**ESTUDIO DEL SECTOR**
**DECRETO 1082 DE 2015**

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

## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015, la entidad se elaboran los Estudios del Sector para contratar la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA** y se deja constancia mediante el presente documento, del análisis del sector "Comercial" realizado en la etapa de planeación y estructuración de este, así:

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

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

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

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

De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 del 26 de mayo del 2015, le corresponde al Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, efectuar el análisis económico y en aplicación al manual o guía expedido por Colombia Compra Eficiente para la elaboración de los estudios del sector en materia de contratación interadministrativa artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 del 26 de mayo del 2015, se establece el siguiente análisis del sector desde los aspectos legales, organizacionales, comerciales, técnicos, análisis de riesgo, dejando claro que; "*No será necesario que la Entidad estatal haga un estudio de la oferta y la demanda del sector de la prestación de servicios con particulares sobre tipos, precios, calidades y cantidades de la oferta y la demanda.*"

El análisis del sector hace parte de la planeación de los Procesos de Contratación de las entidades estatales y materializa los principios de planeación, de responsabilidad y de transparencia consagrados en la Ley 80 de 1993.

La finalidad de este estudio es permitirle a la entidad estatal sustentar su decisión de hacer una contratación interadministrativa, la elección del proveedor del bien o servicio, y la forma en que se pacta el contrato desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y economía.

## 2. ANTECEDENTES.

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

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

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

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

Que, de igual forma, se debe garantizar la atención en salud a las poblaciones especiales según lo dispuesto en la ley 387 de 1997, la ley 1448 de 2011, los decretos 2131 de 2003 y 250 de 2005, así como la sentencia T-025 de la honorable Corte Constitucional, y la ley 1098 de 2006. Este mismo decreto en sus artículos 12 al 16, señala que la entidad responsable de pago, en este caso el ente territorial, podrá utilizar de la forma como allí está descrita, un mecanismo de autorización de los servicios que requiere el usuario.

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

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

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

La Ley 715 de 2001 establece que es competencia de los Distritos en materia de salud formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional; adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas, así como adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación. El artículo 47 establece que los recursos de Sistema General de Participación en Salud se utilizaran para el componente prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada.

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

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

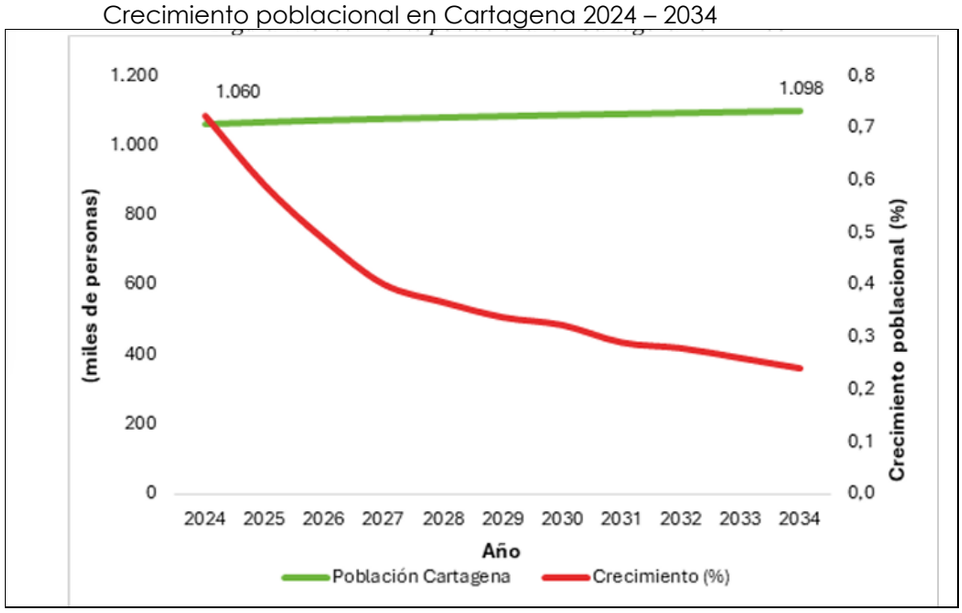
Para el cumplimiento de estas competencias dentro de la Estructura Orgánica de la Alcaldía de Cartagena de Indias, se creó el Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS cuyo objetivo general es dirigir,

orientar, regular, vigilar y controlar el Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena, bajo una organización y gestión descentralizada del sector, que permita cumplir con los principios consagrados en la Constitución Política y los propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creando condiciones de acceso de toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención y complejidad.

Según las proyecciones de población municipal del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Cartagena experimentará un aumento de aproximadamente 38.000 habitantes durante el período comprendido entre 2024 y 2034. Sin embargo, se espera que este crecimiento poblacional se desacelere, con una tasa anual promedio de alrededor del 0,5% en los próximos diez años.

Esta divergencia entre el aumento absoluto de habitantes y la disminución en la tasa de crecimiento puede tener implicaciones económicas para Cartagena; aunque el crecimiento poblacional puede impulsar la demanda de bienes y servicios, la desaceleración en la tasa de crecimiento sugiere cambios en la dinámica demográfica, teniendo efectos en la estructura laboral, la inversión y el gasto público.

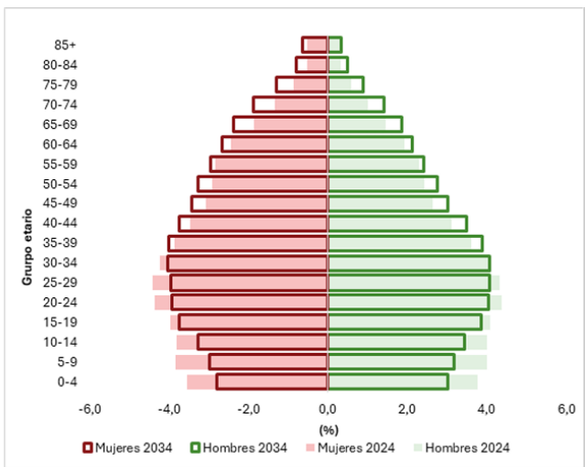
Crecimiento poblacional en Cartagena 2024 – 2034




Fuente: DANE – Proyecciones de población. Elaboración propia.

Adicionalmente, el análisis de la estructura poblacional de Cartagena entre 2024 y 2034 sugiere un proceso gradual de envejecimiento demográfico, evidenciado por cambios en la distribución por edades de la población total. En ambos períodos, la población en edad de trabajar (adultos entre 15 y 62 años) representa aproximadamente el 69% de los habitantes de Cartagena, lo que indica una fuerza laboral robusta y una demanda importante de empleo (Figura 2). Sin embargo, se espera una variación negativa de 4,3 puntos porcentuales (p.p.) en la proporción de menores de 15 años, pasando del 22,9% en 2024 al 18,7% en 2034. Por el contrario, se proyecta que la población mayor de 65 años aumente del 8,7% al 12% del total de habitantes, lo que representa una variación de 3,2 p.p.

Pirámide poblacional Cartagena (2024 - 2034)




Fuente: DANE – Proyecciones de población.

La pobreza es un fenómeno multidimensional que trasciende las consideraciones económicas, siendo relevante incorporar otros aspectos que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las personas. Estos pueden incluir el acceso a servicios básicos como educación y salud, condiciones dignas de vivienda y seguridad alimentaria. El análisis de las cifras de pobreza proporciona una visión integral de las necesidades y desafíos que enfrenta una comunidad; la pobreza afecta no solo el bienestar individual de las personas, sino también el desarrollo económico y social de un territorio. Al comprender la magnitud y las características de la pobreza en una comunidad específica, es posible identificar áreas prioritarias de intervención y asignar recursos para abordarlas.

Al abordar la pobreza desde una perspectiva multidimensional en Cartagena, se observa una situación que va más allá de la privación económica. Los datos proporcionados por el DANE, a través del Censo Nacional de Población y Vivienda, revelan la incidencia de la pobreza multidimensional en diferentes áreas geográficas de la ciudad. Esta medida se expresa mediante el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), que considera una variedad de dimensiones, como la educación, la salud, las condiciones de vivienda y el empleo.

El análisis multidimensional de la pobreza en Cartagena revela diversas privaciones significativas (Tabla 1). En el ámbito educativo, se presenta un desafío considerable; el analfabetismo afecta al 6,5% de la población, mientras que un tercio de esta presenta bajo logro educativo (33,5%). En salud, las barreras de acceso a servicios de salud afectan al 2,5% de la población, y un porcentaje considerable carece de aseguramiento en salud (17,6%).

Según las cifras reportadas por la oficina de aseguramiento del Departamento Administrativo Distrital de Salud, tenemos que a corte diciembre de 2024, el Distrito de Cartagena de Indias tiene una población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS de 699.118 personas, clasificadas en los grupos de SISBEN A, B y C de la Metodología IV. Dentro de este contexto, nos encontramos frente a una de las problemáticas actuales del Distrito de Cartagena, la cual radica en la existencia de personas, que por múltiples razones, no están dentro de ese rango de aseguramiento, sea por no tener documentos de identidad, ser desplazados o migrante retornados sin regularización, entre otros factores, también está la población no asegurada (PNA) con una cifra aproximada de 4.989, población a la cual el Distrito de Cartagena debe garantizarle la atención en salud, donde la participación femenina es del 50.1 % ; teniendo también un aproximado de 59.728 migrantes con permisos de protección temporal PPT afilados al SGSSS, existe un rango numérico de 3.509 PPT entregados sin aseguramiento en ninguno de los dos regímenes, por lo que se realiza trabajo articulado desde la mesa migratoria del Distrito para verificar si esos migrantes aún están en la ciudad o se fueron a otro territorio, toda vez que cobra importancia el garantizarles el derecho fundamental a la salud.

El Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su Artículo 2.4.6 Definiciones. Para efectos la presente Parte, adóptense las siguientes definiciones: 4. Población pobre no asegurada-PPNA (hoy llamada PNA). Es aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado.

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

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

Mediante la Resolución 2366 de 29 Diciembre 23 de 2023 *"Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)",* donde se deja muy en claro que la actualización de procedimientos se basó en el análisis de 274 procedimientos no financiados con recursos de la UPC, considerando tendencias de prescripción entre 2019 y 2022. Como resultado, se recomienda la financiación con recursos de la UPC de 46 procedimientos, representando más del 97%; también contiene los siguientes anexos: Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC"; Anexo 2: "Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC", y el Anexo 3: "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico financiados con recursos de la UPC" y Anexo 4 "Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública".

Además de lo anterior, se debe tomar en cuenta la Resolución 0641 de abril 4 de 2024 Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnología en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

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

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

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

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

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

En apego a lo que establece la Resolución 857 de 2020, artículo 2.4.2.7. *Uso de los recursos del Subsidio a la Oferta. Los recursos del subsidio: a la oferta deberán ser usados por los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, para la financiación de los gastos la operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado 01 administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019.*

Los departamentos, los distritos y municipios certificados definidos en el artículo 2.4.1.3 del decreto 857, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empres Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación (servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y su ejecución deberá realizarse mediante la suscripción de convenios o contratos que garanticen la transferencia del subsidio a dichas entidades. El convenio o contrato deberá incluir, entre otros, indicadores y metas de calidad en la prestación de servicios de salud a la población y de gestión financiera y de producción, los cuales deben ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato. El término de ese convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos del convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento del cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte de1 mismo. Cuando se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el convenio o contrato, la entidad territorial deberá adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos y debe a establecer, si así llegare a determinarlo, las condiciones que se deben cumplir para continuar efectuando los giros, en el marco de la ejecución del convenio o contrato.

