

ESTRUCTURA DEL ANÁLISIS DEL SECTOR

A. LAS CONDICIONES DEL BIEN O SERVICIO Y LAS VENTAJAS QUE REPRESENTA PARA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATAR EL BIEN O SERVICIO CON EL ASPIRANTE CORRESPONDIENTE.

La Constitución Política de Colombia y la Ley 152 de 1994, consagra la planeación en los organismos del Estado y establecen la obligatoriedad de los servidores públicos de someter la contratación pública a los procedimientos de planificación y economía que permitan el adecuado manejo del gasto público, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción de las necesidades públicas.

Conforme a lo dispuesto el artículo 44 por la Ley 715 de 2001, corresponde al Alcalde Municipal y/o Distrital, en su calidad de Representante Legal, adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental y propender por el mejoramiento de las condiciones de salud de sus habitantes mediante la ejecución de planes, programas y proyectos en salud pública en todo su ámbito territorial, entre ellas, la prestación de servicios para el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que en atención a ello la Secretaria de Salud Municipal formulo proyecto para el fortalecimiento al programa de vigilancia en salud publica en la población del municipio de Riohacha.

Que mediante el Decreto 3039 del 2007 se adoptó el Plan Nacional de Salud, el cual es de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias por parte de la Nación, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales en Salud, y los demás órganos públicos y privados del sector. Cuya implementación, según la misma norma está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la expedición de actos administrativos, entre otros mecanismos que faciliten su ejecución.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto No. 3039 de 2007, adoptó el PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA, donde determinó las prioridades de salud a nivel Nacional, luego mediante la Resolución 0425 de 2008, se definió la metodología para la elaboración, ejecución, Seguimiento, evaluación y control del Plan de salud territorial y las acciones que integran el Plan de Intervenciones colectivas en salud pública.

El Estado Colombiano según la Resolución 0425 de 2008, incluye en su título IV las acciones de Salud Pública, encaminadas a promover la salud y calidad de vida, la prevención del riesgo y daños en salud de alta vulnerabilidad, que para alcanzar las metas de salud definidas en el PLAN DE SALUD del Distrito de Riohacha, las cuales son complementarias a las acciones de promoción y prevención de los Planes Obligatorios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hace necesario implementar acciones de Vigilancia en Salud Pública.

Que Según el Decreto 3518 de 2006, la Vigilancia en Salud Pública, es el Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia en salud pública.

El Distrito de Riohacha presenta deficiencias en la implementación de un APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, el cual busque disminuir la variabilidad en el manejo y diagnóstico terapéutico de mujeres gestantes y del recién nacido en las instituciones prestadoras de salud en el distrito de Riohacha.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) El PDSP se crea con el fin de ratificar el compromiso y la decisión del Estado por garantizar y proteger los derechos humanos, mitigar las brechas de desigualdad social regional y la sostenibilidad ambiental (todo esto propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014), mediante la implementación de propuestas estratégicas cuyo fin principal sea la intervención de los determinantes sociales.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP), adoptado por la resolución 1841 de 2013, establece que el desarrollo de mecanismos de participación es una de las acciones necesarias para incidir en los determinantes estructurales de la salud, para que las y los ciudadanos y organizaciones sociales influyan en las decisiones, se involucren en la ejecución y ejerzan el control social. El fortalecimiento de los procesos intersectoriales y de participación social y ciudadana se destaca en la mayoría de las dimensiones del PDSP (ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria).

Para el PDSP la participación tiene la finalidad de mejorar la gobernanza y el capital social, fomentar la transparencia, movilizar a la sociedad, fortalecer el empoderamiento ciudadano para exigir sus derechos e influir en las políticas públicas, generar corresponsabilidad y afectar positivamente los determinantes estructurales de la salud. Adicionalmente, la participación es necesaria para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades de manera diferencial.

Entre las estrategias transversales a los componentes sobre enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, endemo-epidémicas e Inmunoprevenibles el PDSP incluye la vigilancia en salud pública comunitaria y el desarrollo, fortalecimiento y articulación de los sistemas de vigilancia en salud del sector y de otros sectores relacionados con el estudio, análisis, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

Dentro de las competencias establecidas en el PDSP para la Nación está definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria para negociar las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud de mayor impacto en el PDSP. Como competencias para los departamentos, entre otras, coordinar el desarrollo y la operación del Sistema y redes de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida a los actores transectoriales y comunitarios.

Para los Distritos establece realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria e IVC, en su jurisdicción, conforme con sus competencias, así como coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Con la Constitución Política de 1991 se reconoció y elevó la participación a la categoría de principio regulador del Estado Social Democrático de Derecho (preámbulo y artículos 2 y 12), como garantía de derecho y como deber de los ciudadanos. El Estado colombiano se comprometió con la promoción de la organización comunitaria (artículos 40, 103 y 270).

La Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció como uno de sus principios la participación como la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la

seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

El Decreto 056 de 1975 del Sistema Nacional de Salud ordenó que en las Juntas Asesoras de los niveles seccionales y regionales existiera un representante de la comunidad y el Decreto 350 del mismo año, ordenó la creación de los comités comunitarios de salud en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud del País. A principios de la década de los ochenta se estableció el Plan de Participación de la Comunidad en Atención Primaria en Salud, y se configuraron comités comunales de salud para participar en la planeación de las acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud.

En 1989, el Decreto 1216 creó los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) como una respuesta a los principios de la descentralización, abriendo los espacios para que la comunidad pudiera participar en el diagnóstico, priorización, diseño, implementación y evaluación de intervenciones. La Ley 10 de 1990, que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, estableció el derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos relacionados con los servicios de salud.

La Ley 134 de 1994 dictó las normas sobre mecanismos de participación ciudadana. En el mismo año el Decreto 1757 estableció las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. A través de este decreto se establecieron dos formas de participación en salud: participación social y participación en las instituciones del SGSSS. En la primera quedaron comprendidas la participación ciudadana, referida a los individuos y la comunitaria, correspondiente a las organizaciones comunitarias.

