicultura, la caza y la pesca. No se incluyen dentro de este sector a la minería y a la extracción de petróleo, las cuales se consideran parte del sector industrial.</p> <p>Sector secundario o industrial</p> <p>Comprende todas las actividades económicas de un país relacionadas con la transformación industrial de los alimentos y otros tipos de bienes o mercancías, los cuales se utilizan como base para la fabricación de nuevos productos.</p> <p>Se divide en dos subsectores: industrial extractivo e industrial de transformación:</p> <p>Industrial extractivo: extracción minera y de petróleo.</p> <p>Industrial de transformación: envasado de legumbres y frutas, embotellado de refrescos, fabricación de abonos y fertilizantes, vehículos, cementos, aparatos electrodomésticos, etc.</p> <p>Sector terciario o de servicios</p> <p>Incluye todas aquellas actividades que no producen una mercancía en sí, pero que son necesarias para el funcionamiento de la economía. Como ejemplos de ello tenemos el comercio, los restaurantes, los hoteles, el transporte, los servicios financieros, las comunicaciones, los servicios de educación, los servicios profesionales, el</p>	



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

Gobierno, etc.

Es indispensable aclarar que los dos primeros sectores producen bienes tangibles, por lo cual son considerados como sectores productivos. El tercer sector se considera no productivo, puesto que no produce bienes tangibles, pero, sin embargo, contribuye a la formación del ingreso nacional y del producto nacional.

Aunque los sectores anteriormente indicados son aquellos que la teoría económica menciona como sectores de la economía, es común que las actividades económicas se diferencien aún más dependiendo de su especialización.

Dada la naturaleza del objeto del contrato, se ubica dentro del Sector terciario o de servicios

Ahora bien, La fuente de información que refleja este análisis de "Servicios – Segmento servicios de suministro, fue realizado con un estudio de mercado y el análisis de algunas entidades que han utilizado estos servicios.

A. ANÁLISIS DEL MERCADO:

-Aspectos generales del mercado.

Que la constitución política en su artículo 49 dispone que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Para el cumplimiento de estas competencias dentro de la Estructura Orgánica de la Alcaldía de Cartagena de Indias, se creó el Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS - cuyo objetivo general es dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar el Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena, bajo una organización y gestión descentralizada del sector, que permita cumplir con los principios consagrados en la Constitución Política y los propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creando condiciones de acceso de toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención y complejidad.

El artículo 43 de la Ley 715 de 2001, define las competencias de los DISTRITOS en materia de salud señalando como obligaciones a cargo del ente territorial, entre otras: I) Dirigir, coordinar y vigilar el Sector Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción. II) Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. III) Administrar los recursos financieros del Sistema General de Participación en Salud destinados a financiar afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales; así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento. IV) Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes. y V) Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

El artículo 47 de la Ley 715 de 2.001 establece que los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, se utilizarán para el componente prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y a la asegurada en lo no cubierto con subsidio a la demanda.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993, Ley 715 del 2001, Ley 100/93 y sus 2 modificaciones corresponde a los Departamentos, Distritos y Municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios con cargo a los recursos de oferta.

Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliada al sistema se procederá de la siguiente forma:

- Si tiene capacidad de pago, cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.
- Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, ésta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

La Ley 1438 en su Artículo 61º, establece la organización de redes integradas en salud así: "ARTÍCULO 61º. DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado."

"Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios." y en sus Artículos 62 y 63 la Ley 1438 establece la conformación y los criterios determinantes para las redes integradas de servicios de salud en los entes territoriales, Municipios, Distritos y la Nación. La Ley Estatutaria de Salud o Ley 1751 de 2015, ratifica lo relacionado con las redes de servicios, a la letra dice: "Artículo 13. Redes de Servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales pueden ser públicas, privadas o mixtas."

La Resolución 5261 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud (Hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social) y el Acuerdo 032 de 2012 expedido por la Comisión de Regulación en Salud, y la Resolución 5269 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece cuales son las tecnologías en salud contempladas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

El Decreto 780 de 2016, define como entidades responsables del pago de los servicios de salud a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; así mismo, establece las disposiciones generales que deben adoptar las entidades responsables del pago para cancelar los servicios prestados por parte de los prestadores de los servicios de salud y los requisitos que deben cumplir estas IPS para efecto de la presentación de las facturas y respectivos soportes como condición previa al pago.

El Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1479 de 06 de mayo de 2015, "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, suministrado a los afiliados del Régimen Subsidiado" y que debe ser adoptada por los Distritos de acuerdo a sus necesidades. El artículo 4º de la citada Resolución, permite a los Distritos de acuerdo con el análisis de la situación actual de su población, las capacidades técnicas y operativas, adoptar uno de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II de la mencionada norma o de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo un modelo integral siguiendo las reglas establecidas por cada uno de los modelos definidos en el Título II de la mencionada resolución. El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias adoptó mediante la Resolución No. 4243 del 05 de junio de 2015 el modelo II de acuerdo con las capacidades técnicas y operativas de la entidad.

Mediante Resolución No. 2783 del 29 de marzo del 2019 el Distrito de Cartagena adecuó los requisitos para la prestación, acceso y reporte de prescripción y suministro de Tecnologías y Servicios de Salud no Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015 y la Resolución 2438 de 2018.

Para el cumplimiento de la meta de resultado y en consecuencia para el desarrollo de las metas de producto establecidas, teniendo en consideración que por competencia establecida por Ley 715 de 2001, la Alcaldía de Cartagena y en especial el Departamento Administrativo Distrital de Salud – Dadis debe garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y a la asegurada en lo no cubierto con subsidio a la demanda, residente habitual en el Distrito de Cartagena de Indias y población mediante la celebración de contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y/o privadas, entonces, en cumplimiento de estos deberes legales, La Alcaldía de Cartagena de Indias, debe contratar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado y los servicios de salud y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud a población pobre afiliada, residente habitual en el Distrito de Cartagena de Indias, población migrante y extranjeros en tránsito en el país.