Durante el año 2024, de acuerdo con lo reportado en el informe de gestión de la Dirección Operativa de Prestación de Servicios, se evidenció la siguiente relación de los estados históricos de facturación por evento, contratos, migrantes y PNA:

Estado histórico de la facturación por eventos y contratos, migrantes y PNA 2024.

| CONSOLIDADO 2024 POR VALORES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ESTADO** | **CONTRATO** | **MIGRANTES** | **SIN_CONTRATO** | **TOTAL** |
| ASIGNADA | $ 3,347,900.00 | $ 2,051,229.00 | $ 1,035,352.00 | $ 6,434,481.00 |
| AUDITADA | $ 5,305,678.00 | $ 1,212,109,393.89 | $ 157,233,349.40 | $ 1,374,648,421.29 |
| CONCILIADA | $ 1,590,162,484.40 | $ 8,031,631,200.25 | $ 2,064,773,201.00 | $ 11,686,566,885.65 |
| DEVUELTA | $ 636,095,969.00 | $ 2,334,644,654.00 | $ 225,714,813.00 | $ 3,196,455,436.00 |
| RADICADA | | $ 260,250.40 | | $ 260,250.40 |
| **Total genera** | **$ 2,234,912,031.40** | **$ 11,580,696,727.54** | **$ 2,448,756,715.40** | **$ 16,264,365,474.34** |

También en el informe, se hace mención y se demuestra el seguimiento al número de servicios de salud autorizados a la población extranjera durante los cuatro trimestres del año 2024. Los usuarios relacionados en cada periodo se encuentran con estatus migratorio irregular, y no tienen capacidad de pago, dicha verificación fue realizada por el servicio de Autorizaciones DADIS. Los usuarios de nacionalidad venezolana presentan el mayor número de requerimientos. En el año 2024 las autorizaciones para servicios de salud en el ámbito ambulatorio representaron el 74% del total generado y el 26% restante fueron generadas dentro del ámbito hospitalario:

Tabla 7.2.13.1.5. Autorizaciones DADIS generadas a Población No Asegurada
Durante el 2024

| 2024 | No. USUARIOS | No. AUTORIZACZOIONES |
|---|---|---|
| ENERO | 18 | 38 |
| FEBRERO | 8 | 25 |
| MARZO | 7 | 51 |
| ABRIL | 5 | 16 |
| MAYO | 7 | 10 |
| JUNIIO | 6 | 16 |
| JULIO | 7 | 9 |
| AGOSTO | 7 | 13 |
| SEPTIEMBRE | 4 | 5 |
| OCTUBRE | 9 | 23 |
| NOVIEMBRE | 3 | 11 |
| DICIEMBRE | 10 | 23 |
| TOTAL | 91 | 240 |

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

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

Autorizaciones DADIS generadas a usuarios extranjeros
año 2024

| **PAIS** | **No USUARIOS** | **NO AUTORIZACIONES** |
|---|---|---|
| Venezuela | 1287 | 5034 |
| Ecuador | 20 | 78 |
| Italia | 3 | 32 |
| Haiti | 2 | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| Francia | 1 | 2 |
| Peru | 2 | 2 |
| Republica Dominicana | 1 | 4 |
| USA | 2 | 3 |
| España | 2 | 3 |
| Costa Rica | 2 | 2 |
| Puerto Rico | 6 | 51 |
| Cuba | 1 | 4 |
| Panama | 2 | 2 |
| Brasil | 1 | 1 |
| Argentina | 1 | 9 |
| Australia | 1 | 2 |
| **TOTAL** | **1334** | **5233** |

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

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

| RELACIÓN DE LOS CINCO PRIMEROS DIAGNÓSTICOS CON MAYOR NÚMERO DE AUTORIZACIONES DURANTE EL AÑO 2024. | |
|---|---|
| DIAGNOSTICOS | |
| SUPERVISIÓN DEL EMBARAZO | 2831 |
| ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL | 124 |
| TRAUMATISMOS Y FRACTURAS | 187 |
| TUBERCULOSIS DE PULMON | 128 |
| ALTO COSTO: | |
| *ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION | |
| *LESIÓN DE LOS SITIOS CONTIGUOS DE LOS BRONQUIOS Y EL PULMON | |
| *TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX | |
| *TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO | |
| *LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA | |
| *ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA | 482 |
| *INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA | |
| *QUEMADURA DE MULTIPLES REGIONES, CON MENCIÓN AL MENS DE UNA QUEMADURA DE TERCER GRADO | |
| *TUMOR MALIGNO DEL PILAR AMIGDALINO (ANTERIOR) (POSTERIOR) | |
| *LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA AMIGDALA | |
| *TUMOR MALIGNO DEL RECTO | |

| | |
|---|---|
| *TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL | |
| *TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA | |
| *TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA | |
| *TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA REGION INGUINAL Y DEL MIEMBRO INFERIOR | |
| *ANGINA INESTABLE | |
| *ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO | |

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

Las causas por las que más se generaron consultas y atenciones en el año 2024 fueron las siguientes:

| DIAGNOSTICO | FRECUENCIA |
|---|---|
| Dolor pelvico y perineal | 2639 |
| Otros sintomas y signos generales especificados | 883 |
| Otros dolores abdominales y los no especificados | 387 |
| Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado | 305 |
| Dolor abdominal localizado en parte superior | 280 |
| Cefalea | 225 |
| Desnutricion proteicocalorica severa, no especificada | 154 |
| Disnea | 148 |
| Dolor, no especificado | 142 |
| Sepsis, no especificada | 129 |
| Rinofaringitis aguda [resfriado comun] | 124 |
| Fiebre, no especificada | 123 |
| Hipertension esencial (primaria) | 123 |
| Colico renal, no especificado | 119 |
| Otros procedimientos medicos | 119 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de | 117 |
| Tuberculosis del pulmon, confirmada por hallazgo microscop | 101 |
| Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen | 97 |
| Leucemia linfoblastica aguda [LLA] | 96 |
| Asma no alergica | 93 |
| Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacio | 91 |
| Enfermedad renal cronica, no especificada | 87 |
| Gingivitis cronica | 87 |
| Celulitis de otras partes de los miembros | 86 |

Los procedimientos de mayor demanda fueron los siguientes:

| PROCEDIMIENTO | Frecuencia |
|---|---|
| OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO | 8686 |
| TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL | 4200 |
| GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] | 3978 |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDI | 2313 |
| CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1616 |
| NITROGENO UREICO | 1523 |
| POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1230 |
| SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1216 |
| CLORO | 1177 |
| GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 630 |
| UROANALISIS | 594 |
| PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO | 593 |
| TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | 553 |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | 552 |
| SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL | 549 |
| Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS | 443 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUA | 429 |
| VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA | 425 |
| MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 417 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | 412 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA | 411 |
| BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | 394 |
| TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | 312 |
| VACUNACION CONTRA INFLUENZA | 302 |
| VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP) | 272 |

Fuente. Sistema Intranet de Gestión DADIS

Siguiendo con el análisis del comportamiento de los servicios que fueron demandados por la población beneficiaria de los convenios interadministrativos celebrados para la vigencia 2024, tenemos la siguiente relación que evidencia las consultas más frecuentes por Empresa Social del Estado, coincidiendo la gran mayoría:

| PROCEDIMIENTO | FRECUENCIA |
|---|---|
| TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL | 4200 |
| GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] | 3906 |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITO | 1865 |
| CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1530 |
| NITROGENO UREICO | 1478 |
| POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1228 |
| SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1214 |
| CLORO | 1176 |
| PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO | 593 |
| TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | 543 |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | 542 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (P A O A P Y LATERAL DECUBITO LATERAL OB | 419 |
| MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 417 |
| BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | 378 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSF | 371 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | 371 |
| GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 349 |
| UROANALISIS | 308 |
| TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | 295 |
| FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 218 |
| HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA | 216 |
| PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS | 210 |
| CALCIO IONICO | 208 |
| PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO | 191 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE | 164 |

Los procedimientos más frecuentes realizados en la ESE Clínica de Maternidad rafal Calvo C. durante la vigencia 2.024 son:

| PROCEDIMIENTO | FRECUENCIA |
|---|---|
| OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO | 8686 |
| TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL | 4200 |
| GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] | 3906 |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDI | 1865 |
| CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1530 |
| NITROGENO UREICO | 1478 |
| POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1228 |
| SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1214 |
| CLORO | 1176 |
| PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO | 593 |
| TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | 543 |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] | 542 |
| VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA | 425 |
| SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL | 421 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (P A O A P Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUA | 419 |
| MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 417 |
| BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA | 378 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA | 371 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | 371 |
| GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 349 |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDI | 321 |
| UROANALISIS | 308 |
| VACUNACION CONTRA INFLUENZA | 302 |
| TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS | 295 |
| VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP) | 272 |

Fuente. Sistema Intranet de Gestión DADIS

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

Todos estos factores, ponen en evidencia una situación problemática en el distrito de Cartagena de Indias, al evidenciar la existencia de una población insatisfecha por la inoportunidad en la atención en la población no asegurada y desplazados a quienes el distrito debe garantizarle la atención de sus necesidades en salud

en todos los niveles de complejidad bajo los preceptos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, integralidad y calidad en los términos definidos por la ley.

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

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

El artículo 2.4.2.7. Uso de los recursos del Subsidio a la Oferta. Los recursos del subsidio: a la oferta deberán ser usados por los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, para la financiación de los gastos la operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado 01 administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019. I Los departamentos, los distritos definidos en el artículo 2.4.1 .3 del presente decreto y municipios certificados, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empres Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación (servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y la Protección Social, y su ejecución deberá realizarse mediante la suscripción de convenios o contratos que garanticen la transferencia del subsidio a dichas entidades. El convenio o contrato deberá incluir, entre otros, indicadores y metas de calidad en la prestación de servicios de salud a la población y de gestión financiera y de producción, los cuales deben ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato. El término de ese convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos del convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento del cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte de1 mismo. Cuando se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el convenio o contrato, la entidad territorial deberá adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos y debe a establecer, si así llegare a determinarlo, las condiciones que se deben cumplir para continuar efectuando los giros, en el marco de la ejecución del convenio o contrato.

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

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

**3 .OBJETO CONTRACTUAL**

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

## 4. SECTOR COMERCIAL

**4.1 CLASIFICACIÓN UNSPSC DEL OBJETO DEL CONTRATO.**

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

| SEGMENTO | FAMILIA | CLASE |
|---|---|---|
| 85 - Servicios de Salud | 8510 - Servicios integrales de salud | 8510706 – Servicios tradicionales de la atención en salud. |
| 85 - Servicios de Salud | 8510 - Servicios integrales de salud | 851015 - Centros de salud |

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

La actividad económica está dividida en **sectores económicos.** Cada sector se refiere a una parte de la actividad económica cuyos elementos tienen características comunes, guardan una unidad y se diferencian de otras agrupaciones.

