Valdivia, 11 de junio de 2025

ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES 2025 EN EL MUNICIPIO DE VALDIVIA ANTIOQUIA

1. MARCO LEGAL.

En cumplimiento de lo los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 y Artículo 2.2.1.1.2.1.1. Del Decreto 1082 de 2015, **EL MUNICIPIO DE VALDIVIA - ANTIOQUIA** procede a documentar los estudios y análisis realizados para determinar la necesidad, conveniencia y oportunidad de contratar una persona natural o jurídica cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES 2025 EN EL MUNICIPIO DE VALDIVIA ANTIOQUIA.**

Así mismo, en virtud de los Principios de economía, transparencia y responsabilidad contenidas en la Ley 80 de 1993, los postulados que rigen la función administrativa y lo conferido por la Ley 1150 de 2007, y en especial el Decreto 1082 de 2015.

2. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Que el **Artículo 1** de la **Constitución Política de Colombia** determina que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Que el **Artículo 2** de la **Constitución Política de Colombia** determina que son fines esenciales del estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Igualmente, el **Artículo 48** de la **Constitución Política de Colombia** establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Así mismo, el **Artículo 49 ídem** prevé que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, así como ejercer su vigilancia y control, funciones que son reiteradas en el **Artículo 365** al referirse a la regulación, control y vigilancia de los servicios públicos.

Que el **Artículo 113** de la **Constitución Política de Colombia** consagra el principio de colaboración armónica entre los órganos del Estado y el **Artículo 209** dispone la coordinación entre las autoridades administrativas. En tal sentido, el **Artículo 6° de la Ley 489 de 1998** que versa sobre el principio de coordinación y colaboración, dispone que las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el

fin de lograr los fines y cometidos estatales.

El **Artículo 287 Ibidem** contempla que las entidades territoriales son autónomas dentro de los límites de la Constitución y la ley, mientras que la **Ley 715 de 2001** define las competencias en el ámbito territorial del sector salud y establece en el **Artículo 44**, las competencias en el ámbito municipal y las funciones de dirección, gestión y supervisión del acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de la jurisdicción, a su vez las de adopción, implementación y adaptación de las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental.

Que el **Artículo 209** de la **Constitución Política de Colombia** determina que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.

Que el **Artículo 315** de la **Constitución Política de Colombia** determina que son atribuciones del alcalde:

- ✓ Cumplir y hacer cumplir la Constitución, la ley, los decretos del gobierno, las ordenanzas, y los acuerdos del concejo.
- ✓ Dirigir la acción administrativa del municipio; asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo; representarlo judicial y extrajudicialmente; y nombrar y remover a los funcionarios bajo su dependencia y a los gerentes o directores de los establecimientos públicos y las empresas industriales o comerciales de carácter local, de acuerdo con las disposiciones pertinentes.
- ✓ Suprimir o fusionar entidades y dependencias municipales, de conformidad con los acuerdos respectivos.
- ✓ Ordenar los gastos municipales de acuerdo con el plan de inversión y el presupuesto.
- ✓ Las demás que la Constitución y la ley le señalen.

Que la sentencia C-1258/01 de la Honorable Corte Constitucional expreso:

> *"Adicionalmente, gobernadores y alcaldes, como primera autoridad política y administrativa de los departamentos, distritos y municipios, han de cumplir eficientemente la función administrativa confiada a las entidades territoriales (C.P., art. 209), las cuales, como se ha indicado, comprenden al sector central y al descentralizado.*
>
> *Tanto es que la Carta Política asigna expresamente al gobernador y al alcalde responsabilidades frente a la acción del departamento o del municipio en su integralidad, no reducidas únicamente al sector central. En el mismo sentido el Artículo 315-3 de la Constitución dice que son atribuciones del alcalde "Dirigir la acción administrativa del municipio; asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo".*

El programa Ampliado de Inmunizaciones debe realizar un monitoreo detallado de la cobertura alcanzada en cada municipio; esto incluye el análisis de los datos administrativos de los niños vacunados y la información recopilada mediante la realización de monitoreo rápido de vacunación (MRV) casa por casa.

Ese análisis es realizado por el equipo municipal, con el acompañamiento del nivel departamental/distrital y nacional, con la finalidad de verificar si alcanzó la meta de ≥95% de cobertura en los biológicos trazadores en cada uno de los municipios del país. Los MRV darán evidencia de la ausencia de niños no vacunados en un ámbito determinado monitoreadas con énfasis en las localidades, comunas, barrios, sectores, zonas, entre otros, de alto riesgo para la importación de virus eliminados ejemplo: como del virus del sarampión y la rubéola.

La experiencia de eliminación del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas ha demostrado que, dada la elevada densidad poblacional y la dinámica de los movimientos de personas en los países, la probabilidad de importación de virus por el ingreso de viajeros internacionales está siempre presente. Debido a la elevada transmisibilidad del virus de sarampión, la existencia de grupos de susceptibles en los países, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de la eliminación. El acúmulo de población susceptible está determinado por dos condiciones esenciales. La primera es que las vacunas no son 100% efectivas, reportando algunos rangos de efectividad de entre el 89 al 97% (4, 5, 6). Por lo tanto, algunos niños vacunados no responden a la primera dosis de la vacuna.

En segundo lugar, la cobertura de vacunación no siempre alcanza el 95% esperado, y puede existir población susceptible al interior del país. Por ello, es necesario verificar que la cobertura sea homogénea, garantizando una gestión efectiva del programa de vacunación que evite el acúmulo de cohortes no vacunadas y procure eliminar las barreras de acceso geográfico o cultural, la renuencia de grupos específicos debido a diferentes creencias, motivos religiosos, por carencia de información o manejo de conceptos erróneos.

Colombia, para mantener la sostenibilidad de erradicación del polio salvaje, la eliminación del sarampión y la rubéola, además de la vacunación para el control de enfermedades prevenibles por vacunación, realiza las Jornadas de Vacunación, en busca el acumulo de niños susceptibles de 0 a 5 años,11 meses y 29 días. En cumplimiento a las recomendaciones emanadas de los LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI – 2024, En el ítem; Planificación donde refiere “Realizar un Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores, en el mes de mayo y según metodología dada por el MSPS, que sirva para tomar decisiones oportunas e inmediatas según los resultados con su correspondiente plan de mejora” así como, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - EVENTOS INMUNOPREVENIBLES, que insta a Realizar un Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores, y la entrega en el mes de junio y según metodología dada por el MSPS, que sirva para tomar decisiones oportunas e inmediatas según los resultados con su correspondiente plan de mejora (esta actividad está a cargo del municipio). Por lo tanto, el MRV de trazadores debe: Verificar el logro de cobertura de trazadores ≥ 95% homogénea en aquellos sectores o zonas de las localidades, comunas, barrios, entre otros, monitoreadas del municipio; ya que una MRV se ejecuta para alcanzar el nivel de inmunidad requerido para mantener los retos del programa en erradicación, eliminación y control de los virus altamente transmisibles.

El objetivo principal es Verificación de la cobertura de vacunación (vacunados y no vacunados) de una zona, sector o barrio intervenido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones de un

municipio o distrito. Captación de la población objetivo pendiente de vacunar reorientando las tácticas de vacunación, disminuyendo oportunidades perdidas y evitando pérdida de tiempo, Identificación de las causas de NO vacunación, reorientando las tácticas de vacunación del programa permanente.

Importancia de la Vigilancia en Salud Pública:

El objetivo principal de la Salud Pública es mejorar las condiciones de salud de las poblaciones mediante la implementación por parte de los sistemas de salud de unas acciones y competencias definidas por la Organización Panamericana de la Salud en la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" como Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

Se definen de esta manera 11 funciones esenciales:

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población.
2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. La promoción de la salud.
4. El aseguramiento de la participación social en la salud.
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud.
10. La investigación en la salud pública.
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública es la segunda función esencial de la salud pública y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en el Artículo 44 de la Ley 715 de 2001; *"Competencias de los municipios: Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*

- ✓ *44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.*
- ✓ *44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.*
- ✓ *44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.*

Para que el Municipio de Valdivia logre dar cumplimiento a dicha competencia en salud y a las necesidades locales en salud pública, debe cumplir con los lineamientos establecidos en la

normatividad vigente, entre las que se encuentra principalmente:

- ✓ Ley 9 de 1979 y su Decreto reglamentario 1562 de 1984, el cual en su título IV describe las normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, el pronóstico, la prevención y control de enfermedades trasmisibles y no trasmisibles y demás fenómenos que pueden afectar la salud; el manejo del sistema de información, el cumplimiento de las normas y la evaluación de los resultados.
- ✓ Constitución Política de 1991, que en su Artículo 49 establece el derecho a la salud, el cual posteriormente es regulado y se establecen sus mecanismos de protección en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
- ✓ Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011, las cuales reglamentan el Sistema General de seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y se define el procedimiento para la elaboración de los planes de Desarrollo territoriales, con cuyos objetivos e indicadores guarda consonancia el presente estudio previo.
- ✓ Ley 715 de 2001, le asigna al Municipio la responsabilidad de dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- ✓ Acuerdo 229 de 2002 que describe la gestión de la salud pública como una función esencial del Estado y para tal fin la Nación e insta a las entidades territoriales en su ejecución con el fin de alcanzar un cambio positivo en la salud de la población.
- ✓ Reglamento Sanitario Internacional de 2005, cuya finalidad y el alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales y designa responsables dentro de cada jurisdicción para la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con lo establecido en ese reglamento a través de los equipos de respuesta inmediata ERI.
- ✓ Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y se reglamenta el sistema de Vigilancia en Salud Pública y establece que las acciones de vigilancia epidemiológica se deberán garantizar de manera permanente y continua, no pueden ser suspendidas en ningún momento por el riesgo en salud pública que esto supone. Así mismo describe las funciones del Municipio tales como desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001, garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría, realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia entre otras.
- ✓ Resolución 518 de 2015 referente al Plan de Intervenciones Colectivas el cual incluye en su anexo técnico el suministro de medicamentos para eventos de salud pública.
- ✓ La Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
- ✓ Lineamientos y Protocolos de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud que son estándares de obligatorio cumplimiento para los entes territoriales donde se describe las acciones individuales y colectivas que deben garantizarse ante la presencia de cada evento priorizado en el país.
- ✓ Circular Externa No. 00000005 de 2020 conjunta del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud por el cual se establecen las directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo.

