ESTUDIO DEL SECTOR
DECRETO 1082 DE 201

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DADIS Y LA ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.

1. INTRODUCCIÓN

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 la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA** y se deja constancia mediante el presente documento, del análisis del sector "Comercial" realizado en la etapa de planeación y estructuración del mismo, así:

La adquisición de bienes y servicios se encuentra orientada a satisfacer las necesidades de la Entidad y a obtener el mayor valor por el dinero público. En consecuencia, la Entidad debe tener claro tres aspectos: (a) cuál es su necesidad y cómo puede satisfacerla; (b) cómo y quiénes pueden proveer los bienes, obras y servicios que necesita; y (c) el contexto en el cual los posibles proveedores desarrollan su actividad.

El artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 del 2015, Deber de análisis de las Entidades Estatales. La Entidad Estatal debe hacer, durante la etapa de planeación, el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto del Proceso de Contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica, y de análisis de Riesgo. La Entidad Estatal debe dejar constancia de este análisis en los Documentos del Proceso.

Con el presente documento se realiza un análisis técnico del cual surgen la necesidad de adquirir un servicio que garantizar este mandato al ofrecer herramientas para entender el mercado del servicio de salud necesarios para brindar atención a la Población No Asegurada y vulnerable del distrito de Cartagena de Indias, la Entidad pretende adquirir para estructurar el Proceso de Contratación con la información necesaria para alcanzar los objetivos de eficacia, eficiencia, economía, promoción de la competencia y manejo del riesgo.

El alcance del estudio de sector debe ser proporcional al valor del Proceso de Contratación, la naturaleza del objeto a contratar, el tipo de contrato y a los riesgos identificados para el Proceso de Contratación.

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.”

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.

2. ANTECEDENTES.

Que, La Constitución Política de 1991 (C.P.) determina como uno de los fines esenciales del Estado colombiano la protección del derecho a la vida, el cual se encuentra positivizado en el artículo 11 de la precitada norma constitucional, como un derecho fundamental, la garantía de este derecho depende del aseguramiento de otros derechos entre ellos se destaca el derecho a la salud. El cual, se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44, 48 y 49 de nuestra actual constitución como un derecho inherente a la persona. Los artículos 48 y 49 constitucionales fueron desarrollados por la Ley 100 de 1993 que, entre otros, estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de brindar atención en salud integral lo que incluye prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Ley 100 de 1993 implementa el SGSSS, el cual reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrolla el servicio público de la salud y genera una complementariedad entre la red pública y la red privada de prestadores con el fin de lograr una mayor cobertura. Según lo conforme en el Decreto 616 de 25 de abril de 2022.

Así mismo, la Resolución 1240 del 2002 del Ministerio de la Protección Social establece que los integrantes del Sistema General De Seguridad Social En Salud deben actuar conforme a los principios de igualdad, equidad, eficacia e imparcialidad en el cumplimiento de las funciones que le son propias.

Que la Ley 1122 de 2007 por la cual se realizan unos ajustes al SGSSS, tendiendo al mejoramiento de la prestación del servicio de salud al usuario, determinado conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad, dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país, además de establecer que las entidades territoriales contratarán con instituciones prestadores del servicio de salud, para la atención de la población No Asegurada

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 Señala que la entidad responsable de pago, en este caso el ente territorial, podrá utilizar de la forma como allí está descrita, un mecanismo de autorización de los servicios que requiere el usuario.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” artículo 2º, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio. Así mismo en los literales a) y b) del artículo 10° de la Ley 1751 de 2015 indica que todas las personas tienen derecho a: i) acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; ii) recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno. Lo anterior en consonancia con el Plan Decenal de Salud Pública.

Que mediante la Resolución 1035 de 2022 se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022 2031 y que en razón a la finalización de su vigencia, se hizo necesario la elaboración de la versión del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, para determinar los nuevos ordenadores y ejes estratégicos ajustados a las necesidades identificadas en materia de salud pública, sostenibilidad financiera del sector, valoración e incorporación de nuevos desarrollos tecnológicos y fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana para los subsiguientes diez (10) años.

Para su elaboración se tuvieron en cuenta los contenidos de los capítulos diferenciales de los pueblos y comunidades indígenas, de la población Víctima del Conflicto Armado y del Pueblo Rrom adoptados en las mencionadas resoluciones y los resultados de la consulta previa con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras NARP. Para la construcción de esta política pública el Ministerio de Salud y Protección Social estableció cuatro fases: i) aprestamiento, ii) formulación, en las etapas de diagnóstico, definición técnica, consulta y validación, iii) implementación y iv) monitoreo, seguimiento y evaluación.

La Ley 715 de 2001 establece que es competencia de los Distritos en materia de salud 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; 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, así como adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación. El artículo 47 establece que los recursos de Sistema General de Participación en Salud se utilizaran para el componente prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada.

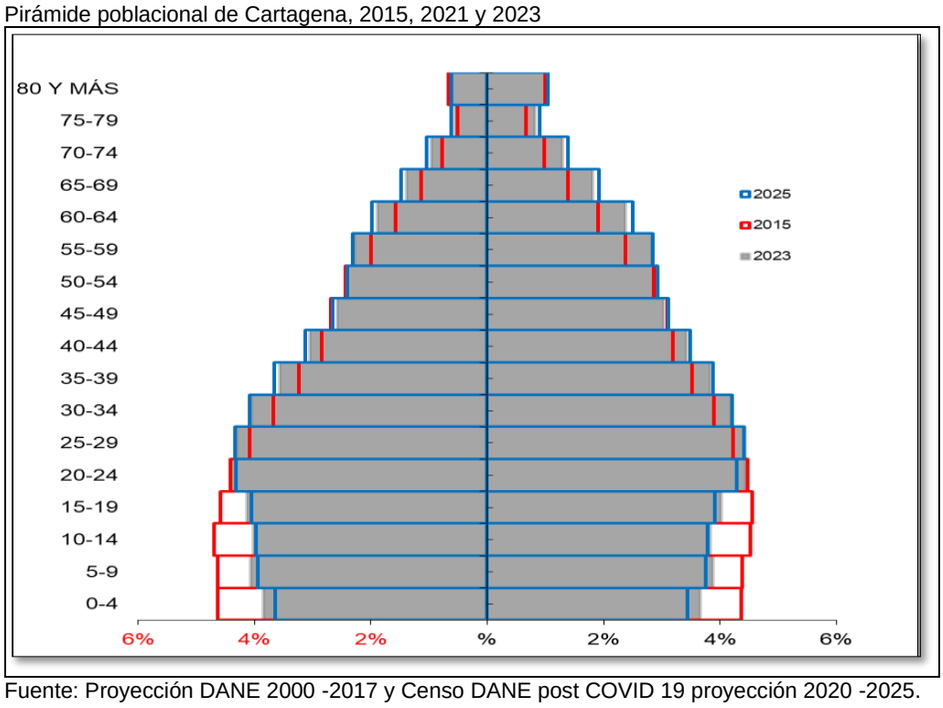
De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993, Ley 715 del 2001, Ley 100/93 y sus 2 modificaciones corresponde a los Departamentos, Distritos y Municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud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

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”.

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 Distrito de Cartagena, de acuerdo con las proyecciones DANE 2018 - 2070 registra en 2023 una población total de 1.065.570 habitantes, para el período 2018 - 2023, el Distrito reporta un incremento de la población de aproximadamente de 9,5%, y su equivalente a 92.525 personas más en el 2023 que en el 2018.

Pirámide poblacional de Cartagena, 2015, 2021 y 2023



Fuente: Proyección DANE 2000 -2017 y Censo DANE post COVID 19 proyección 2020 -2025.

Según las cifras reportadas por la oficina de aseguramiento del Departamento Administrativo Distrital de Salud, tenemos que a corte Diciembre de 2023, el Distrito de Cartagena de Indias tiene una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS de 679.555 personas, clasificadas en los grupos de sisben A, B y C de la Metodología IV. Dentro de este contexto, nos encontramos frente a una de las problemáticas actuales del Distrito de Cartagena, la cual radica en la existencia de personas, que por múltiples razones, no están dentro de ese rango de aseguramiento, sea por no tener documentos de identidad, ser desplazados, migrante retornados, población que aún no han aplicado a la encuesta sisben, entre otros factores, también está la población pobre no asegurada (PNA) con una cifra aproximada de 5.645, población a la cual el Distrito de Cartagena debe garantizarle la atención en salud, donde la participación femenina es del 57.8 %; teniendo también un aproximado de 11.095 migrantes con permisos de protección temporal PPT que aún no han sido afilados a ninguno de los dos regímenes, cobra importancia el garantizarles el derecho fundamental a la salud.

El Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su Artículo 2.4.6 Definiciones. Para efectos la presente Parte, adóptense las siguientes definiciones: 4. Población pobre no asegurada-PPNA (hoy llamada PNA). 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 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 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.

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.

Mediante la Resolución 2366 de 29 Diciembre 23 de 2023 “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, donde se deja muy en claro que la actualización de procedimientos se basó en el análisis de 274 procedimientos no financiados con recursos de la UPC, considerando tendencias de prescripción entre 2019 y 2022. Como resultado, se recomienda la financiación con recursos de la UPC de 46 procedimientos, representando más del 97%; también contiene los siguientes 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” y Anexo 4 “Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública”.

Además de lo anterior, se debe tomar en cuenta la Resolución 2273 de Diciembre 22 de 2021 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.

Para garantizar la atención en salud a la Población PNA, la población migrantes y en general toda la población objeto del presente estudio, se requiere realizar una adecuada contratación, seguimiento y control, de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, mediante Convenio interadministrativo según parámetros establecidos en el Decreto 4747 del 2009, para satisfacer la demanda en servicios de salud de acuerdo con la demanda, proyectada para la vigencia 2024, así como actividades que involucren los avances en cuanto a la salud y el derecho sexual y reproductivo de la mujer en estas condiciones de vulnerabilidad. De igual forma se brindará la atención a este grupo poblacional mediante órdenes de servicios emitidas a instituciones especializadas cuyos servicios no se encuentren dentro de los convenios firmados y que se requieren para garantizar la salud y la vida a estas personas.

Para garantizar el acceso oportuno a estos servicios se buscara la modalidad que garantice, según el Decreto Único 780 de 2016, del Ministerio de Salud los tipos de contratación celebrados entre entidades y actores del sistema de salud en Colombia, son: contrato de cápita, episodios de atención, integral por el grupo de riesgo, pago global retrospectivo y pago por servicio, Por el volumen de atención y la dispersión de los usuarios y evitar se convierta en una barrera de acceso, para el caso que nos ocupa es viable la contratación por capitación o monto fijo.

Es importante tener en cuenta las modificaciones al decreto 780 establecida mediante el decreto 441 de 2022 “Por la cual se establecen los procedimientos, términos y mecanismos de envío de información, que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos, y se dictan otras disposiciones”; sobre todo lo los artículos 12 al 16 establece que la entidad responsable de pago, en este caso el ente territorial, podrá utilizar de la forma como allí esta descrita un mecanismo de autorización de los servicios que requiere el usuario; además de la Resolución 2284 de 2023 Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.

En virtud de lo antes mencionando y de conformidad con la normatividad vigente en materia de salud, la atención de la población no asegurada (PNA) 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 baja, mediana y alta complejidad para la PNA, 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 apego a lo que establece la Resolución 857 de 2020, 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 la operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado 01 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. I Los departamentos, los distritos definidos en el artículo 2.4.1 .3 del presente decreto y municipios certificados, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empres Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación (servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y la 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 ese convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos del convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento del cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte de1 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 debe a 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.

Durante el IV trimestre del año 2023, de acuerdo a lo reportado en el informe de gestión de la Dirección Operativa de Prestación de Servicios, se evidenció la siguiente relación de los estados históricos de facturación por evento, contratos, migrantes y PNA:

Tabla 7.2.12.1. Estado histórico de la facturación por eventos y contratos, migrantes y PNA a corte IV trimestre de 2023

ESTADO	AÑO			TOTAL
	2021	2022	2023	
ASIGNADA		27	662	689
AUDITADA	1574	627	112	2313
CONCILIADA	19515	15193	10666	45374
DEVUELTA	128	1	528	657
NO PAGABLE				
RADICADA			188	188
TOTAL GENERAL	21217	15848	13156	50221

También en el informe, se hace mención y se demuestra el seguimiento al número de servicios de salud autorizados a la población PNA y extranjera durante los cuatro trimestres del año 2023. Los usuarios relacionados en cada periodo se encuentran con estatus migratorio irregular, y no tienen capacidad de pago, dicha verificación fue realizada por el servicio de Autorizaciones DADIS. Los usuarios de nacionalidad venezolana presentan el mayor número de requerimientos. En el año 2023 las autorizaciones para servicios de salud en el ámbito ambulatorio representaron el 67% del total generado y el 33% restante fueron generadas dentro del ámbito hospitalario:

Tabla 7.2.13.1.5. Autorizaciones DADIS generadas a Población No Asegurada I trimestre de 2023.

2023	No. USUARIOS	No. AUTORIZACZOIONES
ENERO	8	10
FEBRERO	10	34
MARZO	10	24
TOTAL I TRIMESTRE	28	68

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS.

Tabla 7.2.13.1.6. Autorizaciones DADIS generadas a Población No Asegurada II trimestre de 2023.

2023	No. USUARIOS	No. AUTORIZACZOIONES
ABRIL	11	30
MAYO	6	11
JUNIO	6	14
TOTAL II TRIMESTRE	23	55

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS.

Tabla 7.2.13.1.7. Autorizaciones DADIS generadas a Población No Asegurada III trimestre de 2023.

2023	No. USUARIOS	No. AUTORIZACZOIONES
JULIO	10	22
AGOSTO	23	198
SEPTIEMBRE	13	20
TOTAL III TRIMESTRE	46	240

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS.

Tabla 7.2.13.1.8. Autorizaciones DADIS generadas a Población No Asegurada IV trimestre de 2023.

2023	No. USUARIOS	No. AUTORIZACIONES
CTUBRE	24	68
NOVIEMBRE	22	44

DICIEMBRE	12	29
TOTAL IV TRIMESTRE	58	141

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS.