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

**División según la economía clásica**

Según la división de la economía clásica, los sectores de la economía son los siguientes:
**Sector primario o sector agropecuario**. Es el sector que obtiene el producto de sus actividades directamente de la naturaleza, sin ningún proceso de transformación. Dentro de este sector se encuentran la agricultura, la ganadería, la silvicultura, la caza y la pesca. No se incluyen dentro de este sector a la minería y a la extracción de petróleo, las cuales se consideran parte del sector industrial.

**Sector secundario o sector Industrial**. Comprende todas las actividades económicas de un país relacionadas con la transformación industrial de los alimentos y otros tipos de bienes o mercancías, los cuales se utilizan como base para la fabricación de nuevos productos. Se divide en dos subsectores: industrial extractivo e industrial de transformación:

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

**Sector terciario o sector de servicios.** Incluye todas aquellas actividades que no producen una mercancía en sí, pero que son necesarias para el funcionamiento de la economía. Como ejemplos de ello tenemos el comercio, los restaurantes, los hoteles, el transporte, los servicios financieros, las comunicaciones, los servicios de educación, los servicios profesionales, el Gobierno, etc

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

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

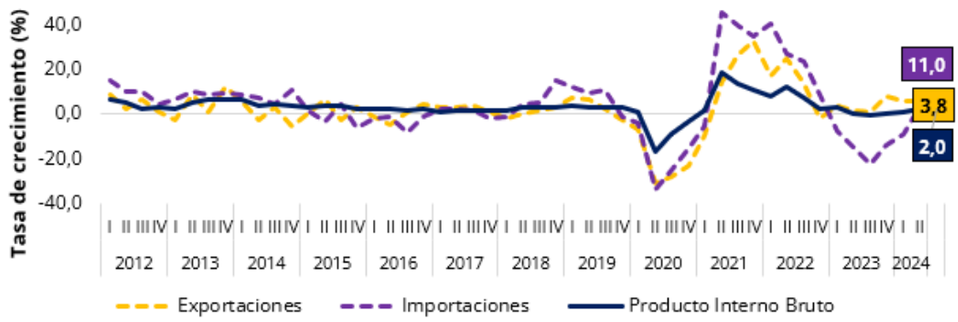
Dada la naturaleza del objeto del contrato, se ubica dentro del Sector **Terciario o de Servicios**

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

4.2 **COMPORTAMIENTO DEL SECTOR ECONÓMICO.**

De acuerdo con el Boletín Técnico Producto Interno Bruto (PIB) publicado por el DANE, el Producto Interno Bruto (PIB) de Colombia en el tercer trimestre de 2024 creció 2,0% en comparación con el mismo periodo del 2023.

**Producto Interno Bruto trimestral (2012 - III Trim 2024)**
Tasa de crecimiento anual (%)




Fuente: Analdex, datos DANE.

Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado para el año 2024 son:

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; crece 9,8%.
- Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, crece 8,9%.
- Administración pública y defensa crece 4,2%
- Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado crece 2,7

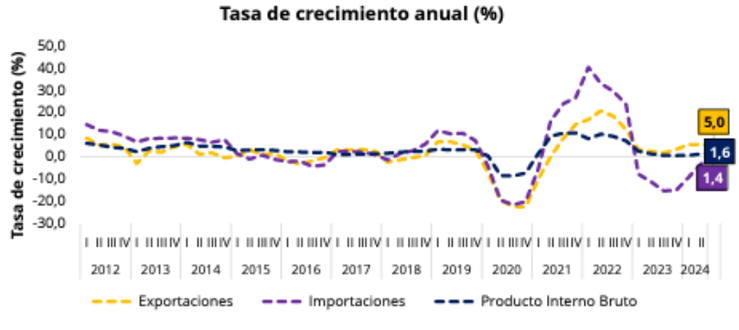
En el tercer trimestre de 2024, el Producto Interno Bruto en su serie original, crece 2,0% respecto al mismo periodo de 2023. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son:

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios;
- crece 14,1%.
- Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, crece 10,7%.
- Actividades financieras y de seguros crece 4,4%.
- Construcción crece 4,1%
- Administración pública y defensa crece 2,1%

Desde el enfoque del gasto, en el tercer trimestre la demanda interna creció 3,6%, jalonado principalmente por la variación positiva de la formación bruta de capital fijo (4,0%), y el gasto de los hogares (1,6%). Así mismo, se evidenció un crecimiento en las exportaciones y las importaciones, cifras que se ubicaron en 3,8% y 11%, respectivamente.

Al analizar el PIB desde el enfoque del gasto durante lo corrido de 2024, se puede notar que la formación bruta de capital fijo, que caía en lo corrido del primer semestre, ahora ha revertido esta tendencia, ubicándose entre enero y septiembre en crecimiento de 0,6%, mostrando leves pero importantes señales de recuperación. Asimismo, las importaciones en lo corrido del presente curso han pasado de cifras negativas a un 1,4% en lo corrido del 2024.

**Producto Interno Bruto (2012 - corrido 2024)**
**Tasa de crecimiento anual (%)**




Fuente: Analdex, datos DANE

En el tercer trimestre del 2024, se evidenció un crecimiento de diez actividades productivas frente al mismo periodo del 2023:

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación (14,1%).
- Agricultura y ganadería (10,7%).
- Actividades financieras y de seguros (4,4%).
- Construcción (4,1%).
- Administración pública (2,1%).
- Actividades inmobiliarias (2,0%).
- Comercio (1,0%).

- Servicios públicos (1,0%).
- Información y comunicaciones (0,8%).
- Actividades profesionales (0,5%).

Por su parte, hubo un decrecimiento de:

- Industrias manufactureras (-1,3%).
- Explotación de minas y canteras (-7,1%).

También desde el enfoque de la producción, el PIB durante lo corrido de 2024 presentó un crecimiento de 1,6% respecto al mismo periodo del año anterior. Las actividades que más contribuyeron a dicha dinámica fueron

- Agricultura (7,9%).
- Actividades artísticas (7,6%).
- Administración pública y defensa (5,2%).

El gasto público en sanidad en Colombia creció 736.290.536 millones en 2023, es decir un 6,65%, hasta 19.834.146.185,5 millones de euros, con lo que representó el 19,01% del gasto público total. Esta cifra supone que el gasto público en sanidad en 2023 alcanzó el 5,9% del PIB, una subida 0,07 puntos respecto a 2022, en el que fue el 5,83% del PIB.

En 2023, Colombia se mantuvo en la misma posición en el ranking de países por importe invertido en sanidad, en el puesto 29. En cuanto a su proporción repecto al PIB, su situación ha mejorado desde el puesto 45 hasta el 44, de los 192 países que componen el ranking.

En referencia al porcentaje que supone la inversión en sanidad respecto al presupuesto gubernamental (gasto público), Colombia se encuentra en el puesto 17.

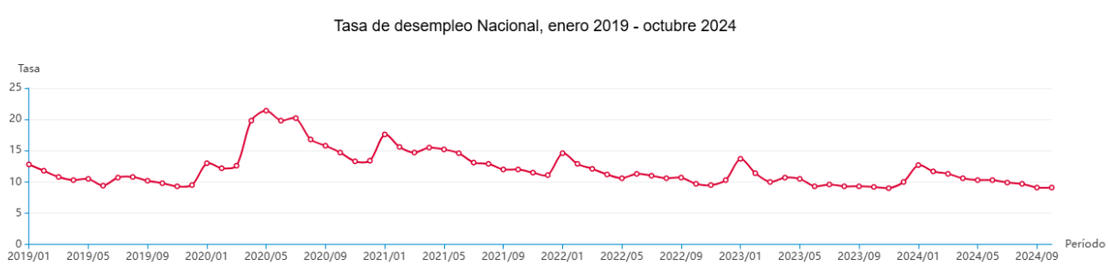
En 2023, el gasto público per cápita en sanidad en Colombia fue de 380 euros por habitante. En 2022 fue de 370 euros, luego se produjo un incremento del gasto público en sanidad por habitante del 2,7%, 10 euros por persona. En la actualidad, según su gasto público en sanidad per cápita, Colombia se encuentra en el puesto 73 de los 192 publicados.

También resulta interesante el hecho de que, en 2021, Colombia dedicó el 19,01% de su gasto público total a sanidad, mientras que el año anterior había dedicado el 18,5%, cinco años antes el 17,66% y si nos remontamos diéz años atrás el porcentaje fue del 16,48% del gasto publico, es decir el porcentaje dedicado a sanidad se ha ido incrementando en los últimos años.

En 2023, el gasto público per cápita en sanidad en Colombia fue de 380 euros por habitante. Se trata del gasto total en salud dividido entre todos sus habitantes, independientemente de la edad o situación de éstos. En la actualidad, según su gasto público en sanidad per cápita, Colombia se encuentra en el puesto 73 de los 192 publicados.

### 4.3 DESEMPLEO

De acuerdo a la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) la tasa de desempleo en Colombia en octubre de 2024 fue de 9,1%, 0,1 p.p. menos que en octubre de 2023 (9,2%).




La tasa de desempleo para el total nacional en octubre de 2024 para las mujeres fue de 11,2%, lo cual significa un aumento de 0,3 p.p. a la presentada en octubre de 2023 que fue de 11,5%.

La tasa de desempleo de hombres pasó de 7,5% en octubre de 2023 a 7,6% en octubre de 2024. La brecha entre hombres y mujeres en octubre de 2024 fue de 3,6 p.p., mientras que en octubre de 2023 era de 4,0 p.p., lo cual implica una disminución de 0,4 p.p. en los últimos doce meses en la brecha de género.

**4.4 INFLACIÓN**

**Variación Total IPC**
**Diciembre 2024**

| IPC | Diciembre | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Variación Anual | | Variación Mensual | |
| | 2023 | 2024 | 2023 | 2024 |
| IPC total | 9,28 | **5,20** | 0,45 | **0,46** |

La cifra anual del IPC cedió frente a 2023 (9,28%). El IPC cerró en 5,20% en todo el año, lo que significó una reducción de 4,08%.

Entretanto, el dato mensual para el último mes del año fue de 0,46%, lo que significó una reducción de 0,1% frente a igual periodo de 2023 (0,45%).

El comportamiento del IPC en diciembre de 2024 fue de 0,4 %, que se explica, principalmente, por la variación mensual de las divisiones Restaurantes y hoteles (0,9 %) y Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (0,5 %); Alimentos y bebidas no alcohólicas (0,5 %).

Por debajo se ubicaron: Bebidas alcohólicas y tabaco (0,4 %), Transporte (0,3 %), Bienes y servicios diversos (0,1 %), Salud (0,1 %), entre otras.

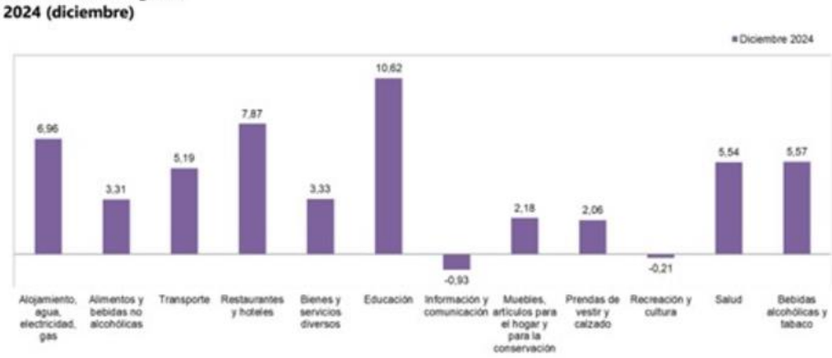
Mientras, la división Recreación y cultura tuvo una variación mensual de -0,2 %, y la división Información y comunicación registró una variación negativa de -0,1 %.