En cumplimiento a lo establecido por ley con relación a la garantía de calidad de la prestación de servicios de salud a la población objeto y teniendo en cuenta que la Alcaldía de Cartagena – Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS como Ente Territorial no es prestador de servicios de Salud, debe en consecuencia contratar con red pública en primera instancia la prestación de dichos servicios y así satisfacer la necesidad, demanda y requerimiento de la población objeto, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan de Acción en Salud (PAS) de 2022.

La Ley 1438 de 2011, artículo 32, define: Universalización del Aseguramiento. Todos los residentes en el país deberán



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desartillará mecanismos para garantizar la afiliación.

Que según las cifras reportadas por la oficina de aseguramiento del Departamento Administrativo Distrital de Salud, existen en el Distrito actualmente un total de 65.356 personas afiliadas al régimen subsidiado de salud, quedando aún un número de personas no afiliadas, la población pobre y vulnerable no asegurada (PPNA), que aún continúa en calidad de vinculados al sistema de salud (según base de datos Sisbén II a corte octubre 2020, BDUa (Contributivo y Subsidiado) 30 Enero 2022 cargada en la plataforma ADRES), de lo cual el Distrito Cartagena debe garantizarle la atención en salud, con una participación femenina del 50,1%.

El Decreto Único reglamentario 780 de 2016 en su Artículo 2.4.6 Definiciones. Para efectos la presente parte, adoptense las siguientes definiciones: *"4. Población pobre no asegurada (PPNA) es aquella población urbana y rural de cada Distrito, Municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado"*.

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en las normas vigentes, e igualmente, comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.

Dentro de las funciones que le corresponden al Distrito de Cartagena de Indias, consagradas en el artículo 43 de la ley 715 del 2.001, en su inciso II está la de Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población Pobre no asegurada (PPNA) en concordancia con lo enunciado en el artículo 20 de la ley 1122 de 2007. Las entidades territoriales contratarán con entidades prestadoras de salud debidamente habilitadas, para la atención de la PPNA, y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 9, 10 y 11 de la Resolución 2867 de 2016, previa autorización del Ministerio de Salud.

El Decreto 780 de 2016 define como entidades de pagos de los servicios de a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, así como las formas y mecanismos a utilizar para la cancelación de estos servicios, así como los requisitos de las facturas y demás soportes de ley.

Que la Resolución 2292 de Diciembre 23 de 2.021, actualiza y establece los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación y sus anexos: Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC"; Anexo 2: "Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC", y el Anexo 3: "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico financiados con recursos de la UPC".

Que mediante la Resolución 2273 de diciembre 22 de 2.021, por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnología en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

A su vez, se debe garantizar la atención en salud a las poblaciones especiales según lo dispuesto en la Ley 387 de 1997, la Ley 1448 de 2011, los decretos 2131 de 2003 y 250 2005, así como la Sentencia T- 025 de la Honorable Corte Constitucional, y la Ley 1098 de 2006.

Que la salud es un servicio público esencial reconocido por la Constitución Nacional de 1991, por lo tanto, es compromiso del Estado, en manos de sus gobernantes, implementar las técnicas gerenciales adecuadas para mejorar la calidad de vida y lograr bienestar a los colombianos, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que de conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, los entes territoriales pueden financiar la prestación de los servicios de salud con recursos propios, si lo considera pertinente o con recursos asignados por concepto de participaciones y demás rentas cedidas, en procura de garantizar el acceso oportuno a la red de hospitalaria pública o privada, con la cual se hará contratación con el fin de prestar de manera continua y oportunamente la atención en salud a la población pobre y vulnerable no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo no cubierto con subsidio a la demanda de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones.

Que la Ley 1122 de 2007 establece que las entidades territoriales contratarán con instituciones prestadoras del servicio



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

de salud, para la atención de la PPNA y lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Que el Distrito de Cartagena de Indias, D.T. y C., acorde con las disposiciones constitucionales y legales vigentes y con el objeto de satisfacer necesidades de interés general, requiere apoyar el desarrollo de los programas de atención de la salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad para garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, conforme al artículo 49 de la Constitución Política, postulado que está acorde con el artículo 13 ídem, al señalar: "El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta".

Que de igual forma se debe garantizar la atención en salud a las poblaciones especiales según lo dispuesto en la ley 387 de 1997, la ley 1448 de 2011, los decretos 2131 de 2003 y 250 de 2005, así como la sentencia T-025 de la honorable Corte Constitucional, y la ley 1098 de 2006. Este mismo decreto en sus artículos 12 al 16 manifiesta textualmente que la entidad responsable de pago, en este caso el ente territorial, quien podrá utilizar de la forma como allí está descrita un mecanismo de autorización de los servicios que requiere el usuario. Teniendo en cuenta que se contrataran varios objetos iguales en virtud de los perfiles requeridos se estructura la presente necesidad que abarca la totalidad de las necesidades a contratar con la red pública.

Que el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 establece las competencias y funciones de los Departamentos de Salud, de la siguiente manera:

Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.8. Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería y vigilar la correcta utilización de los recursos. (numeral modificado por el artículo 2 de la Ley 1446 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.081 del 26 de mayo de 2011).

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

43.2. De prestación de servicios de salud



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. /Derogado)

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Avalar los planes bienales de inversiones Públicas en Salud, de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud, cuyo consolidado constituye el Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales. (Numeral modificado por el artículo 1438 de 2011. Publicada en el Diario Oficial No. 47957 de 19 enero de 2011).

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

(...)

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas Departamentales (Modificado por el artículo 5 de la ley 1438 de 2011. Publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 2011).

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

43.3.9. Asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados (Modificado por el artículo 5 de la ley 1438 de 2011. Publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 2011).

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

Por otra parte, con relación a la destinación y distribución de los recursos del Sistema General de participaciones en salud, la Ley 715 DE 2001 en su artículo 46, 47 y 48 establece que:

Artículo 46. Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.

La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias.