A continuación, se relacionan los datos correspondientes a número de usuarios y autorizaciones de migrantes en condición irregular según nacionalidad, haciendo la salvedad que el dato relacionado anteriormente de intervenciones y consultas entregadas comprende las atenciones por el servicio de urgencia y la contemplada con las contrataciones con la red pública de I, II y III nivel que no requiere de autorización previa:

Autorizaciones DADIS generadas a usuarios extranjeros año 2023.

Nacionalidad	TOTAL AÑO 2023	
	No. Usuarios	No. Autorizaciones
Venezuela	1066	3921
Ecuador	1	18
Perú	2	7
Argentina	1	1
Bolivia	1	9
Chile	1	3
España	1	8
Cuba	1	2
Estados Unidos	1	4
Puerto Rico	1	9
Brasil	2	21
Jamaica	1	2
TOTAL	1079	4005

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS

En este punto también resulta pertinente mencionar la cifra de migrantes venezolanos, con los diferentes status migratorios que residen en el Distrito:

REGISTRO DE MIGRANTES VENEZOLANOS RESIDENTES EN CARTAGENA	
REGISTRO DE MIGRACIÓN COLOMBIA	70672
CON PERMISO DE PROTECCIÓN TEMPORAL	63477
CON PPT SIN AFILIACIÓN A UNA EAPB	11145
CON REGISTRO SIN CUMPLIR TRÁMITE DE PPT	7195

Las patologías con mayor con mayor incidencia de atenciones por parte de la población no asegurada y migrantes irregulares se relacionan así:

RELACIÓN DE LOS CINCO PRIMEROS DIAGNÓSTICOS CON MAYOR NÚMERO DE AUTORIZACIONES DURANTE EL AÑO 2023.

DIAGNOSTICOS	TOTAL AUTORIZACIONES GENERADAS
SUPERVISIÓN DEL EMBARAZO	2445
ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL	282
TRAUMATISMOS Y FRACTURAS	183

TUBERCULOSIS DE PULMON	89
ALTO COSTO: *ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION *LESIÓN DE LOS SITIOS CONTIGUOS DE LOS BRONQUIOS Y EL PULMON *TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX *TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO *LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA *ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA *INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA *QUEMADURA DE MULTIPLES REGIONES, CON MENCIÓN AL MENS DE UNA QUEMADURA DE TERCER GRADO *TUMOR MALIGNO DEL PILAR AMIGDALINO (ANTERIOR) (POSTERIOR) *LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA AMIGDALA *TUMOR MALIGNO DEL RECTO *TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL *TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA *TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA *TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA REGION INGUINAL Y DEL MIEMBRO INFERIOR *ANGINA INESTABLE *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	428

Fuente. Módulo de Autorizaciones DADIS. Sistema Intranet de Gestión DADIS

Los procedimientos de mayor demanda fueron los siguientes:

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA
OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	10,4%
RADIOGRAFIA DE TORAX	1,2%
SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	0,9%
VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	0,8%
EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL	0,6%
TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	0,6%
EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR AGENTE EDUCATIVO	0,6%
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	0,5%
NEBULIZACION	0,4%
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	0,4%
MONITORIA FETAL ANTEPARTO	0,4%
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	0,4%
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	0,3%
ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	0,3%
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	0,3%
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	0,3%
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	0,3%
VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS	0,3%
ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,2%
RADIOGRAFIA DE MUÃ'ECA	0,2%
VACUNACION CONTRA INFLUENZA	0,2%
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	0,2%
EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR TERAPIA OCUPACIONAL	0,2%
VACUNACION COMBINADA TRIPLE VIRAL	0,2%
VACUNACION COMBINADA DPT	0,2%

Siguiendo con el análisis del comportamiento de los servicios que fueron demandados por la población beneficiaria de los convenios interadministrativos celebrados para la vigencia 2023, tenemos la siguiente relación que evidencia las consultas más frecuentes en la Empresa Social del Estado Clínica Maternidad Rafael Calvo C., coincidiendo la gran mayoría:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C

ESE	SERVICIO	CANTIDAD
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	897
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	897
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	616

MATERNIDAD RAFAEL CALVO		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	307
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	51
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	49
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	23
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	17
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	13

Por otra parte, abordando importantes aspectos financieros, cabe resaltar como ya se ha vislumbrado en datos estadísticos relacionados con anterioridad, que el éxodo masivo de población venezolana, sin ningún vínculo con el país, con una situación migratoria irregular, ha generado una mayor demanda de servicios de salud a cargo del Distrito de Cartagena; situación que no ha sido atendida en debida forma por el Ministerio de Salud y Protección Social, por cuanto no asigna los recursos necesarios para atender la demanda de prestación de servicios de salud por parte de esta población; sin embargo el ente territorial se ha visto obligado a proveer la atención en salud garantizando la protección al derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, en algunos casos ordenado por jueces en el marco de acciones de tutelas o a través de solicitudes directas del Ministerio Público, para salvaguardar el acceso al servicio de salud de la población no asegurada y la población migrante irregular.

Todos estos factores, ponen en evidencia una situación problemática en el distrito de Cartagena de Indias, al evidenciar la existencia de una población insatisfecha por la inoportunidad en la atención en la población no asegurada y desplazados a quienes el distrito debe garantizarle la atención de sus necesidades en salud en todos los niveles de complejidad bajo los preceptos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, integralidad y calidad en los términos definidos por la ley.

Así las cosas, resulta evidente el surgimiento de la imperiosa necesidad de DADIS como ente encargado de dirigir, coordinar, planear, implementar, evaluar, controlar y orientar el manejo presupuestal, administrativo, financiero y contable de los recursos de salud del Distrito de Cartagena, con la finalidad de poder brindar todas las garantías para el acceso a los servicios de salud para la población sin afiliación al sistema de seguridad social en salud, con el propósito de dar cumplimiento a las competencias de la entidad territorial, suscribir un contrato con una institución hospitalaria de carácter público dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, para brindar posibilidades de acceso a los servicios de salud y a la población migrante irregular asentada en jurisdicción de nuestro ente territorial, garantizando los recursos para apoyar el funcionamiento de las distintas Empresas Sociales del Estado, favoreciendo el desarrollo de sus portafolios de servicios.

La EMPRESA social del estado CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C. es del orden Departamental, de segundo nivel de atención especializada en Ginecología y Obstetricia, con personería jurídica, adscrita al Ministerio de Salud, creada mediante Ordenanza 1000 del 25 noviembre de 1994 y reglamentada mediante Decreto No. 664 del 5 de Julio de 1995, de acuerdo con la ley 100 de 1993, constituye una categoría especial de Entidad pública descentralizada del orden Departamental, con patrimonio propio y autonomía administrativa. Tiene como objetivo la prestación de servicios de Salud especializados en Ginecología, Obstetricia, cuenta con la constancia de habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), por lo que es una entidad administrativa que tiene capacidad para obligarse y ejecutar el presente contrato interadministrativo.

El 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 la operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado 01 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. I Los departamentos, los distritos definidos en el artículo 2.4.1 .3 del presente decreto y municipios certificados, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empres Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación (servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y la 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 ese convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos del convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento del cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte de1 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 debe a 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.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C., cuenta con la experiencia y portafolio de servicios de salud de mediana complejidad acorde a las necesidades del Distrito que requiere atender a la Población Pobre No Asegurada dentro de nuestra jurisdicción.

Finalmente, 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.

2.OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

3. SECTOR COMERCIAL

3.1 CLASIFICACIÓN UNSPSC DEL OBJETO DEL CONTRATO.

Las actividades objeto del contrato está codificada en el clasificador de bienes y servicios UNSPSC, hasta el (tercero o cuarto) nivel, como se indica a continuación:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
80 - Servicios de gestión, servicios profesionales de empresa y servicios administrativos	8011- Servicios de recursos humanos	801116- servicios de personal temporal	80111620-servicios temporales de recursos humanos
85 - Servicios de Salud	8510 - Servicios integrales de salud	851015 - Centros de salud	85101500- Centros de Salud

Identificado el segmento de la contratación en posible entrar a determinar los aspectos trascendentales del sector en que se adelantar la contratación, identificando su entorno comercial, económico, actores, y otras variables relevantes.

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.

Su división se realiza de acuerdo con los procesos de producción que ocurren al interior de cada uno de ellos.

División según la economía clásica

Según la división de la economía clásica, los sectores de la economía son los siguientes:
Sector primario o sector agropecuario. 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.

Sector secundario o sector Industrial. 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. Se divide en dos subsectores: industrial extractivo e industrial de transformación:

- **Industrial extractivo**: extracción minera y de petróleo.
- **Industrial de transformación**: envasado de legumbres y frutas, embotellado de refrescos, fabricación de abonos y fertilizantes, vehículos, cementos, aparatos electrodomésticos, etc.

Sector terciario o sector de servicios. 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 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.

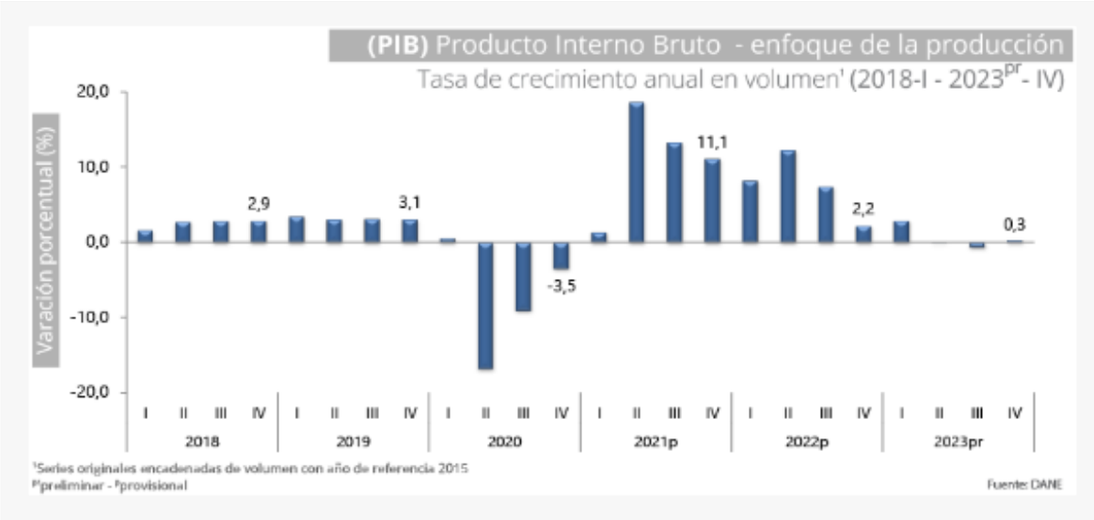
Aunque los sectores anteriormente indicados son aquellos que la teoría económica menciona como sectores de la economía, es común que las actividades económicas se diferencien aún más dependiendo de su especialización.

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.

3.2 COMPORTAMIENTO DEL SECTOR ECONÓMICO.

De acuerdo al Boletín Técnico Producto Interno Bruto (PIB) publicado por el DANE. en el cuarto trimestre de 2023pr, el Producto Interno Bruto en su serie original, crece 0,3% respecto al mismo periodo de 2022p.



Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado para el año 2023^{pr} son:

- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 3,9% (contribuye 0,6 puntos porcentuales a la variación anual).
- Actividades financieras y de seguros crece 7,9% (contribuye 0,3 puntos porcentuales a la variación anual).
- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio crece 7,0% (contribuye 0,2 puntos porcentuales a la variación anual).

En el cuarto trimestre de 2023^{pr}, el Producto Interno Bruto en su serie original, crece 0,3% respecto al mismo periodo de 2022^{p}. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

- Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca crece 6,0% (contribuye 0,6 puntos porcentuales a la variación anual).
- Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 3,8% (contribuye 0,5 puntos porcentuales a la variación anual).
- Actividades financieras y de seguros crece 5,5% (contribuye 0,2 puntos porcentuales a la variación anual.

En lo corrido del año 2023pr, respecto al mismo periodo del año anterior, el Producto Interno Bruto presenta un crecimiento de 1,0%. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

• Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 4,0% (contribuye 0,6 puntos porcentuales a la variación anual).
• Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio crece 11,8% (contribuye 0,4 puntos porcentuales a la variación anual).
• Actividades financieras y de seguros crece 8,8% (contribuye 0,4 puntos porcentuales a la variación anual).

En el segundo trimestre de 2023pr, el valor agregado de la construcción decrece 3,7% en su serie original, respecto al mismo periodo de 2022pr. Esta dinámica se explica por los siguientes comportamientos:
• Construcción de edificaciones residenciales y no residenciales crece 3,1%.
• Construcción de carreteras y vías de ferrocarril, de proyectos de servicio público y de otras obras de ingeniería civil decrece 17,9%.
• Actividades especializadas para la construcción de edificaciones y obras de ingeniería civil (alquiler de maquinaria y equipo de construcción con operadores) decrece 3,2%.

Respecto al trimestre inmediatamente anterior en su serie ajustada por efecto estacional y calendario, el valor agregado de la construcción crece en 0,5%, explicado por:
• Construcción de edificaciones residenciales y no residenciales crece 3,6%.
• Construcción de carreteras y vías de ferrocarril, de proyectos de servicio público y de otras obras de ingeniería civil decrece 3,6%.
• Actividades especializadas para la construcción de edificaciones y obras de ingeniería civil (alquiler de maquinaria y equipo de construcción con operadores) decrece 0,6%.

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto en su serie ajustada por efecto estacional y calendario crece 0,2%. Esta variación se explica principalmente por la siguiente dinámica:
• Explotación de minas y canteras crece 2,0%.
• Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca crece 1,2%.
• Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales crece 0,9%.