Como mecanismo de participación comunitaria promueve la creación de COPACOS en todos los Distritos, con las funciones descritas previamente. Como mecanismos de participación en las instituciones del SGSSS se establecieron los COPACOS, los Consejos Territoriales y los Comités de Ética Hospitalaria de las IPS públicas o mixtas así como la conformación de Asociaciones de Usuarios y su representación en las juntas directivas de las EPS e IPS de carácter público o mixto. La participación social se enfocó principalmente en los procesos de planeación y veeduría.

En el año 2001 fue expedida la Ley 691 mediante la cual se reglamentó la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Esta ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.

A nivel de vigilancia en salud pública se han expedido un conjunto de normas que dan soporte y reglamentación a este sistema y que así mismo se contemplan como estrategia en los procesos la participación comunitaria.

La Ley 9 de 1979 reglamentó el Código Sanitario Nacional y estableció normas generales que sirven de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones de salud humana, entre las que se encuentran la vigilancia y control epidemiológicos.

En 1993, la Ley 100 estableció que la prestación de los servicios de salud es un servicio público a cargo de la Nación, en todos los niveles. Creó el plan de atención básica que estaría constituido por intervenciones dirigidas a la colectividad o a individuos, pero con altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles, entre otras acciones. Definió que su prestación sería gratuita y obligatoria.

La Ley 191 de 1995 clasificó y definió las áreas fronterizas según la colindancia, los impactos del fenómeno fronterizo o los acuerdos binacionales de creación en Zonas de Frontera, Unidades Especiales de Desarrollo Fronterizo y Zonas de Integración Fronteriza; y desarrolló el artículo 289 de la

Constitución, que faculta a los departamentos y Distritos de zonas fronterizas a realizar con sus similares vecinos, programas orientados al desarrollo comunitario, la prestación de servicios públicos y la preservación del ambiente.

El Sistema de Protección Social fue definido en la Ley 789 de 2002 como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”. El Estado colombiano adoptó así un enfoque de “manejo social del riesgo”, lo que implica la distribución de responsabilidades entre las instituciones públicas y privadas, los colectivos y los individuos, dando un nuevo marco para la garantía de derechos y el cumplimiento de deberes que implica el reconocimiento ciudadano. La enfermedad constituye un riesgo que afecta no solo a individuos, sino a familias, colectivos y el Estado, por lo cual todas las partes son co-responsables de generar los recursos apropiados para enfrentarlos.

El Sistema de Protección Social propende por la generación de alianzas intersectoriales para mejorar la calidad de vida de la población. El decreto 3518 de 2006 creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA– para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública y tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y los factores de riesgo para la salud. Este define la Vigilancia en Salud Pública como “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública”.

Si bien en este no se definen subsistemas de forma conceptual, se establecen responsabilidades entre diferentes actores, con lo cual se pueden identificar de forma práctica. Este mismo instrumento estableció los procesos básicos – la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de las intervenciones de Salud Pública -, cada uno de los cuales se encuentra respectivamente reglamentado. Así mismo, se establecen una serie de organismos para su operación integrada –Red de Vigilancia, Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, Comisión Nacional Intersectorial de VSP, y Comités de VSP–, los cuales constituyen los nodos principales del sistema. Establece que departamentos, Distritos y distritos deben crear los comités de VSP, entre los que se encuentran los Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios –COVECOM.

Finalmente, se estipula que el sistema de VSP será un subsistema del Sistema de Protección Social – SISPRO -, sistema de información nacional con el cual se podrían formular, implementar, seguir y evaluar las políticas sociales orientadas a la garantía de los derechos involucrados a la protección social.

La Ley 1122 de 2007, que modificó el SGSSS, definió que la salud pública se constituye por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones individuales y colectivas realizadas bajo la rectoría del Estado promoviendo la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Esta ley estableció que cada cuatrienio el Gobierno Nacional debe definir el Plan Nacional de Salud Pública –PNSP – e incluirlo en el Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo del PNSP sería la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Se estableció que el PNSP debe incluir, entre otras, las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana. Esta ley también creó el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC– que substituyó al Plan de Atención Básica.

Así mismo y de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, capítulo IV, igualdad de oportunidades para la prosperidad social, “es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), las enfermedades crónicas no transmisibles, la desnutrición, determinantes de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y del consumo de sustancias psicoactivas. De otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación de tecnología en el país”. Para el efecto, deberá fortalecerse la capacidad técnica y operativa del Sistema de Vigilancia en Salud Pública con el fin de llevar a cabo el análisis de los riesgos en salud con el fin de avanzar hacia la generación de conocimiento en salud pública.

La Resolución 518 y 1536 del 2015 reglamentó los Planes Territoriales de Salud –PTS– y el PIC y la Gestión de la Salud Pública. En esta resolución, tanto la VSP como la participación social tienen un papel central en la Gestión de la Salud Pública y en los PTS.

En el mundo, cada minuto muere una mujer a consecuencia de una complicación en su proceso reproductivo, que significa 536.000 mujeres por año. La hemorragia obstétrica es la causa principal y el 99,9 % de ellas ocurren en los países en desarrollo, con deficiencias sistemáticas en los sistemas de salud, inequidad, mayor vulnerabilidad hacia la mujer por razones sociales, económicas y de diferencia de género, entre otras. El 85 %-90 % de estas muertes pueden ser evitadas, y la oportunidad de crianza de los hijos nacidos de estas mujeres podría ser mayor, si se tomaran medidas adecuadas y oportunas que contribuyan en el control de “tropiezos” logísticos y técnicos acumulados en el sistema, y que se suman al rápido y progresivo deterioro funcional presente en una situación de hipoperfusión y choque hipovolémico.