Artículo 47. *Destino de los recursos del sistema general de participaciones para salud. Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:*

47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.

47.2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

Artículo 48. *Financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, serán los asignados con ese propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.*

Los recursos que forman parte del Sistema General de Participaciones de las Entidades Territoriales asignados a este componente, serán distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales.

Estos recursos se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda, en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La población atendida para los efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución.

El resultado será la cuantía que corresponderá a cada distrito, municipio o corregimiento departamental.

Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud, serán destinados a financiar la nueva afiliación de la población por atender urbana y rural al Régimen Subsidiado, aplicando el criterio de equidad, entendido como un indicador que pondera el déficit de cobertura de la entidad territorial y su proporción de población por atender a nivel nacional, siempre que los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda mantengan por lo menos el mismo monto de la vigencia anterior, incrementado en la inflación.

PARÁGRAFO 1o. *Los corregimientos departamentales de que trata este artículo, son aquellos pertenecientes a los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991. La población pobre atendida de estos corregimientos departamentales hará parte del cálculo de los recursos de que trata el presente artículo y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente.*

PARÁGRAFO 2o. *La ampliación de cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda, que se haga con recursos propios de las entidades territoriales, deberá financiarse con ingresos corrientes de libre destinación, con destinación específica para salud o con recursos de capital, cuando en este último caso, se garantice su continuidad como mínimo por cinco (5) años. En ningún caso podrá haber ampliación de cobertura mientras no se garantice la continuidad de los recursos destinados a financiar a la población pobre mediante los subsidios a la demanda.*

PARÁGRAFO 3o. *Los municipios que al entrar en vigencia la presente ley, presenten coberturas de afiliación al régimen subsidiado inferiores al 50%, podrán destinar dos puntos porcentuales de la participación de propósito general para cofinanciar la ampliación de coberturas. Esta asignación estará acorde con las metas de cobertura fijadas por la Nación.*

PARÁGRAFO 4o. *La ampliación de cobertura también se realizará con recursos del Fosyga.*



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

PARÁGRAFO 5o. <Ver Notas de Vigencia> Las autoridades territoriales están obligadas a hacer uso de la información que se derive de la actualización del instrumento de focalización que defina el Conpes*. De no hacerlo, serán objeto de las sanciones disciplinarias, fiscales y penales a que haya lugar.

Que la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, dispone que:

Artículo 7. Atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. La atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS se prestará de la siguiente manera:

b) Si no tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con la entidad territorial, se seguirá el siguiente procedimiento:

(i) Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial. Cuando se trate de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el parágrafo del referido artículo 10.

Para el pago del o los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentará la solicitud directamente a la entidad territorial.

(ii) Si la IPS no tiene el servicio habilitado, deberá consultar el listado de Prestadores de Servicios de Salud publicado por la entidad territorial y a través del sistema de referencia y contra referencia, remitirá el paciente al prestador de servicios de salud de ese listado, que tenga habilitado el servicio o tecnología. Si dentro del listado de prestadores de servicios de salud, no existe uno habilitado para suministrarlo, la EPS deberá elegir dentro de su propia red el prestador de servicios de salud que lo brindará.

El prestador de servicios de salud receptor del usuario, solicitará la autorización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS al CTC de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y elevará la solicitud de pago directamente ante la entidad territorial. La autorización deberá realizarse con la debida oportunidad de tal forma que se garantice el acceso oportuno al usuario de los servicios de salud.

2. Para los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS requeridos en las demás situaciones, dentro de los dos días siguientes a la autorización por el CTC del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, la Entidad Promotora de Salud solicitará a la Entidad Territorial que indique el prestador de servicios de salud que brindará el servicio. La entidad territorial dará respuesta a dicha solicitud oportunamente. Si transcurridos cinco (5) días desde la solicitud, la entidad territorial no ha dado respuesta al requerimiento, la Entidad Promotora de Salud deberá elegir, dentro del listado publicado por la entidad territorial, el prestador de servicios de salud que brindará el servicio o tecnología correspondiente, de lo cual informará oportunamente al usuario.

Artículo 11. Requisitos generales para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Los Departamentos o Distritos deberán establecer, mediante acto administrativo, un procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el mecanismo adoptado, que indique los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías cobrados.

El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.

2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.

3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.

5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.

6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.

7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.

8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.

Que, de conformidad con la normatividad vigente en materia de salud, la atención de la población pobre no asegurada (PPNA) del Distrito de Cartagena de Indias, debe realizarse a través de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud - EPS, con cargo al Régimen de Salud Subsidiado. Sin embargo, es necesario garantizar la atención de la Población Pobre No Asegurada y vulnerable, en aquellos eventos en los que no es posible afiliarlos de manera inmediata o mientras se surte el proceso de afiliación.

Que atendiendo a lo dispuesto en la ley 1122 de 2007, el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias contratará la prestación de servicios de salud de mediana complejidad para la PPNA, en condición de desplazamiento forzado y habitantes de calle del Distrito de Cartagena que se encuentren en estado de gestación y que no se esté afiliada al sistema general de seguridad social en salud.

En atención a lo anterior, mediante la Resolución No. 2783 de 2019, el Distrito de Cartagena de Indias, adoptó y adecuó los requisitos para la prestación, acceso y reporte de prescripción y suministro de Tecnologías y Servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al modelo integrado de atención, y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo a la Resolución 1479 de 2015 y la Resolución 2438 de 2018.

Que el Distrito de Cartagena de Indias, dentro de la Red Prestadora de Servicios de Salud, solicitó a la **ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO** de Cartagena oferta para la prestación de Servicios de Salud de mediana complejidad.

Presupuesto

JUSTIFICACION DE PRESUPUESTO Y ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BIEN Y /O SERVICIO A CONTRATAR

Para el análisis económico y financiero que se requiere para la contratación, se estima presupuesto basado en el histórico de contratación y población al año 2022, cuya tablas están anexas en la página 19 del presente estudio, tomando como referencia la tarifa Soat 2022 menos el 10%, y su forma de pago será por la modalidad de capitación y/o servicio prestado, hasta que se agoten los recursos de la vigencia 2022, que ampara el CDP, para el presente proyecto.