Tasas de crecimiento en volumen[1]
Tercer trimestre 2023[pr]

Actividad económica	Tasas de crecimiento (%)		
	Serie original		Serie ajustada por efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2023[pr]-III / 2022[pr]-III	2023[pr] / 2022[pr]	2023[pr]-III / 2023[pr]-II
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	1,8	0,5	1,2
Explotación de minas y canteras	3,5	3,8	2,0
Industrias manufactureras	-6,2	-3,2	-1,6
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado[2]	2,5	1,7	0,8
Construcción	-8,0	-5,0	-2,7
Comercio al por mayor y al por menor[3]	-3,5	-2,1	-0,1
Información y comunicaciones	-1,2	0,7	-0,7
Actividades financieras y de seguros	1,6	8,8	-0,9
Actividades inmobiliarias	1,8	1,9	0,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas[4]	-0,8	0,3	-0,3
Administración pública, defensa, educación y salud[5]	5,3	4,0	0,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios[6]	4,9	11,8	-0,9
Valor agregado bruto	**-0,1**	**1,0**	**0,1**
Impuestos menos subvenciones sobre los productos	-1,8	1,0	0,1
Producto Interno Bruto	**-0,3**	**1,0**	**0,2**

Fuente: DANE, Cuentas nacionales
[pr]preliminar
[1]Series encadenadas de volumen con año de referencia 2015.
[2]Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado; Distribución de agua; evacuación y tratamiento de aguas residuales, gestión de desechos y actividades de saneamiento ambiental.
[3]Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida.
[4]Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo.
[5]Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales.
[6]Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio.

En el tercer trimestre de 2023pr, el Producto Interno Bruto en su serie original decrece 0,3% respecto al mismo periodo de 2022pr. Esta dinámica se explica por los siguientes comportamientos del componente del gasto:

- Gasto en consumo final crece 6,7%.
- Formación bruta de capital crece 21,2%.
- Exportaciones crecen 14,5%.
- Importaciones crecen 23,3%.

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto crece en 1,6%, en su serie ajustada por efecto estacional y calendario. Esta variación se explica por la siguiente dinámica:

- Gasto en consumo final decrece 2,6%.
- Formación bruta de capital crece 3,2%.
- Exportaciones decrecen 1,8%.
- Importaciones crecen 4,5%

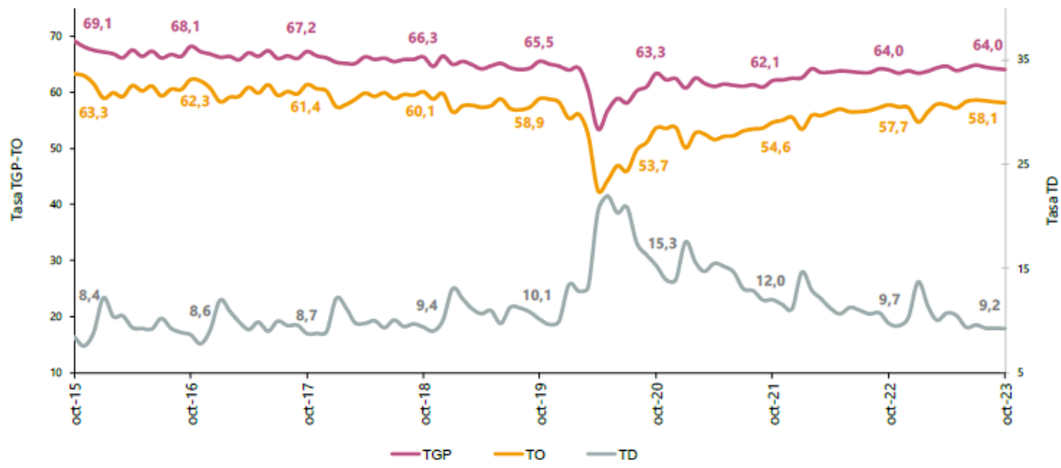
Tabla 14. Componentes del gasto
Tasas de crecimiento en volumen[1]
Tercer trimestre 2023[pr]

Componentes del gasto	Tasas de crecimiento (%)		
	Serie original		Serie ajustada por efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2023[pr]-III / 2022[pr]-III	2023[pr] / 2022[pr]	2023[pr]-III / 2023[pr]-II
Gasto de consumo final[2]	0,7	1,4	1,1
Formación bruta de capital[3]	-33,5	-22,5	-4,4
Exportaciones	4,2	3,6	2,4
Importaciones	-21,5	-14,9	-3,7
Producto Interno Bruto	**-0,3**	**1,0**	**0,2**

Fuente: DANE, Cuentas nacionales
[pr]preliminar
[1]Series encadenadas de volumen con año de referencia 2015.
[2]El gasto en consumo final incluye el gasto de consumo final individual de los hogares; gasto de consumo final de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y gasto de consumo final del gobierno general.
[3]La formación bruta de capital incluye la formación bruta de capital fijo, la variación de existencias y la adquisición menos disposición de objetos valiosos.

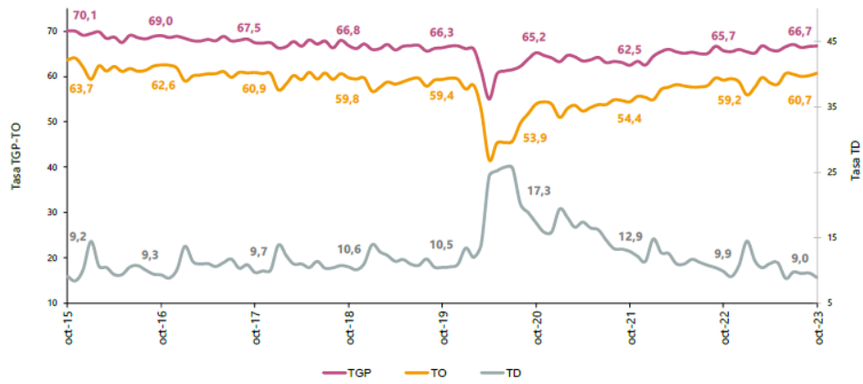
DESEMPLEO

De acuerdo a la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) para octubre de 2023, la tasa de desocupación del total nacional fue 9,2%, la tasa global de participación se ubicó en 64,0% y la tasa de ocupación fue 58,1%. En el mismo mes de 2022 estas tasas fueron 9,7%, 64,0% y 57,7%, respectivamente.



Fuente: DANE, GEIH.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018.
Nota: cifras aproximadas a un decimal. Por efecto del redondeo los totales pueden diferir ligeramente del anexo.

En octubre de 2023, la tasa de desocupación en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 9,0%, en el mismo mes de 2022 fue 9,9%. La tasa global de participación se ubicó en 66,7%, en octubre de 2022 fue 65,7%. Finalmente, la tasa de ocupación fue 60,7%, lo que representó un aumento de 1,5 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2022 (59,2%).



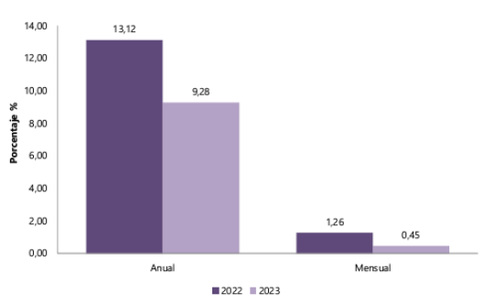
Fuente: DANE, GEIH.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018.
Nota: cifras aproximadas a un decimal. Por efecto del redondeo los totales pueden diferir ligeramente del anexo.

INFLACIÓN

Índice de Precios al Consumidor (IPC)

Diciembre 2023

Gráfico 1. IPC Variaciones
Total Nacional
Diciembre 2022 - 2023



Fuente: DANE, IPC.

En el mes de diciembre de 2023, el IPC registró una variación de 9,28% en comparación con diciembre de 2022. En elúltimo año, las divisiones Transporte (15,42%), Restaurantes y hoteles (13,22%), Bebidas alcohólicas y tabaco (11,95%), Educación (11,41%), Bienes y servicios diversos (10,08%) y por último, Salud (9,49%) se ubicaron por encima del promedio nacional (9,28%). Entre tanto, las divisiones Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (9,26%), Muebles, artículos para el hogar y para la

conservación ordinaria del hogar (8,94%), Recreación y cultura (7,10%), Prendas de vestir y calzado (5,23%), Alimentos y bebidas no alcohólicas (5,00%) y por último, Información y comunicación (0,12%) se ubicaron por debajo del promedio nacional.

Diciembre 2022 - 2023

Divisiones de Gasto	Peso (%)	2022 Variación (%)	2022 Contribución Puntos Porcentuales	2023 Variación (%)	2023 Contribución Puntos Porcentuales
Transporte	12,93	11,59	1,49	15,42	1,96
Restaurantes y hoteles	9,43	18,54	1,84	13,22	1,38
Bebidas alcohólicas y tabaco	1,70	8,37	0,14	11,95	0,20
Educación	4,41	5,98	0,24	11,41	0,43
Bienes y servicios diversos	5,36	13,09	0,69	10,08	0,53
Salud	1,71	9,53	0,16	9,49	0,16
TOTAL	100,00	13,12	13,12	9,28	9,28
Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles	33,12	6,94	2,25	9,26	2,84
Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar	4,19	18,25	0,73	8,94	0,37
Recreación y cultura	3,79	8,36	0,30	7,10	0,24
Prendas de vestir y calzado	3,98	11,22	0,38	5,23	0,17
Alimentos y bebidas no alcohólicas	15,05	27,81	4,88	5,00	0,99
Información y comunicación	4,33	0,25	0,01	0,12	0,00

Fuente: DANE, IPC.
Nota: La diferencia en la suma de las variables obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados en el índice.

Los mayores aportes a la variación anual se registraron en las divisiones de: Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles, Transporte, Restaurantes y hoteles, Alimentos y bebidas no alcohólicas y Bienes y servicios diversos, las cuales en conjunto contribuyeron con 7,17 puntos porcentuales al acumulado anual de dicha variación

En diciembre de 2023 en comparación con diciembre de 2022, la variación anual de las subclases que más aportaron al índice total fueron: combustibles para vehículos (44,80%), arriendo imputado (7,50%), comidas en establecimientos de servicio a la mesa y autoservicio (12,93%), electricidad (20,74%), arriendo efectivo (7,64%), transporte urbano (incluye tren y metro) (11,51%), comidas preparadas fuera del hogar para consumo inmediato (14,84%), suministro de agua (9,85%), productos de limpieza y mantenimiento (11,77%) y leche (12,23%). Las mayores contribuciones negativas se presentan en: plátanos (-15,22%), cebolla (-18,76%), aceites comestibles (-7,74%), papas (-9,76%) y yuca para consumo en el hogar (-28,85%).

Cuadro 2. IPC Variación y contribución anual
Por principales subclases
Diciembre 2023

Subclase	Variación (%)	Contribución Puntos porcentuales
Combustibles para vehículos	44,80	1,14
Arriendo imputado	7,50	0,95
Comidas en establecimientos de servicio a la mesa y autoservicio, medios de transporte, máquinas expendedoras, puestos móviles, y lugares de esparcimiento; se incluyen también las contratadas por encargo, para llevar y por servicio a domicilio	12,93	0,91
Electricidad	20,74	0,71
Arriendo efectivo	7,64	0,71
Transporte urbano (incluye tren y metro)	11,51	0,50
Comidas preparadas fuera del hogar para consumo inmediato, en establecimientos de servicio a la mesa y autoservicio, puestos móviles, lugares de esparcimiento, para llevar y por servicio a domicilio	14,84	0,32
Suministro de agua	9,85	0,19
Productos de limpieza y mantenimiento	11,77	0,17
Leche	12,23	0,17

Fuente: DANE, IPC.
Nota: La diferencia en la suma de las variables obedece al sistema de aproximación en el nivel de dígitos trabajados en el índice.

SALARIO MÍNIMO 2024
Teniendo en cuenta la necesidad que se pretende suplir por parte del proveedor, es necesario observar el comportamiento del incremento que ha tenido el salario mínimo en Colombia y el valor fijado de $1.300.000 M/CTE según decreto # 2292 del 29 de diciembre de 2023 que regirá a partir del 1 de enero de 2024.

Año	Salario mínimo
2010	$ 515.000,00
2011	$ 535.600,00
2012	$ 566.700,00
2013	$ 589.500,00
2014	$ 616.000,00
2015	$ 644.350,00
2016	$ 689.455,00
2017	$ 737.717,00
2018	$ 781.242,00
2019	$ 828.116,00
2020	$ 877.803,00
2021	$ 908.526,00
2022	$ 1.000.000,00
2023	$ 1.160.000,00
2024	$ 1.300.000,00

Fuente: Elaboración propia



3.3 SECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Desde la aprobación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha experimentado transformaciones significativas que se han reflejado en mejoras en los indicadores de salud, así como en la cobertura y protección financiera de la población. El sistema ha logrado avances importantes, entre los que se destaca la implementación de un plan de salud amplio que solo excluye procedimientos estéticos y experimentales, un gasto de bolsillo bajo frente al contexto internacional, y un aumento en la cobertura, que pasó del 29 % en 1995 al 99 % de la población en 2022

Gráfico 1. Cobertura del sistema de seguridad social en salud

El porcentaje de cobertura del sistema de salud aumentó del 29 % en 1995 al 99 % en 2022. Del total de afiliados en 2022, el 49,9 % pertenecían al RS, el 45,8 % al RC y el 4,3 % a regímenes especiales y de excepción



Fuente: Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

No obstante, a pesar de estos logros, aún no se ha alcanzado un acceso universal y persisten desigualdades en la atención y calidad de los servicios, que se evidencian en diferencias en los indicadores de salud territorial.