La variación de la inflación en 2024 ha sido la más baja desde 2021 cuando fue de 1,61 %, y se explica, principalmente, por la variación anual de las divisiones educación que registró la mayor variación anual con 10,6 %, seguida de la división Restaurantes y hoteles con una variación anual de 7,8 %; Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (6,9 %), Bebidas alcohólicas y tabaco (5,5 %) y Salud (5,5 %) se ubicaron por encima del promedio nacional (5,2 %).

En tercer lugar, se ubicó la división Información y comunicación con una variación anual de -0,9 %, siendo la mayor variación negativa anual.

Por debajo del promedio anual están las divisiones Transporte (5,1 %), Bienes y servicios diversos (3,3 %), Alimentos y bebidas no alcohólicas (3,3 %), principalmente.

**Variación anual del Índice de Precios al Consumidor (IPC)**
**Por divisiones de gasto**
**2024 (diciembre)**




**4.5 SALARIO MÍNIMO 2025**

Teniendo en cuenta la necesidad que se pretende suplir por parte del proveedor, es necesario observar el comportamiento del incremento que ha tenido el salario mínimo en Colombia y el valor fijado de $1.423.500 M/CTE según Decreto No. 1572 del 24 de diciembre de 2024 que regirá a partir del 1 de enero de 2025.

| ...Año... | Salario mínimo mensual..... | Auxilio de Transporte | Normatividad Decreto |
|---|---|---|---|
| **2025** | **1.423.500** | **200.000** | **1572 de dic 24 de 2024** |
| 2024 | 1.300.000 | 162.000 | 2292 de dic 29 2023 |
| 2023 | 1.160.000 | 140.606 | 2623 de dic 28 2022 |
| 2022 | 1.000.000 | 117.172 | 1724 de dic 15 de 2021 |
| 2021 | 908,526 | 106,454 | 1786 de dic 29 de 2020 |
| 2020 | 877,803 | 102,854 | 2360 de dic 26 de 2019 |
| 2019 | 828,116 | 97,032 | 2451 de dic 27 de 2018 |
| 2018 | 781,242 | 88,211 | 2269 de dic 30 de 2017 |
| 2017 | 737,717 | 83,140 | 2209 de dic 30 de 2016 |
| 2016 | 689,455 | 77,700 | 2552 de dic 30 de 2015 |
| 2015 | 644,350 | 74,000 | 2731 de dic 30 de 2014 |

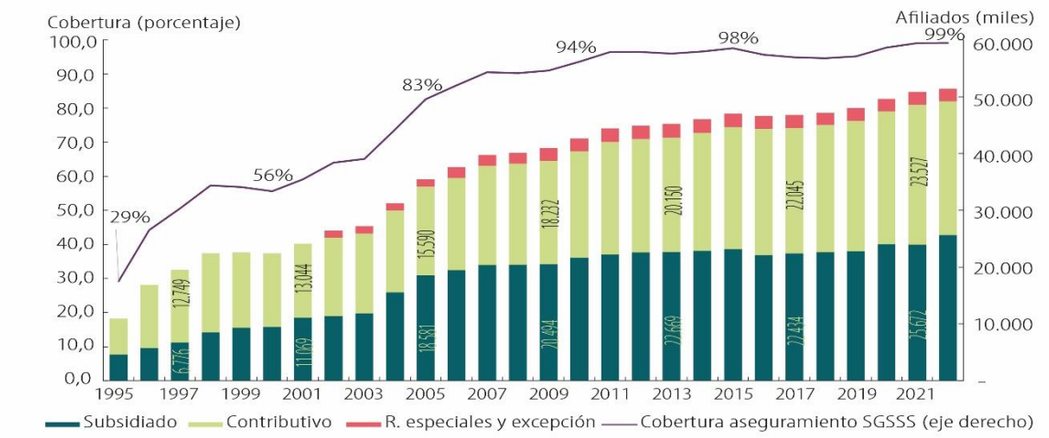
Fuente: Creación propia.

**4.6 SECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

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

Gráfico 1. Cobertura del sistema de seguridad social en salud

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




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

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

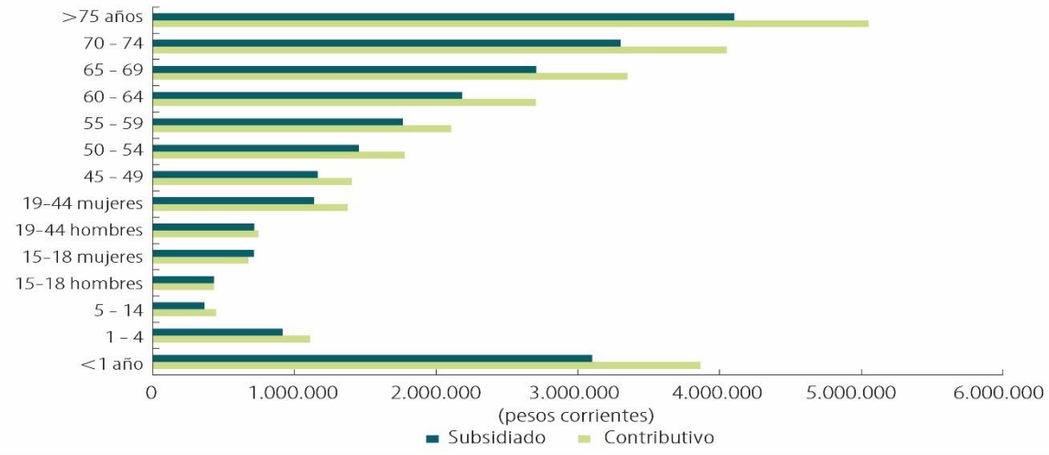
En los últimos años el sistema ha enfrentado diversos problemas financieros y administrativos para sostener el alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (RS); el aumento de la demanda por servicios, tanto los incluidos como los no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS)[1]; los costos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

incrementaron la financiación del sector con recursos fiscales de COP 12,6 billones (b) en 2011 a COP 35,8 b en 2022, con un máximo de COP 41,3 b en 2021 (COP de 2021).

Las presiones financieras pueden seguir aumentando debido a diversos factores que ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema. Entre ellos se destaca el cambio demográfico, como resultado de la disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad, lo que se refleja en el envejecimiento de la población. El cambio en la estructura de la población afecta el financiamiento del sistema, toda vez que el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), que corresponde a la prima anual de aseguramiento que se reconoce por cada afiliado, aumenta con la edad[2]. Además, el incremento en la utilización de los servicios de salud por parte de los afiliados puede generar una mayor presión sobre los recursos del sistema. Como se observa en el Gráfico 2, el valor de la UPC para el año 2023 difiere entre regímenes, a pesar de la igualación del PBS entre el Régimen Contributivo (RC) y el RS. Esto se explica por las diferencias en la demanda de servicios de los afiliados de los dos regímenes, la cual ha ido disminuyendo con el tiempo[3]. La demanda de servicios también puede aumentar debido a cambios en los patrones de morbilidad, especialmente aquellos asociados con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incrementan la carga financiera sobre el sistema de salud. Así mismo, la presión para adoptar nuevas tecnológicas médicas, la reducción en las brechas territoriales en la prestación de los servicios de la salud y la dinámica de la población migrante, que de acuerdo con el Decreto 064 de 2020 puede afiliarse al RS, generan presiones adicionales sobre el gasto en salud.

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

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




Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

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

**Diseño institucional del sistema de salud en Colombia**

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

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

Rectoría: la dirección del sistema y las políticas de salud estarían bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, mientras que la inspección y algunas normas regulatorias para los agentes del aseguramiento y de la prestación estarían a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Es importante destacar

que, con el objetivo de ampliar la cobertura del seguro de salud, del 22 % al 100 % de la población, se incorporó al sistema la forma de gobierno del Instituto de Seguros Sociales (ISS), lo cual dio paso al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS). Este consejo estaba conformado por catorce miembros representativos de los agentes del sistema, con funciones de regulación sobre la definición del plan de beneficios, la UPC, los copagos y cuotas moderadoras, así como de la administración financiera (Restrepo y Rodríguez, 2005).

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

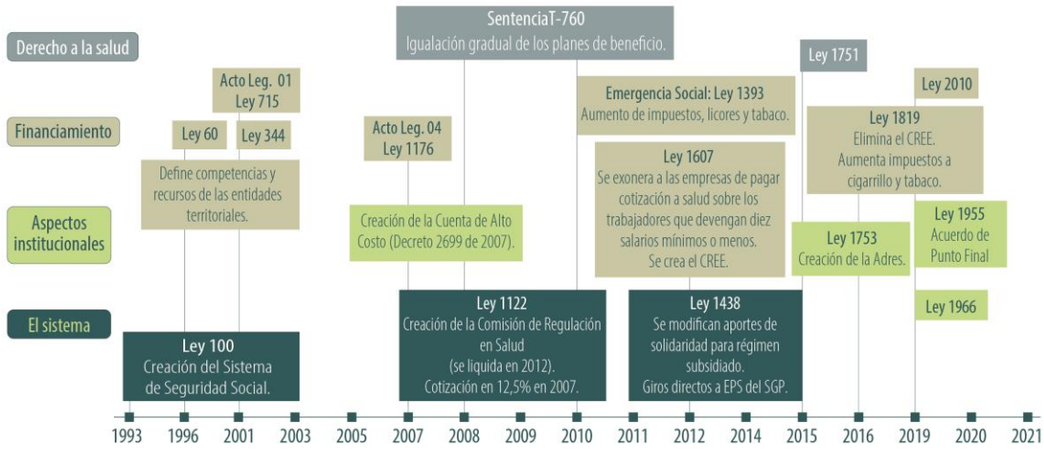
Aseguramiento: en este elemento se concentraron los principales cambios institucionales de la ley, en la medida en que se integra en un sistema general lo que antes operaba como sistemas o mecanismos de provisión independientes. Se crean las EPS en el RC, entidades encargadas de gestionar el seguro por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

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

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

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

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




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

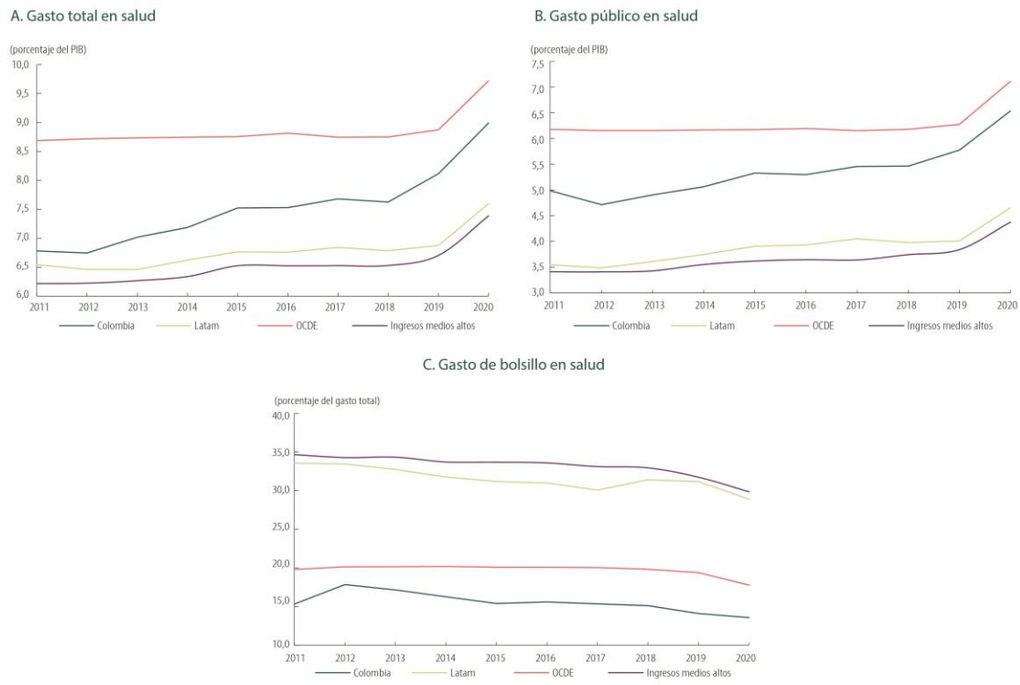
Fuente: elaboración de los autores.