- ✓ La Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, que define el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, teniendo como pilares: avanzar en la garantía del derecho fundamental de la salud, avanzar hacia las mejoras de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes, reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, y avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente sano y la mejora de la salud ambiental.

El Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva; define que todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de todas las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

Dicho Decreto indica entonces que la Vigilancia en Salud Pública es una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública, así mismo define las funciones de las Direcciones municipales de Salud, en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública entre las que se encuentran:

a) Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001.
b) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría.
c) Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
d) Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de la Protección Social.
e) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias.
f) Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en salud pública.
g) Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia.
h) Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción.

i) Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del Artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

El Decreto 3518 de 2006 resalta también la importancia de la notificación obligatoria por parte de todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. Los datos básicos relativos a los eventos objeto de vigilancia, así como las fuentes y procedimientos para su recolección, consolidación, procesamiento, transferencia, análisis y difusión, serán definidos según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema, sin limitar requerimientos opcionales de datos adicionales que resulten pertinentes para la descripción y caracterización de los eventos vigilados. El Ministerio de la Protección Social establecerá los lineamientos técnicos para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, mediante la expedición o adaptación de modelos y protocolos de vigilancia que serán de utilización obligatoria en todo el territorio nacional, y para lo cual reglamentará la adopción y puesta en marcha de estos.

Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública deberán realizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, acorde con los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.

Reglamenta también el Decreto 3518 de 2006 la creación d los Comités de Vigilancia en Salud Pública en la jurisdicción, los cuales estarán integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia.

COVE: El Comité de Vigilancia Epidemiológica es el responsable de captar la ocurrencia de eventos de interés en salud pública en la IPS y generar en forma oportuna y continua información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad, según los modelos y protocolos de 3 vigilancia que se establezcan en el sistema. Además, coordinar la participación de la IPS en las estrategias de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria del Ente Territorial con las prioridades en salud pública para prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva en su área de influencia. También, es la instancia responsable de sensibilizar al equipo de salud en la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad y asepsia en la atención en salud para prevenir las infecciones intrahospitalarias, orientar la búsqueda activa de casos de infección intrahospitalarios en el servicio ambulatorio y gestionar los recursos necesarios para detectar y controlar oportunamente las fuentes, factores de riesgo y brotes de infección en la IPS.

COVECOM: Escenario de articulación con la comunidad mediante el cual se favorece intercambios educativos en temas relacionados con eventos de interés en salud pública y se motiva la notificación espontánea de reportes epidemiológicos por morbilidad sentida, la promoción de la vacunación y la identificación de riesgos para la salud.

Importancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como el resultado del esfuerzo conjunto de muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales, tendiente a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades prevenibles con vacunas.

Para Colombia el programa obedece a una prioridad política en salud pública en favor de toda la población, enmarcado en un conjunto secuencial y ordenado de políticas articuladas en los diferentes planes de beneficio, mediante una serie de procesos lógicos de acciones individuales, colectivas y de gestión, en donde concurren a la garantía del PAI recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), recursos del Sistema General de Participaciones (SGP); Subcuenta de Salud Pública Colectiva: Gestión de la Salud Pública y PIC y recursos del SGSSS a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuyo fin último es lograr erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacuna.

Nuestro esquema de vacunación nacional cuenta con 21 vacunas que protegen contra 26 enfermedades, las cuales son aplicadas de manera gratuita a las diferentes poblaciones objeto del PAI. Las acciones de administración y gestión del PAI se desarrollan bajo 12 componentes que interactúan y son el marco para el desempeño del programa por parte de los diferentes actores, siendo ellos, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Además de lo anterior, la fortaleza del programa radica en la dirección desde el nivel nacional, la gobernanza del departamento, el desarrollo de los 12 componentes y el cumplimiento de las funciones de todos los actores en los diferentes niveles debidamente complementados, para lograr el desempeño de la gestión y alcanzar los objetivos del PAI en beneficio de la población.

La Ley 715 de 2001, en su Artículo 42, señala que le corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en este sentido y conforme con lo establecido en el Decreto Ley 4107 de 2011, al Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, le corresponde:

- ✓ Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de promoción de la salud, salud pública y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- ✓ Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
- ✓ Formular, adoptar, coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
- ✓ Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión, y aplicación de los avances nacionales e internacionales. En temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
- ✓ Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.
- ✓ Proponer y desarrollar en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio.
- ✓ Asistir técnicamente en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios. Por su parte, la

Ley 1098 de 2006, en el Artículo 29, define el esquema completo de vacunación como un derecho impostergable de la primera infancia y en el Artículo 41, numeral 14, establece como una obligación del estado la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil y adelantar los programas de vacunación, entre otros.

Por su parte, la Ley 1098 de 2006, en el Artículo 29, define el esquema completo de vacunación como un derecho impostergable de la primera infancia y en el Artículo 41, numeral 14, establece como una obligación del estado la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil y adelantar los programas de vacunación, entre otros.

A su turno, la Ley 1122 de 2007 estipula en su Artículo 33 que el Plan Nacional de Salud Pública incluirá el plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización.

La Ley 1438 de 2011, en su Artículo 2º, establece que el SGSSS estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Esta misma ley en su Artículo 6 enuncia que el Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el cual fue expedido mediante la Resolución 1841 de 2013, y en su Artículo 61 define que la prestación de servicios de salud dentro del SGSSS se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Es así que en el PDSP 2012 – 2021 se establecieron objetivos, metas y estrategias en 10 dimensiones del desarrollo, siendo la dimensión “Vida saludable y Enfermedades Transmisibles” una de ellas, y, dentro de la cual se definió como uno de sus componentes las Enfermedades Inmunoprevenibles, cuyo objetivo es: “Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacuna” para lograrlo traza un conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias y se propende por las siguientes metas:

- ✓ A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.
- ✓ A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, y consolidar la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, diarreas por Rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.
- ✓ A 2021, sistematizar y automatizar los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional
- ✓ Resolución 518 de 2015 da disposiciones en Gestión de la Salud Pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
- ✓ Resolución 100 de 2024 dispone el proceso de planeación integral para la salud a cargo del gobierno nacional y de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal.

- ✓ El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial De La Vida” (adoptado por la Ley 2294 de 2024) prevé cinco (5) ejes de transformación:

- ❖ **Ordenamiento del territorio alrededor del agua.**

Busca un cambio en la planificación del ordenamiento y del desarrollo del territorio, donde la protección de los determinantes ambientales y de las áreas de especial interés para garantizar el derecho a la alimentación sean objetivos centrales que, desde un enfoque funcional del ordenamiento, orienten procesos de planificación territorial participativo donde las voces de las y los que habitan los territorios sean escuchadas e incorporadas.

- ❖ **Seguridad humana y justicia social.**

Transformación de la política social para la adaptación y mitigación del riesgo, que integra la protección de la vida con la seguridad jurídica e institucional, así como la seguridad económica y social. Parte de un conjunto de habilitadores estructurales como un sistema de protección social universal y adaptativo; una infraestructura física y digital para la vida y el buen vivir; la justicia como bien y servicio que asegure la universalidad y primacía de un conjunto de derechos y libertades fundamentales; y la seguridad y defensa integral de los territorios, las comunidades y las poblaciones. Estos habilitadores estructurales brindan las condiciones para la superación de las privaciones y la expansión de las capacidades en medio de la diversidad y la pluralidad.

- ❖ **Derecho humano a la alimentación.**

Busca que las personas puedan acceder, en todo momento, a una alimentación adecuada. Se desarrolla a través de tres pilares principales: disponibilidad, acceso y adecuación de alimentos. Bajo este contexto, se establecen las bases para que progresivamente se logre la soberanía alimentaria y para que todas las personas tengan una alimentación adecuada y saludable, y reconozca las dietas y gastronomías locales y que les permita tener una vida activa y sana.