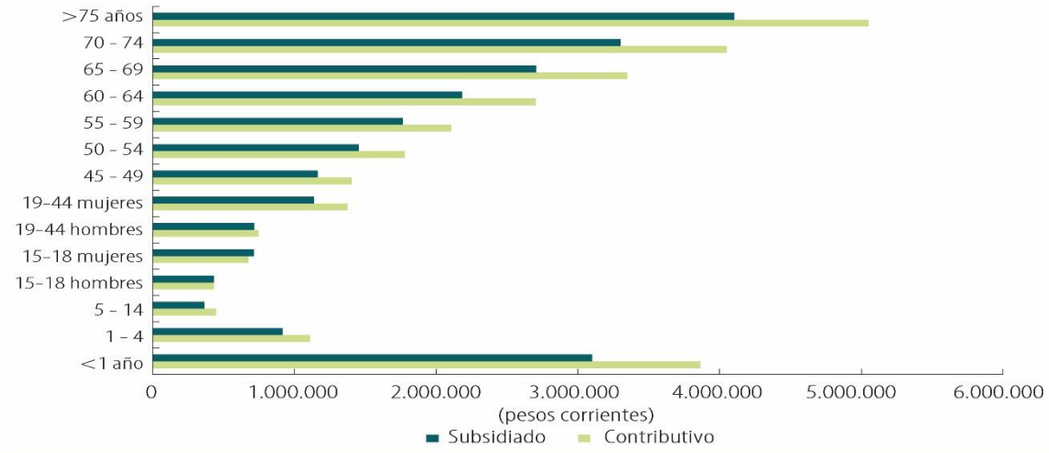
En los últimos años el sistema ha enfrentado diversos problemas financieros y administrativos para sostener el alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (RS); el aumento de la demanda por servicios, tanto los incluidos como los no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS)[1]; los costos de unificación de la prima de aseguramiento de los regímenes contributivo (RC) y subsidiado, y la afiliación de migrantes venezolanos al RS, a lo cual se suma la situación financiera de varias empresas promotoras de salud (EPS), algunas de las cuales han sido liquidadas o se encuentran en proceso de intervención o vigilancia especial. Recientemente, la pandemia del covid-19 y el Acuerdo de Punto Final -que buscaba sanear las deudas acumuladas del Gobierno Nacional y de las entidades territoriales- aumentaron las necesidades de recursos del sistema. Estos hechos, junto con la aprobación de la Ley 1607 de 2012, que sustituyó recursos parafiscales de cotizaciones por recursos fiscales del Presupuesto General de la Nación (PGN), al eximir a las empresas del pago del 8,5 % de los aportes de trabajadores con diez salarios mínimos o menos, incrementaron la financiación del sector con recursos fiscales de COP 12,6 billones (b) en 2011 a COP 35,8 b en 2022, con un máximo de COP 41,3 b en 2021 (COP de 2021).

Las presiones financieras pueden seguir aumentando debido a diversos factores que ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema. Entre ellos se destaca el cambio demográfico, como resultado de la disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad, lo que se refleja en el envejecimiento de la población. El cambio en la estructura de la población afecta el financiamiento del sistema, toda vez que el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), que corresponde a la prima anual de aseguramiento que se reconoce por cada afiliado, aumenta con la edad[2]. Además, el incremento en la utilización de los servicios de salud por parte de los afiliados puede generar una mayor presión sobre los recursos del sistema. Como se observa en el Gráfico 2, el valor de la UPC para el año 2023 difiere entre regímenes, a pesar de la igualación del PBS entre el Régimen Contributivo (RC) y el RS. Esto se explica por las diferencias en la demanda de servicios de los afiliados de los dos regímenes, la cual ha ido disminuyendo con el tiempo[3]. La demanda de servicios también puede aumentar debido a cambios en los patrones de morbilidad, especialmente aquellos asociados con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incrementan la carga financiera sobre el sistema de salud. Así mismo, la presión para adoptar nuevas tecnológicas médicas, la reducción en las brechas territoriales en

la prestación de los servicios de la salud y la dinámica de la población migrante, que de acuerdo con el Decreto 064 de 2020 puede afiliarse al RS, generan presiones adicionales sobre el gasto en salud.

Gráfico 2. UPC 2023: por rango de edad y régimen (COP corrientes)

El valor de la UPC aumenta con la edad del afiliado y difiere entre el RC y RS, a pesar de la igualación del plan básico de salud de los dos regímenes.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

La estructura del mercado laboral también es un factor importante en la necesidad de recursos fiscales. Una alta informalidad se refleja en un alto porcentaje de afiliados al RS, lo que resulta en una mayor necesidad de recursos fiscales para cubrir la UPC de este régimen. Cabe recordar que, en el momento de la aprobación de la Ley 100, se esperaba que para el año 2000 un 70 % de la población estuviera afiliada al RC. No obstante, en la actualidad la población afiliada a este régimen no supera el 50 %. Los riesgos mencionados pueden representar un aumento en el gasto público del sector, con efectos sobre las finanzas públicas y sobre diferentes variables macroeconómicas. La eficiencia en el uso de los recursos puede contribuir a reducir las presiones del gasto público. Según Izquierdo et al. (2018: 298) "la búsqueda de la eficiencia del sistema de salud se ha vuelto más urgente debido al menor crecimiento económico y a las presiones fiscales, sumados a poblaciones más longevas que harán aumentar los costos de la atención". Por tanto, resulta esencial contar con medidas que permitan identificar y corregir las ineficiencias en las entidades encargadas de administrar los recursos del sistema. En este artículo se estiman las medidas de eficiencia de las EPS y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Diseño institucional del sistema de salud en Colombia

La Ley 100 estableció un sistema de salud basado en el aseguramiento público, similar al de Países Bajos, Alemania e Israel (Jacobs y Goddard, 2000). Durante la discusión de la reforma, se estudiaron estos sistemas y se tomó el modelo holandés como referencia principal. En el contexto latinoamericano y de países de ingreso medio, la reforma colombiana resultaba ambiciosa y pionera, ya que buscaba universalizar la cobertura del seguro de salud y superar los sistemas fragmentados y segmentados que habían predominado hasta entonces y continúan siendo característicos de Latam y de países de ingreso medio y bajo.

Considerando las funciones asignadas a los sistemas de salud, los principales elementos aprobados en la Ley 100 se describen a continuación:

Rectoría: la dirección del sistema y las políticas de salud estarían bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, mientras que la inspección y algunas normas regulatorias para los agentes del aseguramiento y de la prestación estarían a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Es importante destacar que, con el objetivo de ampliar la cobertura del seguro de salud, del 22 % al 100 % de la población, se incorporó al sistema la forma de gobierno del Instituto de Seguros Sociales (ISS), lo cual dio paso al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS). Este consejo estaba conformado por catorce miembros representativos de los agentes del sistema, con funciones de regulación sobre la definición del plan de beneficios, la UPC, los copagos y cuotas moderadoras, así como de la administración financiera (Restrepo y Rodríguez, 2005).

Financiación: la financiación del nuevo sistema de salud requirió un esfuerzo importante para el país. Para ello, se aumentó el porcentaje de las cotizaciones del 7 % al 12 % del ingreso, con lo cual se brindaría cobertura familiar a la población cotizante, que conformaría el RC. Además, se creó el RS para cubrir a la población sin capacidad de pago, para lo cual se contaría con uno de los doce puntos de las cotizaciones, las transferencias de la Nación a los municipios y la asignación de recursos del PGN, equivalentes a por lo menos el punto de solidaridad de la cotización, lo que se denominó el pari passu (Espinal y Restrepo, 2022). Coherente con el esquema del aseguramiento público, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que haría las veces de fondo único nacional para redistribuir los recursos de manera solidaria entre la población cotizante del RC y aportar al RS. El Fosyga estaba dividido en cuatro cuentas, dentro de las cuales se destacan la de compensación, que atendía el RC, y la de solidaridad, que cofinanciaba el RS. El fondo contabilizaba los ingresos por cotizaciones y reconocía a las EPS del RC el valor de la UPC (Restrepo y Mejía, 2007). Operativamente, las EPS del RC recaudaban las cotizaciones por sus afiliados y luego de establecer el monto que les correspondía por UPC, giraban el excedente al Fosyga o reclamaban los recursos faltantes de la subcuenta de compensación. El RS quedó inicialmente bajo la responsabilidad de los gobiernos subnacionales, que se encargaban de manejar tanto los contratos de aseguramiento con las EPS como los recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, los recursos para salud del SGP y las rentas propias territoriales con destinación específica (Ley 60 de 1993).

Aseguramiento: en este elemento se concentraron los principales cambios institucionales de la ley, en la medida en que se integra en un sistema general lo que antes operaba como sistemas o mecanismos de provisión independientes. Se crean las EPS en el RC, entidades encargadas de gestionar el seguro por delegación del Estado, de manera que deberían garantizar la prestación de los servicios y medicamentos del POS, para lo cual recibirían la UPC. Para el caso del RS, se acogió la figura de administradora del régimen subsidiado (ARS), encargada de brindar cobertura a la población que sería afiliada mediante el pago de la UPC por parte de los municipios. La creación de las EPS y las ARS fue la principal innovación de la reforma, en la medida en que se buscó extender la cobertura del seguro a toda la población en un escenario de competencia u oferta plural de aseguradores, con un presupuesto fijo para contratar la prestación de servicios con las IPS, de manera que se generaban incentivos para el control del gasto.

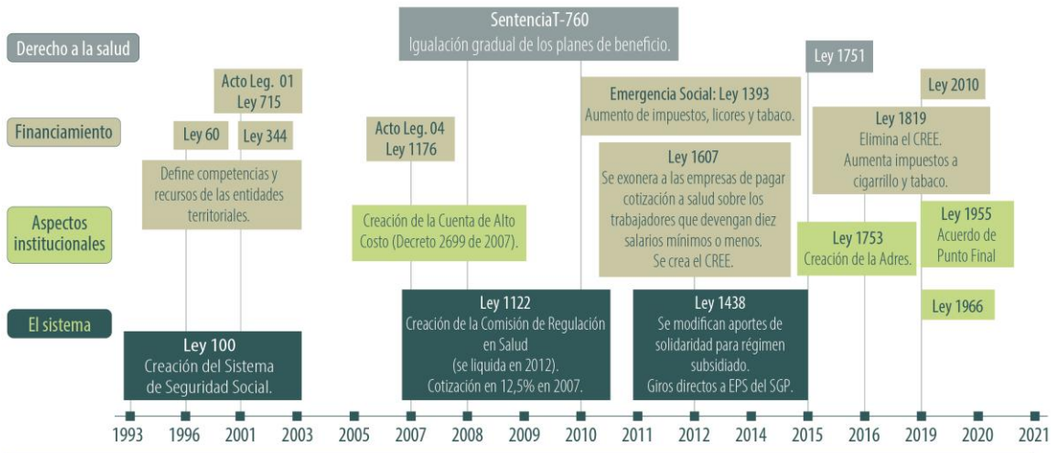
Prestación de servicios: la reforma se concentró en aumentar los servicios de salud, a cargo de la red de EPS. En este ámbito, como en el del aseguramiento, se configuró un mercado de competencia regulada. Por su parte, la red pública registró una gran transformación, al pasar de recibir financiación mediante subsidios a la oferta a financiar su presupuesto mediante la venta de servicios a las EPS y ARS. Además, se dio autonomía a los hospitales mediante la creación de la figura jurídica denominada empresa social del estado (ESE).

Principales cambios institucionales

Luego de poner en marcha la Ley 100, el sistema de salud ha tenido una serie de cambios que incluyen la discusión, en diferentes momentos, de alternativas de reforma (Diagrama 1). La evolución institucional, teniendo en cuenta las principales leyes que han modificado aspectos financieros e institucionales (Restrepo, 2022), puede dividirse en tres etapas: implementación, primeros ajustes y reforma gradual.

Diagrama 1. Evolución normativa del sistema general de seguridad social en salud (principales normas, 1993-2020)

Se ilustran los principales cambios normativos del sistema de salud. Los cambios se representan con colores, según su naturaleza: en color verde oscuro el sistema, en verde claro los aspectos institucionales, en cafe verdoso el financiamiento y en gris el derecho a la salud.



Nota: esquema basado en las leyes que han modificado el sistema de salud en Colombia. Una versión inicial fue publicada en Restrepo (2022).

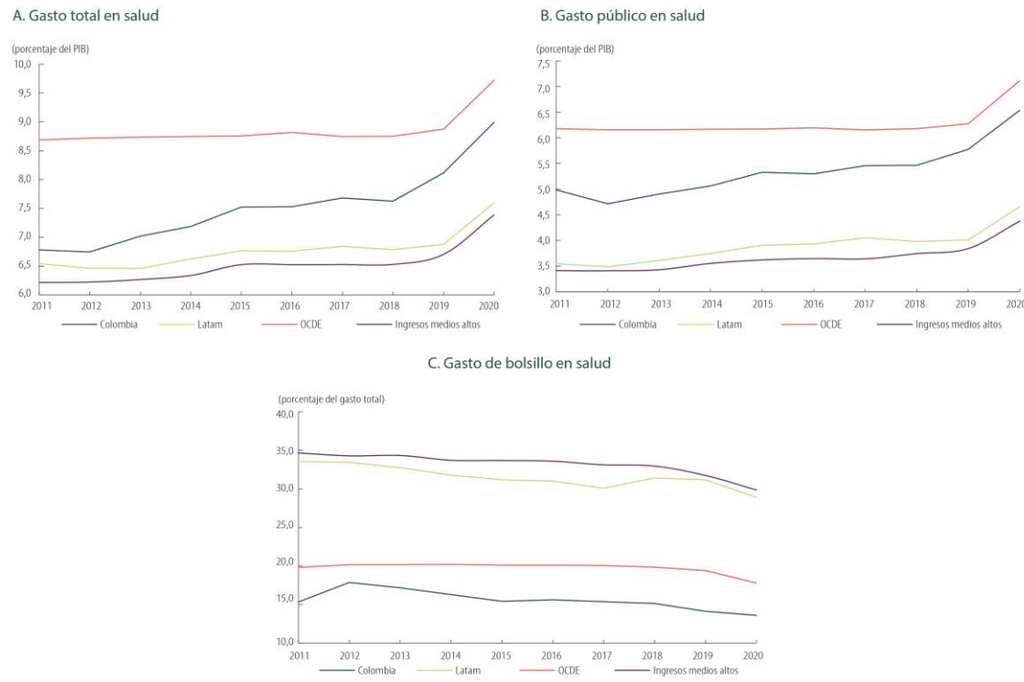
Fuente: elaboración de los autores.

Indicadores del sector y comparaciones internacionales

El gasto en salud registra una tendencia creciente en el largo plazo, debido, especialmente, a la incorporación de nuevas tecnologías, al envejecimiento de la población, al aumento en la demanda de servicios y a la emergencia y reemergencia de enfermedades, lo cual se traduce en un incremento del gasto per cápita en salud generalmente por encima del crecimiento económico, alcanzando así una mayor participación en el PIB (GES, 2017; Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017). En los últimos años el aumento del gasto ha sido especialmente importante en países de ingresos bajos y medianos, donde el gasto en salud ha crecido en promedio un 6 % anual, en comparación con un 4 % en países de ingresos altos (OMS, 2019). Durante el periodo 2011-2020, Colombia ha mantenido un gasto en salud superior al promedio de los países de Latam, así como al de los países de ingreso medio/alto. No obstante, en comparación con el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se encuentra por debajo (Gráfico 3). Es importante señalar que el aumento del gasto en 2020, en todos los países, se explica por los mayores recursos destinados para atender la pandemia y a la reducción del PIB, lo que aumenta el indicador. Para 2021 y especialmente a partir de 2022 es de esperar que el gasto retome la senda que traía en los años previos a la pandemia (Kurowski et al., 2022).