La presente contratación se dirige a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y actividades no financiadas con recursos de la UPC-S y Subsidio a la Oferta.

La Ley del Plan Nacional de Desarrollo, 1955 de 2019, estableció en su artículo 233 redistribuyó los recursos del Sistema General de Participaciones, definiendo un 3% para el subcomponente del Subsidio de Oferta. Así mismo, el artículo 235 de la precitada Ley precisa que el Subsidio a la Oferta es una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.

El decreto 268 de 2020 Por el cual se sustituye parcialmente la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones;

Que el artículo 356 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 04 de 2007, establece que los recursos del Sistema General de Participaciones - SGP de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, entre otros, dando prioridad al servicio de salud y a la ampliación de cobertura con énfasis en la población pobre.

Que el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019, "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022", modificó las competencias en salud de la Nación, asumiendo la financiación, verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado que se presten a partir del 1 de enero de 2020, como parte de las medidas para fortalecer la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

Que el artículo 233 ibidem, modificó los criterios de distribución de los recursos del SGP, contenidos en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, estableciendo que el recurso correspondiente al SGP en salud se destinará y distribuirá en los siguientes componentes: (i) el 87% para el aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado; (ii) el 10% para salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta.

Que los artículos 234 y 235 de la Ley 1955 de 2019 modificaron los criterios de distribución del componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado y del componente de salud pública y de subsidio a la oferta, establecidos en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, respectivamente.

Que el artículo 336 de la Ley 1955 de 2019 estableció en el párrafo primero que los artículos 231; 232; 233, 234, 235 y 236 de la misma ley, entrarían en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.

DISTRIBUCIÓN Y USO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD

ARTÍCULO 2.4.2.1. Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud están constituidos por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, en los términos del artículo 1° de la Ley 715 de 2001, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la citada ley, y que en salud se dividen en dos componentes:

1. De aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
2. De salud pública y subsidio a la oferta, que a su vez se divide en dos subcomponentes:

2.1. Acciones de salud pública.

2.2. Subsidio a la oferta.

ARTÍCULO 2.4.2.2. Recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. De conformidad con lo previsto en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, los recursos del SGP en salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. En un 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.

2. En un 13% para el componente de salud pública y subsidio a la oferta, que se divide así:

2.1. En 10% para el subcomponente de salud pública.

2.2. En 3% para el subcomponente de subsidio a la oferta.

(Modificado por el Art. 1 del Decreto 292 de 2020)

ARTÍCULO 2.4.2.3. Distribución del componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. Los recursos de este componente se dividirán por el total de la población pobre afiliada al régimen subsidiado en el país en la vigencia fiscal anterior, con el fin de estimar un per cápita nacional. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre afiliada al régimen subsidiado en cada entidad territorial.

El resultado será la cuantía que corresponderá a cada distrito y municipio del país y áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, los cuales serán asignados sin situación de fondos.

La población pobre afiliada para los efectos del presente cálculo será la certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior al cual se realiza la distribución inicial del SGP.

ARTÍCULO 2.4.2.4. Criterios para la distribución y asignación de los recursos del subcomponente de Acciones de Salud Pública, de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. Del total de recursos del subcomponente de salud pública se distribuirá entre los departamentos, municipios y distritos del país y las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Un 68% por población. El monto de recursos para este criterio se distribuirá así:

a) En un 60% por población total. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción

2. Un 15% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto.

3. Un 5% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.

4. Un 7% por eficiencia administrativa. Los recursos se distribuirán entre los municipios, distritos o áreas no municipalizadas que cumplan con las metas fijadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Conforme a lo anterior la distribución de eficiencia administrativa se realizará de la siguiente forma:

4.1 En un 3%. Porcentaje de cumplimiento de vacunación con dosis de refuerzo de triple viral, según esquema de vacunación, con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior a aquel para el cual se efectúa la distribución inicial del SGP. Para las entidades que cumplan las metas, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la cobertura útil de la población definida en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto.

4.2 En un 4%. Porcentaje de recursos comprometidos del subcomponente de salud pública del SGP reportado en el Formulario Único Territorial - FUT o el formato que haga sus veces, frente al total de los recursos asignados en la vigencia inmediatamente anterior a la que se distribuye, con corte al tercer trimestre. Para las entidades que cumplan la meta, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de los recursos comprometidos de la entidad territorial frente al total comprometido en el país, de acuerdo con la información certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social.



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

Una vez evaluados los criterios, la distribución de la totalidad de los recursos destinados a este subcomponente; se asignarán en los términos del numeral 52.1 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, así:

1. Departamentos: Recibirán un 45% para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, así como el 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

2. Los municipios y distritos: Recibirán el 55% de los recursos asignados a este subcomponente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

PARÁGRAFO. Los municipios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluirán en la distribución del presente artículo. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad se aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.

(Modificado por el Art. 2 del Decreto 292 de 2020)

ARTÍCULO 2.4.2.5. Recursos no comprometidos del subcomponente de Salud Pública. Conforme con lo establecido por el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, al final de la vigencia fiscal, los recursos no comprometidos del SGP del subcomponente de salud pública, deberán ser utilizados en la cofinanciación de los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 o la norma que lo modifique o sustituya.

ARTÍCULO 2.4.2.6. Criterios para la distribución y asignación del subcomponente de Subsidio a la Oferta, de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, los recursos de este subcomponente se distribuirán entre los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, en donde se encuentren los monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios definidos en este decreto, con los siguientes criterios:

a) Un 30% por población. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la población de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.

b) Un 22% por ruralidad. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción del índice de ruralidad de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.

c) Un 38% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto.

d) Un 10% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.