- ❖ **Transformación productiva, internacionalización y acción climática.**

Apunta a la diversificación de las actividades productivas que aprovechen el capital natural y profundicen en el uso de energías limpias, que sean intensivas en conocimiento e innovación, que respeten y garanticen los derechos humanos, y que aporten a la construcción de la resiliencia ante los choques climáticos. Con ello, se espera la productividad que propicie el desarrollo sostenible y la competitividad del país, aumentando la riqueza al tiempo que es incluyente, dejando atrás de manera progresiva la dependencia de actividades extractivas y dando paso a una economía reindustrializada con nuevos sectores soportados en las potencialidades territoriales en armonía con la naturaleza.

- ❖ **Convergencia regional.**

Es el proceso de reducción de brechas sociales y económicas entre hogares y regiones en el país, que se logra al garantizar un acceso adecuado a oportunidades, bienes y servicios. Para garantizar esta convergencia, es necesario fortalecer los vínculos intra e interregionales, y aumentar la productividad, competitividad e innovación en los territorios. Así mismo, se requiere transformar las instituciones y la gestión de lo público, poniendo al ciudadano en el centro de su accionar y construyendo un relacionamiento estrecho, mediado por la confianza, entre las comunidades y entre éstas y las instituciones, para responder de manera acertada a sus necesidades y atender debidamente sus expectativas, a partir de marcos regulatorios consistentes.

Política de Atención Integral en Salud

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la

generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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" (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando "las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas" (Ley 1751 de 2015).

Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Con fundamento en lo anterior, se expidió la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adoptó el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se adoptaron varias RIAS entre ellas la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud.

El Decreto 780 de 2016. Las ET vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de salud, los informes correspondientes.

Posteriormente se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y Materno Perinatal (RIAMP), las cuales definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades, donde la temática relacionada con vacunación hace parte de las atenciones que se deben realizar en la primera infancia, infancia, adolescente, juventud, gestante, adultez y vejez, contenidos en la Resolución 3280 de 2018 los cuales son de obligatorio cumplimiento para Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y demás entidades responsables y se modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, estableciéndose las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a desarrollar en el marco del plan de intervenciones colectivas. Las intervenciones y acciones de las RIAS sustituyen las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica (Resolución 412 de 2000).

La Ley 1955 de 2019 "Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad" modifica los criterios de distribución de los recursos del SGP que trata el art 47 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 268 de 2020, Reglamenta los criterios, procedimientos, variables de distribución, asignación y uso de los recursos de participación de salud y aplica a las ET. Cumplimiento refuerzo de triple viral (3%).

La Circular 000001 de 2020 de la Supersalud - Por la cual imparten instrucciones sobre el ejercicio de funciones de inspección, vigilancia y control a nivel territorial, haciendo obligatoria la adopción e implementación guía de auditoría y del informe de auditoría dentro de plazos establecidos (Adopta e implementa la guía de auditoría a las EPS por parte de los entes

territoriales.).

Mediante la Resolución 2481 de 2020 se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a partir del 1 de enero de 2021.

Desde el PAI durante el proceso de formulación, transición e implementación del PDSP 2022-2031, se realizará el acompañamiento respectivo para la inclusión de las metas necesarias para mantener y fortalecer las coberturas de vacunación en el país, aportando de esta manera el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el fortalecimiento de las capacidades de los actores implicados en los procesos de vacunación, entre otros.

La actualización del esquema nacional de vacunación ha sido un proceso dinámico y progresivo: En el 2002 se disponía de 7 vacunas (2 combinadas) para el control de 11 enfermedades: Tuberculosis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis por Haemophilus influenza tipo b, Poliomielitis, Fiebre amarilla, Sarampión, Rubéola, Parotiditis. Para el 2013 se tienen 11 vacunas (3 combinadas) para el control de 16 enfermedades cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, es así como a través de los años se han surtido modificaciones, ampliaciones y retiros de dosis del esquema, así:

- ✓ 2002: Sustitución de las vacunas DPT + Hep B + Hib por Vacuna Pentavalente y cambio en el esquema de la dosis de refuerzo de sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) de los 10 a los 5 años.
- ✓ 2003: Vacunación universal contra la fiebre amarilla para los niños y niñas de un año.
- ✓ 2005: Inclusión de la vacuna antipoliomielitis inactivada (VIP) a la población de niños y niñas nacidos de mujeres viviendo con VIH. Jornada contra Sarampión Rubeola para población de 14 a 39 años.
- ✓ 2006: Inclusión de la vacuna contra influenza para población prioritaria de 6 a 18 meses y mayores de 65 años con patologías de base e inicio la vacunación contra neumococo en población menor de dos años de alto riesgo.
- ✓ 2007: Ampliación de la vacunación contra neumococo e inicio de rotavirus a la población con bajo peso al nacer y retiro de la VOP en recién nacidos.
- ✓ 2008: Universalización de la vacuna contra la influenza estacional para niños de 6 a 23 meses y población mayor de 65 años.
- ✓ 2009: Universalización de la vacuna contra rotavirus y ampliación de neumococo a <3años.
- ✓ 2010: Jornada contra Sarampión Rubeola para población de 1 a 8 años y así como la vacunación contra la influenza pandémica AH1N1.
- ✓ 2011: Universalización de la vacuna contra el neumococo.
- ✓ 2012: Inicio de la primera fase de vacunación contra el (VPH).
- ✓ 2013: Segunda fase de vacunación contra el VPH, dirigida a niñas de 4to a 11vo grado de básica primaria de 9 años o más y niñas desescolarizadas de 9 a 17 años en todo el territorio nacional e Inclusión de la vacuna contra Hepatitis A.
- ✓ 2014: Universalización de la vacunación con Tdap acelular a la población de gestantes a partir de la semana 26 de gestación.
- ✓ 2015: Universalización de la primera poliomielitis-VIP. Introducción de la vacuna contra varicela. Dosis.
- ✓ 2016: Cambio de Vacuna Oral polio trivalente (VOPt) a bivalente VOPb.
- ✓ 2018: Universalización poliomielitis (VIP). de la segunda dosis de de Vacuna Vacuna.
- ✓ 2019: Introducción dosis de refuerzo contra varicela en el esquema nacional de vacunación y declaración de la región libre de polio salvaje.
- ✓ 2020: Universalización de la tercera dosis e Vacuna Inactiva contra la poliomielitis (VIP).

- ✓ 2020: Inclusión vacunación Hepatitis B otros grupos de riesgo. Plan Mundial Eliminación Hepatitis 2030.
- ✓ 2020-2022: Jornada búsqueda de susceptibles para fiebre amarilla. Seguimiento cohortes de nacidos de 2009 a 2021. Plan Mundial Eliminación de brotes 2026.
- ✓ 2021 – 2022: Campaña SR – Plan Mundial Eliminación Sarampión y SRC 2030: Puesta al día para cambio de refuerzo de 5 años a 18 meses.
- ✓ 2022: Cambio Neumococo PCV 10 a PCV 13: PDSP 2021 – 2032/ Plan Mundial Derrotando la meningitis 2030.
- ✓ 2022: Hexavalente Piloto Programas Canguro Bogotá, Cundinamarca, Tunja Plan Mundial Derrotando la meningitis 2030. PDSP 2031 Innovación PAI.
- ✓ 2023: Refuerzo de Triple Viral: la dosis de los 5 años ahora se aplica a los 18 meses.
- ✓ 2023: Inclusión 4° dosis Hib a los18 meses aplicando la vacuna Pentavente como primer refuerzo, reemplazando la DPT) Plan Mundial Derrotando la meningitis 2030.
- ✓ 2023: Universalización de la quinta dosis de Vacuna Inactivada contra la poliomielitis Se incluye la vacunación de Polio Inactivado Inyectable en lugar de la Vacuna de Polio Oral en el refuerzo de los 5 años, a partir del 1 de octubre de 2023.
- ✓ 2023: COVID-19: Vacunar a todos los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad y a las poblaciones en riesgo con una dosis adicional.
- ✓ 2023: Virus del Papiloma Humano - VPH: Se cambia a dosis única en el esquema de vacunación a partir del 1 de octubre de 2023, se mantiene la aplicación en niñas de 9 a 17 años y se incluyen los niños de 9 años.

Por esta razón, el esquema de vacunación del PAI en Colombia se ha fortalecido incluyendo al día de hoy 21 vacunas, como son 1. BCG, 2. Hepatitis B, 3. Pentavalente, 4. Neumococo, 5. Rotavirus, 6. VOP, 7. VIP, 8. DPT, 9. Influenza estacional niños, 10. Influenza estacional adultos, 11. Triple Viral, 12. Fiebre Amarilla, 13. Td del adulto, 14. Sarampión Rubeola, 15. Rabia humana (población de riesgo), 16. VPH, 17. TdaP de la gestante, 18. TDaP pediátrica, 19. Hepatitis A, 20. Varicela, 21. Meningococo (para brotes) e Inmunoglobulinas para el manejo de los eventos de Tétanos, rabia, difteria y hepatitis B.

Por otra parte, en el marco del plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, el Ministerio ha realizado adecuaciones de políticas públicas y normas que han permitido fortalecer la gestión de la salud pública garantizando el esquema nacional de vacunación de manera gratuita a la población migrante objeto del programa, independientemente de su estatus migratorio en todo el territorio nacional, con el fin de disminuir el riesgo de trasmisión de enfermedades prevenibles por vacunas en la población Colombiana y extranjera residente en el país.