Gráfico 3. Indicadores de gasto en salud (2011-2020)

El gasto total y público en salud de Colombia es superior al promedio de los países de Latam y de los de ingreso medio/alto, e inferior al promedio de los países de la OCDE, mientras que el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud es inferior a los países de Latam, los de ingreso medio/alto y a los de la OCDE.



Nota: el gráfico presenta el gasto total, público y de bolsillo en salud para Colombia y para el promedio de diferentes grupos de países. El gasto de bolsillo corresponde a los pagos directos que realizan los individuos para financiar su atención médica.

Fuente: estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

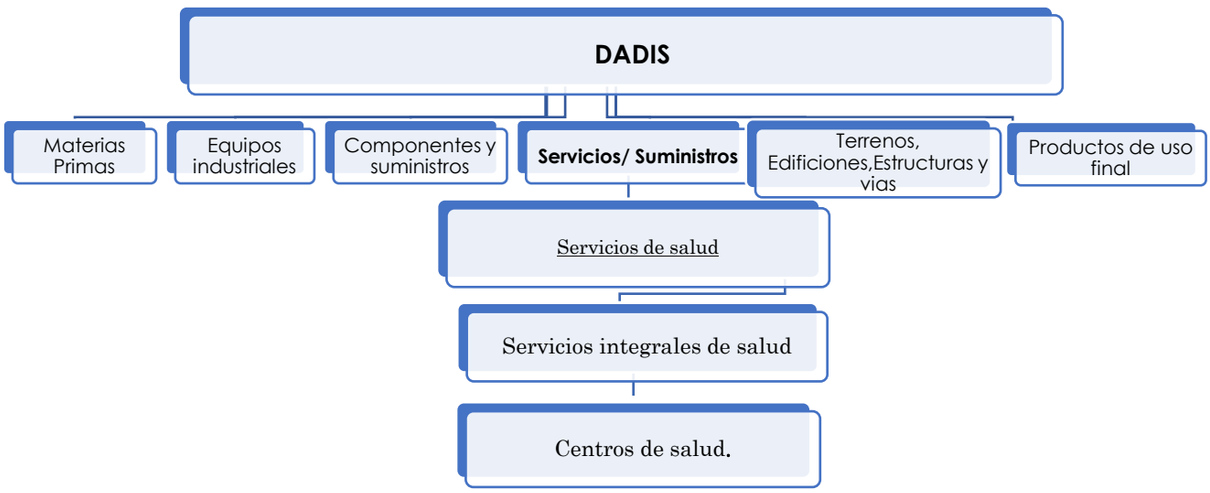
ESTUDIO DE LA DEMANDA.

Para poder entender el comportamiento de compras de la entidad, es importante de manera previa realizar la identificación de las categorías, grupos, familias o clases que componen la totalidad de las adquisiciones, bienes o servicios. Las categorías de compra son agrupaciones de bienes y servicios similares que tienen en común características de composición, demanda y oferta.

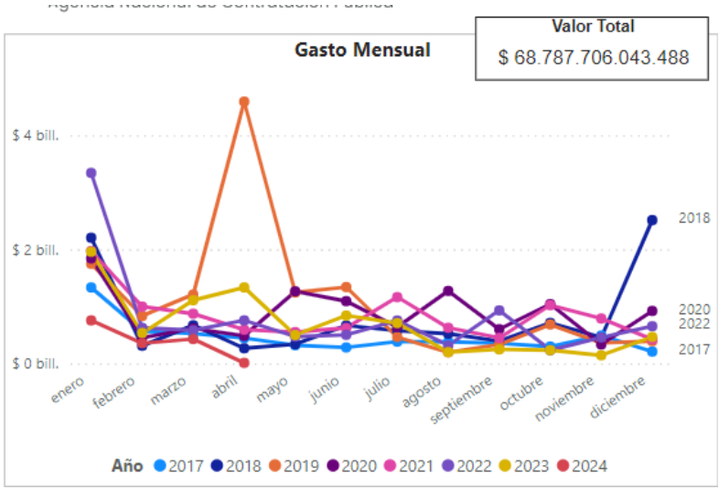
La identificación y uso de las categorías de compra permite mejorar los procesos de adquisición e incrementar la productividad. El análisis de categorías permite entre otras cosas: a) Desarrollar estrategias de adquisición específicas que permitan obtener mejores resultados en los procesos de negociación; b) Entender de manera integral y con visión estratégica el comportamiento de las compras de la entidad. - Identificar oportunidades de agregación de demanda para la obtención de mejores condiciones económicas y técnicas en los procesos de compra.

Ahora bien, con miras a atender y satisfacer la necesidad que se identifica en el Estudio previo y en el presente análisis del sector EL DADIS, requiere adelantar un proceso de contratación cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. A**sí las cosas, se hace necesario facilitar la identificación de categorías y subcategorías del presente procesos de contratación, a partir del cual se brindará una visión completa del espectro de compras de la entidad, utilizando como herramienta el código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas, el cual comporta una metodología uniforme de codificación utilizada para clasificar productos y servicios fundamentada en un arreglo jerárquico y en una estructura lógica. Este sistema de clasificación permite codificar productos y servicios a partir estándares acordados por la industria, los cuales facilitan el comercio entre empresas y gobierno. La versión implementada en Colombia es la UNSPSC, V.14.080.

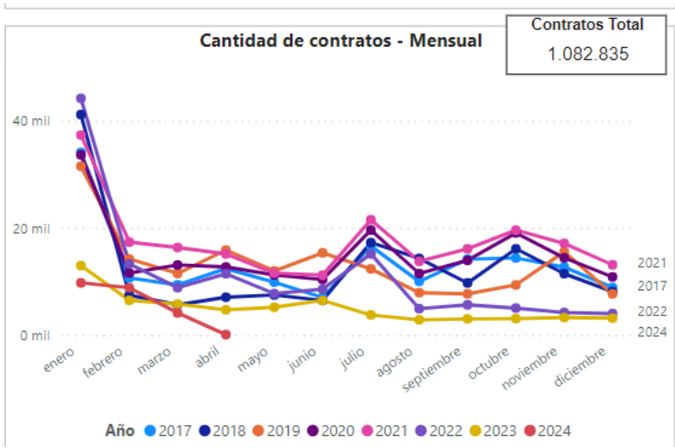
A continuación, se grafica el árbol de categoría asociado al presente proceso de contratación:



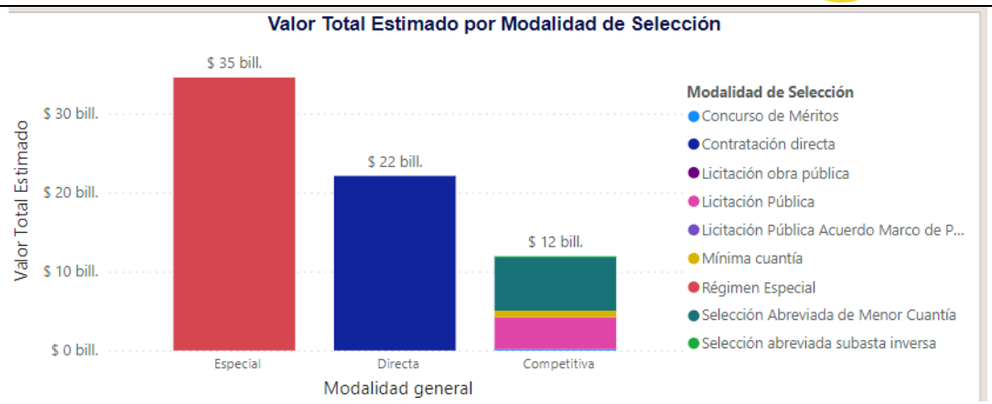
Ahora bien, al realizar la consulta en la herramienta de análisis de la demanda de la Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente, encontramos que, para la categoría de **Servicios de salud** se han contratado en Colombia $ 68.787.706.043.488 durante las vigencias fiscales 2017 a 2024.



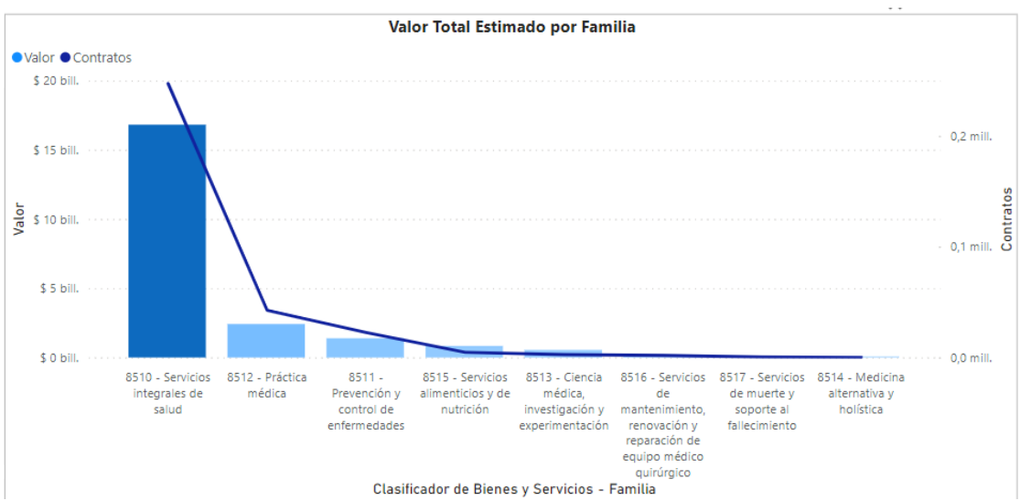
La totalidad de contratos suscritos durante las vigencias 2017 a 2024, es de 1.082.835 contratos



La mayor contratación de la categoría **Servicios de salud** se da a través de régimen especial con aproximadamente $34.593.021.997.044 y en segundo lugar se ubica contratación directa con $22.124.613.390.493.

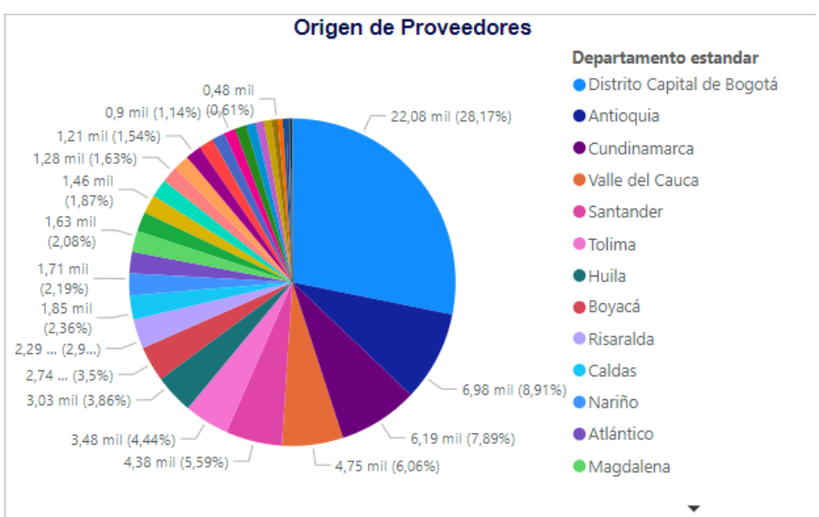


Con relación al valor total estimado por familia, nos encontramos con que la mayor contratación ha sido la relacionada con de acuerdo al clasificador de bienes y servicios UNSPSC, ha sido familia 8510 - Servicios integrales de salud por un valor de $16.815.703.597.102.



Fuente: Herramienta análisis de la demanda -Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente.

La mayor concentración de proveedores se encuentra en el Distrito Capital de Bogotá con 22.081 proveedores que representan el 28.17% y en segundo lugar, el departamento de Antioquia con 6.984 que representa el 9.91%.