**Indicadores del sector y comparaciones internacionales**

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

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

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




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

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

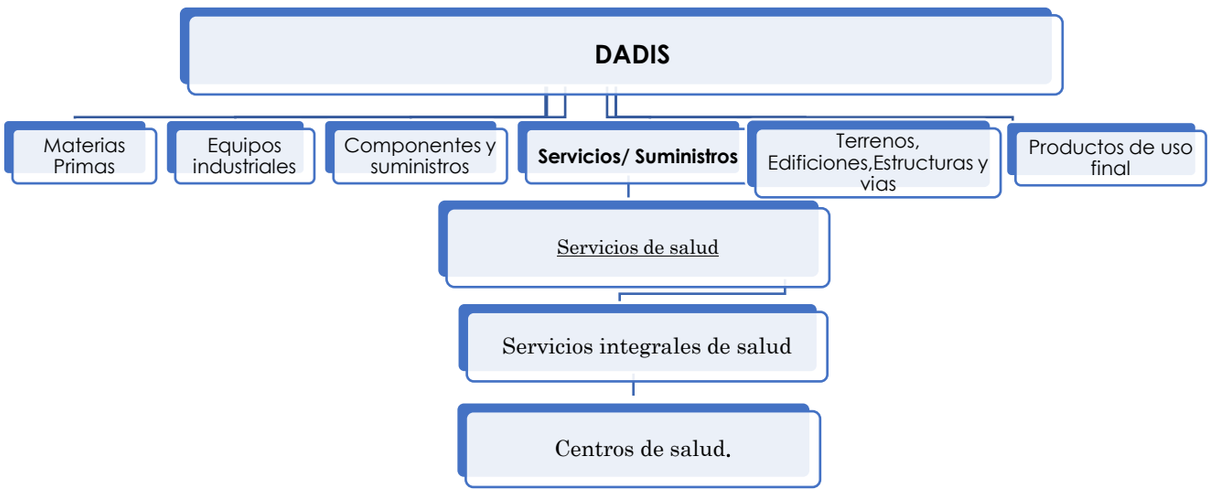
**4.7 ESTUDIO DE LA DEMANDA.**

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

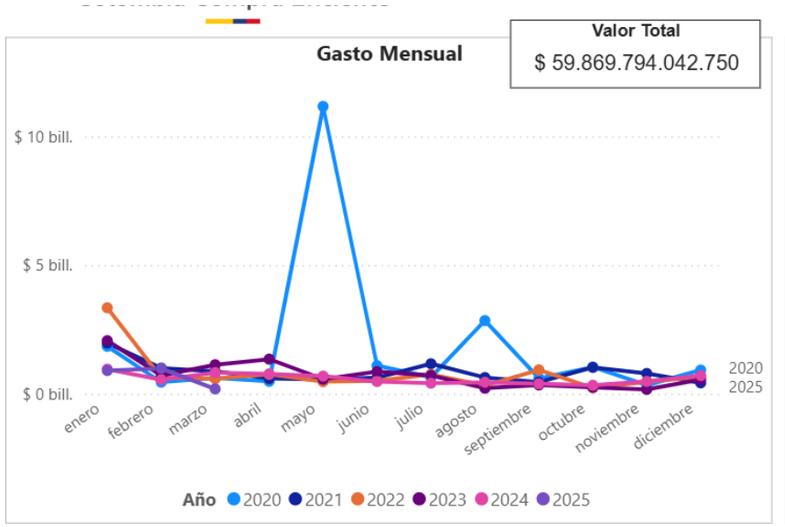
La identificación y uso de las categorías de compra permite mejorar los procesos de adquisición e incrementar la productividad. El análisis de categorías permite entre otras cosas: a) Desarrollar estrategias de adquisición específicas que permitan obtener mejores resultados en los procesos de negociación;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

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

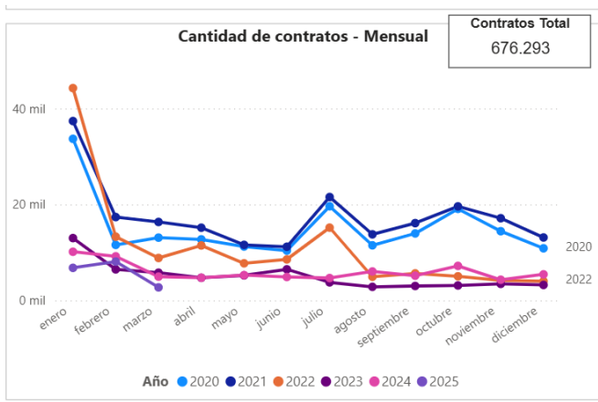
A continuación, se grafica el árbol de categoría asociado al presente proceso de contratación:



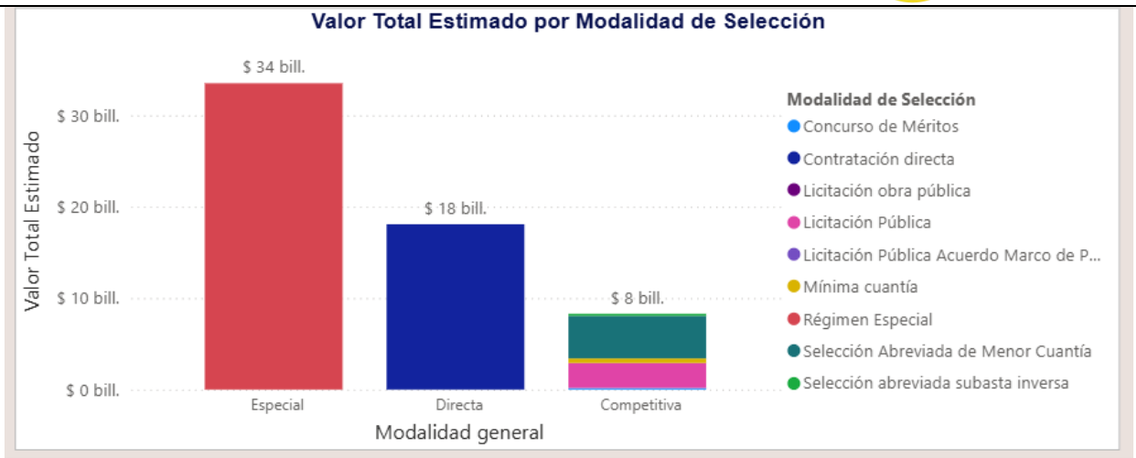

Ahora bien, al realizar la consulta en la herramienta de análisis de la demanda de la Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente, encontramos que, para la categoría de **Servicios de salud** se han contratado en Colombia $ 59.869.794.042.750 durante las vigencias fiscales 2020 a 2025.



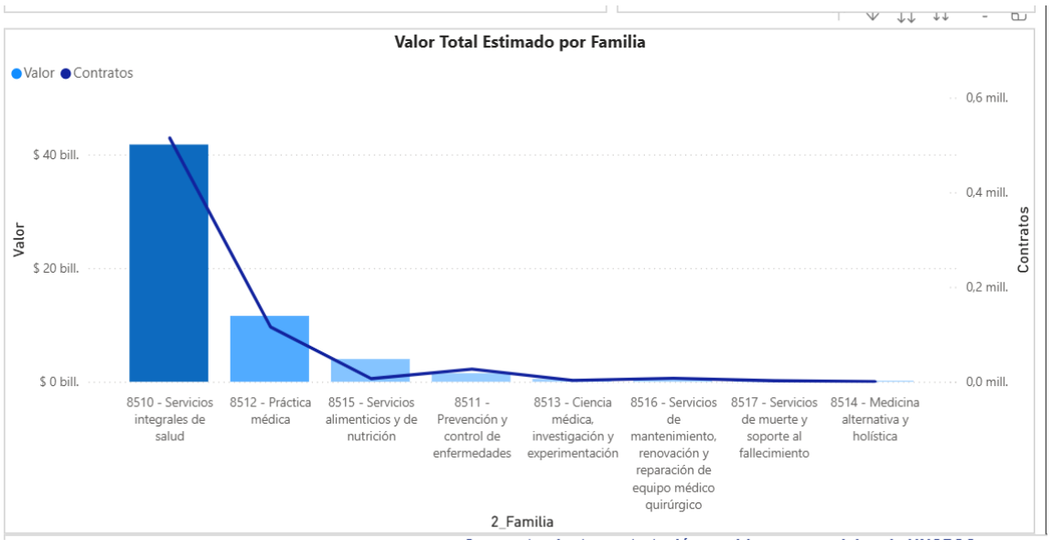

La totalidad de contratos suscritos durante las vigencias 2020 a 2025, es de 676.293 contratos




La mayor contratación de la categoría **Servicios de salud** se da a través de régimen especial con aproximadamente $33.500.245.445.790 y en segundo lugar se ubica contratación directa con $18.077.893.369.400.

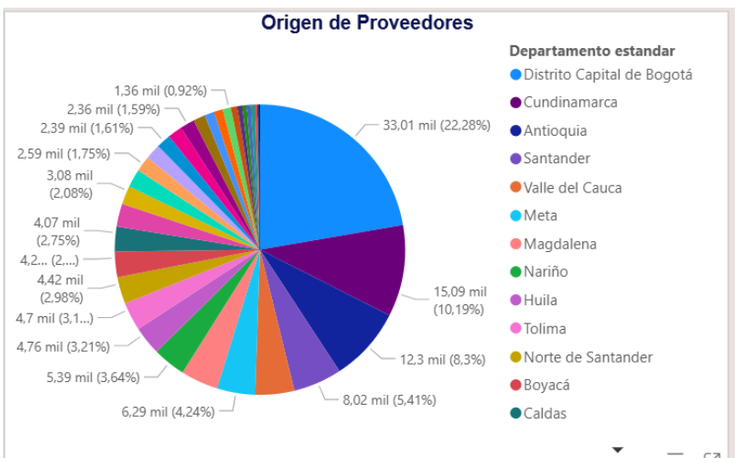



Con relación al valor total estimado por familia, nos encontramos con que la mayor contratación ha sido la relacionada con de acuerdo con el clasificador de bienes y servicios UNSPSC, ha sido familia 8510 - Servicios integrales de salud por un valor de $41.754.804.482.661.