Entre las estrategias definidas para alcanzar las coberturas de vacunación de las poblaciones objeto del programa con cada uno de los biológicos que hacen parte del esquema nacional se encuentran:

- ✓ Desarrollo de capacidades del Talento Humano en los diferentes niveles de atención del orden departamental, distrital, municipal, EAPB-IPS, acorde a sus competencias, funciones y retos del programa.
- ✓ Seguimiento a cargo de las EPS de las coberturas de vacunación de su población afiliada.
- ✓ Implementación de la estrategias y tácticas de vacunación sin barreras, acorde a las características del territorio y a la condición epidemiológica que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.

- ✓ Fortalecimiento del Sistema de Información Nominal PAI WEB 2.0. en las ET del orden departamental, distrital, municipal, EAPB, IPS públicas y privadas para garantizar la gestión del programa.
- ✓ Garantía de la suficiencia y disponibilidad con oportunidad y calidad de los insumos, biológicos y red de frío en el Municipio.

Evaluación de Riesgos sobre enfermedades prevenibles por vacunación (difteria, sarampión, fiebre amarilla y poliomielitis) e implicaciones para la Región de las Américas

Difteria	Entre 2012 y 2021, en la Región de las Américas se registró una media anual de 57 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 10 países (un rango anual de 2 a 894 casos). En 2017 y 2018 se registró el mayor número de casos notificados, 872 casos y 894 casos, respectivamente; durante el mismo periodo, se notificaron casos en 7 países (*Brasil, Canadá, Colombia, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela*[3]), el 88% de los casos fueron notificados en *Venezuela*, seguido por Haití con el 10%. Desde diciembre de 2014 se registra transmisión activa en *Haití*, donde actualmente la enfermedad se considera endémica (*1*, *2*). En 2022, 2 países notificaron casos confirmados de difteria: Brasil (2 casos) y Haití (hasta el 16 de septiembre de 2022, se notificaron 32 casos confirmados, incluyendo 6 defunciones confirmadas). En 2023, continúa la trasmisión activa en Haití, donde la enfermedad se considera endémica. Actualmente, una crisis social, política y económica se encuentra en curso.

Fuente: Evaluación de Riesgos sobre enfermedades prevenibles por vacunación (difteria, sarampión, fiebre amarilla y poliomielitis) e implicaciones para la Región de las Américas, OPS.

Difteria	Entre 2012 y 2021, en la Región de las Américas se registró una media anual de 57 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 10 países (un rango anual de 2 a 894 casos). En 2017 y 2018 se registró el mayor número de casos notificados, 872 casos y 894 casos, respectivamente; durante el mismo periodo, se notificaron casos en 7 países (*Brasil, Canadá, Colombia, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela*[3]), el 88% de los casos fueron notificados en *Venezuela*, seguido por Haití con el 10%. Desde diciembre de 2014 se registra transmisión activa en *Haití*, donde actualmente la enfermedad se considera endémica (*1*, *2*). En 2022, 2 países notificaron casos confirmados de difteria: Brasil (2 casos) y Haití (hasta el 16 de septiembre de 2022, se notificaron 32 casos confirmados, incluyendo 6 defunciones confirmadas). En 2023, continúa la trasmisión activa en Haití, donde la enfermedad se considera endémica. Actualmente, una crisis social, política y económica se encuentra en curso.
Sarampión	Entre 2012 y 2021, en la Región de las Américas se registró una media anual de 778 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 20 países y territorios (rango anual de 97 a 21.971 casos). Entre 2018 y 2020 se registró la mayor proporción de casos notificados (2018: 16.714 casos, 2019: 21.971 casos y 2020: 9.996 casos). Durante el mismo periodo, se notificaron casos en 18 países y territorios (*Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Bolivia*[4], *Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Curazao, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Perú, Uruguay y Venezue*la), el 82 % de los casos fueron notificados en *Brasil*, seguido de *Venezuela* con el 13% (*1*, *2*). En 2022, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52, seis países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: *Argentina* con 2 casos confirmados, *Brasil* con 43 casos confirmados, *Canadá* con 3 casos confirmados, *Ecuador* con 1 caso confirmado, *Estados Unidos* con 121 casos confirmados y *Paraguay* con 1 caso confirmado (*3*). En 2023, entre la SE 1 y la SE 8 en la Región de las Américas, se notificaron 177 casos sospechosos. Hasta el 3 de febrero de 2023, Estados Unidos confirmó 2 casos de sarampión en 2 jurisdicciones. Es importante mencionar que Brasil y Venezuela reportaron sus últimos casos endémicos en la SE 28 de 2022 y SE 33 de 2019, respectivamente. La Región podría lograr la reverificación de la eliminación del sarampión, si se cumplen las recomendaciones de la Comisión Regional en estos dos países.
Poliovirus	En 2019, se notificó a la OPS / OMS la detección de 3 VDPV (2 VDPV1 y 1 VDPV3) en muestras ambientales en *Guatemala*. Estos poliovirus derivados de vacunas eran genéticamente diferentes y no estaban relacionados entre sí. En julio-agosto de 2021 se realizó una evaluación de respuesta a brotes de poliovirus (OBRA por su acrónimo en inglés). No se encontró evidencia de circulación de VDPV, por lo que los tres VDPV fueron clasificados como aVDPV (VDPV ambiguo) (*3*). El 21 de julio de 2022, como resultado de la vigilancia realizada en los *Estados Unidos*, el departamento de salud del estado de Nueva York notificó un caso de poliomielitis paralítica en un individuo no vacunado en el condado de Rockland. La secuenciación inicial realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (US CDC, por sus

Fuente: Evaluación de Riesgos sobre enfermedades prevenibles por vacunación (difteria, sarampión, fiebre amarilla y poliomielitis) e implicaciones para la Región de las Américas, OPS.

	siglas en inglés) identificó un poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2). El 13 de septiembre de 2022, los US-CDC reportaron la detección de poliovirus en muestras ambientales recolectadas el 3 de agosto y el 11 de agosto, los cuales contenían seis o más cambios de nucleótidos. La detección de estos nuevos VDPV2 que están genéticamente relacionados, demostraron transmisión comunitaria, por ello fue clasificado como poliovirus derivado de vacuna circulante tipo 2 (cVDPV2). El 6 de enero de 2023, el análisis de secuenciación de los US-CDC confirmó la presencia de poliovirus tipo 2 en un total de 100 muestras de aguas residuales[5] (*3*).
Poliovirus	El 23 de diciembre de 2022, *Canadá* notificó la detección de poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (VDPV2) en dos muestras de aguas residuales recolectadas en agosto de 2022. La primera muestra ambiental recolectada el 27 de agosto del 2022, procedente de una planta de tratamiento de aguas residuales, con 8 nucleótidos de diferencia respecto a la región VP1 del virus Sabin tipo 2 y una segunda muestra ambiental recolectada el 30 de agosto en un sitio de muestreo, con 6 nucleótidos de diferencia respecto al virus Sabin tipo 2[6] (*3*). La secuenciación genética confirmó que está relacionado al cVDPV2 que fue detectado en New York, Estados Unidos[7]. En julio de 2022, de acuerdo con el informe de la Reunión de la Comisión Regional de Certificación (RCC)[8] se actualizó la evaluación regional del riesgo de poliomielitis. Al respecto, la clasificación final del riesgo regional, considerando la cobertura de vacunación nacional y subnacional, vigilancia epidemiológica, estatus de contención, determinantes de salud y preparación a brotes, identificó a 4 países como de muy alto riesgo (Brasil, Haití, República Dominicana y Perú), 8 de alto riesgo (Argentina, Bahamas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Panamá, Surinam y Venezuela), 18 de mediano riesgo y 14 de bajo riesgo (*4*).
Fiebre amarilla	Entre 2012 y 2021, en la Región de las Américas se registró una media anual de 32 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 9 países (rango anual de 16 a 1326 casos). En 2017 y 2018 se registró el mayor número de casos notificados, 1.326 casos y 823 casos, respectivamente; durante el mismo periodo, se notificaron casos en 7 países (*Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú*), el 98 % de los casos fueron notificados en Brasil (*1*, *2*). En 2022, entre la SE1 y la SE 52, dos países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: *Brasil* (durante el periodo estacional 2021 - 2022 se notificaron 5 casos, incluyendo 4 defunciones)[9] y *Perú* (13 casos probables)[10].
Tos Ferina	Entre 2019 y 2021, en la Región de las Américas se registró una media anual de 7.761 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 23 países y territorios (rango de 6.709 a 72.328 casos). Durante los últimos 3 años, el 2020 fue el año en el que se registró el mayor número de casos notificados, 20.496 casos; ese año se notificaron casos en 19 países y territorios (*Argentina, Bermuda, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela*), el 91% de los casos fueron notificados en *Estados Unidos*, seguido por *Canadá* con el 5% (*1*, *2*).

Fuente: Evaluación de Riesgos sobre enfermedades prevenibles por vacunación (difteria, sarampión, fiebre amarilla y poliomielitis) e implicaciones para la Región de las Américas, OPS.