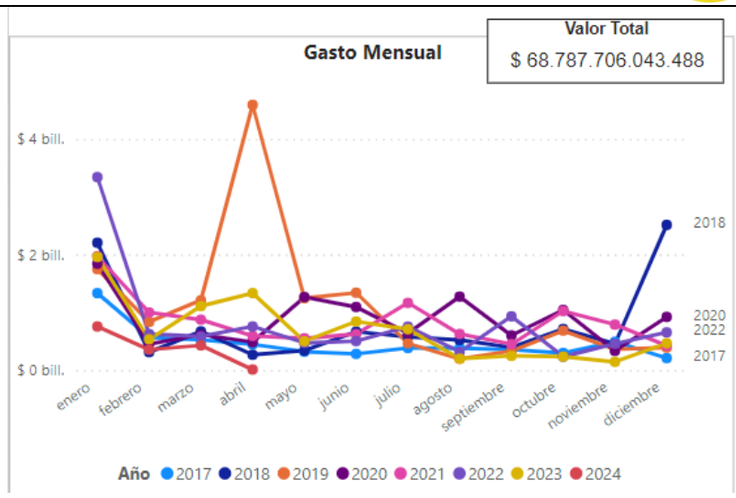
Al realizar la revisión del instrumento de análisis de la demanda, para categoría **Servicios de Salud** sobre la cual versa el presente análisis del sector, y limitando la búsqueda a las especificaciones del objeto contractual que se pretende contratar, encontramos los siguientes procesos de contratación:

CONSULTA DE PROCESOS EN SECOP II - HISTÓRICO DE PROCESOS DE CONTRATACIÓN DEL CODIGO 85101500- CENTROS DE SALUD	
NO.	**DETALLE DE LA CONTRATACIÓN**
	GOBERNACION DEL CAQUETA Precio estimado total:

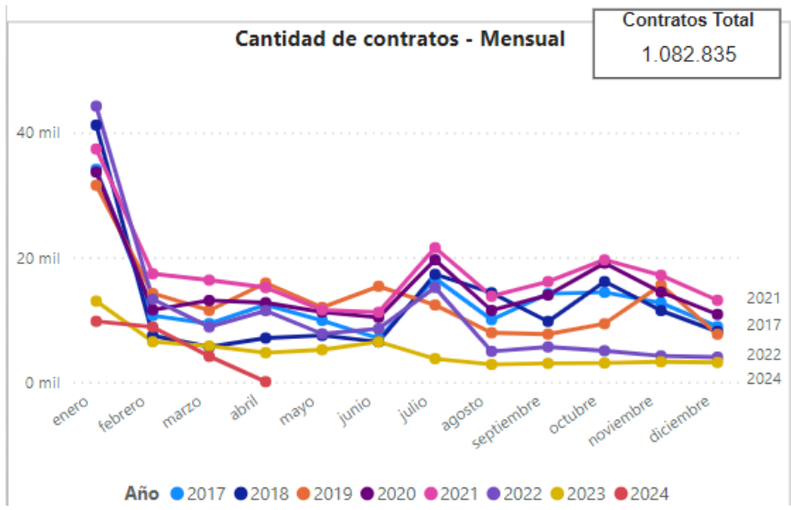
1	415.044.633,87 COP Número del proceso DC-SA-DIRECTA-587-2024 Título: CONTRATO ADMINISTRATIVO SUBSIDIO ALA OFERTA Fase: Presentación de oferta Estado: Proceso en evaluación y observaciones Descripción: Garantizar la operación de la prestación de servicios y tecnologías en salud de la empresa Social del Estado HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO, monopolio de servicios trazadores en el municipio de Florencia, mediante la cofinanciación de los gastos de operación, que permita el cumplimiento de las metas de producción, calidad y gestión financiera pactadas con la Gobernación de Caquetá - Secretaria de Salud Departamental. Tipo de proceso Contratación directa (con ofertas)
2	ALCALDIA MUNICIPIO DE IBAGUE Precio estimado total: 8.620.037.254 COP Número del proceso AI-CD-CI-1542-2024 Título: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Fase: Presentación de oferta Estado: Proceso adjudicado y celebrado Descripción: SS332-CONVENIO INTERADMINISTRATIVO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL Y LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ PARA FORTALECER EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE LA ESE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD DEL MODELO DE ACCIÓN TERRITORIAL Tipo de proceso Contratación directa.
3	ALCALDÍA MUNICIPAL DE LA PINTADA Precio estimado total: 45.000.000 COP Número del proceso CD-CI-003-2024 Título: CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION DE PRIMER NIVEL EN SALUD A LA POBLACION NO AFILIADA Y EL PLAN DE ATENCION HOSPITALARIO MEDICO EN CASA EN EL MUNICIPIO DE LA PINTADA-ANTIOQUIA Fase: Presentación de oferta Estado: Proceso adjudicado y celebrado Descripción: CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION DE PRIMER NIVEL EN SALUD A LA POBLACION NO AFILIADA Y EL PLAN DE ATENCION HOSPITALARIO MEDICO EN CASA EN EL MUNICIPIO DE LA PINTADA-ANTIOQUIA Tipo de proceso Contratación directa.
4	ALCALDIA MUNICIPIO DE ARAUCA Precio estimado total: 19.301.314 COP Número del proceso CD-0091-2024 Título: PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS PARA LA BÚSQUEDA ACTIVA DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA-PNA, DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO SIN ENCUESTA SISBEN IV Y LOS MENORES AFILIADOS CON CERTIFICADO D Fase: Presentación de oferta Estado: Proceso adjudicado y celebrado Descripción: PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS PARA LA BÚSQUEDA ACTIVA DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA-PNA, DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO SIN ENCUESTA SISBEN IV Y LOS MENORES AFILIADOS CON CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. Tipo de proceso Contratación directa.
5	MUNICIPIO DE RIONEGRO Precio estimado total: 579.302.763 COP Número del proceso 1170-07-04-007-2024 Título: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO CON LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DEL Fase: Presentación de oferta Estado: Proceso adjudicado y celebrado Descripción: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO CON LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DEL SUBSIDIO A LA OFERTA DEL SGP. Tipo de proceso Contratación directa.

ANÁLISIS DE LA OFERTA.
Esta fase tiene como objetivo el análisis del mercado de oferta y opciones de proveedores, a partir de las categorías de compras definidas anteriormente, lo cual permitirá entender las dinámicas que afectan los sectores, la cadena de abastecimiento, y los proveedores que existen en el mercado y pueden suministrar bienes y servicios.

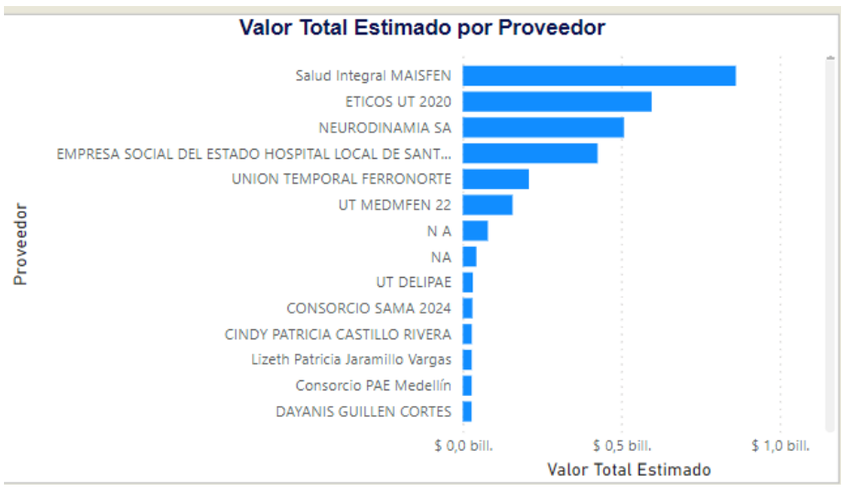
La herramienta de Análisis de la Oferta de la Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente, revela que, para las categorías **Servicios de Salud** se han celebrado en Colombia, durante las vigencias 2017 a 2024, se han celebrado contratos por un valor de $68.787.706.043.488.



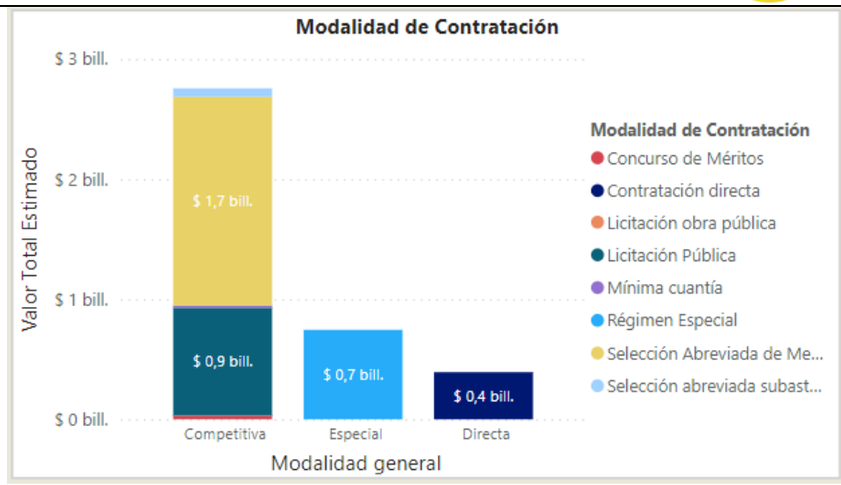
A pesar del número elevado de proveedores en el Colombia para la categoría de **Servicios de salud** encontramos que en durante las vigencias comprendidas entre el 2017 y el 2024 se han celebrado un total de 1.082.835.



Al analizar, el valor de los contratos adjudicados para esta categoría del gasto, encontramos que, en el departamento de Bolívar, el Proveedor SALUD INTEGRAL MAISFEN es quien ostenta la contratación más alta con $861.222.696.024.



Por otro lado, es importante precisar, que la mayoria de las contrataciones generadas con los proveedores de servicios en esta categoria del gasto se concentra en la selección abrevida por menor cuantia con un valor que asciende a $1.740.122.439.346.



Fuente: Herramienta análisis de la oferta -Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente

ANÁLISIS DEL MERCADO Y DETERMINACIÓN DEL PRESUPUESTO OFICIAL.

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 2023, tomando como referencia la tarifa Soat 2023 menos el 20 %, y su forma de pago será por la modalidad de evento y/o servicio prestado, hasta que se agoten los recursos de la vigencia 2024, 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 vulnerable del Distrito de Cartagena de Indias

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.

Que el artículo 233 ibídem, 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 parágrafo primero que los artículos 231; 232; 233, 234, 235 y 236 de la misma ley, entrarían en vigencia a partir del 1de enero de 2020.

DISTRIBUCIÓN Y USO DE LOS RECURSOS DEL SÍSTEMA 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.
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 el 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 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 ola 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

En Los últimos cinco años el número de facturas presentadas por las Empresas Sociales del estado por atenciones de PNA se aprecian a continuación:

Histórico de facturación de las ESEs por atenciones de PNA 2,019 a 2,023

RAZON SOCIAL	2019	2020	2021	2022	2023
ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	10.940	6.580	5.171	2.390	2.530
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	7.059	3.625	4.783	3.700	2.458
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	5.497	3.533	2.247	5.024	5.282
Total general	**23.496**	**13.738**	**12.201**	**11.114**	**10.270**

Fuente Sigdadis - cuentas médicas

Los valores facturados en los últimos cinco años por las Empresas Sociales del estado por atenciones de PNA se aprecian a continuación:

Histórico del valor de la facturación de las ESEs por atenciones de PNA 2,019 a 2,023

RAZON SOCIAL	2019	2020	2021	2022	2023
ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	$ 6.203.223.457	$ 4.607.936.603	$ 4.327.500.264	$ 2.747.958.797	$ 2.352.922.510
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	$ 15.068.084.188	$ 10.300.465.903	$ 13.179.485.348	$ 12.886.012.016	$ 8.386.708.774
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	$ 600.969.915	$ 466.742.374	$ 279.954.418	$ 578.758.403	$ 561.169.369
Total general	**$ 21.872.277.560**	**$ 15.375.144.880**	**$ 17.786.940.030**	**$ 16.212.729.216**	**$ 11.300.800.653**

Fuente Sigdadis - cuentas médicas

CONCLUSIONES PARA EL PRESUPUESTO

A) Facturación radicada y debidamente auditada, presentada por la Empresa Social del Estado CLINICA MATERNIAD RAFQAEL CALVO C.

Histórico de comportamiento de la facturas ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.

AÑO	RADICADO	GLOSA DEFINITIVA	VALOR DEFINITIVO
2017	$ 718.697.221	$ 47.641.653	$ 671.055.568
2018	$ 3.016.991.394	$ 300.268.241	$ 2.716.723.153
2019	$ 6.203.223.457	$ 354.998.876	$ 5.848.224.581
2020	$ 4.607.936.603	$ 134.892.402	$ 4.473.044.201
2021	$ 4.327.500.264	$ 36.981.438	$ 4.290.518.826
2022	$ 2.747.958.797	$ 16.452.987	$ 2.731.505.810
2023	$ 2.352.922.510	$ 22.050.100	$ 2.330.872.410
TOTAL	**$ 23.975.230.246,0**	**$ 913.285.697,0**	**$ 23.061.944.549,0**

Fuente Sigdadis - cuentas médicas

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 C., 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 y que en esta ocasión por ser un año electoral y por las restricciones en la contratación pública, este proceso se realizara por selección abreviada.

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 2024 Soat, Menos el 15% de descuento que se gestione , este valor será multiplicado por la población No Asegurada del Distrito de Cartagena de Indias, de acuerdo al estudio de frecuencia y usos de los servicios Médicos de mediana complejidad en Ginecobstetricia , 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 **SEISCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($600.000. 000.oo).**

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 SOAT en los servicios médicos a contratar.

Lo anterior con el fin de sustentar los valores que se requieren contratar para la atención de la población no asegurada.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.

FUENTE DE RECURSOS	1.2.1.0.00-001 - ICLD
CODIGO PRESUPUESTAL	2.3.1906.0300.2024130010015
CONCEPTO PRESUPUESTAL	FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS
LINEA ESTRATEGICA	SEGURIDAD HUMANA
PROGRAMA	SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSION
NOMBRE DEL PROYECTO	FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS
CODIGO BPIN	2024130010015
META PRODUCTO PLAN DE DESARROLLO	MANTENER HABILITADOS CIENTO CUARENTA Y DOS (142) SERVICIOS DE SALUD ANUALMENTE PARA CONFORMAR LA RED INTEGRADA DE SALUD DEL DISTRITO
CONCEPTO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS

VALOR	$ 600.000.000
DURACION	La ejecución se llevará a cabo hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2024.

FORMA DE PAGO DEL CONTRATO.

Los servicios contratados se cancelarán bajo la modalidad de pago por paquetes integrales de atención en procedimientos de intervención de ginecología y obstetricia acordados y según lo ofertado por **LA EJECUTORA**, aquellos servicios que en su defecto no se encuentren paqueteados, se ofrece tarifa establecida en el Decreto 2423 de 1996 con la actualización del SMLV a la vigencia 2024 y de acuerdo a la propuesta presentada por el contratista, menos el quince por ciento (SOAT menos el 15%) y 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.

La suma estimada para esta contratación corresponde a todos los gastos directos e indirectos, en que incurra **LA EJECUTORA** por causa o con ocasión de la ejecución del mismo y se cancelara en pagos mensuales de acuerdo a la facturación presentada por **LA EJECUTORA**, por concepto de atención en salud prestada a la población objeto hasta completar la suma acordada cuya facturación 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. **LA EJECUTORA** cargara en el Secop II la cuenta de cobro con todas las facturas que la respaldan, así como demás soportes indicados.

EL DISTRITO realizara el proceso de revisión técnica de las cuentas, con base en los RIPS de atención y al cumplimiento de las metas de actividades a ejecutar en los programas de promoción de la salud objeto del mismo; las glosas u objeciones derivadas de este proceso serán reportadas al prestador según los términos determinados por la ley, con el fin de lograr su análisis y respectiva respuesta.