Sabemos que, la gestación humana puede estar amenazada por diferentes causas inherentes al proceso reproductivo, o por enfermedades y/o situaciones particulares que se agregan a este proceso. Así, hasta el 40 % de las mujeres pueden presentar problemas asociados a la gestación, el 15 % pueden tener complicaciones graves con secuelas o riesgo de morir, entre las cuales, la hemorragia obstétrica ocurre en 14 millones de mujeres anualmente, y 128.000 mujeres de éstas mueren.

Como resultados de las muertes por efectos adversos y complicaciones médicas letales en los centros hospitalarios, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó en el 2000, que había un gran porcentaje de muertes por esta razón, estimados entre 44.000 a 98.000 muertes anuales en Estados Unidos. El informe señaló que se detectaban fallas en la educación, el entrenamiento y la toma de decisiones por parte de los profesionales en salud. Además, había un inadecuado manejo de la tecnología y confusos procesos de organización.

Este reporte en diciembre del 2004, se produjo desde institutos de mejoramiento y cuidado en salud del mismo país, que instituyeron la campaña “cultura en seguridad”. El objetivo de esta iniciativa era prevenir más de 100.000 muertes en 18 meses e involucró a varios hospitales americanos. Se implementaron seis cambios para mejorar la seguridad en salud: evitar errores de medicación, prevenir la muerte producida por infarto agudo de miocardio, la neumonía asociada al respirador, las infecciones de las catéteres venosos centrales y de la herida quirúrgica, y uno novedoso, la creación de sistemas de respuesta rápida. El informe de la campaña, el 14 de junio de 2006, fue el siguiente, “se impidieron 122.300 muertes en más de 3.000 hospitales en Estados Unidos”.

Con estos resultados positivos, empezaron a renacer y a extenderse los códigos de emergencia en el mundo. En Australia, sitio donde se han realizado más estudios que evalúan los distintos grupos, la popularidad alcanzó su cénit; La implementación de los sistemas de respuesta rápida en diferentes ámbitos, se ha estudiado ampliamente en muchos países. Australia, líder en la acogida, investigación y presentación de resultados de los códigos de emergencia, como se anotó anteriormente, se destacó en valorar la actividad de los equipos de respuesta rápida a corto y a largo plazo.

Un modelo de éstos fue el sistema O, creado en Estados Unidos, el cual aparecía en el momento en que

se presentaban crisis obstétricas. Entre estas crisis, la hemorragia obstétrica se constituyó siempre en uno de los objetivos. La creación de los códigos de emergencia en respuesta a la hemorragia materna ha tenido una gran aceptación y ha demostrado buenos resultados, con los mismos objetivos de los sistemas de respuesta rápida, nació en Colombia el código rojo en el año 2007.

Por lo tanto, el código rojo es un equipo de salud que surge como respuesta a la hemorragia materna en las unidades obstétricas, y con su activación pretende intervenir rápidamente en esta situación de emergencia y disminuir la mortalidad materna en el país. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. En Colombia es la segunda y en el departamento de Antioquia, al igual que en el mundo, es la primera. De ahí que fuera Medellín donde se originó la propuesta de un nuevo sistema, llamado código rojo. Fue impulsado en el 2009, por el grupo Nacer, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

En un estudio reciente realizado en Bogotá, en instituciones de II, III y IV nivel de salud, se encontró una falta de conocimiento sobre el código rojo en las unidades obstétricas y se concluyó que había dificultades en la socialización de este código en los hospitales del país. Probablemente, el problema radique en el cuarto componente, de la formación de códigos, que inciden en la morbilidad de las pacientes obstétricas. Revisando la historia de las unidades obstétricas, se reconoce la labor primordial de la enfermera jefe.

Para ello, los códigos de emergencia, o sistemas de respuesta rápida, están integrados por equipos de profesionales de la salud que pretenden detectar e intervenir precozmente en la evolución de los pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica. A pesar del desarrollo de los Servicios de Emergencia Sanitaria, con rápida respuesta de soporte vital avanzado, los resultados en supervivencia no son buenos; esto obedece a la baja capacitación en atención de los servicios de salud.

El código rojo nació en Colombia bajo los mismos principios, como una forma de responder de manera rápida, en un ambiente hospitalario, a la prevención y control de las complicaciones producidas por la hemorragia obstétrica, que constituye la segunda causa de mortalidad materna en el país.

La pérdida de sangre inicia una respuesta vasomotora de distribución de volumen, consistente en activación del sistema simpático, liberación de catecolaminas, vasoconstricción periférica y desplazamiento del volumen circulante hacia el centro cardiorrespiratorio, para mantener la perfusión coronaria, del sistema nervioso central y de las glándulas adrenales. Este reflejo dura aproximadamente 20-30 minutos. A partir de entonces, se deprime el sistema simpático y entra a predominar el parasimpático con manifestación de bradicardia con posibilidad de paro, diaforesis profusa, y vaso relajación.

Durante el choque hipovolémico tiende a ocurrir una Coagulación Intravascular Diseminada (CID) progresiva, que se instaura prácticamente en la primera hora de iniciado el sangrado. La hipoxia, la hipotermia por hipo-perfusión, la acidosis y la hemodilución por suministro de líquidos, así como la pérdida de los factores de la coagulación tienden a empeorarla. Por esto, se debe considerar que al cabo de una hora de choque hipovolémico no controlado, la paciente tiene una CID.

Bajo las condiciones del choque hipovolémico en la mujer gestante, anteriormente descritas, se considera que las acciones eficientes como son suspender el sitio de sangrado y recuperar el volumen, deben realizarse en los primeros veinte a treinta minutos de iniciado el choque hipovolémico. El éxito de recuperación de la paciente es superior al 60% si se aplican estos principios, de lo contrario el éxito de salvación cae a menos del 5% al término de la primer hora del choque hipovolémico. Esto se conoce como "la hora de oro".