Estrategias para el cumplimiento de coberturas útiles de vacunación

Con la finalidad de alcanzar coberturas útiles en vacunación se tienen planteadas distintas intervenciones desde el componente intramural y extramural establecidos en los servicios de salud mediante acciones como:

- ✓ Desarrollo de capacidades del Talento Humano a cargo del programa de vacunación, acorde a sus competencias y funciones, en los diferentes niveles de atención del orden departamental, distrital, municipal, EAPB e IPS.
- ✓ Fortalecimiento de los planes de capacitación incluyendo actividades de inducción y reinducción del talento humano en salud de las IPS, para la apropiación del conocimiento relacionado con el esquema nacional de vacunación, como elemento clave para promover y asegurar la protección en la población objeto del PAI.
- ✓ Seguimiento por parte de las EAPB a su población afiliada, para recuperar coberturas de vacunación en la población objeto del programa, considerando la vacunación como un servicio esencial en salud.
- ✓ Implementación de las estrategias y tácticas de vacunación sin barreras acorde a las características del territorio y a la condición epidemiológica, que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.
- ✓ Búsqueda de susceptibles mediante la revisión y análisis de registros en el Sistema de Información Nominal PAIWEB.
- ✓ Suficiencia y disponibilidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional, con oportunidad y calidad.
- ✓ Fortalecimiento de las alianzas estratégicas con los diferentes actores del desarrollo social, tales como ICBF, líderes sociales, programas de prosperidad social, líderes religiosos, entre otros, que permitan alcanzar los resultados en vacunación.
- ✓ Fortalecimiento de la gobernanza de las entidades territoriales frente a los diferentes actores del territorio, gobernadores, alcaldes, secretarías de educación, entre otros, en pro del posicionamiento del PAI. Realización de mesas de trabajo para concertar la vacunación de la población objetivo.
- ✓ Conformación o reactivación, liderando y convocando los comités técnico-operativos con la Secretaría de Educación y demás sectores.
- ✓ Intensificación de estrategias de comunicación y articulación dirigidas a la familia y a la comunidad sensibilizando frente a la importancia y seguridad de la vacunación, para aumentar la confianza y promover el acceso de la población, así como, con los médicos y las asociaciones científicas.
- ✓ Cumplimiento de los planes de mejora por cada entidad territorial establecidos conjuntamente con las EAPB, otros actores en salud, la Procuraduría de Infancia y Adolescencia y la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ Fortalecer la detección y notificación de posibles casos de EAPV.
- ✓ Realización de censos en las instituciones educativas, centros de bienestar familiar, centros de larga estancia, ancianatos para identificar poblaciones objeto de vacunación y susceptibles.
- ✓ Capacitación del presente lineamiento dirigido al personal administrativo y operativo del programa de cada nivel territorial EAPB, IPS vacunadoras, aliados estratégicos.
- ✓ Fortalecer la demanda inducida a través de diferentes recursos tecnológicos (mensajería de texto, correos electrónicos, redes sociales, seguimiento telefónico y otros) así como lo correspondiente a la indicación médica de la vacunación en la población objetivo como una actividad más en el marco de la atención integral a los pacientes.

<u>Lineamientos para el Monitoreo de Coberturas de Vacunación con Trazadores</u>

Con el fin de facilitar el cumplimiento del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación de Trazadores - MRCV y la Búsqueda Activa Comunitaria - BAC, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, en los lineamientos para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI 2024.

El MSPS, define que el MRCV y BAC deben realizarse en el mes de junio, por parte de las Direcciones Locales de Salud (DLS)/Secretarías Municipales de Salud (SMS); la entrega de los informes, bases de datos y el consolidado de los conglomerados, debe enviarse al correo electrónico inmunoprevenibleSSP.sssa@antioquia.gov.co el 16 de junio de 2025.

Es importante tener en cuenta que esta actividad debe ser realizada por personal diferente al que labora en los servicios de vacunación de su municipio.

El Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de establecer una metodología estandarizada, presenta a continuación el documento Lineamiento para el Monitoreo de Coberturas de Vacunación de trazadores Monitoreo Municipal, con base en la metodología definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Según el análisis realizado a los datos existentes de dosis aplicadas y de niños vacunados de enero a julio del 2016 en las entidades territoriales, encontramos que de manera general el país no cumple con las coberturas de vacunación con ninguno de los biológicos trazadores.

Con corte a agosto, el resultado de las coberturas debería estar en cada uno de los biológicos como mínimo, en el 63,33%, pero los resultados se encuentran por debajo de este nivel. Los resultados nacionales en los menores de un año son con BCG el 57,7%, con hepatitis del recién nacido 56,2% y con pentavalente tres el 61,3%; en los niños de un año se identifica para triple viral el 60,9%. En los niños de 18 meses de edad, el resultado de la vacunación contra la fiebre amarilla es el más bajo, con un 49%, mientras que con el primer refuerzo de DPT es del 58,30%.

Revisando este corto resumen de resultados, podemos darnos cuenta que la vacunación contra los biológicos trazadores no alcanza al 95%, se desconoce entonces, el porqué, no se cumple con las metas establecidas de la vacunación Frente a estos resultados, es necesario realizar un nuevo esfuerzo nacional para la búsqueda de la meta pretendida de lograr coberturas del 95% y más, en los niños menores de un año y de un año de vida, además de la búsqueda de susceptibles entre 2 y 5 años con todas las vacunas incluidas en el esquema nacional; no es aceptable que en estas épocas de grandes avances científicos y teniendo la disponibilidad en el país de varias vacunas que nos protegen contra el enfermedades inmunoprevenibles aún se presenten casos, por la no aplicación de estos biológicos.

Para dar respuesta a lo anterior y conforme a los ***LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI – 2024***, donde se define en la línea de Evaluación refiere ***"Garantizar en cada municipio la realización de dos monitoreos rápidos de cobertura, según nueva metodología y tiempos establecidos por el MSPS; uno realizado por el departamento y uno por el municipio"***, se insta a las Entidades Territoriales realizar la actividad en cuestión.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Verificar el estado de vacunación (vacunado y no vacunado) de la población objetivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones, en una zona, sector o barrio del municipio, mediante un proceso de evaluación en terreno, en corto tiempo, reorientando las tácticas de vacunación para la captación de la población no vacunada.

Objetivos específicos:

- ✓ Captar la población vacunada y no vacunada mediante la visita casa a casa y la revisión de carné de vacunación, vacunando a la población identificada como no vacunada y actualizando los registros de vacunación establecidos.
- ✓ Determinar las zonas, sectores, áreas del ES (establecimientos de Salud-IPS) /municipios, con cobertura de vacunación <95% por MRV y micro planificación, para la reorientación de tácticas de vacunación y reprogramación de acciones inmediatas.
- ✓ Identificar las razones que aducen los responsables de la población objeto a vacunar para no estar vacunadas, aclarar conceptos erróneos e identificar barreras en el acceso a la vacunación y reorientación de las tácticas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- ✓ Complementar el análisis de cobertura administrativa del Programa Ampliado de Inmunizaciones, para verificar si un área específica está adecuadamente vacunada.
- ✓ Analizar los resultados del MRV en zonas, sectores o áreas del ES/municipio intervenido para determinar si están adecuadamente o no vacunadas, para establecimiento de plan de contingencia de inmediato y la priorización de las áreas de riesgo para orientar las tácticas de vacunación en el nivel operativo.
- ✓ Verificar el estado de vacunación de la población objetivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones en las zonas, sectores, áreas intervenidas del ES/IPS/municipio.
- ✓ Identificar los bolsones de población susceptible por ES/IPS/municipio para priorización de áreas de riesgo y reorientación de las acciones de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

ORGANIZACIÓN PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN

Funciones

NIVEL MUNICIPAL

Alcaldía

- ✓ Gestionar, apoyar y facilitar los recursos necesarios y la logística para llevar a cabo la realización del monitoreo de coberturas de vacunación.

Secretaria de Salud Municipal

- ✓ Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo el monitoreo de coberturas de vacunación. (talento humano, insumos y logística).
- ✓ Disponer de la información necesaria para llevar a cabo el monitoreo de coberturas de vacunación, (mapas, censos, papelería).
- ✓ Adoptar y adaptar los lineamientos nacionales a los escenarios locales.
- ✓ Planear, organizar y ejecutar la capacitación al personal participante del monitoreo de coberturas de vacunación.
- ✓ Revisar, consolidar y analizar la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio y enviarla al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas para ello.
- ✓ Divulgar los resultados a los actores del Sistema de Seguridad Social del Municipio para la toma de decisiones y acciones de mejora, cuando sea el caso.

Vigilancia en salud pública o epidemiólogo.

- ✓ Planear, los procedimientos y acciones del monitoreo de coberturas de vacunación.
- ✓ Coordinar la realización del monitoreo de coberturas de vacunación.
- ✓ Aplicar la metodología establecida según los lineamientos.
- ✓ Supervisar las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación en el terreno y verificar la calidad de la información de la base de datos para generar los correspondientes reportes de salida.

- ✓ Revisar, consolidar y analizar la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio y enviar al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas.