La sumatoria de lo obtenido por la aplicación de los criterios mencionados en el presente artículo, se asignará a los municipios certificados y a los distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto. Así mismo, los departamentos recibirán los recursos de sus entidades territoriales no certificadas en salud, así como los recursos de las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

Los recursos de este subcomponente serán girados por la Nación a la cuenta maestra de prestación de servicios de la entidad territorial inscrita ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las empresas sociales del estado y los administradores de infraestructura pública que sean monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.

PARÁGRAFO 2. Para apoyar la operación, acceso y atención en salud a la población de los departamentos definidos en el literal 1), del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá y certificará para cada año un porcentaje a descontar del total del subcomponente de Subsidio a la Oferta, que se distribuirá en partes iguales entre estos departamentos.

PARÁGRAFO 3. Los administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud deberán remitir la información de que tratan los artículos 2.5.3.8.2.2 al 2.5.3.8.2.6. del presente decreto, de acuerdo con los procedimientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 4. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales, cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.

ARTÍCULO 2.4.2.7. Uso de los recursos del Subsidio a la Oferta. Los recursos del subsidio a la oferta deberán ser usados por los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, para la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019.

Los departamentos, los distritos definidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto y los municipios certificados, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y su ejecución deberá realizarse mediante la suscripción de convenios o contratos que garanticen la transferencia del subsidio a dichas entidades.

El convenio o contrato deberá incluir, entre otros, indicadores y metas de calidad en la prestación de servicios de salud a la población y de gestión financiera y de producción, los cuales deben ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato. El término de este convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos. El convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento al cumplimiento de los



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte del mismo. Cuando se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el convenio o contrato, la entidad territorial deberá adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos y deberá establecer, si así llegare a determinarlo, las condiciones que se deben cumplir para continuar efectuando los giros, en el marco de la ejecución del convenio o contrato.

El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará el monitoreo a los recursos del SGP establecidos en el presente acto administrativo en cumplimiento de lo previsto en el Decreto Ley 028 de 2008 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

PARÁGRAFO. Las Empresas Sociales del Estado y los administradores de infraestructura pública, a quienes se les asignen recursos del subsidio a la oferta, deberán garantizar la operación de las sedes que sean monopolio en servicios trazadores.

ARTÍCULO 2.4.2.8. Lineamientos para la ejecución y seguimiento de los recursos del SGP. El Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá el acto administrativo mediante el cual se fijen los lineamientos para el seguimiento al uso y ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones a que refiere este decreto.

ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 2.2.5.1.2.** Fuentes y términos para el suministro de la información. Además de lo establecido en los artículos 48, 52 y 66 de la Ley 715 de 2001, se debe tener en cuenta lo siguiente:

La información correspondiente a población total, urbana y rural, discriminada por grupos de edad y el índice de necesidades básicas insatisfechas para cada municipio, distrito y área no municipalizada de los Departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, será certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al Departamento Nacional de Planeación, a más tardar el 30 de junio de cada año.

La información correspondiente a la extensión en kilómetros cuadrados de cada municipio, distrito y área no municipalizada de los Departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, será certificada por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) al Departamento Nacional de Planeación, a más tardar el 30 de junio de cada año.

Para efectos de la distribución de la participación de salud del Sistema General de Participaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP certificará la información de que trata la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, a más tardar el 10 de enero del año en el cual se efectúa la distribución, considerando los datos disponibles con corte máximo al 30 de noviembre de la vigencia inmediatamente anterior a la que se realiza a distribución.

La información que no sea reportada en las fechas señaladas no será tomada en cuenta para efectos de la aplicación de las fórmulas de distribución.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para efectos de la distribución de la vigencia 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social certificará al DNP la información de que trata el inciso tercero del presente artículo, dentro de los (5) días hábiles siguientes a la expedición del presente decreto".

ARTÍCULO 3. Remuneración de los artículos 2.4.15, 2.4.16, 2.4.17, 2.4.18, 2.4.19, 2.4.20, y 2.4.21 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Como consecuencia de la sustitución parcial de la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, los artículos 2.4.15., 2.4.16, 2.4.17, 2.4.18, 2.4.19, 2.4.20 y 2.4.21 pasan a ser los artículos 2.4.9, 2.4.10., 2.4.11, 2.4.12, 2.4.13, 2.4.14 y 2.4.15, respectivamente.

ARTÍCULO 4. Vigencias y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación, sustituye la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; modifica el inciso tercero y adiciona un parágrafo transitorio al artículo 2.2.5.1.2 y deroga los artículos 2.2.5.1.1., 2.2.5.1.3 y 2.2.5.1.4 del Decreto 1082 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional.

VALORES HISTORICO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA PPNA DEL DISTRITO DE CARTAGENA

Etiquetas de fila	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	1883	6956	10940	6580	5171	31530
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	2882	5488	7059	3625	4783	23837

Etiquetas de fila	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	\$ 718.697.221	\$ 3.016.991.394	\$ 6.203.223.457	\$ 4.607.936.603	\$ 4.327.500.264	\$ 18.874.348.939
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	\$ 6.135.659.565	\$ 11.854.538.218	\$ 15.068.084.188	\$ 10.300.465.903	\$ 13.179.485.348	\$ 56.538.233.222

De acuerdo a las estadísticas reportadas por la Dirección operativa de aseguramiento del DADIS, el censo actual de la población pobre no asegurada (PPNA) es la siguiente:

REFERENCIA	RANGO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL GENERAL
PRIMERA INFANCIA	0-5 AÑOS	644	694	1338
INFANCIA	6 A 11 AÑOS	2051	2138	4189
ADOLESCENCIA	12 A 18 AÑOS	2848	3178	6026
JUVENTUD	19 A 26 AÑOS	8469	11228	19697
ADULTEZ	27 A 59 AÑOS	12668	14339	27007
PERSONA	60 AÑOS O MAS ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	1987	1764	3751
TOTAL GENERAL		28667	33341	62008

A)