La mujer gestante bajo nuestra responsabilidad posee riesgos propios que se reflejan en las condiciones de pobreza que vive Colombia, la inequidad y la ausencia de un sistema de salud favorable y justo, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, los condicionantes étnicos, religiosos y culturales, las dificultades geográficas, así como el bajo nivel educativo y la indiferencia de la sociedad

ante las injusticias sociales.

la vigilancia activa durante las primeras dos horas del puerperio por el personal de la salud capacitado; y el trabajo en equipo con permanente disponibilidad para el apoyo y la complementación requerida para cumplir las funciones propuestas por el “Código Rojo”.

Se define como una hemorragia severa la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50 % del volumen). En el posparto y teniendo en cuenta las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente, se define como hemorragia posparto una pérdida estimada de 1000 ml o más o una pérdida menor asociada con signos de choque (Nivel de evidencia III).

CLASIFICACIÓN DEL CHOQUE HEMORRÁGICO EN LA MUJER GESTANTE

El diagnóstico de choque es fácil en los casos extremos, pero suele ser difícil en las fases iniciales. El cálculo visual de la cantidad de sangrado subvalora hasta en un 50 % el volumen real, los parámetros clínicos que se deben evaluar son, en primer lugar, el estado de conciencia y la perfusión, pues las alteraciones en el pulso y la presión arterial son tardías en la mujer embarazada

Con el fin de evitar el caos durante la asistencia de una situación crítica como lo es la hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, es necesario organizar el equipo humano disponible con asignación de funciones específicas, las cuales deben ser previamente conocidas y estudiadas en los entrenamientos institucionales, y pueden ser asimiladas con la ayuda de las tarjetas del Código Rojo. La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y garantiza la realización de todas las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque que deben ser realizadas de manera simultánea. Cada miembro participante en el código rojo debe cumplir sus funciones con el fin de evitar la duplicación o la falta de realización de alguna de ellas. La activación del código la hace la primera persona que entra en contacto con la paciente que está sangrando.

MINUTO DE ORO

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable, para ello la atención en salud del proceso del nacimiento busca vigilar y asistir la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales. Además se busca promover y asegurar una alimentación adecuada y óptima y un proceso sano de vinculación y apego con su madre. En el período neonatal se continúan los procesos de guía anticipatoria, promoción de la salud y prevención primaria y secundaria que idealmente habían empezado desde los cuidados prenatales. Un 90% de los recién nacidos (RN) hace la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular, pero aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia y cerca del 1% necesita una reanimación avanzada para sobrevivir., estos porcentajes son mayores en los recién nacidos pre término. Hay apreciable cantidad de variabilidad en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante recomendaciones basadas en evidencia y parámetros de práctica clínica.

En la ciudad de Riohacha se presenta una inadecuada atención del período de transición de la vida intrauterina a la extrauterina, pues esto no se limita a la atención en sala de partos y al egreso hospitalario, debe cubrir también temáticas importantes de vigilancia, anticipación, manejo del estrés, aseguramiento de la lactancia y apoyo médico y emocional a la familia donde ha ocurrido el nacimiento. Estas restricciones se dan desde el mismo ingreso de la gestante, en el área de recepción, los empleados de las empresas de vigilancia ponen restricciones al ingreso de acompañantes. Esta atención se da en el contexto de un sistema de prestación de servicios de salud que impone

restricciones a la acción de los profesionales, limita el tiempo de interacción con las familias durante la estancia hospitalaria posparto y con políticas de egreso posparto cada vez más temprano que dificultan una adecuada asistencia el período de transición mediano y tardío.

Hay variabilidad significativa en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante normas y recomendaciones basadas en evidencia. De los aspectos estructurales es necesario estandarizar niveles de atención y procesos de remisión de madre gestante o de recién nacido, estandarización del nivel profesional, el entrenamiento y el desempeño del personal de salud que atiende el parto y al recién nacido, existencia y uso de protocolos de vigilancia y conducción de la transición y de reanimación, dotación mínima de la sala de partos, políticas de no separación de madre e hijo, vigilancia y asistencia de la transición mediana y políticas de egreso hospitalario.

Se concluye entonces, que para el APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, el Convenio a celebrar es además de CONVENIENTE, OPORTUNO para la Administración Distrital, se requiere tener en cuenta cada uno de los ítems en el presupuesto de este mismo como: talento humano idóneo para el desarrollo de las actividades correspondientes a cada dimensión, asimismo el transporte para el desplazamiento de los funcionarios y población en riesgo captada en las diferentes comunas, comunidades y corregimientos del distrito, insumos y materiales y acciones contratadas.

Huelga señalar, que el Distrito de Riohacha con anterioridad ha venido celebrando convenios con objetos similares al presente, dentro de los cuales destacamos los siguientes:

Nº	OBJETO	COOPERANTE	VALOR	PLAZO	MODALIDAD
037 DE 2016	FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL DISTRITO DE RIOHACHA, LA GUAJIRA 2016	FUNDACION ACCION CON PROPOSITO	\$ 177,809,157	115 Días	CONVENIO DE APOYO
001 DE 2014	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA SECRETARIA DE SALUD, PARA LOS EJES DE PROMOCION SOCIAL, RIESGO LABORALES, PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS EN SALUD EMERGENCIAS Y DESASTRES Y VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL MUNICIPIO DE RIOHACHA	IPSI SOLWAYUU	\$354,500,000	CINCO (5) MESES	Contratación Directa (Ley 1150 de 2007)
003 DE 2015	FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA SECRETARIA DE SALUD, PARA LOS EJES DE PROMOCION SOCIAL, RIESGO LABORALES, PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS EN SALUD EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL MUNICIPIO DE RIOHACHA - LA GUAJIRA	IPSI SOLWAYUU	\$345.035.000	OCHO (8) MES	Contratación Directa (Ley 1150 de 2007)

Por estas razones, para la atención integral en Salud a la población del Distrito de Riohacha, se hace necesario apoyar el proyecto de “APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.”, que busque Disminuir la variabilidad en el manejo y diagnóstico terapéutico de mujeres gestantes y del recién nacido en las instituciones prestadoras de salud en el distrito de Riohacha.