Coordinador o encargado PAI del municipio

- ✓ Coordinar las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación junto con el equipo de vigilancia en salud pública.
- ✓ Apoyar el proceso metodológico para la realización del monitoreo de coberturas de vacunación establecida en los lineamientos.
- ✓ Apoyar la supervisión de las actividades del monitoreo de coberturas de vacunación en el terreno.
- ✓ Participar en la revisión, consolidación y análisis de la información del resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio y enviar al departamento cumpliendo con las fechas dispuestas para ello.
- ✓ Coordinar las actividades de vacunación para la población susceptible encontrada en el MRC hasta completar esquemas completos de vacunación.

Profesionales de apoyo PAI / Vigilancia

- ✓ Asegurar y verificar la realización del monitoreo de coberturas de vacunación en las manzanas seleccionadas.
- ✓ Apoyar la supervisión del diligenciamiento de los formatos durante y posterior a la realización del monitoreo de coberturas de vacunación e identificar errores e implementar correctivos.
- ✓ Participar en la revisión, consolidación y análisis la información resultado del monitoreo de coberturas de vacunación del municipio.

Encuestadores

- ✓ Desarrollar las actividades operativas del monitoreo de coberturas de vacunación dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por el MSPS (recorrido de las manzanas, entrevista, obtención de la información y registro).
- ✓ Recolectar la información a partir de la transcripción de la información registrada en los carnés y la suministrada por la persona que atiende al encuestador durante el proceso.
- ✓ Garantizar que la información que se recoge es fidedigna y custodiarla hasta su entrega para análisis.

Vacunadores

- ✓ Asegurar la vacunación y el seguimiento a las personas que fueron vacunadas en el territorio.
- ✓ Diligenciar los formatos diseñados para vacunación.
- ✓ Garantizar las actividades y acciones de bioseguridad y vacunación segura extramurales.
- ✓ Registra la información en el Sistema de Información nominal posterior a las actividades de campo.

Técnico de sistemas o digitador

- ✓ Ingresar la información a la base de datos a partir de los formatos revisados.
- ✓ Verificar la calidad de la información de la base de datos para generar los reportes de salida.

METODOLOGÍA

Definiciones Operacionales

- **MONITOREO DE COBERTURAS:** corresponde a la evaluación en forma rápida del porcentaje de la cobertura de vacunación de una pequeña área seleccionada a

conveniencia y cuya recolección de datos es realizada por equipos locales, para ello se debe realizar en forma cruzada (corresponde a utilizar equipos de salud pública del municipio [no PAI] o de otro municipio [PAI] para la realización del monitoreo), para evitar sesgos de información.

- **ENCUESTA:** técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal, se le realiza a las personas (cuidadores de los niños) de la población objeto, con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación (MCV).
- **CONGLOMERADO:** mínima unidad de agrupación objeto de selección de manzana o centro poblado, concentrados dentro de límites geográficos y administrativos definidos claramente.
- **POBLACIÓN OBJETO DEL MONITOREO DE COBERTURAS:** Corresponde a la población residente en el municipio con un tiempo mínimo de dos (2) meses, distribuida en los siguientes grupos:
    - Niños y niñas menores de un año (0 a 11meses).
    - Niños y niñas de un año (12 a 23 meses).
    - Niños y niñas de dos años de edad (24 a 35 meses).
    - Niños y niñas de tres años de edad (36 a 47 meses).
    - Niños y niñas de cinco años de edad (60 a 71 meses).

Los niños y niñas de cuatro años (48 a 59 meses) no son tenidos en cuenta para la muestra por lo tanto no se monitorean.

La muestra del municipio de Valdivia – Antioquia para el año 2024 es la siguiente:

DPTO	COD	Municipio	Meta0	Meta1	Meta5	Total	PROP_EF	Número de conglomerados propuestos	Num conglomerados	Muestra	Muestra <1 año	Muestra 1 año	Muestra 2 años	Muestra 3 años	Muestra 4 años	Muestra 5 años
05	ANTIOQUIA	Valdivia	205	214	251	670	0.00	1	1	20	4	4	3	3	3	3

Fuente: MSPS

- **CASA EFECTIVA (E):** vivienda donde vive un niño o niña objeto de la encuesta y hay una persona (adulto responsable, cuidador o custodio) dispuesta a suministrar la información. Por cada conglomerado se busca 20 casas efectivas.
- **PERSONA VACUNADA**: Niño o niña que recibió las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y se evidencia con el carné de vacunación.
- **CAUSAS DE NO VACUNACIÓN**: son los motivos que refiere la persona que suministra la información de la casa efectiva al encuestador y por lo cual la persona objeto de la encuesta no ha sido vacunada. Se agrupan en tres categorías así: a) Relacionados con la logística y las estrategias del programa, b) Relacionados con la salud del usuario y c) Relacionados con el cuidador o la familia.

En este orden de ideas cumpliendo con el plan de desarroolo ES EL MOMENTO DEL CAMPO Y NUESTRA GENTE 2024-2027 se da cumplimiento a la linea estrategica 4: ES EL MOMENTO DE LA GENTE, SECTOR 4.1: EL MOMENTO DE LA SALUD y a los programas 4.1.2 : FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, 4.1.3: PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, POBLACIÓN CAMPESINA, GENERO - DIVERSIDADES, CONDICIONES Y SITUACIONES, 4.1.4: CAMBIO CLIMATICO, EMEGENCIAS , DESASTRES Y PANDEMIAS y 4.1.5: PERSONAL DE SALUD que tiene como OBJETIVO, Desarrollar las condiciones de implementación de un modelo de atención integral de acciones de educación en salud, que permita la detección temprana de enfermedades y la identificación de factores que las generan, logrando con ello una adecuada gestión del riesgo, lo que a su vez se traduce en una interacción de coordinación y articulación entre los actores del sistema de salud, para que la atención sea oportuna e integral y con menores costos. Evaluando

determinantes en salud con el fin de evaluar coberturas en vacunacion y los indicadores del PLAN TERRITORIAL EN SALUD:

A 2027 aumentar el porcentaje de cobertura de vacunación por BCG de 29.39 a 34.	Porcentaje de coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	29.39	2023	34	
A 2027 aumentar el porcentaje de cobertura de vacunación por DPT de 42.2% a 48%.	Porcentaje de coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	42.2	2023	48	
A 2027 aumentar el porcentaje de cobertura de vacunación por polio de 65.71% a 71%.	Porcentaje de coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	65.71	2023	71	
A 2027 aumentar el porcentaje de cobertura de vacunación por triple viral de 68.87% a 74%.	Porcentaje de coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	68.87	2023	74	

3. LA FORMA DE SATISFACER LA NECESIDAD:

La **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA**, contratará los servicios para **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES 2025 EN EL MUNICIPIO DE VALDIVIA"** Por parte de una persona natural o jurídica idónea, con las condiciones y características técnicas que se requiere para cumplir con la finalidad del objeto a contratar. Actualmente la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA**, no cuenta con persona natural o jurídica que preste el servicio en el alcance del mencionado objeto de acuerdo a la normatividad vigente; de conformidad con verificación realizada parte del personal de la Entidad.

4 EL OBJETO A CONTRATAR, CON SUS ESPECIFICACIONES Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR.

4.1 DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES 2025 EN EL MUNICIPIO DE VALDIVIA

4.2 ALCANCE DEL OBJETO A CONTRATAR

Con el monitoreo rápido de cobertura se busca evaluar los indicadores de las vacunas trazadoras según los lineamientos del MINISTERIO DE SALUD, y las BUSQUEDAS ACTIVAS

COMUNITARIAS con el fin de cumplir con coberturas optimas en el PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES.

4.3 ESPECIFICACIONES ESENCIALES O CONDICIONES MÍNIMAS

La presente contratación se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2025 y los bienes o servicios a adquirir no se encuentran contemplados en Acuerdo Marco de Precios ni en Bolsa de Productos, establecidos por Colombia Compra Eficiente.

4.4 OBLIGACIONES GENERALES:

4.4.1 Garantizar el cumplimiento del objeto contractual.
4.4.2 Presentar los informes y evidencias requeridas con ocasión a la ejecución del contrato.
4.4.3 Presentar las autoliquidaciones de la seguridad social para cada pago.
4.4.4 Ejecutar el objeto de este contrato en el plazo y sitio convenidos.
4.4.5 Garantizar que el servicio sea de óptima calidad y que cumplan con todas las características y especificaciones consignadas en la propuesta.
4.4.6 Asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra para la ejecución del contrato
4.4.7 Atender las consultas y sugerencias del supervisor que asigne la entidad.
4.4.8 Solicitar a la ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA información que considere necesaria para cumplir las finalidades trazada para el cumplimiento del objeto contractual