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

La mayor concentración de proveedores se encuentra en el Distrito Capital de Bogotá con 33.009 proveedores que representan el 22.28% y en segundo lugar, el departamento de Cundinamarca con 15.093 que representa el 10.19%.




Al realizar la revisión del instrumento de análisis de la demanda, para categoría **Servicios de Salud** sobre la cual versa el presente análisis del sector y enfocándolo en el departamento de Bolívar, encontramos los siguientes procesos de contratación:

Borrar búsqueda

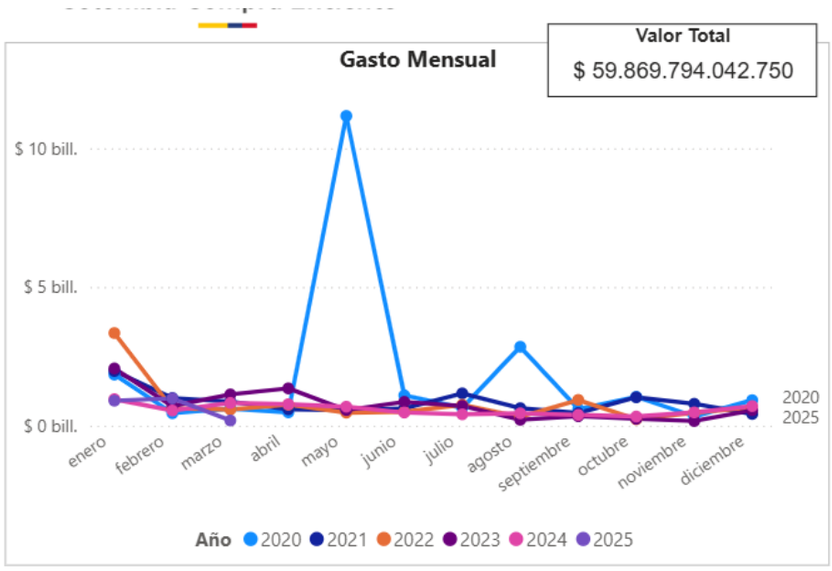
| País | Entidad Estatal | Referencia | Descripción | Fase actual | Fecha de publicación | Fecha de presentación de |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ARJONA | 12024131 | OPERAR BAJO LA MODALIDAD DE OCNTRATO DE ASOCIACION LOS SERVICIOS GINECOBSTETRICOS DE BAJA COMPLEJIDAD EN LOS COMPOMENTES DE DEMANDA INDUCIDAD, CONSULTAS DE CONTROL, ATENCION ESPECIALIIZADA, ECOGRAFIA | Presentación de oferta | 18/01/2024 11:15 AM *(UTC -5 horas)* | - |
| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ARJONA | 12024132 | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN LAS SEDES DE SAN CRISTOBAL , VILLANUEVA Y CLEMENCIA VIGENCIA 2024 | Presentación de oferta | 6/02/2024 10:45 AM *(UTC -5 horas)* | - |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA DEL SUR | CONVENIO N°. 05-042-2024 | EJECUCIÓN DEL COMPONENTE DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES-SUBSIDIO A LA OFERTA 2024 PARA COADYUVAR CON LA COFINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN | Presentación de oferta | 9/02/2024 2:55 PM *(UTC -5 horas)* | 9/02/2024 5:00 PM *(UTC -5 ho* |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA DEL SUR | CONTRATO N°. 05-043-2024 | EJECUCIÓN DEL COMPONENTE DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES- | Presentación de oferta | 12/02/2024 9:32 AM *(UTC -5 horas)* | 12/02/2024 7:00 PM *(UTC -5 h* |
| | | | Ejecutar proceso<br>SUBSIDIO A LA OFERTA 2024 PARA COADYUVAR CON LA COFINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN | | | |
| | ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA | CPS 047 - 2024 | CONTRATAR CON UNA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES PARA EL ENVÍO DE TRABAJADORES EN MISIÓN, CON EL FIN DE EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL AREA ASISTENCIAL EN LA E.S.E. RIO GRANDE DE LA MAGDALENA, DE ACU | Presentación de oferta | 23/02/2024 7:49 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | MUNICIPIO SAN JUAN NEPOMUCENO | 20240229-001 | Contrato Interadministrativo para prestar servicios de salud del primer Nivel de atención | Presentación de oferta | 29/02/2024 8:26 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | MUNICIPIO SAN JUAN NEPOMUCENO | 20240229 001 | Contrato Interadministrativo para prestar servicios de salud del primer Nivel de atención | Presentación de oferta | 29/02/2024 8:52 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA | OC No 003 - 2024 | COMPRA DE SEÑALIZACIÓN PARA LA ADECUACIÓN DE CONDICIONES MINIMAS DE HABILITACIÓN EN EL CENTROS DE SALUD DE TACALOA DE LA E.S.E. RIO GRANDE DE LA MAGDALENA, CONFORME A LAS RESOLUCIONES 3100 DE 2019 Y R | Presentación de oferta | 7/03/2024 8:02 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | ALCALDÍA MUNICIPAL DE TURBANA | CDT-CONV-002-2024 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE TURBANA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD Y LA E.S.E HOSPITAL LOCAL TURBANA, EN CUMPLIMIENTO CON LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRES | Presentación de oferta | 14/03/2024 7:09 AM *(UTC -5 horas)* | - |
| | ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA | SUM 063 - 2024 | SUMINISTRO DE MATERIALES Y ELEMENTOS DE FERRETERIA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS CENTROS DE SALUD Y LA SEDE ADMINISTRATIVA QUE CONFORMAN LA E.S.E. RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL | Presentación de oferta | 18/03/2024 10:22 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA-BOLIVAR | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 00-01 DE 2024 | EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN SALUD PUBLICA VIGENCIA 2024 | Presentación de oferta | 22/03/2024 10:28 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | CESAR ESE HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES - CHIRIGUANA | 275-2024 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA EJERCIENDO LA COORDINACIÓN DEL AREA DE LABORATORIO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS DE CHIRIGUANA-CESAR | Presentación de oferta | 5/04/2024 6:28 PM *(UTC -5 horas)* | - |
| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ARJONA | 32024060 | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA DISPOSICION DEL RECURSO HUMANO Y APOYO LOGISTICO REQUERIDO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE | Presentación de oferta | 12/04/2024 2:16 AM *(UTC -5 horas)* | - |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | APOYO ESTABLECIDAS ENEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SA | | | |
| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ARJONA | 32024047 | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN LAS SEDES SAN CRISTOBAL, VILLANUEVA Y CLEMENCIA VIGENCIA 2024 | Presentación de oferta | 12/04/2024 2:30 AM (UTC -5 horas) | - |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA-BOLIVAR | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 00-01 DE 2024 | AUNAR ESFUERZOS PARA CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA | Presentación de oferta | 20/05/2024 12:08 PM (UTC -5 horas) | - |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA-BOLIVAR | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 00-02 DE 2024 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA - BOLÍVAR Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA | Presentación de oferta | 19/06/2024 5:57 PM (UTC -5 horas) | - |
| | ALCALDIA MUNICIPAL DE TURBACO BOLIVAR | CD-CONV-012-2024. | AUNAR ESFUERZOS DIRIGIDOS A LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL TURBACO Y ASEGURAR LA CORRECTA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A SU CARGO | Presentación de oferta | 17/07/2024 6:13 PM (UTC -5 horas) | 17/07/2024 6:50 PM (UTC -5 |
| | ALCALDIA DE SIMITI BOLIVAR | CD-120 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO | Presentación de oferta | 13/08/2024 3:19 PM (UTC -5 horas) | 13/08/2024 5:00 PM (UTC -5 |
| | ALCALDIA DE SIMITI BOLIVAR | CD-122 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO | Presentación de oferta | 13/08/2024 4:11 PM (UTC -5 horas) | 14/08/2024 8:00 PM (UTC -5 |
| | MUNICIPIO DE SANTA ROSA DEL SUR | CONVENIO N°. 05-217-2024 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SALUD OFERTA RESOLUCION 484 DE 2024 | Presentación de oferta | 30/09/2024 3:13 PM (UTC -5 horas) | 30/09/2024 4:25 PM (UTC -5 |

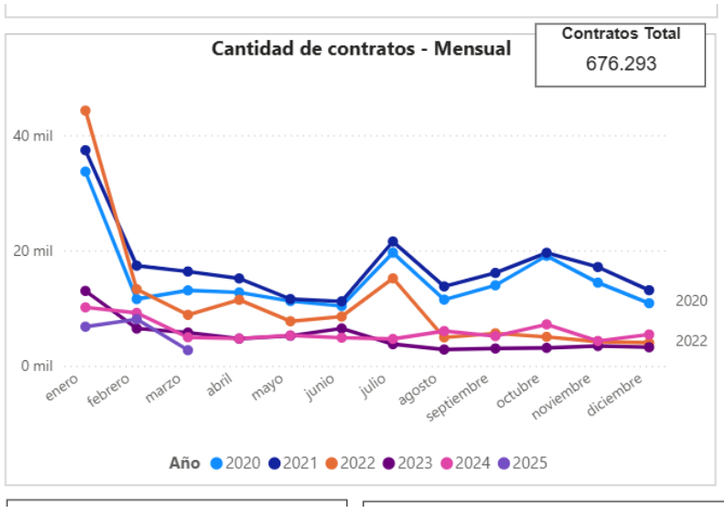
**4.8 ANÁLISIS DE LA OFERTA.**

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

La herramienta de Análisis de la Oferta de la Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra Eficiente, revela que, para las categorías **Servicios de Salud** se han celebrado en Colombia, durante las vigencias 2020 a 2025, se han celebrado contratos por un valor de $ 59.869.794.042.750.

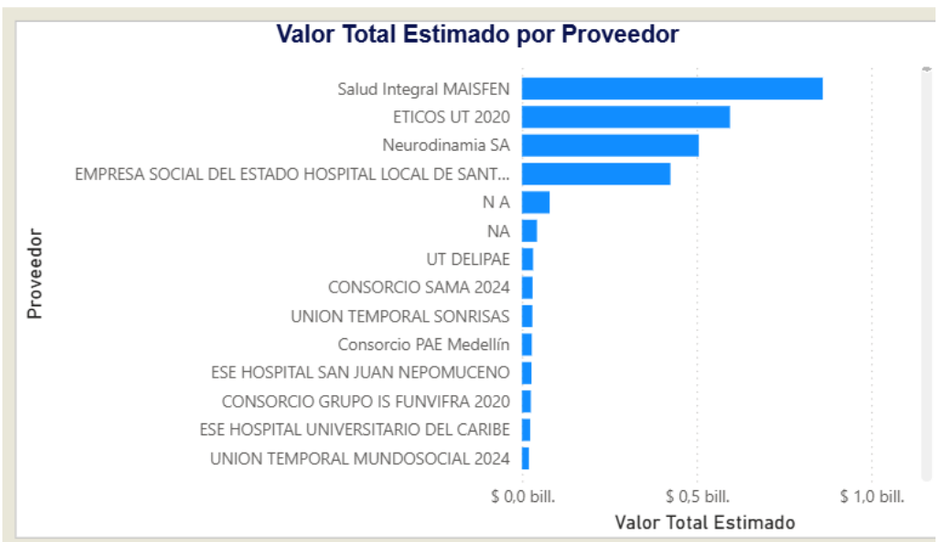



A pesar del número elevado de proveedores en el Colombia para la categoría de **Servicios de salud** encontramos que en durante las vigencias comprendidas entre el 2020 al 2025 se han celebrado un total de 676.293 contratos.