Para lo anterior se debe optar por la celebración de un Convenio de Colaboración con institución idónea con experiencia en el sector y en la región, considerándose que el Convenio a celebrar es conveniente y oportuno para la Administración Distrital en la consecución de sus fines y por consiguiente, se recomienda su aceptación.

Por lo anterior, resulta necesario contar con entidades que, entendiendo la misión social del programa, compartan su sentido, y cuenten con personal idóneo y capacitado para que en asocio con el Distrito adelanten los componentes del proyecto, como ya se ha indicado.

Para lo anterior se debe optar por la celebración de un Convenio de Colaboración con institución idónea con experiencia en el sector y en la región, considerándose que el Convenio a celebrar es conveniente y oportuno para la Administración Distrital en la consecución de sus fines y por consiguiente, se recomienda su aceptación.

Por lo anterior, resulta necesario contar con entidades que, entendiendo la misión social del programa, compartan su sentido, y cuenten con personal idóneo y capacitado para que en asocio con el Distrito adelanten los componentes del proyecto, como ya se ha indicado.

B. CUÁL ES LA EXPERIENCIA QUE REQUIERE QUIEN PRESTA EL SERVICIO DE ACUERDO CON LA COMPLEJIDAD DEL CASO.

VERIFICACIÓN CAPACIDAD TECNICA Y DE EXPERIENCIA:

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN OTROS CONVENIOS Y/O CONTRATOS.

El artículo 355 de la Constitución Política y el Decreto 092 de 2017 exigen que la entidad sin ánimo de lucro que contrate con las Entidades Estatales en desarrollo de las normas citadas, sea de reconocida idoneidad.

La idoneidad consiste en la cualidad de ser adecuado o apropiado para cumplir un fin y esta tiene que ser reconocida. Es decir, la Constitución Política solo autoriza a celebrar este tipo de contratos con entidades que cuenten con un reconocimiento público manifiesto.

La experiencia requerida debe estar asociada con el éxito en programas, y/o actividades desarrolladas por la entidad privada sin ánimos de lucro similares o afines al APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, siendo estos proporcionales al alcance, el valor y la complejidad del proyecto a desarrollar.

Todos los contratos o convenios aportados como experiencia general y específica de la entidad sin ánimo de lucro para acreditar el desarrollo de las actividades o de los programas afines con el que se pretende en el presente caso, deberán ser acreditados mediante certificaciones expedidas por la entidad contratante, o en su defecto con copia del contrato o convenio.

Si la institución privada sin ánimo de lucro es de reciente creación, se tendrá en cuenta para efectos de la experiencia, la que se aporte por parte de sus fundadores.

Para efecto de la acreditación de la experiencia general y específica no se aceptará la adquirida mediante subcontratos.

En caso de optarse por certificaciones, éstas deberán contener como mínimo los siguientes requisitos:

1. Nombre de la Entidad Contratante, de quien debe provenir el documento.
2. Nombre del Contratista.

3. Número del Convenio o Contrato (si tiene) y Objeto del convenio o contrato.
4. Valor del contrato expresado en pesos colombianos
5. Fecha de suscripción, inicio (día, mes y año), fecha de terminación y de liquidación (día, mes, año).
6. Fecha de expedición de la certificación (día, mes, año) en el que se indique el recibido a satisfacción o en su defecto adjuntar el acta de liquidación del mismo.
7. Nombre y firma de quien expide la certificación.

Cada experiencia de contrato o convenio se analizará por separado; en caso de presentar certificaciones que incluyan contratos o convenios adicionales al principal, el tiempo adicional se sumará al del contrato u orden principal, quedando esta como una sola certificación.

Cuando exista diferencia entre la información relacionada en el formato y la consagrada en los soportes presentados, o el formato no incluya información de la cual se aportó el soporte, prevalecerá la información de los soportes.

Así mismo, en el evento que las certificaciones no contengan la información que permita su evaluación, el proponente deberá anexar a la propuesta copia del contrato o de los documentos soportes que sean del caso, que permita tomar la información que falte en la certificación.

En el caso que las certificaciones que se presenten no cumplan con los requisitos exigidos, el Comité Evaluador, solicitará por escrito que se anexen de acuerdo con lo solicitado, si el proponente no allega lo requerido dentro de los términos concedidos, no serán tenidos en cuenta para acreditar la experiencia.

La experiencia mínima exigida es la siguiente:

Para la verificación de esta experiencia se aplicará lo siguiente:

- Se tendrá en cuenta el valor total de los contratos o convenios cuyo objeto sea igual o similar a la ejecución de proyectos o programas dirigidos APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.
- Cuando el objeto del contrato tenga otros componentes o áreas, solo se tendrá en cuenta el valor correspondiente a la ejecución de proyectos o programas dirigidos APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

EXPERIENCIA PROBABLE: Los proponentes deberán acreditar experiencia igual o superior a diez (10) Años, contadas a partir del acta de inscripción de constitución en la respectiva Cámara de Comercio de la jurisdicción para las Entidades Sin Ánimo de Lucro, previo al cierre de la presente convocatoria.

En caso de presentarse adiciones al contrato principal, éstas se verificarán en conjunto con el contrato principal al que fueron adicionados y por lo tanto deben igualmente ser presentados con el contrato o convenio principal.

EXPERIENCIA ACREDITADA: El proponente debe acreditar Mínimo (4) contratos, convenios o certificaciones de ejecución de programas de salud pública, los cuales pueden ser adjuntados de manera alternativa y en las siguientes modalidades:

- Acreditar mínimo (4) contratos, convenios o certificaciones, terminados dentro de los cinco (5) años previos al cierre de la presente convocatoria, cuyo objeto sea igual o similar a la ejecución de proyectos o programas dirigidos al APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA, cuyo valor sumado sea igual o superior al 60% del valor del presupuesto oficial; el

presupuesto oficial de la presente convocatoria es la suma de SETECIENTOS MILLONES DE PESOS M/L (\$700.000.000).