4.5 ESPECÍFICAS:

4.5.1 Priorizar en conjunto con el equipo responsable del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Municipio, las zonas susceptibles para intervención según los criterios y metas planteadas por el Ministerio de Salud Pública y Protección social.
4.5.2 Realizar búsqueda de la población objeto del programa, teniendo en cuenta el mapeo de las zonas definidas por el municipio.
4.5.3 Diligenciar los formatos diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la recolección de datos del Monitoreo Rápido de Coberturas, en la población objeto, garantizando calidad del dato en el proceso.
4.5.4 Notificación oportuna de novedades importantes, como niños sin carné de vacunación o sospecha de presencia de enfermedades inmunoprevenibles con el fin de realizar la respectiva verificación o seguimiento según la ruta fijada por la Secretaría de Seguridad Social y Familia del Municipio.
4.5.5 Consolidación de los datos obtenidos durante el trabajo de campo realizado para el desarrollo del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación.
4.5.6 Realizar la Búsqueda Activa Comunitaria.
4.5.7 Presentación de informe final en los plazos establecidos con el análisis de la información obtenida en la ronda de monitoreo rápido de coberturas de vacunación donde se incluyan recomendaciones y estrategias para mejorar las coberturas de vacunación según los hallazgos obtenidos.
4.5.8 Socializar los resultados obtenidos en el COVE.
4.5.9 Entregar adecuadamente diligenciados todos los formatos, instrumentos físicos o magnéticos que hacen parte de los sistemas de información o del sistema de calidad.
4.5.10 Presentar un informe final de ejecución del contrato donde consolide el cumplimiento las actividades desarrolladas durante el periodo de ejecución del contrato.
4.5.11 Las demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor acorde con el objeto contractual, necesarias para la total y perfecta ejecución del mismo

4.6 OBLIGACIONES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA:

4.6.1 Cancelar al contratista en la forma y términos establecidos en el contrato.

4.6.2 Suministrar oportunamente la información que requiere el contratista para el cumplimento de sus obligaciones contractuales.

4.6.3 Realizar la supervisión del contrato.

4.7 AUTORIZACIONES, PERMISOS, LICENCIAS Y DOCUMENTOS TÉCNICOS

Para la presente contratación no se exigen permisos.

4.8 CODIFICACIÓN DEL BIEN, OBRA O SERVICIO SEGÚN LAS NACIONES UNIDAS – UNSPSC

El objeto del presente proceso de contratación está codificado con el Clasificador de Bienes y Servicios Naciones Unidas (Versión 14 del UNSPSC) como se indica a continuación:

Código Segmento	Nombre Segmento	Código Familia	Nombre Familia	Código Clase	Nombre Clase	Código Producto	Nombre 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

4.9 PARTES.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA - Contratista a seleccionar.

4.10 LUGAR DE EJECUCIÓN O ENTREGA:

El lugar de ejecución del servicio a contractual será en el municipio de Valdivia - Antioquia, Departamento de Antioquia.

4.11 PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución será de **DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DIAS,** contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

5 IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO QUE SE PRETENDE CELEBRAR.

Conforme con la descripción del objeto, el tipo de contrato que se pretende celebrar es de Prestación de Servicios que se define en el numeral 3 del artículo 32 de la Ley 80 de 1993 y consiste en *"Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados.*

En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable."

6 MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN, INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN SU SELECCIÓN

La determinación de la modalidad de selección del contratista se establecerá en razón a las características y naturaleza del bien o servicio, o en razón a su cuantía, atendiendo a las disposiciones del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Según lo dispuesto por la Ley 1150 de 2007, en su artículo 2, numeral 4, literal h concordante con el Decreto 1082 de 2015, en su artículo:

> ***Artículo 2.2.1.2.1.4.9. Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.*** *Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita.*
>
> *Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales.*
>
> *La Entidad Estatal, para la contratación de trabajos artísticos que solamente puedan en-comendarse a determinadas personas naturales, debe justificar esta situación en los estudios y documentos previos.*

7 CAPACIDAD JURÍDICA

De conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, artículo 6, pueden celebrar contratos con las entidades estatales las personas consideradas legalmente capaces en las disposiciones vigentes.

La capacidad jurídica es la facultad de una persona para celebrar contratos con una Entidad Estatal, es decir, i) obligarse a cumplir el objeto del contrato; ii) no estar incursa en inhabilidades o incompatibilidades que impidan la celebración del contrato.

Las personas naturales mayores de 18 años son capaces jurídicamente a menos que estén expresamente inhabilitadas por decisión judicial o administrativa, como la interdicción judicial, y que no estén incursas en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones para contratar derivadas de la Ley.

La capacidad jurídica de las personas jurídicas está relacionada con: i) la posibilidad de adelantar actividades en el marco de su objeto social; ii) las facultades de su representante legal y la autorización del órgano social competente cuando esto es necesario de acuerdo con sus estatutos sociales; y iii) la ausencia de inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones para contratar derivadas de la Ley.

La actividad económica de la persona natural o jurídica será verificada con la información que conste en el RUT y el objeto social para la persona jurídica como conste en el certificado de existencia y representación legal o el que haga sus veces.

El representante legal deberá estar debidamente facultado para representar legalmente a la sociedad y para celebrar todos los actos y contratos que se relacionen con el objeto de la misma.

8 EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MISMO, INDICANDO LAS VARIABLES UTILIZADAS PARA CALCULAR EL PRESUPUESTO DE LA CONTRATACIÓN Y LOS RUBROS QUE LO COMPONEN.

8.1 ANÁLISIS DEL SECTOR:

El artículo 2.2.1.1.1.6.1. del Decreto 1082 de 2015 establece la obligación de las entidades estatales de realizar, durante la etapa de planeación del proceso contractual, el análisis necesario para conocer el sector relativo al proceso de contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica y de análisis del riesgo; actividad pública que debe constar en los documentos del proceso.

La Unidad Administrativa Especial Agencia Nacional de Contratación Pública –Colombia Compra Eficiente – creada a través del Decreto-ley 4170 de 2011, tiene dentro de sus funciones la de difundir las normas, reglas, procedimientos, medios tecnológicos y mejores prácticas para las compras y la contratación pública.

En desarrollo de sus funciones legales, la Agencia Nacional de Contratación Pública –Colombia Compra Eficiente– expidió la Guía para la Elaboración de Estudios del Sector (G-EES-02) la cual respecto de los procedimientos de contratación directa expresa lo siguiente:

> *"En la contratación directa, el análisis del sector debe tener en cuenta el objeto del Proceso de Contratación, particularmente las condiciones del contrato, como los plazos y formas de entrega y de pago. El análisis del sector debe permitir a la Entidad Estatal sustentar su decisión de hacer una contratación directa, la elección del proveedor y la forma en que se pacta el contrato desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y economía.*
>
> *"La Entidad Estatal debe consignar en los Documentos del Proceso, bien sea en los estudios previos o en la información de soporte de los mismos, los aspectos de que trata el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015. […]*

Con sustento en lo anterior, se justifica en este documento que el análisis del sector no sea realizado en un documento independiente en razón a la modalidad de selección y a la orientación impartida por la Unidad Administrativa Especial Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.

8.1.1 Perspectiva legal

La contratación que es impulsada a partir del presente trámite administrativo está regida por el régimen de contratación estatal determinado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015 el cual compiló la normatividad correspondiente al sector administrativo de planeación nacional, en especial, el Decreto 1510 de 2013.

De esta manera, es claro que para la Alcaldía Municipal de Valdivia - Antioquia, el régimen legal aplicable corresponde al establecido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, situación jurídica que se extiende al contratista.

En ese orden de ideas, la persona quien pretenda ser contratista de la Alcaldía Municipal de Valdivia - Antioquia, deberá acreditar las condiciones jurídicas de capacidad para contratar a que hace referencia el artículo 6° de la Ley 80 de 1993, no estar incursos en causales de inhabilidad o incompatibilidad para participar en procesos de selección de contratistas, celebrar contratos estatales y acreditar las condiciones de idoneidad que se desarrollan en este estudio previo

Si el proponente tiene la condición de comerciante a que hace referencia el artículo 10 del Código de Comercio, para poder suscribir el contrato derivado del mismo deberá acreditar que no se encuentra inhabilitado para ejercer la actividad de comercio según lo determina el artículo 14 ídem, situación que se entenderá con la suscripción de la carta de presentación de la propuesta, así como la propuesta económica.

Si el proponente debe acreditar condiciones particulares especiales, tales como ser ingeniero, arquitecto, contador, abogado entre otras, deberán demostrar que se encuentra en ejercicio de la respectiva actividad o profesión a través del certificado que expida el órgano, entidad, consejo o institución correspondiente.

8.1.2 Perspectiva Comercial

El personal de apoyo de la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA**, consultó en el Sistema Electrónico para la Contratación Estatal (SECOP), en el mercado local y regional el comportamiento de contrataciones similares a la que se impulsa a partir del presente estudio previo.

Entre ellas se destaca los siguientes contratos:

Número proceso	Objeto contratado	Plazo	Valor	No. Constancia del proceso
CPS N°04062 5134	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, REALIZANDO UN MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN, SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL VIGENCIA 2025	UN (1) MES	$12,000,000	https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=25-12-14428955&g-recaptcha-response=03AFcWe

				A4ZQir 0NDY6 DejmNl yAoP6l dqXUu CXU4-
CPS-138-2024	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE FORMA AUTONOMA E INDEPEN-DIENTE PARA LA REALIZACION DE LA SEGUN-DA VERIFICACION DE LA SITUACIÓN DE VA-CUNACIÓN DEL PROGRAMA PERMANENTE Y DE LA BÚSQUEDA DEL ACUMULO DE SUSCEP-TIBLES PARA LOS BIOLÓGICOS TRAZADO-RES, EN CAMPO (MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA DE VACUNACION).	15 dias	$20.000.000	www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=25-12-14279407&g-recaptcha-response=03AFcWeA4Kvt8lpE6Jf7WBCKtK1BOWFmjYF2gDHvpqA1OTQSrXbYZ-4P_pz7frCI0clqlkzsf0bQen0_AxqIqS_SZLNMr8UlRLNe-R0BhlkwUqF-ErEO6uV4reMEa5xN8rMC-

¿La Entidad Estatal ha contratado recientemente los servicios profesionales y/de apoyo a la gestión requeridos?