NICA



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

VIG	ACTO	VR RADICADO	VR GLOSA	VR D/S DE GLOSA	VR LEVANTAD	GLOSA DEFINITIV	GLOSAS X CON
2013	EVENTOS	\$ 1.248.187.424	\$ 170.760.142	\$ 1.077.427.282	\$ 105.045.548	\$ 65.714.594	\$ -
2014	EVENTOS	\$ 806.822.524	\$ 270.875.351	\$ 535.947.173	\$ 197.259.392	\$ 73.615.959	\$ -
2015	EVENTOS	\$ 1.145.377.236	\$ 310.772.531	\$ 823.158.942	\$ 195.188.195	\$ 115.584.336	\$ -
2016	EVENTOS	\$ 792.652.514	\$ 277.122.215	\$ 515.530.299	\$ 199.205.228	\$ 77.916.987	\$ -
2016	NO POS	\$ 18.915.327	\$ 2.118.711	\$ 16.796.616	\$ -	\$ -	\$ 2.118.711
2017	EVENTOS	\$ 891.197.409	\$ 514.986.816	\$ 376.210.593	\$ 451.367.104	\$ 63.619.712	\$ -
2017	NO POS	\$ 7.033.620	\$ 1.154.579	\$ 5.866.988	\$ -	\$ -	\$ 1.154.579
2018	EVENTOS	\$ 3.016.991.394	\$ 2.439.599.243	\$ 301.310.210	\$ 866.755.362	\$ 90.321.924	\$ 1.569.424.355
2018	NO POS	\$ 3.170.621	\$ 476.087	\$ 2.694.534	\$ -	\$ -	\$ 476.087
		\$ 7.930.348.069	\$ 3.987.865.675	\$ 3.654.942.637	\$ 2.014.820.829	\$ 486.773.512	\$ 1.573.173.732

B) Proyección de venta de servicios de salud con la ampliación en el portafolio de servicios de la Empresa Social del Estado CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, en este caso tomamos de referencia este histórico debido a que por ley, este tipo de contratos se debe celebrar de manera directa con las entidades social del estado E.S.E.

C) Unificación de los planes de salud subsidiado y contributivo mediante el acuerdo 032 de 2012 de la CRES a partir del 1° julio de 2012.

D) Aplicando la Operación resultante del valor per cápita de las tarifas 2022 Soat, Menos el 10% , este valor será multiplicado por la población pobre no afiliada al régimen subsidiado, de acuerdo al estudio de frecuencia y usos de los servicios Médicos de Alta Complejidad , que genera la dirección operativa de prestación de servicios DADIS y así determinando el monto total que justifica el valor del contrato el cual asciende a **QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$500.000. 000.00)**.

E) Análisis de Demandas en contratación histórica con los mismos servicios que se pretender contratar.

G) Experiencia en la prestación de los servicios médicos ofertados.

H) El análisis de valores en el mercado Tarifas IS en los servicios médicos a contratar.

De acuerdo a las estadísticas reportadas por la Dirección operativa de aseguramiento del DADIS, el censo actual de la población pobre no asegurada (PPNA) es la siguiente:

De acuerdo a las estadísticas reportadas por la Dirección operativa de aseguramiento del DADIS, el censo actual de la población pobre no asegurada (PPNA) es la siguiente:

REFERENCIA	RANGO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL GENERAL
PRIMERA INFANCIA	0-5 AÑOS	644	694	1338
INFANCIA	6 A 11 AÑOS	2051	2138	4189
ADOLESCENCIA	12 A 18 AÑOS	2848	3178	6026
JUVENTUD	19 A 26 AÑOS	8469	11228	19697
ADULTEZ	27 A 59 AÑOS	12668	14339	27007
PERSONA	60 AÑOS O MAS ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	1987	1764	3751
TOTAL GENERAL		28667	33341	62008

Fuente: Dirección Operativa de Aseguramiento DADIS - Fecha Febrero de 2022.



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

Cifras del aseguramiento en salud con corte enero 2022

Cobertura del sistema de salud por departamento y municipio

Entidades Promotoras de Salud - EPS

Caracterización de los afiliados

Seleccione el departamento que desea consultar: Seleccione el municipio que desea consultar: Fecha de corte:

Departamento

Cartagena

31/01/2022

	Nacional			Departamento			Municipio		
	diciembre 2020	diciembre 2019	diciembre 2021	diciembre 2019	diciembre 2020	diciembre 2021	diciembre 2019	diciembre 2020	diciembre 2021
Contributivo	25.462.852	25.409.879	24.623.735	653.169	654.410	593.539	552.548	552.521	586.783
Subsidiado	1.754.950	23.865.030	23.968.571	1.347.303	1.734.466	1.735.988	551.454	580.185	593.339
Excepcion & Especiales	0	0	2230.629	41.052	82.138	41.476	28.339	27.862	21.936
Afiliados	49.768.852	49.274.909	50.830.942	2.041.524	2.470.914	2.369.997	1.132.341	1.159.868	1.201.058
Población MAITE	97.768.770	97.777.178	91.308.449	2.370.410	2.470.914	2.369.997	1.132.341	1.159.868	1.201.058
Cobertura	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%
Afiliados Subsidiado sin SISBEN IV	0	0	4.961.185	0	0	0	0	0	0
Afiliados Activos por emergencia sin SISBEN IV	0	0	879.745	0	0	29.532	0	0	22.000
Afiliados de Oficio sin SISBEN IV	0	0	89.047	0	0	2.798	0	0	1.432

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FUENTE	Ingresos corrientes de libre destinación
CODIGO DE RUBRO PRESUPUESTAL	02-001-06-20-02-03-01-03
PROGRAMA	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
META PRODUCTO PLAN DESARROLLO	Implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en Salud Pública en un 100%
NOMBRE DEL PROYECTO	Fortalecimiento de la calidad de la atención en salud para la población pobre no asegurada residente en el Distrito Cartagena de Indias
CODIGO DEL PROYECTO	2021130010153
META DEL PROYECTO	Lograr que minimo 142 servicios de salud habilitados conformen la red integrada de salud del Distrito de Cartagena para atender Población Pobre No Asegurada.
CONCEPTO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL Y DE GINECOBISTETRICIA DE MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA (PPNA) DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y POBLACIÓN VULNERABLE DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS.
VALOR	\$ 500.000.000.00
DURACION	La ejecución se llevará a cabo hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2022

FORMA DE PAGO DEL CONTRATO.