Las experiencias que no cumplan la condición de tiempo ejecutado y/o no estén dentro del período mencionado no se tendrán en cuenta.

VALORACIÓN EXPERIENCIA. La valoración de la experiencia se sujetará a las siguientes reglas especiales:

No se aceptarán SUBCONTRATOS. Los contratos o convenios válidos para acreditar la experiencia específica serán únicamente aquellos de primer orden, entendiéndose por estos aquellos contratos o convenios celebrados entre el PRIMER CONTRATANTE (entidad pública o privada) y PRIMER CONTRATISTA (persona natural, persona jurídica).

En caso de contratos o convenios con particulares, el proponente deberá allegar con la certificación copia del Contrato o convenio, copia de la facturación generada en dicho contrato o convenio y declaración de renta del correspondiente año en que se celebró el mismo, así como la respectiva póliza.

Las certificaciones que no cumplan la condición de tiempo ejecutado y/o no estén dentro de periodo anteriormente mencionado no se tendrán en cuenta.

En el caso que las certificaciones que se presenten no cumplan con los requisitos exigidos, el Evaluador designado para este proceso por parte del DISTRITO, solicitará por escrito que se anexen de acuerdo con lo solicitado, si el proponente no allega lo requerido, no serán tenidos en cuenta para acreditar la experiencia.

En caso de presentarse un número superior de certificaciones para acreditar la experiencia del proponente se evaluarán la o las primeras en el orden de foliatura presentada en la propuesta, las demás certificaciones no serán tenidas en cuenta para efectos de la evaluación.

El SMLMV (Salario Mínimo Legal Mensual Vigente) que se tomará para el cálculo del valor del contrato, será el SMLMV del año en que finalizó el contrato, de acuerdo a la certificación del contrato que se relacione en la propuesta.

PERÍODO	SMLMV
Enero 1 de 2008 a Dic. 31 de 2008	\$461.500.00
Enero 1 de 2009 a Dic. 31 de 2009	\$496.900.00
Enero 1 de 2010 a Dic. 31 de 2010	\$515.000.00
Enero 1 de 2011 a Dic. 31 de 2011	\$535.600.00
Enero 1 de 2012 a Dic. 31 de 2012	\$566.700.00
Enero 1 de 2013 a Dic. 31 de 2013	\$589.500.00
Enero 1 de 2014 a Dic. 31 de 2014	\$616.000.00
Enero 1 de 2015 a Dic. 31 de 2015	\$644.350.00
Enero 1 de 2016 a Dic. 31 de 2016	\$689.455.00

- Si los contratos o convenios presentados no cumplen con el objeto contractual o carecen de algunas de los requisitos relacionados o una o todos los requisitos son menores a los exigidos, la experiencia se calificará como no cumple.
- En caso que se relacione varios contratos o convenios en una misma certificación, para efectos de verificación se tomará la experiencia específica del proponente directamente relacionado con las actividades solicitadas por la entidad, de cada contrato o convenio individualmente considerado, en orden de mayor a menor valor ejecutado siempre que cumplan con las especificaciones establecidas en el presente documento.

7. RECURSO HUMANO DISPONIBLE PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO.

Para la ejecución del proyecto, El COOPERANTE deberá poner a disposición todo el personal necesario, que en todo caso corresponderá como mínimo al que se encuentra detallado en el presente estudio previo, y todo aquel que se necesite durante la ejecución del mismo.

Para efectos de la propuesta, EL COOPERANTE deberá presentar el siguiente personal profesional y técnico, para lo cual deberá tener en cuenta que:

- 1) La formación profesional, es contada a partir de la fecha de expedición de la matrícula o tarjeta profesional (en los casos donde es obligatorio) y se acreditará con la copia del diploma o acta de grado y de la tarjeta o matrícula profesional y el certificado de vigencia de la misma expedido por la autoridad competente con una anterioridad no superior a seis meses, cuando aplica.
 - 2) Los títulos de post grado se demostrarán con el correspondiente título, y solo serán admisibles los títulos de especialización y/o maestría, magister y/o doctorado.
 - 3) Cada profesional debe aportar copia legible del certificado de vigencia de la matrícula, expedido por la respectiva autoridad competente con una antelación no superior a seis (6) meses, en las profesiones que aplica (si es obligatorio en su profesión).
 - 4) La experiencia específica, se determina como la práctica adquirida en el ejercicio de las funciones de un cargo en particular o en una determinada área de trabajo o área de la profesión, ocupación, arte u oficio.
 - 5) La formación técnica o bachiller, es contada a partir de la fecha del diploma o acta de grado.
 - 6) Las certificaciones que acrediten la experiencia del personal propuesto, se considerarán expedidas bajo gravedad de juramento.
- **COORDINADOR DEL PROYECTO:** El proponente debe ofrecer un Coordinador del Proyecto que sea el encargado de organizar, programar, dirigir, coordinar y controlar las labores del personal asignado al contrato; actuar como enlace permanente entre la Administración o el Supervisor del contrato que se designe para tal fin, coordinar la acción del personal, efectuar visitas periódicas a los sitios donde se desarrollan las actividades, establecer condiciones de riesgo, detectar oportunamente y corregir los problemas en la prestación del servicio, y mantener disponibilidad permanente para atender los requerimientos que se hagan por parte de la Administración Distrital, el Supervisor e Interventor del contrato. El Director, deberá contar con los siguientes requerimientos mínimos a fin de garantizar un buen servicio.

