INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA

Becerril-Cesar, 27 de mayo de 2025

Señora
MARISOL HERNANDEZ HERNANDEZ
Carrea 2 # 8-29
La jagua de Ibirico-Cesar

Asunto: Invitación a presentar propuesta.

La administración municipal, requiere contratar los servicios de una persona que acredite la calidad de Profesional en Enfermería, Especializado en sistemas de calidad y auditoria de servicios de salud en actividades a fines del objeto contractual el cual será PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE UN MONITOREO CRUZADO DE COBERTURA DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (MONITOREO PAI) DEL MUNICIPIO DE BECERRIL,. Toda vez, que en la planta de personal del municipio no cuenta con alguien que tenga este perfil, además tendrá bajo su responsabilidad las siguientes actividades:

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Las actividades específicas a desarrollar en la prestación del servicio son las siguientes:

1- Brindar los servicios como profesional para la realización de un monitoreo rápido de cobertura al programa ampliado de inmunizaciones (PAI), con el propósito de estimar las coberturas de biológicos enfocados en el análisis de biológicos trazadores para recién nacidos, segundas, terceras dosis y refuerzos, acuerdo a la metodología estandarizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Municipio de Becerril; así mismo, medir indicadores que contribuyan a tomar decisiones para mejorar el desempeño y resultados del Programa Ampliado de Vacunación PAI; estimar la cobertura de cada biológico dentro del municipio, estimar la oportunidad de aplicación del esquema de vacunación, estimar la proporción de vacunados por asegurador, Identificar los motivos de no vacunación que permitan implementar tácticas de acuerdo a cada situación particular, para determinar así la toma de decisiones a partir del análisis y 16 de revisión de los procesos del programa. Con base en lo anterior se determina que el monitoreo se programa para el día 22 de marzo de 20127de acuerdo los 2024 lineamientos Departamentales y Nacionales, teniendo en cuenta las siguientes actividades: Evaluar el cumplimiento del esquemaregular de vacunación obligatorio en la población objeto P.A.I. del Municipio de Becerril.
2. Realizar el monitoreo de acuerdo a nuevos lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Identificar o detectar las zonas con niveles bajos de coberturas para intervenir inmediatamente.
4. Capacitar y comprometer a los actores responsables del Municipio (EAPB, IPS, ESE).
5. Estimar las coberturas de vacunación en cada uno de los biológicos
6. Estimar la oportunidad en la aplicación del esquema Nacional de vacunación.
7. Estimar la proporción de vacunados por asegurador.
8. Identificar los motivos de no vacunación que permitan desarrollar estrategias de trabajo e implementar tácticas de acuerdo a la situación particular expuesta.
9. Fortalecer la toma de decisiones a partir del análisis y revisión de los procesos y estrategias del programa.
10. Los informes serán remitidos al grupo PAI de la Secretaria de Salud Departamental, a solicitud del mismo y como parte de los lineamientos naciones.
11. Todas las demás actividades tendientes a desarrollar el objeto contractual.

OBJETO A CONTRATAR: El objeto del contrato es los PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE UN MONITOREO CRUZADO DE COBERTURA DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (MONITOREO PAI) DEL MUNICIPIO DE BECERRIL

VALOR: Como el resultado de los cálculos realizados por la administración municipal se estimó el presupuesto oficial de la contratación la suma DIEZ MILLONES DE PESOS M/L ($10.000.000), valor que incluirá los gastos directos e indirectos, gravámenes, tributos y demás costos en que incurra el contratista por causa u ocasión de la ejecución del contrato; por lo que se hará la solicitud de disponibilidad presupuestal respectiva por dicho valor.

FORMA DE PAGO: EL MUNCIPIO DE BECERRIL, pagará el valor del Contrato de la siguiente forma: Un único pago por valor de $10.000.000 una vez entregue el informe de las actividades realizadas. PARAGRAFO PRIMERO: El pago estará sujeto a la presentación del informe

de actividades, copia del pago de la seguridad social (Salud y Pensión, pago de la ARL y certificación de cumplimiento de las actividades expedida por el supervisor del contrato.

DURACIÓN: El plazo estimado para la realización del presente contrato es de 20 DIAS contados a partir de la firma del contrato y suscripción de acta de inicio de actividades.

LUGAR DE EJECUCIÓN: El lugar de ejecución del contrato será en el Municipio de Becerril-Cesar.

SUPERVISIÓN: La supervisión del presente contrato será ejercida por el secretario de salud.

SOLICITUD DE DOCUMENTOS: En ocasión al proceso de contratación del asunto de la referencia, el Municipio de Becerril-Cesar, requiere del aporte los siguientes documentos para seguir el trámite pre-contractual:

- Documento De Identidad
- Rut
- Tarjeta Profesional O Matricula Profesional (Si Aplica)
- Vigencia De La Tarjeta Profesional Y/O Copinia (Según Aplique)
- Hoja De Vida De La Funcion Publica Sigep II
- Declaracion De Bienes Y Rentas De La Funcion Publica Ley 2013 de 2019
- Certificado De Afiliación O Planilla De Pago De Pensión Y Salud (Seguridad Social)
- Certificado De Antecedentes Fiscales
- Certificado De Antecedentes Disciplinarios
- Certificado De Antecedentes Judiciales
- Certificado De Antecedentes Del Rnmc
- Certificado Del Registro De Deudores Alimentarios Morosos - Redam
- Certificado De Consulta En Línea De Inhabilidades De Quienes Hayan Sido Condenados Por Delitos Sexuales Cometidos Contra Menores De 18 Años.
- Certificado De Estudios (Título Profesional, Tecnólogo, Técnico O Bachiller O Certificado De Materias Cursadas Para Homologar El Titulo Correspondiente)
- Certificado De Estudios De Posgrado (Especialista, Magister O Doctorado) (Si Aplica)
- Experiencia Requerida.
- Exámenes Médicos Ocupacionales (Espirometria, Visiometria, Audiometría Y Ocupacionales)
- Libreta Militar O Certificación Provisional En Línea Que Acredite El Trámite De La Situación Militar.
- Pantallazo De Registro Como Usuario En El Secop II (Debidamente Finalizado).

Agradezco su colaboración.

Atentamente,

ORIGINAL FIRMADO
SILVIA PIZARRO BARRETO
SECRETARIA DE SALUD