La suma estimada para esta contratación corresponde a todos los gastos directos e indirectos, en que incurra El CONTRATISTA por causa o con ocasión de la ejecución del mismo.

El Distrito cancelara el valor del presente contrato en pagos mensuales de acuerdo a la facturación presentada por el contratista, por concepto de atención en salud prestada a la población objeto. Debe estar soportada incluyendo todos los requisitos establecidos por la normatividad vigente sobre la materia. Igualmente es de carácter obligatorio la presentación de los RIPS, detallando cada una de las atenciones brindadas; deberá acompañarse del respectivo informe de auditoría, el informe de supervisión, sobre el cumplimiento de actividades contractuales.

Los servicios contratados se cancelarán bajo la modalidad de pago por evento y se tiene como tarifa la establecida en el decreto 2423 de 2006, actualizado a la vigencia 2021 menos el Veinte por ciento (-20%). La tarifa de medicamentos será PLM - 10%, excepto los medicamentos regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, cuyo precio será el establecido por este ente rector.

- Legal

Contratos interadministrativos:



ANÁLISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

El contrato interadministrativo es el vínculo jurídico establecido mediante un acuerdo de voluntades celebrado entre dos o más personas jurídicas públicas, con el objeto de coordinar, cooperar o colaborar en la realización de funciones administrativas de interés común a los sujetos contratantes.

En ese orden de ideas, el Art. 2º Numeral 4to Literal C, de la Ley 1150 del 2007, establece que se podrán celebrar Contratos Interadministrativos entre entidades públicas, siempre que las obligaciones derivadas de los mismos tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos.

La Ley 80 de 1993 establece claramente en su Art. 3ro, que:

“Artículo 3º. Los servidores públicos tendrán en consideración que al celebrar contratos y con la ejecución de los mismos, las entidades buscan el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines (...)”

La misma legislación en concordancia con la Ley 1150 de 2007 establece que la forma de contratación de los contratos interadministrativos es la Contratación directa. Así mismo le es aplicable lo estipulado en el Artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1082 de 2015 que a la letra reza:

“La Entidad Estatal debe señalar en un acto administrativo la justificación para contratar bajo la modalidad de contratación directa, el cual debe contener:

1. *La causal que invoca para contratar directamente.*
2. *El objeto del contrato.*
3. *El presupuesto para la contratación y las condiciones que exigirá al contratista.*
4. *El lugar en el cual los interesados pueden consultar los estudios y documentos previos. (...)”*

De otro lado, el Artículo 25 de la Ley 80 de 1993 establece en su numeral 7 la necesidad de realizar los estudios sobre la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar, y que las autorizaciones y aprobaciones para ello se analizarán o impartirán con antelación al inicio del proceso de selección del contratista o a la de la firma del convenio, según el caso.

Igualmente, los estudios previos de toda contratación deben contener a luz de lo en los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, los estudios en los cuales se analicen la convivencia y la oportunidad de realizar la contratación de que se trate.

Todos los principios en materia de Contratación Administrativa son aplicables para garantizar los principios de moralidad, eficacia, eficiencia, economía, buena fe, imparcialidad, participación, responsabilidad, transparencia e idoneidad en la ejecución de recursos públicos y en el desarrollo del Contrato.

Por lo anterior, y de conformidad con los postulados definidos en el numeral 7 del Artículo 25 de la Ley 80 de 1993, corresponde a la entidad estatal contratante, señalar la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar y las autorizaciones y aprobaciones para ello, por lo que se analizarán o impartirán con antelación al inicio del proceso de selección del contratista o al de la firma del contrato, según sea el caso. El mismo artículo en su numeral 12 establece que con antelación a la apertura del procedimiento de selección o de la firma del contrato, deberán elaborarse los estudios, diseños y proyectos requeridos, y los pliegos de condiciones respectivos.

En el marco de la mencionada normatividad, la ley faculta a las entidades estatales a celebrar contratos interadministrativos cuando la necesidad así lo requiera, y cuando la entidad contratante no pueda llevar a cabo el objeto a contratar, en razón a sus funciones. Además, se permite que este tipo de contratación sea celebrada mediante contratación directa, siempre que se cumpla con los requisitos consagrados en la ley 80 de 1993 y demás normas que la adicionan o modifican.

Particularmente, teniendo en cuenta el objeto a contratar, la naturaleza jurídica de las partes y de acuerdo con lo establecido en el literal c), numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.2.1.4.4. Del Decreto 1082 de 2015, Resolución 518 DE 2015, la modalidad de escogencia del contratista, será la de Contratos Interadministrativos.

B. ANÁLISIS DE LA DEMANDA:

De acuerdo con lo requerido por la entidad y según las tendencias actuales del mercado, las empresas que pretendan ofertar sus bienes o servicios para el proceso de Selección deberán contar con la experiencia suficiente en la prestación de los servicios sanitarios y garantía del personal médico, asistencia y otros trabajadores de primera línea con ocasión a la declaratoria de calamidad pública ocasionada por la pandemia coronavirus covid-19 (urgencia manifiesta).