A) COORDINADOR DEL PROYECTO

COORDINADOR DEL PROYECTO
PERFIL PROFESIONAL: Profesional del área de la Salud con Posgrado en Salud Pública.
EXPERIENCIA PROBABLE: Igual o superior a 10 años de ejercicio profesional contados a partir de la expedición de la respectiva tarjeta profesional.
EXPERIENCIA ACREDITADA: Mínimo (3) contratos, convenios o cargos como Coordinador en actividades relacionadas con la salud, y cuya duración sumada sea igual o superior o igual a cinco (5) años, dentro de los últimos veinte (20) años.

Para efectos de verificar el proponente deberá aportar la hoja de vida con sus respectivos soportes que acrediten las condiciones exigidas.

B) PROFESIONAL DE APOYO No. 1

PROFESIONAL EN EL AREA DE LA SALUD
PERFIL PROFESIONAL: Profesional en al área de la Salud.

EXPERIENCIA PROBABLE: Igual o superior a 5 años de ejercicio profesional, contados a partir de la fecha de grado o de la obtención del título profesional.

EXPERIENCIA ACREDITADA: Mínimo (2) contratos, convenios o cargos en temas relacionados con el Sector Salud, o Social, dentro de los últimos diez (10) años.

Las Certificaciones de Trabajo que acrediten la experiencia específica expedida por el ente contratante deberán ir en la respectiva papelería membretada, indicando el cargo específico, labores realizadas y la fecha de inicio y finalización de las actividades. Si las certificaciones no contienen esta información básica, no serán tenidas en cuenta.

Además, el Cooperante deberá ofrecer el Personal requerido dentro del presupuesto oficial del convenio a celebrar, para lo cual deberá ofrecer sus hojas de vidas con los respectivos soportes al momento de suscribir el acta de inicio del Convenio a suscribir.

Si el cooperante es el mismo que certifica al profesional, además de la certificación del personal propuesto (expedida por el mismo proponente) se deberá anexar, la copia del respectivo contrato suscrito entre el proponente y el contratante.

Igualmente, aparte de toda la documentación relacionada el proponente deberá firmar carta de intención de trabajo e indicar la disponibilidad de tiempo.

C) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

La estructura organizacional muestra la madurez de la entidad sin ánimo de lucro en sus procedimientos, el manejo de la información y en general el gobierno corporativo.

Por lo anterior, el DISTRITO DE RIOHACHA evaluará la estructura organizacional necesaria para la implementación del proyecto de APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

” solicitando a la entidad sin ánimo de lucro los siguientes documentos:

- D)** Documento de Descripción de la conformación y funciones de los órganos de administración activos dentro de la Entidad Sin Ánimo Lucro, tales como, junta directiva, comités o concejo directivos u otro órganos independientes que supervisen las actividades de los administradores y de lineamientos sobre la dirección de la entidad privada sin ánimo de lucro (Estatutos de la Entidad Sin Ánimo de Lucro)
- E)** Estados financieros auditados por un contador público o revisor fiscal según el caso; acompañados de la tarjeta profesional y el certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Junta Central de Contadores vigente.

F) INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA.

Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas mínimas condiciones que reflejan la salud financiera de las entidades sin ánimo de lucro a través de su liquidez, endeudamiento, razón de cobertura de intereses, etc.

Estas condiciones muestran la aptitud de las entidades sin ánimo de lucro para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del convenio. La capacidad financiera requerida para el cumplimiento del Convenio debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza y al valor del mismo. En consecuencia, la Entidad Estatal debe establecer los requisitos de capacidad financiera con base en su conocimiento del sector relativo al objeto del Proceso de Contratación y de los posibles oferentes.

La información de carácter financiero será tomada directamente de los rubros y/o cuentas relacionadas en los Estados Financieros.

Los proponentes, personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia, deben presentar el último balance general y el estado de resultados de la persona jurídica extranjera. Estas cifras deben presentarse en moneda colombiana, de conformidad con los artículos 50 y 51 del Decreto 2649 de 1993 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Si en la revisión de dichos documentos se observare inconsistencia relacionada con el factor evaluado, el Distrito de Riohacha procederá a requerir al proponente para que subsane la inconsistencia o presente la documentación financiera faltante.

Los indicadores financieros en adelante exigidos son adecuados y permiten escoger a un operador que cuente con la capacidad financiera suficiente que le permita operar el programa con contratiempos de tipo financiero, el índice de liquidez de la entidad sin ánimo de lucro, debe garantizar que la entidad contara con los recursos propios para la inversión en el plan de alistamiento y ejecución del programa, que incluye: la contratación de profesionales y técnicos, insumos, herramientas, material didáctico y pedagógico, contratación de vehículo de transporte del personal de atención y de insumos y herramientas, pago de impuestos de legalización del contrato, garantía de cumplimiento; entre otros, mientras se surten los tramites de giro del anticipo pactado.

Por su parte el Patrimonio que se exigirá al operador se estima en un porcentaje equivalente igual o superior al sesenta (60%) del presupuesto del presente Convenio, en virtud del principio de responsabilidad ante la entidad estatal y terceros que a este le asiste en la ejecución del contrato que incluye el pacto de un anticipo (préstamo) del 50%.

Para realizar la evaluación Financiera de la Entidad Sin Ánimo de Lucro se tendrá en cuenta los siguientes documentos que deben ser aportados por el oferente:

- 1) BALANCE GENERAL 2016 o 2017
- 2) ESTADO DE RESULTADOS 2016 o 2017
- 3) NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS 2016 o 2017
- 4) DECLARACIÓN DE RENTA VIGENCIA 2016
- 5) RUT ACTUALIZADO
- 6) FORMATO DE CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL
- 7) FORMATO DE INDICADORES FINANCIEROS ESAL

C. LA FORMA COMO SE ACUERDA LA ENTREGA DE BIENES O SERVICIOS, LOS PLAZOS, CANTIDADES CONTRATADAS.

VALOR ESTIMADO DEL CONVENIO: SETECIENTOS MILLONES PESOS M/L (\$700.000.000)

FORMA DE PAGO: EL DISTRITO ESPECIAL, TURÍSTICO Y CULTURAL DE RIOHACHA, entregará el valor de los aportes del convenio a suscribir mediante desembolsos parciales distribuidos de la siguiente manera:

Mediante desembolsos parciales mensuales, de acuerdo al informe detallado de actividades reflejada en el respectivo periodo a facturar, previo informe de ejecución, certificación a satisfacción expedida por el Secretario de Salud del Distrito en su condición de supervisor.