El Departamento Administrativo Distrital de Salud, a través de la Dirección Operativa de Prestación de Servicios analizará el comportamiento mes a mes del presente Contrato y de acuerdo a las novedades presentadas que modifiquen las condiciones inicialmente pactadas e implique una mayor inversión por parte de **LA EJECUTORA, EL DISTIRTO** podrá realizar la respectiva adición de recursos. **LA EJECUTORA**, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales.

NOTA: De conformidad con lo establecido en el parágrafo 1[1] del artículo 2.4.10 del Decreto 762 de 2017 las metas definidas por las entidades territoriales con base en los lineamientos del mencionado parágrafo se deben consignar en un documento debidamente firmado por las partes, lo cual se hace a través de este Contrato Interadministrativo, haciendo parte integral del mismo las metas de producción de servicios y de gestión financiera de **LA EJECUTORA**.

Los valores correspondientes a transporte de ambulancia, medicamentos y dispositivos médicos, servicios de laboratorio POS, consulta especializada, subespecialidades y terapias físicas, serán facturados conforme al listado de precios adoptados por **LA EJECUTORA** mediante acto administrativo institucional que hace parte integral de este contrato.

Para el pago **LA EJECUTORA** deberá anexar los documentos solicitados y mencionados: constitución y aprobación de las garantías; acta de inicio; copia del contrato de fiducia o patrimonio autónomo debidamente suscrito y certificación del número de cuenta del encargo fiduciario según el artículo 2.2.1.1.2.4.1 del Decreto 1082 de 2015. Los pagos posteriores se realizarán previo cumplimiento de la prestación efectiva del servicio y porcentaje del cumplimiento de las metas para las actividades de promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, las cuales serán calculadas con base en la matriz de la Resolución 412 de 2008, en los servicios contratados lo cual debe ser certificado por el Supervisor del Contrato.

MARCO LEGAL REGULATORIO

Contratos interadministrativos:
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 (…)"

[1] "*Parágrafo 1. Para la ejecución de los recursos de subsidio a la oferta que trata este artículo, las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado (ESE) deberán fijar metas de producción de servicios y de gestión financiera, las cuales podrán ser concordantes con los servicios habilitados y los siguientes lineamientos: a) la producción de servicios de salud prestados a la atención de la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidio a la demanda tomando como referencia al menos las tres vigencias anteriores; b) El recaudo corriente, respecto de lo registrado en las tres últimas vigencias; c) la gestión de cartera, respecto de lo registrado en las tres últimas vigencias; y d)el saneamiento de cartera, respecto de lo registrado en las últimas tres vigencias.*

Las metas de producción a que hace referencia el literal a del presente parágrafo no estarán sujetas al reconocimiento contra facturación. El reconocimiento y pago de los servicios adicionales se hará teniendo en cuenta lo acordado entre la Entidad Territorial y la ESE. Las metas definidas por las entidades territoriales con base a los lineamientos del presente parágrafo se deben consignar en un documento debidamente firmado por las partes

Al cierre de la vigencia fiscal, los recursos que no hayan sido reconocidos en el marco de lo establecido en el presente parágrafo, deberán ser aplicados como subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado beneficiarias de la asignación realizada en el presente artículo; para tal efecto, las Entidades Territoriales y las ESE, deberán efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016".

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 contractar, 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.

ANALISIS RIESGO Y FORMA DE CONTROLAR

El Distrito de Cartagena, de acuerdo con las disposiciones del artículo 4 de la ley 1150 de 2007 y de los artículos 3, 15, 17 y el numeral 2 del artículo 2.2.1.2.5.2 del Decreto 1082 de 2015 y con base en la Metodología para identificar y clasificar los riesgos elaborado por Colombia Compra Eficiente[2] procede a tipificar, estimar y asignar los riesgos de la presente contratación. Seguidamente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

1. CONTEXTO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN:	
OBJETO:	**«PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA»**
LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	DISTRITO DE CARTAGENA

2. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

Para la identificación Riesgos se tuvo en cuenta la clasificación de clase, fuente, etapa del proceso y tipo de riesgo definidos en el "Manual para la identificación y Cobertura del riesgo en los Procesos de Contratación" expedido por Colombia Compra Eficiente, los siguientes aspectos: a) los eventos que pueden afectar la adjudicación y firma del contrato como resultado del proceso de contratación, b) los eventos que pueden alterar la ejecución del contrato, c) eventos que pueden afectar el equilibrio económico del contrato, d) eventos previsibles que pueden impedir que la Entidad satisfaga la necesidad motivo de la contratación.

3. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL RIESGO

3.1. PROBABILIDAD DEL RIESGO

	CATEGORÍA	VALORACIÓN
PROBABILIDAD	Raro (puede ocurrir excepcionalmente)	1
	Improbable (puede ocurrir en cualquier momento futuro)	2
	Posible (puede ocurrir en cualquier momento)	3
	Probable (probablemente pueda ocurrir)	4
	Casi cierto (ocurre en la mayoría de circunstancias)	5

3.2. IMPACTO DEL RIESGO

	IMPACTO					
CALIFICACIÓN CUALITATIVA	Obstruye la ejecución del contrato de manera intrascendente	Dificulta la ejecución del contrato de manera baja. Aplicando medidas mínimas se puede lograr el objeto contractual.	Afecta la ejecución del contrato sin alterar el	Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así permite la	Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la

[2] Colombia Compra Eficiente, Circular Externa No. 5 de 2013.

				beneficio para las partes.	consecución del objeto contractual	consecución del objeto contractual	
	CALIFICACIÓN MONETARIA	Los sobre costos no representan más del uno por ciento (1%) el valor del contrato	Los sobrecostos no representan más del cinco por ciento (5 %) del valor del contrato	Genera un impacto sobre el valor del contrato entre el cinco por ciento (5%) y el quince por ciento (15 %) del valor del contrato	Incrementa el valor del contrato entre quince por ciento (15%) y el treinta por ciento (30%)	Impacto sobre el valor del contrato en más de treinta por ciento (30%) del valor del contrato	
	CATEGORÍA / **VALORACIÓN**	**INSIGNIFICANTE**	**MENOR**	**MODERADO**	**MAYOR**	**CATASTRÓFICO**	
		1	2	3	4	5	

3.3. VALORACIÓN DEL RIESGO

				IMPACTO				
		CALIFICACIÓN CUALITATIVA	Obstruye la ejecución del contrato de manera intrascendente	Dificulta la ejecución del contrato de manera baja. Aplicando medidas mínimas se puede lograr el objeto contractual	Afecta la ejecución del contrato sin alterar el beneficio para las partes	Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así permite la consecución del objeto contractual	Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual	
		CATEGORÍA / **VALORACIÓN**	**INSIGNIFICANTE**	**MENOR**	**MODERADO**	**MAYOR**	**CATASTRÓFICO**	
			1	2	3	4	5	
	PROBABILIDAD	Raro 1	2	3	4	5	6	
		Improbable 2	3	4	5	6	7	
		Posible 3	4	5	6	7	8	
		Probable 4	5	6	7	8	9	
		Casi cierto 5	6	7	8	9	10	

3.4. CATEGORÍA DEL RIESGO

VALORACIÓN	**CATEGORÍA**
10, 9 Y 8	Riesgo Extremo
6 Y 7	Riesgo Alto
5	Riesgo Medio
2,3 Y 4	Riesgo Bajo

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la	Probabili	Impacto	Valoració	Categori a	¿A quién	Tratamiento/Controles a	Impacto después del tratamiento	¿Afecta la	Persona responsable por	Fecha estimada	Monitoreo y revisión

					(Qué puede pasar y como puede ocurrir)	ocurrencia del evento														¿Cuándo?	
1	General	Interno	Planeación	Jurídico	Cuando se presentan fallas en la concreción de la etapa de planeación, reflejándose en especificaciones, estudios técnicos insuficientes, en general errores en la estructuración de los estudios previos y el contrato.	Genera mora en el inicio del proceso de selección y con ello en la ejecución proyectada del contrato	1	2	3	Bajo	DISTRITO/ LA E.S.E.	Revisión y apoyo jurídico, aclarando, ajustando, verificando los requisitos de orden legal dentro de la etapa precontractual que le son aplicables de acuerdo a su Manual de Contratación.	Raro	Insignificante	3	Bajo	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ UNIDAD DE CONTRATACIÓN	Desde la fecha en la cual se detectan las deficiencias, errores y demás que incidan en la ejecución normal del contrato. Hasta la toma de medidas que contrarresten las situaciones que inciden en la adecuada ejecución contractual.	El(los) líder(es) del proceso informara(n) el avance y dificultades de la planeación del proceso de selección.	Permanente	
2	General	Externo	Selección	Jurídico	Se presenta cuando LA E.S.E. es afectado por una inhabilidad sobreviniente	Paralización de la ejecución del contrato y afectación en el logro de los objetivos y satisfacción de la necesidad	3	5	8	Extremo	LA E.S.E.	Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de cumplimiento del Contrato, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Clausulado tendiente a exigir de LA E.S.E.	Raro	Insignificante	3	Bajo	Si	DELEGADO CONTRACTUAL	Desde la suscripción del contrato. Hasta la finalización del contrato.	Requerimientos a LA E.S.E. / Verificación periódica de los reportes de otras Entidades a través del RUP, RUES, y consulta periódica de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales y de medidas correctivas	A la ocurrencia de acontecimiento	

												el reporte de medidas una vez producidas/ Multas a LA E.S.E. que omita la información oportuna a la Entidad.										
3	General	Externo	Ejecución	Jurídico	Demora en el cumplimiento de las obligaciones y/o mala calidad en el servicio prestado	Deficiente prestación del servicio/ Incumplimiento en los plazos	2	1	3	Bajo	LA E.S.E.	Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de calidad del servicio, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015	1	1	2	Bajo	No	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISOR	Planeación/ Liquidación	A partir de la detección de las acciones se toman las medidas a seguir.	Cuando se presenta el evento	
4	General	Externo	Contractual	Regulatorio	Algún cambio normativo mediante la expedición de una medida de carácter general que incida en forma grave y anormal el contrato a causa de su implementación (expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos, cargas), esta medida debe provenir de una autoridad externa a las partes.	Entorpece gravemente la ejecución del contrato y lo conduce a asumir los sobrecostos necesarios para superar las dificultades y cumplir las obligaciones adquiridas.	1	4	5	Medio	DISTRITO/LA E.S.E.	Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de cumplimiento del Contrato, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Periódica verificación por todas las Dependencias de la Entidad del cambio	Raro	Mayor	5	Medio	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISOR	Acaecido el cambio normativo de carácter general emanado de una autoridad externa a las partes del contrato. Depende del trámite para disponer de los recursos que reparen la ecuación financiera del	Desde la suscripción del contrato y durante su ejecución verificar periódicamente el cambio normativo, tanto tributario como en otros ámbitos, que a causa de medidas de carácter general emanadas por una autoridad extern	Cada mes mancomunadamente entre las Dependencias de la Entidad, verificar el cambio normativo que incida en los contratos celebrados.	

												normativo que pueda incidir en la actividad contractual.						contrato a un punto de no perdida para LA E.S.E..	a incidan de forma grave y anormal el contrato.		
5	General	Interno	Contractual	Operacional	Se presenta cuando hay cesación de labores por parte del personal y/o trabajadores a cargo de LA E.S.E. a causa de la no cancelación oportuna de salarios y prestaciones sociales y demás beneficios que tengan derecho.	Retarda o paraliza la ejecución del contrato	2	4	6	Alto	LA E.S.E.	Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de constitución de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Exigir como requisito para cada pago establecido en el contrato, el paz y salvo con el pago de salarios y prestaciones sociales a los que está obligado LA E.S.E.	1	4	5	Medio	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISOR	Desde el momento en que se presenta la situación que afecta la ejecución adecuada del contrato. Hasta la finalización de la ejecución de las prestaciones. Hasta que LA E.S.E. de cumplimiento a sus obligaciones.	La supervisión del contrato informara el avance y dificultades de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones.	Permanente	
6	Específico	Interno	Contractual	Operacional	Aquellos riesgos emanados de la mayor duración del servicio: consisten en la prolongación en el tiempo de la ejecución del contrato.	Prolonga la culminación del objeto contractualmente establecido	4	4	8	Extremo	LA E.S.E.	Se verificará y vigilara la ejecución contractual determinando	1	1	2	Bajo	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISOR	A partir de que se genera o presenta la necesidad	La supervisión del contrato realizará el monitoreo perma	Permanente	

												permanentemente el cumplimiento debido a las obligaciones contractuales.							de prolongar la duración del servicio.	nente del cumplimiento obligacional de tal forma que se determine o se establezca las razones que justifiquen la prolongación del contrato.		
7	General	Externo	Contractual	Naturaleza	Los riesgos por fuerza mayor por actos humanos: aquellos riesgos que pueden presentarse en la ejecución del contrato, hacen referencia a los actos humanos, dentro de los cuales se encuentran la huelga y el paro que impidan o dificulten de forma grave el normal desempeño y funciones del personal del Contrato. Estos riesgos deben ser asumidos, en principio, por la Entidad, cuando tales situaciones obedecen al personal de la misma. Con respecto a las huelgas y los paros, que se den con ocasión a la actividad de LA E.S.E., es decir cuando sean sus empleados sean quienes los ejecuten, será asumido por el mismo.	Retarda o paraliza la ejecución del contrato	1	4	5	Medio	DISTRITO DE CARTAGENA/ LA E.S.E.	Las partes en la relación negocial se encargarán de monitorear permanentemente aquellas situaciones y eventos externos de orden público que puedan incidir en la ejecución del contrato.	1	1	2	Bajo	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISOR	Ejecución/ Liquidación	A partir de la información oficial, información del Supervisor, se determinan acciones a seguir, para procurar la menor afectación al proyecto.	Permanente	
8	Específico	Interno	Contractual	Jurídico	Riesgos derivados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: Estos riesgos hacen referencia al acaecimiento de accidentes laborales y enfermedades profesionales, es decir, que se presenten con ocasión	Causan retrasos y/o paralización de algunas actividades que afectan la continua ejecución contractual	3	4	7	Alto	LA E.S.E.	Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de constitución de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo	1	1	2	Bajo	Si	DELEGADO CONTRACTUAL/ SUPERVISORr	Ejecución/ Liquidación		Permanente	

					del trabajo que se está realizando. Las normas laborales y de seguridad social establecen la normatividad en este campo, así como los derechos de los trabajadores y obligaciones de los empleadores. La afiliación de riesgos profesionales hace parte de la seguridad social que se le debe garantizar a todo trabajador, la cotización a riesgos profesionales debe hacerla en su totalidad la empresa, por lo que es una obligación de LA E.S.E. mantener asegurados a sus trabajadores por el término que el contrato o están vinculados con este.						de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015.										