De otra parte, de acuerdo con el Sistema Electrónico de Contratación Pública, varias entidades públicas han adelantado procesos de selección referente al objeto que en el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS pretende contratar. Entre las entidades públicas que lo han desarrollado están:



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

Entidad Estatal	OBJETO	Referencia	Descripción	Fecha de publicación	Cuantía	Estado
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD	Contratar con la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, la prestación de los servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores (REPS) para la población pobre no afiliada (PPNA), nacionales de países fronterizos, poblaciones especiales sin afiliación al SGSSS de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca.	SS-CDCTI-446-2020	PPNA ESE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	28/05/2020 4:00 PM (UTC -5 horas)	6000000.000	Proceso adjudicado y celebrado
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD	Contratar con la ESE INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, la prestación de los servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores (REPS) para la población pobre no afiliada (PPNA), nacionales de países fronterizos, poblaciones especiales sin afiliación al SGSSS de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca	SS-CDCTI-440-2020	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA PPNA	28/05/2020 12:23 PM (UTC -5 horas)	6000000.000	Proceso adjudicado y celebrado
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD	Contratar con la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, la prestación de los servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores (REPS) para la población pobre no afiliada (PPNA), nacionales de países fronterizos, poblaciones especiales sin afiliación al SGSSS de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca.	SS-CDCTI-432-2020	PPNA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	27/05/2020 4:36 PM (UTC -5 horas)	6000000.000	Proceso adjudicado y celebrado
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD	Contratar con la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA, la prestación de los servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores (REPS) para la población pobre no afiliada (PPNA), nacionales de países fronterizos, poblaciones especiales sin afiliación al SGSSS de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca	SS-CDCTI-407-2020	PPNA ESE SAN RAFAEL DE FACATATIVA	20/05/2020 4:22 PM (UTC -5 horas)	6000000.000	Proceso adjudicado y celebrado



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA	Prestación de servicios de atención en salud para la población materno perinatal, en el municipio de Girardot, cuando se requieran y autoricen, para los afiliados y beneficiarios del subsistema de sal	MC N°142-DGSM-EJC-DMTOL-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL, EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT, CUANDO SE REQUIERAN Y AUTORICEN, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LA REGIONAL N° 10 Y POR LOS QUE LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE, DURANTE LA VIGENCIA FISCAL 2022	2/02/2022 10:37 AM	\$100.000.000 COP	Proceso adjudicado y celebrado
------------------------------	--	------------------------------	---	--------------------	-------------------	--------------------------------

C. ANÁLISIS DE LA OFERTA:

-Identificación de proveedores que han participado como oferentes o contratistas en procesos de contratación con entidades del Estado.

Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE TRATAMIENTOS PARA CONTRARRESTAR LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA O AGUDA, FALLAS HEPATICAS Y PLASMAFERESIS EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI Y OTRAS AREAS, ENTRE LOS CUALES SE ENCUENTRAN HEMOFILTRACIONES VENOSAS, HEMODIALISIS AGUDAS
Cuántia Definitiva del Contrato	\$ 825,000,000
Nombre o Razón Social del Contratista	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
Identificación del Contratista	830.007.355-2
País y Departamento/Provincia de ubicación del Contratista	Bolívar - Cartagena

Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE CARDIOLOGIA AMBULATORIA NO INVASIVA EN LA SEDE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE, CON AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA Y CIENTIFICA, BAJO LOS PARAMETROS DE EFICIENCIA Y CALIDAD
Cuántia Definitiva del Contrato	\$ 536.132.279,00
Nombre o Razón Social del Contratista	ESE HOSPITAL LOCAL DE ARJONA BOLIVAR
Identificación del Contratista	806.007.923-9
País y Departamento/Provincia de ubicación del Contratista	Arjona - Bolívar

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 23 de la ley 1122 de 2007 y el artículo 2.5.3.4.6 del Decreto 0780 de 2016, el Contratista garantizará que se prestara los servicios contratados, con cobertura, oportunidad y resolutividad para tal fin se determinaran los siguientes estándares de servicios de salud humana:



ANALISIS DEL SECTOR EN PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

GRUPO	CODIGO	SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO
	719	ULTRASONIDO
	706	LABORATORIO CLINICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	718	LABORATORIO DE PATOLOGÍA
	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
Consulta Externa	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
	355	UROLOGÍA
	304	CIRUGÍA GENERAL
	301	ANESTESIA
	328	MEDICINA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	342	PEDIATRÍA
	368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	320	GINECOBSTERICIA
Internación	101	GENERAL ADULTOS
	112	OBSTETRICIA
Procesos	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN
Protección Especifica y Detección Temprana	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
	203	CIRUGÍA GENERAL
	215	CIRUGÍA UROLÓGICA
Transporte Asistencial	602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
	501	SERVICIO DE URGENCIAS

ANALISIS DEL RIESGO:

1	Especifico	Interno	Ejecucion	Operacional	Modalidad de la Contratacion	1. Retrocesos en el procedimiento de contratacion. 2. Pérdida de imagen. 3. Demandas de los interesados. 4. Sanciones Penales y Disciplinarias 5. Hallazgos Fiscales 6. Error de la selección del Contratista 7. Desgaste Administrativo
2	Especifico	Interno	Ejecucion	Operacional	Los procedimientos de contratacion son seguidos de acuerdo con los manuales y procedimientos de la entidad, y su cumplimiento es monitoreado y controlado	1. Detrimento Patrimonial 2. Error en la Selección del Contratista. 3. Retrasos en el proceso de Selección 4. Sanciones Penales y Disciplinarias 5. Hallazgo Fiscales
3	Especifico	Interno	Ejecucion	Operacional	Que se presente una accion contitucional o legal y la ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO no responda dentro del termino con la prestacion del servicio.	Incumplimiento en lo establecido en la normatividad vigente y riesgo de quejas o demandas por la comunidad, Juntas de Accion Comunales.
4	Especifico	Interno	Ejecucion	Operacional	No enviar oportunamente la nomina con los pagos a los fondos de pension, salud, cesantias y demas.	Incumplimiento para con los derechos de los trabajadores de la ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO y obligaciones pactas en el contrato
5	Especifico	Interno	Ejecucion	Operacional	No constituir una fiducia o un patrimonio autónomo irrevocable para el manejo de los recursos que reciba a titulo de anticipo	1. No adjudicacion del Contrato. 2. Retraso en el proceso de selección. 3. Detrimento patrimonial. 4. Desgaste Administrativo