La **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA** sí ha contratado con un objeto igual o similar a **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR EL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA Y BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMINETOS NACIONALES 2025 EN EL MUNICIPIO DE VALDIVIA ANTIOQUIA**

¿Cuál fue el valor del contrato y sus condiciones?

El valor del contrato fue de **CINCO MILLONES DE PESOS M/L ($5.000.000),** con una duración de **UN (01) MES** contado a partir del acta de inicio.

8.1.3 Perspectiva financiera

Consultadas las condiciones financieras de contrataciones que han sido suscritas por otras entidades pública con objetos iguales o similares al que pretende ser contratado a partir del presente estudio previo y teniendo en cuenta las condiciones de ejecución del contrato, los riesgos que ha de asumir el (la) contratista para garantizar el cumplimiento del contrato, esta entidad pública estima la fijación de unos honorarios correspondientes a **SEIS MILLONES DE PESOS M/L ($6.000.000)** para la ejecución contractual.

8.1.4 Perspectiva financiera

La persona natural o jurídica idónea para satisfacer la necesidad establecida en el presente

estudio previo, debe reunir las siguientes condiciones de capacidad técnica e idoneidad para ejecutar el presente contrato:

8.1.4.1 Formación académica

Tener título profesional en enfermería; otorgado por una Institución de Educación Superior debidamente autorizada.

8.1.4.2 Experiencia Requerida

La persona idónea para la ejecución del objeto contractual que se requiere según la necesidad de la entidad es aquella quien acredite mínimo **UN (1) AÑO** de experiencia profesional.

8.2 PRESUPUESTO OFICIAL:

El valor del contrato asciende a la suma de **QUINCE MILLONES DE PESOS M/L ($15.000.000),** incluido IVA y todos los impuestos directos e indirectos a que haya lugar, determinadas de acuerdos a las actividades a realizar por el contratista.

Los criterios que fueron tenidos en cuenta por la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VALDIVIA - ANTIOQUIA** para la asignación de este presupuesto se basaron en el número de actividades, el nivel de responsabilidad y la capacidad sumada a la experiencia requerida para la ejecución del contrato. De igual manera, es de precisar que el precio estipulado para todo el monto es el resultado de estudios de precios de mercado que se hicieron a nivel regional y local, todos ellos enmarcados en precios nacionales del mercado.

Para establecer el presupuesto oficial se tuvo en cuenta todos los tributos, impuestos y deducciones a que está sujeto el contratista.

8.3 FORMA DE PAGO O DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS:

El pago se realizará de la siguiente forma: **UN (1) PRIMER PAGO** por valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L ($3.800.000)** con corte al 30 de junio de 2025, **UN (01) SEGUNDO PAGO** por valor de **SEIS MILLONES DE PESOS M/L ($6.000.000)** con corte al 31 de julio de 2025 y **UN (01) ÚLTIMO PAGO** por valor de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($5.200.000)** con corte al 26 de agosto de 2025, para el desembolso de cada uno de los pagos, se requiere que vayan acompañados de los siguientes documentos:

- Cuenta de cobro y/o factura.
- Informe de actividades y sus respectivos anexos.
- Informe de supervisión. (corresponde a la entidad)
- Constancias de pago de la seguridad social integral.
- Aval de pago. (corresponde a la entidad)

8.4 RUBRO PRESUPUESTAL, CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Y NÚMERO DE REGISTRO EN EL BANCO DE PROYECTOS

CDP No.	Fecha de expedición CDP	Rubro presupuestal	Bpin	Valor
00335	27/05/2025	2.3.2.02.02.009	2024058540029	$15.000.000

9 SUPERVISIÓN

La supervisión del contrato la ejercerá la Alcaldía Municipal De Valdivia - Antioquia, a través de la Secretaría de Seguridad Social y Familia o quien haga sus veces.

10 EL ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

Cumpliendo con lo expresado en el numeral 6 del Artículo 3 del Decreto 066 de 2008, y con base al desarrollo legal, jurisprudencial y doctrinal existente sobre el principio de ecuación contractual (Art. 27 y 28 Ley 80 de 1993), o del equilibrio económico del contrato, los riesgos previsibles que puedan afectar la equivalencia económica del contrato que llegaré a adjudicarse para la satisfacción del objeto requerido, en el presente caso obedecen a unos riesgos mínimos que no ocasionan ninguna alteración en el equilibrio económico del contrato.

MATRIZ DEL RIESGO

N	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Control a ser implementado	Impacto después del tratamiento				¿Afecta la ejecución del	Responsable por	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad
1	General	Externo	Ejecución	Operacional	Accidentes	Demandas en contra de la entidad	3	4	7	Alto	Contratista	Verificación efectiva de la afiliación a la ARL	3	1	4	Bajo	Si	Contratista - Entidad	Al inicio del Contrato	Plazo del contrato	Con la Constancia de afiliación ARL	Una (1) vez al mes
2	General	Externo	Ejecución	Operacional	Incumplimiento	Pérdida de Recursos	1	5	6	Alto	Contratista	Seguimiento al cumplimiento de la Ejecución del Contrato	1	4	5	Medio	Si	Contratista - Entidad	Al inicio del Contrato	Plazo del contrato	Informes de supervisión al contrato	Diaria
3	Genera	Externo	Ejecuci	Social	Alteración de Orde	Retraso en la Ejec	3	3	6	Alto	Contrat	Informar a la fuerza públic	3	2	5	Medio	Si	Contratista	Demanera	Demanera	Comunicaciones	Eventual

					n Públi co	ució n					a						inm edi ata a la ocu rre nci a del hec ho	inm edi ata a la ocu rre nci a del hec ho	ofici ales	
4	General	Externo	Planeación	Operacional	No pres enta ción o Pres enta ción tardí a de las gara ntías	Incu mpli mien to del contr ato o Retr aso en la ejec ució n del Cont rato	3	4	7	Alto	Contratista	Notific ación de entreg a de la minut a del contra to	2	3	5	Medio	No	Contratista - Entidad	A la cel ebr aci ón del con trat o	A la fec ha de Inic io del Co ntr ato	Notifi cació n vía Emai l y Telef ónica	Ev ent ual
5	Especifico	Externo	Ejecución	Biológico	Pan demi a	Cua ndo en el proc eso de ejec ució n de las activ idad es contr actu ales, el contr atist a o cola bora dore s o bene ficiar ios adqu ieren el	Posible	Mayor	8	Alta	CONTRATISTA/ CONTRATANTE	Imple menta ción de las medid as de biose gurida d perso nal, desaf ección de entreg ables a los benefi ciarios y colab orador es, imple menta ción de estrat egias pedag	Raro	Mayor	8	Medio	No	Secretaria de Despacho - Contratista	Fec ha del Act a de Inic io	Fec ha del Act a de ter min aci ón	Verifi cació n activi dad por activi dad de la imple ment ación de los proto colos	Co nst ant e

						virus.						ógicas antes de, con difusión de mensajes ilustrativos de las actividades								
6	Especifico	Externo	Ejecución	Natural	Eventos de fuerza mayor	- Inestabilidad en el avance del contrato. - Demora en la ejecución del contrato. - Mayores costos en la labor. - Suspensiones prolongadas en la labor. - Terminación unila	Probable	Mayor	8	Alta	CONTRATISTA/ CONTRATANTE	El contratista y la Entidad definirán las estrategias para mitigarlo	nosible	Mayor	8	Medio	No	Secretaría de Despacho - Contratista	Fecha en la cual se Materializa el riesgo	Antes de la finalización del contrato	Informe de supervisión	Constante

						teral del contr ato.														

11 LAS GARANTÍAS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTEMPLA EXIGIR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

El Contratista no otorgará a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE garantías según lo estipula el Artículo 2.2.1.2.1.4.5. Del decreto 1082 de 2015. No obligatoriedad de garantías. En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en el Título 111 de las Disposiciones Especiales del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos.

12 LA INDICACIÓN DE SI EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ESTA COBIJADO POR UN ACUERDO COMERCIAL

Toda vez que la presente contratación esta desarrolla bajo la modalidad de contratación directa cuya causal es la prestación de servicios y de apoyo a la gestión, no se encuentra cobijada por ningún tratado internacional.

Original Firmado
ANGELICA MARIA REYES ORREGO
Secretaría de Seguridad Social y Familia

	Funcionario o contratista	Firma	Fecha
Elaboró:	**Angelica María Reyes Orrego -** secretaria de Seguridad Social y Familia	Original Firmado	11/06/2025
Revisó:	**Anyi Milena Palacio Ceballos** – Abogada Oficina de Contratación	Original Firmado	11/06/2025
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			