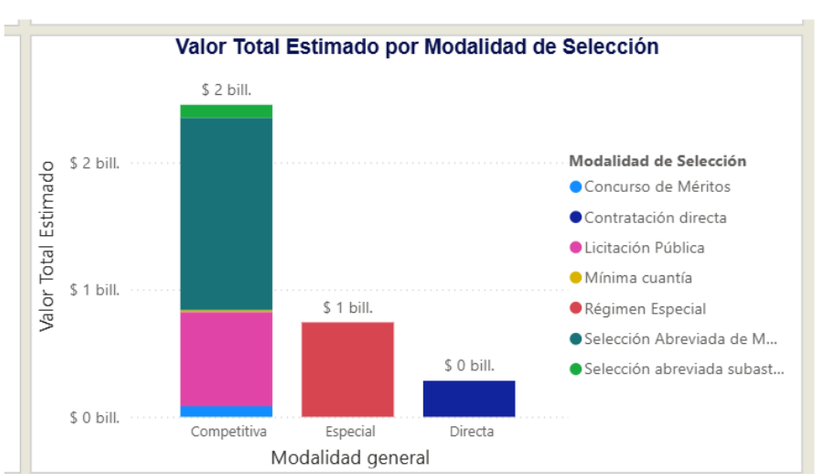



Fuente: Herramienta análisis de la oferta -Subdirección de Estudios de mercado y abastecimiento estratégico de la Agencia Nacional de Contratación de Colombia Compra eficiente.

Al analizar, el valor de los contratos adjudicados para esta categoría del gasto, encontramos que, en el departamento de Bolívar, el Proveedor SALUD INTEGRAL MAISFEN es quien ostenta la contratación más alta con $861.222 696.024.




Por otro lado, es importante precisar, que la mayoria de las contrataciones generadas con los proveedores de servicios en esta categoria del gasto se concentra en la selección abrevida por menor cuantia con un valor que asciende a $1.512.112.736.397.




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

**4.9 ANÁLISIS DEL MERCADO Y DETERMINACIÓN DEL PRESUPUESTO OFICIAL.**

Para el análisis económico y financiero que se requiere para la contratación, se estima presupuesto basado en el histórico de contratación y población al año 2024, tomando como referencia la tarifa Soat 2025 con el respectivo % de descuento que se convenga con el prestador y su forma de pago será por la modalidad de evento y/o servicio prestado, hasta que se agoten los recursos de la vigencia 2025, que ampara el CDP, para el presente proyecto.

La presente contratación se dirige a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y vulnerable del Distrito de Cartagena de Indias

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

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

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

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

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

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

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

**DISTRIBUCIÓN Y USO DE LOS RECURSOS DEL SÍSTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD**

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

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

ARTÍCULO 2.4.2.2. Recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. De conformidad con lo previsto en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, los recursos del SGP en salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:
1. En un 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.

2. En un 13% para el componente de salud pública y subsidio a la oferta, que se divide así:
2.1. En 10% para el subcomponente de salud pública.
2.2. En 3% para el subcomponente de subsidio a la oferta.
(Modificado por el Art. 1 del Decreto 292 de 2020)

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

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

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

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

1. Un 68% por población. El monto de recursos para este criterio se distribuirá así:
a) En un 60% por población total. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción
2. Un 15% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo 2.4.1 .3. del presente decreto.
3. Un 5% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo 2.4.1 .3. del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.
4. Un 7% por eficiencia administrativa. Los recursos se distribuirán. entre los municipios, distritos o áreas no municipalizadas que cumplan con las metas fijadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Conforme a lo anterior la distribución de eficiencia administrativa se realizará de la siguiente forma:
4.1 En un 3%. Porcentaje de cumplimiento de vacunación con dosis de refuerzo de triple viral, según esquema de vacunación, con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior a aquel para el cual se efectúa la distribución inicial del SGP. Para las entidades que cumplan las metas, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la cobertura útil de la población definida en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto.
4.2 En un. 4%. Porcentaje de recursos comprometidos del subcomponente de salud pública del SGP reportado en el Formulario Único Territorial - FUT o el formato que haga sus veces, frente al total de los recursos asignados en la vigencia inmediatamente anterior a la que se distribuye, con corte al tercer trimestre. Para las entidades que cumplan la meta, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de los recursos comprometidos de la entidad territorial frente al total comprometido en el país, de acuerdo con la información certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Una vez evaluados los criterios, la distribución de la totalidad de los recursos destinados a este subcomponente; se asignarán en los términos del numeral 52.1 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, así:
1. Departamentos: Recibirán un 45% para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, así como el 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.
2. Los municipios y distritos: Recibirán el 55% de los recursos asignados a este subcomponente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.
PARÁGRAFO. Los municipios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluirán en la distribución del presente artículo. Para efectos del cálculo de densidad poblacional Y ruralidad se aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.
(Modificado por el Art. 2 del Decreto 292 de 2020)

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

ARTÍCULO 2.4.2.6. Criterios para la distribución y asignación del subcomponente de Subsidio a la Oferta, de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones. En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 52.2. del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, los recursos de este subcomponente se distribuirán entre los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo el 2.4.1 .3 del presente decreto, en donde se encuentren los monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios definidos en este decreto, con los siguientes criterios:
a) Un 30% por población. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la población de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.
b) Un 22% por ruralidad. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción del índice de ruralidad de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.
c) Un 38% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto.
d) Un 10% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.
La sumatoria de lo obtenido por la aplicación de los criterios mencionados en el presente artículo, se asignará a los municipios certificados y a los distritos referidos en el artículo 2.4.1 .3. del presente decreto. Así mismo, los departamentos recibirán los recursos de sus entidades territoriales no certificadas en salud, así como los recursos de las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.
Los recursos de este subcomponente serán girados por la Nación a la cuenta maestra de prestación de servicios de la entidad territorial inscrita ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las empresas sociales del estado y los administradores de infraestructura pública que sean monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.
PARÁGRAFO 2. Para apoyar la Operación, acceso y atención en salud a la población de los departamentos definidos en el literal 1), del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá y certificará para cada año un porcentaje a descontar del total del subcomponente de Subsidio a la Oferta, que se distribuirá en partes iguales entre estos departamentos.
PARÁGRAFO 3. Los administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud deberán remitir la información de que tratan los artículos 2.5.3.8.2.2 al 2.5.3.8.2.6. Del presente decreto, de acuerdo con los procedimientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
PARÁGRAFO 4. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales, cuyos índices de densidad y ruralidad se; encuentren por encima del promedio nacional.

ARTÍCULO 2.4.2.7. Uso de los recursos del Subsidio a la Oferta. Los recursos del subsidio: a la oferta deberán ser usados por los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, para la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001 , modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019.
Los departamentos, los distritos definidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto y los municipios certificados , asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y su ejecución deberá realizarse mediante la suscripción de convenios o contratos que garanticen la transferencia del subsidio a dichas entidades.

El convenio o contrato deberá incluir, entre otros, indicadores y metas de calidad en la prestación de servicios de salud a la población y de gestión financiera y de producción, los cuales deben ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato. El término de este convenio no debe ser

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

El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará el monitoreo a los recursos del SGP establecidos en el presente acto administrativo en cumplimiento de lo previsto en el Decreto Ley 028 de 2008 ola norma que lo modifique, adicione o sustituya.
PARÁGRAFO. Las Empresas Sociales del Estado y los administradores de infraestructura pública, a quienes se les asignen recursos del subsidio a la oferta, deberán garantizar la operación de las sedes que sean monopolio en servicios trazadores.

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

ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 2.2.5 .1.2 del Decreto 1082 de 2015, el cual quedará así:
"ARTÍCULO 2.2.5.1.2. Fuentes y términos para el suministro de la información. Además de lo establecido en los artículos 48, 52 y 66 de la Ley 715 de 2001, se debe tener en cuenta lo siguiente:
La información correspondiente a población total, urbana y rural, discriminada por grupos de edad y el índice de necesidades básicas insatisfechas para cada municipio, distrito y área no municipalizada de los Departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, será certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al Departamento Nacional de Planeación, a más tardar el 30 de junio de cada año.
La información correspondiente a la extensión en kilómetros cuadrados de cada municipio, distrito y área no municipalizada de los Departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, será certificada por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) al Departamento Nacional de Planeación, a más tardar el 30 de junio de cada año.
Para efectos de la distribución de la participación de salud del Sistema General de Participaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP certificará la información de que trata la Parte .4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, a más tardar el 10 de enero del año en el cual se efectúa la distribución, considerando los datos disponibles con corte máximo al 30 de noviembre de la vigencia inmediatamente anterior a la que se realiza a distribución.
La información que no sea reportada en las fechas señaladas no será tomada en cuenta para efectos de la aplicación de las fórmulas de distribución.
PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para efectos de la distribución de la vigencia 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social certificará al DNP la información de que trata el inciso tercero del presente artículo, dentro de los (5) días hábiles siguientes a la expedición del presente decreto".
ARTÍCULO 3. Remuneración de los artículos 2.4.15, 2.4.16, 2.4.17, 2.4.18, 2.4.19, 2.4.20, y 2.4.21 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Como consecuencia de la sustitución parcial de la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, los artículos 2.4.15., 2.4.16, 2.4.17, 2.4.18, 2.4.19, 2.4 .20 y 2.4.21 pasan a ser los artículos 2.4 .9. 2.4 .10., 2.4.11, 2.4.12, 2.4.13, 2.4.14 y 2.4 .15, respectivamente.
ARTÍCULO 4. Vigencias y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación, sustituye la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; modifica el inciso tercero y adiciona un parágrafo transitorio al artículo 2.2.5.1.2 y deroga los artículos 2.2.5.1.1., 2.2.5.1.3 y 2.2.5.1.4 del Decreto 1082 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional.