ANÁLISIS SOBRE EXIGENCIAS DE GARANTÍAS.

De conformidad con el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007 *«Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, **en los interadministrativos**, en los de seguro y en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía a que se refiere esta ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento».*

A su turno, el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del Decreto 1082 de 2015 *«En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la Sección 3, que comprende los artículos 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1. del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos».*

El Distrito de Cartagena atendiendo a la cuantía del contrato a celebrarse, considera que una vez perfeccionado, **LA EJECUTORA** deberá amparar el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato, para lo cual constituirá una Garantía Única de Cumplimiento que cumpla con los parámetros, condiciones y requisitos que se indican en este numeral y en el Decreto 1082 de 2015, bajo cualquiera de las siguientes modalidades, a saber: (i) Contrato de seguro contenido en una póliza, (ii) Patrimonio autónomo, (iii) Garantía Bancaria. Adicionalmente, deberá constituir un seguro de responsabilidad civil extracontractual. Todo lo anterior, como sigue:

3.4.1. GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO.

<table>
<tr><th>Característica</th><th>Condición</th></tr>
<tr><td>Clase</td><td>Cualquiera de las clases permitidas por el artículo 2.2.1.2.3.1.2 del Decreto 1082 de 2015, a saber: (i) Contrato de seguro contenido en una póliza para Entidades Estatales, (ii) Patrimonio autónomo, (iii) Garantía Bancaria.</td></tr>
<tr><td>Asegurado/ beneficiario</td><td>Distrito de Cartagena identificado con NIT 890.480.184-4</td></tr>
<tr><td>Amparos, vigencia y valores asegurados</td><td>
<table>
<tr><th>Amparo</th><th>Vigencia</th><th>Valor Asegurado</th></tr>
<tr><td>Cumplimiento general del contrato y el pago de las multas y la cláusula penal pecuniaria que se le impongan</td><td>Hasta la liquidación del contrato</td><td>Diez por ciento (10%) del valor del contrato.</td></tr>
<tr><td>Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales del personal que</td><td>Plazo del contrato y tres (3) años más.</td><td>Cinco por ciento (5 %) del valor del contrato</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	haya de utilizar en el territorio nacional para la ejecución del contrato		
	Calidad del servicio	Plazo de contrato y seis (6) meses más	Veinte por ciento (20%) del valor del contrato.
Tomador	La garantía deberá tomarse con el nombre o razón social y tipo societario que figura en el documento de constitución de la sociedad.		
Información necesaria dentro de la póliza	• Número y año del contrato • Objeto del contrato • Firma del representante legal de **LA EJECUTORA** • En caso de usar centavos, los valores deben aproximarse al mayor. Ej. Cumplimiento, si el valor a asegurar es $14.980.420,20 aproximar a $14.980.421		

La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.** está obligada a restablecer el valor de la garantía cuando esta se vea reducida por razón de las reclamaciones que efectúe la Entidad, así como a ampliar las garantías en los eventos de adición y/o prórroga del contrato.

3.4.2. GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Característica	Condición
Clase	Contrato de seguro contenido en una póliza
Asegurado/ beneficiario	Distrito de Cartagena identificado con NIT 890.480.184-4 y **LA EJECUTORA**
Tomador	La garantía deberá tomarse con el nombre o razón social y tipo societario que figura en el documento de constitución de la sociedad.
Beneficiarios	Terceros afectados y Distrito de Cartagena identificado con NIT 890.480.184-4
Amparos	Responsabilidad Civil Extracontractual de la Entidad, derivada de las actuaciones, hechos u omisiones del Contratista o Subcontratistas autorizados. El seguro de responsabilidad civil extracontractual debe contener como mínimo los amparos descritos en el numeral 3º del artículo 2.2.1.2.3.2.9 del Decreto 1082 de 2015.
Valor	Doscientos (200) SMMLV para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) SMMLV.
Vigencia	Igual al período de ejecución del contrato
Información necesaria dentro de la póliza	• Número y año del contrato • Objeto del contrato • Firma del representante legal de **LA EJECUTORA** En caso de usar centavos, los valores deben aproximarse al mayor. Ej. Cumplimiento, si el valor a asegurar es $14.980.420,20 aproximar a $14.980.421

3.5. MULTAS Y CLÁUSULA PENAL.

3.5.1. **MULTAS.** Se causarán multas equivalentes a 1/2 SMMLV, por cada día calendario transcurrido a partir del tercer día hábil siguiente al momento en que se verifique la existencia de investigaciones penales, medidas de aseguramiento o condenas proferidas en Colombia o en el extranjero en contra de cualquiera de los directivos, representantes legales, accionistas o integrantes del Contratista, sin que estas hayan sido notificadas a la Entidad. La sumatoria de estas multas no podrá ser superior al cinco por ciento 5% del valor del contrato.

Si durante la ejecución del contrato se generaran incumplimientos de **LA EJECUTORA**, se causarán las siguientes multas:

CAUSALES:

1. Por atraso o incumplimiento de las actividades, se causará una multa equivalente al 0,5 % del valor del contrato, por cada día calendario de atraso.
2. Por no mantener en vigor, renovar, prorrogar, obtener para la etapa siguiente, corregir o adicionar las garantías, en los plazos y por los montos establecidos en la cláusula de garantías, de acuerdo al contrato inicial o sus modificaciones, se causará una multa equivalente al 1 % del valor del contrato, por cada día calendario de atraso en el cumplimiento; sin perjuicio de que con esta conducta se haga acreedor a otras sanciones más gravosas.
3. Si **LA EJECUTORA** no entrega la información completa que le solicite el Supervisor, que se relacione con el objeto del contrato, dentro de los plazos y en los términos de cada requerimiento, se causará una multa equivalente al 0,2 % del valor del contrato. Estas multas se causarán sucesivamente por cada día de atraso, hasta cuándo **LA EJECUTORA** demuestre que corrija el incumplimiento respectivo a satisfacción del Supervisor.
4. Por atraso imputable a **LA EJECUTORA** en la firma del Acta de Inicio, se causará una multa diaria equivalente al 0,3 % del valor del contrato, por cada día calendario de atraso. Igual sanción se aplicará en caso de que **LA EJECUTORA** o sus agentes no inicien efectivamente con la ejecución del contrato en la fecha acordada.
5. Por atraso en la prestación de los servicios comprendidos en el objeto del contrato, **LA EJECUTORA** se hará acreedor a una multa equivalente al 1% del valor del contrato, por cada día calendario de atraso.
6. Por incumplir las órdenes dadas por la Supervisión, el Contratista se hará acreedor a una multa equivalente al 0,2 % del valor del contrato, por cada orden incumplida.
7. Por no disponer del personal y/o los insumos requeridos, a **LA EJECUTORA** se le impondrá una multa equivalente al 0,5 % del valor del contrato.

8. Por atraso en el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la seguridad social, parafiscales, o pago de salarios o honorarios de alguno o algunos de sus empleados o Contratistas, al Contratista se le impondrá una multa equivalente a 1 salario mínimo diario legal vigente, por cada día calendario de atraso en el cumplimiento de dicha obligación.

Nota 1. Las multas son apremios a **LA EJECUTORA** para el cumplimiento de sus obligaciones y, por lo tanto, no tienen el carácter de estimación anticipada de perjuicios, de manera que pueden acumularse con cualquier forma de indemnización, en los términos previstos en el artículo 1600 del Código Civil.

Nota 2. En caso de que **LA EJECUTORA** incurra en una de las causales de multa, este autoriza a la Entidad Contratante para descontar el valor de la misma, la cual se tomará directamente de cualquier suma que se le adeude a **LA EJECUTORA**, sin perjuicio de hacer efectiva la cláusula penal o la garantía de cumplimiento del contrato.

Nota 3. El pago en cualquier forma, incluyendo la deducción de los valores adeudados a **LA EJECUTORA**, realizado con fundamento en las multas impuestas, no exonerará a **LA EJECUTORA** de continuar con la ejecución del contrato ni de las demás responsabilidades y obligaciones que emanen del contrato.

Nota 4. En caso de que **LA EJECUTORA** reincida en el incumplimiento de una o de varias obligaciones se podrán imponer nuevas multas.

Nota 5. Para efectos de la imposición de las multas el Salario Mínimo Diario o Mensual Vigente, será aquel que rija para el momento del incumplimiento del contrato.

Nota 6. El monto de ninguna de las sanciones asociadas a cada causal de multa, aplicada de forma independiente, podrá ser superior al 5% del valor del contrato, particularmente frente a aquellas que se imponen de forma sucesiva. Lo anterior, sin perjuicio de que se inicie un nuevo procedimiento sancionatorio para efectos de imponer nuevas multas.

3.5.2. CLÁUSULA PENAL. Las partes acuerdan que la aplicación de la cláusula penal no exime el cumplimiento de las obligaciones contractuales y podrá exigirse a **LA EJECUTORA** la pena y la indemnización de perjuicios.

En caso de incumplimiento por parte de **LA EJECUTORA**, no subsanado en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de incumplimiento, sin necesidad de previo requerimiento, por el simple retardo en el cumplimiento, por el cumplimiento imperfecto o por la inejecución total o parcial de las obligaciones a su cargo contraídas en virtud del presente acuerdo, **LA EJECUTORA** pagará a la Entidad, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato. La presente cláusula penal no tiene el carácter de estimación anticipada de perjuicios.

Nota 1. El pago de la presente cláusula penal no extinguirá las obligaciones contraídas por **LA EJECUTORA** en virtud del presente contrato. En consecuencia, la estipulación y el pago de la pena dejan a salvo el derecho de la Entidad de exigir acumulativamente con ella el cumplimiento o la resolución del contrato, en ambos casos, con la correspondiente indemnización de perjuicios ocasionados en virtud del incumplimiento total o parcial o del cumplimiento tardío o imperfecto de las obligaciones a cargo de **LA EJECUTORA.**

Nota 2. LA EJECUTORA manifiesta y acepta que la Entidad compense el valor correspondiente que eventualmente resulte de la pena estipulada con las deudas que existan a su favor y que estén a cargo de la Entidad, ya sea en virtud de este contrato o de cualquier otro contrato o convenio que se haya suscrito entre las mismas partes, o por cualquier otro concepto.

3.6. SUPERVISIÓN. La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por el(la) Director(a) de Departamento Administrativo Código 242 Grado 45 del Departamento Administrativo Distrital de Salud o el funcionario de su dependencia que este designe, quien tendrá, además de las legales, las siguientes funciones:

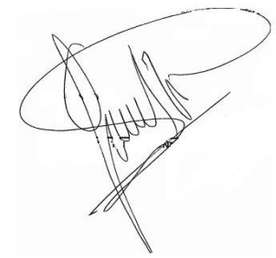
1. Apoyar a **LA EJECUTORA** en todo lo que induzca a lograr mejores resultados en las distintas actividades del contrato.
2. Dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 83 y siguientes de la ley 1474 de 2011.
3. Garantizar que **LA EJECUTORA** de cumplimiento a los principios propios de la función administrativa y contractuales durante la ejecución del contrato.
4. Dar respuestas oportunas a las solicitudes que con ocasión del desarrollo del objeto presente **LA EJECUTORA.**
5. Velar por el cabal cumplimiento del objeto y de las obligaciones del contrato.
6. Impartir por escrito las órdenes y solicitudes necesarias para la correcta ejecución del objeto del contrato.
7. Verificar que la garantía solicitada este vigente de acuerdo con la ejecución del contrato.
8. Verificar el cumplimiento de las obligaciones previstas en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 828 de 2003, la Ley 1122 de 2007, Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, Ley 1562 de 2012 y demás normas que las modifiquen, adicionen, complementes o aclaren.
9. Suscribir todas las actas y demás documentos que surjan durante la ejecución del contrato.

Nota 1. El Supervisor no está facultado en ningún momento para adoptar decisiones que impliquen modificación de los términos y condiciones previstos en este convenio, tal facultad será ejercida únicamente por el representante legal del Distrito o su delegatario**,** a través de modificaciones suscritas por las partes.

Nota 2. En el evento de cambio del supervisor, no será necesario modificar el contrato, y la designación se efectuará mediante comunicación escrita por parte del ordenador del gasto.

Nota 3. El supervisor del contrato deberá dejar constancia escrita de todas las actuaciones que adelante en desarrollo de las labores de supervisión y mantener el archivo correspondiente organizado y custodiado.

Nota 4. Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, además del Supervisor para el seguimiento del Contrato se conformará un Comité Operativo que estará a integrado por el Director Operativo de Prestaciones de Servicios del DADIS o su delegado, y el delegado de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLÍNICA MATERNIDAD «RAFAEL CALVO C.»**. Serán funciones del Comité Operativo: **1.** Monitorear el avance de las obligaciones del contrato, sin perjuicio de las competencias propias del supervisor. **2.** Revisar el desarrollo de cada acción frente a los objetivos propuestos. **3.** Aprobar informes de ejecución del contrato, sin perjuicio de las competencias propias de los supervisores, en los términos de la Ley 1474 de 2011. **4.** Las demás que sean necesarias para su funcionamiento y que sean aprobadas en sus sesiones.



ALEX ALBERTO TEJADA NUÑEZ.
DIRECTOR
Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS

Vo. Bo. Heyliana Sofía Guzmán López. Sub Directora DADIS.

Vo. Bo. Malka Piña Berdugo- Directora Operativa Prestación de Servicios DADIS

Revisó: Yesenia María Ortega López. PE Derecho DADIS.
Revisó: Jorge Caro- Director Administrativo y financiero-DADIS.

Proyectó y Revisó: Valentina García Muñoz. Asesor Jurídico Externo DOPS DADIS.