Para cada desembolso parcial se requiere de manera adicional la previa presentación de informe parcial de actividades del convenio hasta la fecha de solicitud del desembolso, especificando:

- a) Actividades realizadas, el valor de las mismas, el periodo en el cual se realizaron, el porcentaje de avance y el faltante frente a la relación de actividades a ejecutar, las observaciones y/o salvedades del caso.
- b) Archivo fotográfico en el que se evidencie el trabajo de campo por medio del cual se pueda constatar la realización de las actividades encomendadas al cooperante, que incluya la fecha de la toma de la fotografía.
- c) Acreditación de actividades de socialización o capacitación si corresponden al periodo.
- d) Para el desembolso final se requiere de la terminación del plazo contrato, previa presentación del informe final de ejecución del mismo, el cual deberá contener todas las actividades realizadas, con los correspondientes soportes y evidencias de ejecución y la certificación por parte del supervisor del convenio.
- e) Para cada desembolso igualmente será necesario que se acredite el pago de los impuestos correspondientes y que se encuentra al día con las obligaciones de seguridad social (Salud, Riesgos profesionales y pensiones) y aportes parafiscales (Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje) al momento de la liquidación, o de ser persona jurídica con más de un empleado permanente, acreditarlo para cada desembolso que del convenio se solicite. Para lo anterior debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Los desembolsos se harán de conformidad con los trámites administrativos a que haya lugar y de acuerdo a la disponibilidad del PAC.
- f) De cada desembolso se realizará amortización del anticipo que en el presente convenio se pacte de manera proporcional.

APERTURA DE CUENTA ESPECIAL.

Para el manejo de los recursos correspondientes al presente convenio, el Cooperante abrirá una cuenta bancaria especial que llevara el objeto del convenio, número del Convenio y el nombre del Distrito de Riohacha.

ANTICIPO Y REQUISITOS PARA SU ENTREGA.

EL DISTRITO DE RIOHACHA, entregará un anticipo correspondiente al cincuenta por ciento (50%) del valor del convenio a título de anticipo, luego de cumplirse con los siguientes requisitos:

- a) Que se haya perfeccionado el convenio con la firma de las partes.
- b) Que se haya expedido por parte de EL DISTRITO el correspondiente registro presupuestal.
- c) Que se haya constituido, la Garantía Única de Cumplimiento y que esta se haya aprobado por parte de EL DISTRITO.
- d) Que se presente un plan de inversión del anticipo, aprobado por el supervisor, respecto del cual se puede solicitar modificaciones por requerimientos de EL DISTRITO.

IUSTIFICACIÓN DEL ANTICIPO.

El valor del anticipo que será entregado, se destinará al cubrimiento de los costos iniciales en que el cooperante deberá incurrir para la ejecución del objeto del convenio.

La entidad sin ánimo de lucro oferente, deberá presentar junto con su propuesta, un plan para la utilización del anticipo, el cual deberá seguir so pena de imposición de multa por parte del Distrito y de la posibilidad de hacer efectiva la garantía constituida para su buen manejo y correcta inversión del mismo, previo informe rendido por el supervisor del contrato al respecto y habiéndose calificado de insuficientes las explicaciones rendidas por el cooperante.

Para el manejo de los recursos, el Conviniente abrirá una cuenta bancaria que llevará el objeto, número del convenio y el nombre del Distrito de Riohacha. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos así entregados, pertenecerán al tesoro nacional.

MANEJO DEL ANTICIPO.

Para el manejo de los dineros entregados a título de anticipo se deberá dar cumplimiento a lo señalado en el Decreto 1082 de 2015.

Los dineros del anticipo se entregan a el Conviniente a título de mera tenencia y conservarán su condición de Fondos Públicos hasta que sean amortizados, momento hasta el cual su mal manejo y el cambio de destinación darán lugar a las acciones legales correspondientes. Además no se podrá destinar el anticipo a la especulación económica, ni distraerse al pago de obligaciones distintas a las directamente surgidas del contrato producto del presente proceso de selección.

D. SI LA ENTIDAD HA CONTRATADO EL OBJETO, CUÁL FUE EL VALOR DEL CONTRATO Y LA ESTRUCTURA DEL CONTRATO? ¿LA NECESIDAD DE LA ENTIDAD ESTATAL FUE SATISFECHA CON LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN ANTERIORES?

El Distrito de Riohacha, como se anotó en líneas anteriores ha realizado convenios con objetos similares, sin embargo, el riesgo de enfermedades, y el alto índice de muertes presentes en el Distrito, obligan a la administración distrital a desarrollar el presente programa, el cual busca la prevención y el mejoramiento de las condiciones técnicas, logísticas y científicas de los equipos proveedores de salud a la gestación, empoderamiento de la mujer desde la infancia, reconocimiento de esta como eje fundamental de la vida humana y de la construcción social, y compromiso participativo de los hombres y las comunidades en la protección a la gestación y la infancia. Los logros que se desprendan de las alianzas y el soporte entre los individuos, las mujeres y sus hijos, las familias y las comunidades brindarán resultados beneficiosos, eficientes y efectivos para alcanzar una de las metas del Distrito de Riohacha consistente en la reducción de la mortalidad materna.

ORIGINAL FIRMADO

VIRGELLIS MERCEDES MENDOZA CARRILLO

Secretaria de Salud Distrital de Riohacha