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

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

**Histórico de facturación de las ESEs por atenciones de PPNA 2,021 a 2,024**

| RAZON SOCIAL | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO | 5171 | 2390 | 2530 | 2560 |
| ESEHOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE | 4783 | 3700 | 2458 | 1621 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS | 2247 | 5024 | 5282 | 4575 |
| **Total general** | **12201** | **11114** | **10270** | **8756** |

**Fuente Sigdadis - cuentas médicas**

Fuente Sigdadis - cuentas médicas

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

**Histórico del valor de la facturación de las ESEs por atenciones de PPNA 2,021 a 2,024**

| RAZON SOCIAL | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA DE MATE | $ 4.327.500.264,00 | $ 2.747.958.797,00 | $ 2.352.922.510,00 | $ 2.455.861.342,00 |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVE | $ 13.179.485.348,00 | $ 12.886.012.016,00 | $ 8.386.708.774,00 | $ 7.362.185.915,00 |
| ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS | $ 279.954.418,20 | $ 578.758.402,50 | $ 561.169.368,50 | $ 525.919.984,34 |
| **Total general** | **$ 17.786.940.030,20** | **$ 16.212.729.215,50** | **$ 11.300.800.652,50** | **$ 10.343.967.241,34** |

**Fuente Sigdadis - cuentas médicas**

**CONCLUSIONES PARA EL PRESUPUESTO**

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

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

| Año | Valor Radicado | Valor Glosdado | Valor Definitivo |
|---|---|---|---|
| 2021 | $ 4.327.500.264,00 | $ 36.981.438,00 | $ 4.290.518.826,00 |
| 2022 | $ 2.747.958.797,00 | $ 17.870.007,00 | $ 2.730.088.790,00 |
| 2023 | $ 2.352.922.510,00 | $ 74.644.768,00 | $ 2.278.277.742,00 |
| 2024 | $ 2.455.861.342,00 | $ 65.897.796,00 | $ 2.389.963.546,00 |
| **Total** | **$ 11.884.242.913,00** | **$ 195.394.009,00** | **$ 11.688.848.904,00** |

Fuente Sigdadis - cuentas médicas

B) Proyección de venta de servicios de salud con la ampliación en el portafolio de servicios de la Empresa Social del Estado CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C., en este caso tomamos de referencia este histórico debido a que, por ley, este tipo de contratos se debe celebrar de manera directa con las entidades social del estado E.S.E y que en esta ocasión por ser un año electoral y por las restricciones en la contratación pública, este proceso se realizara por selección abreviada.

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

D) Aplicando la Operación resultante del valor de la tarifa Soat 2025, Menos el 15% de descuento que se gestione , este valor será multiplicado por la población No Asegurada del Distrito de Cartagena de Indias, de acuerdo al estudio de frecuencia y usos de los servicios Médicos de mediana complejidad en Ginecobstetricia , que genera la dirección operativa de prestación de servicios DADIS y así determinando el monto total que justifica el valor del contrato el cual asciende a **TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($300.000. 000.oo).**

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

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

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

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

**4.11 CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.**

| | |
|---|---|
| **FUENTE DE RECURSOS** | 1.2.1.0.00-001 – ICLD |
| **CODIGO PRESUPUESTAL** | 2.3.1906.0300.2024130010015 |
| **CONCEPTO PRESUPUESTAL** | FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION RESIDENTE EN EL DISTRITO CARTAGENA DE INDIAS |
| **LINEA ESTRATEGICA** | SEGURIDAD HUMANA |
| **PROGRAMA** | SALUD CON COBERTURA, ACCESIBILIDAD, CALIDAD E INCLUSIÓN |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** | FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION RESIDENTE EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS |
| **CODIGO BPIN** | 202413001015 |

| | |
|---|---|
| **META PRODUCTO PLAN DE DESARROLLO** | MANTENER HABILITADOS CIENTO CUARENTA Y DOS (142) SERVICIOS DE SALUD ANUALMENTE PARA LA RED INTEGRADA DE SALUD DEL DISTRITO |
| **META PROYECTO** | LOGRAR QUE MÍNIMO 142 SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS CONFORMEN LA RED INTEGRADA DE SALUD DEL DISTRITO DE CARTAGENA |
| **ACTVIDAD DEL PROYECTO** | GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE 2,685 MUJERES EN EL II Y III NIVEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS |
| **CONCEPTO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. |
| **VALOR** | $ 300.000.000 |

**4.12 FORMA DE PAGO DEL CONTRATO.**

Se cancelará en pagos mensuales de acuerdo con cuenta de cobro presentada mes a mes y que será amparada por la facturación a la presentada por el contratista, por concepto de atención en salud prestada a la población objeto hasta completar la suma acordada cuya facturación debe estar soportada incluyendo todos los requisitos establecidos por la normatividad vigente sobre la materia. Igualmente es de carácter obligatorio la presentación de los RIPS, detallando cada una de las atenciones brindadas; deberá acompañarse del respectivo informe de auditoría, el informe de supervisión, sobre el cumplimiento de actividades contractuales.

Los servicios contratados se cancelarán bajo la modalidad de pago por paquetes integrales de atención acordados y las demás atenciones se cancelarán por evento teniendo como tarifa la establecida en el Decreto 2423 de 1996, con la actualización a SMLV a la vigencia 2025 menos el 15% (SOAT menos el 15%) y la tarifa de medicamentos será PLM – 10 %, excepto los medicamentos regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, cuyo precio será el establecido por este ente rector.

**NOTA 1.** La **ESE CMRC C** cargará en SECOP II una cuenta de cobro con la relación de todas las facturas correspondientes a dicha cuenta, así como los demás soportes que se le indiquen.

**NOTA 2.** La **ESE CMRC C** deberá anexar los siguientes documentos: Constitución y aprobación de las garantías, acta de inicio. Debe estar soportada incluyendo todos los requisitos establecidos por la normatividad vigente sobre la materia. Igualmente es de carácter obligatorio la presentación de los RIPS, detallando cada una de las atenciones brindadas; deberá acompañarse del respectivo informe de auditoría, el informe de supervisión, sobre el cumplimiento de actividades contractuales. Los servicios contratados se cancelarán bajo la modalidad de pago por evento y se tiene como tarifa la establecida en el Decreto 2423 de 2006, actualizado a la vigencia 2025 menos el 15 %. La tarifa de medicamentos será PLM – 10%, excepto los medicamentos regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, cuyo precio será el establecido por este ente rector.

El Distrito realizara el proceso de revisión técnica de las cuentas, con base en los RIPS de atención y al cumplimiento de las metas de actividades a ejecutar en los programas de promoción de la salud objeto de este; las glosas u objeciones derivadas de este proceso serán reportadas al prestador según los términos determinados por la ley, con el fin de lograr su análisis y respectiva respuesta. El Departamento Administrativo Distrital de Salud, a través de la Dirección Operativa de Prestación de Servicios analizará el comportamiento mes a mes del presente Convenio y de acuerdo con las novedades presentadas que modifiquen las condiciones inicialmente pactadas e implique una mayor inversión por parte de la ESE, el Distrito podrá realizar la respectiva adición de recursos. El contratista, deberá acreditar cada vez que solicite el pago, que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales.

**NOTA 3:** De conformidad con lo establecido en el parágrafo 1[1] del artículo 2.4.10 del Decreto 762 de 2017 las metas definidas por las entidades territoriales con base en los lineamientos del mencionado parágrafo se deben consignar en un documento debidamente firmado por las partes, lo cual se hace a través de este Contrato Interadministrativo, haciendo parte integral del mismo las metas de producción de servicios y de

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

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

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

gestión financiera de **LA EJECUTORA**.

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

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

**4.13 MARCO LEGAL REGULATORIO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el marco de la mencionada normatividad, la ley faculta a las entidades estatales a celebrar contratos

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

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

## 5. ANALISIS_RIESGO Y FORMA DE CONTROLAR

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

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

**2. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS**

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

**3. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

**3.1. PROBABILIDAD DEL RIESGO**

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

**3.2. IMPACTO DEL RIESGO**

| | IMPACTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CALIFICACIÓN CUALITATIVA** | Obstruye la ejecución del contrato de manera intrascendente | Dificulta la ejecución del contrato de manera baja. Aplicando medidas mínimas se puede lograr el objeto contractual. | Afecta la ejecución del contrato sin alterar el beneficio para las partes. | Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así permite la consecución del objeto contractual | Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual | |
| **CALIFICACIÓN MONETARIA** | Los sobre costos no representan más del uno por ciento (1%) el valor del contrato | Los sobrecostos no representan más del cinco por ciento (5 %) del valor del contrato | Genera un impacto sobre el valor del contrato entre el cinco por ciento (5%) y el quince por ciento (15%) del valor del | Incrementa el valor del contrato entre quince por ciento (15%) y el treinta por ciento (30%) | Impacto sobre el valor del contrato en más de treinta por ciento (30%) del valor del contrato | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | contrato | | | |
| | **CATEGORÍA** | **VALORACIÓN** | **INSIGNIFICANTE** | **MENOR** | **MODERADO** | **MAYOR** | **CATASTRÓFICO** | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

**3.3. VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

3.4. CATEGORÍA DEL RIESGO

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

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo | Descripción (Qué puede pasar y como puede ocurrir) | Consecuencia de la ocurrencia del evento | Probabilidad | Impacto | Valoración del riesgo | Categoría | ¿A quién se le asigna? | Tratamiento/Controles a ser implementados | Impacto después del tratamiento: Probabilidad | Impacto después del tratamiento: Impacto | Impacto después del tratamiento: Valoración del Riesgo | Impacto después del tratamiento: Categoría | ¿Afecta la ejecución del contrato? | Persona responsable por implementar el tratamiento | Fecha estimada en que se completa el tratamiento | Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo? | Monitoreo y revisión: ¿Cuándo? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | General | Interno | Planeación | Jurídico | Cuando se presentan fallas en la concreción de la etapa de planeación, reflejándose en especificaciones, estudios técnicos insuficientes, en general errores en la estructuración de los estudios previos y el contrato. | Genera mora en el inicio del proceso de selección y con ello en la ejecución proyectada del contrato | 1 | 2 | 3 | Bajo | DISTRITO/ LA E.S.E. | Revisión y apoyo jurídico, aclarando, ajustando, verificando los requisitos de orden legal dentro de la etapa precontractual que le son aplicables de acuerdo a su Manual de Contratación. | Raro | Insignificante | 3 | Bajo | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / UNIDAD DE CONTRATACIÓN | Desde la fecha en la cual se detectan las deficiencias, errores y demás que incidan en la ejecución normal del contrato. Hasta la toma de medidas que contrarresten las situaciones que inciden en la adecuada | El(los) líder(es) del proceso informara(n) el avance y dificultades de la planeación del proceso de selección. | Permanente |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | ejecución contractual. | | | |
| 2 | General | Externo | Selección | Jurídico | Se presenta cuando LA E.S.E. es afectado por una inhabilidad sobreviniente | Paralización de la ejecución del contrato y afectación en el logro de los objetivos y satisfacción de la necesidad | 3 | 5 | 8 | Extremo | LA E.S.E. | Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de cumplimiento del Contrato, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Clausulado tendiente a exigir de LA E.S.E. el reporte de medidas una vez producidas/ Multas a LA E.S.E. que omita la información oportuna a la Entidad. | Raro | Insignificante | 3 | Bajo | Si | DELEGADO CONTRACTUAL | Desde la suscripción del contrato. Hasta la finalización del contrato. | Requerimientos a LA E.S.E./ Verificación periódica de los reportes de otras Entidades a través del RUP, RUES, y consulta periódica de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales y de medidas correctivas | A la ocurrencia de acontecimiento | |
| 3 | General | Externo | Ejecución | Jurídico | Demora en el cumplimiento de las obligaciones y/o mala calidad en el servicio prestado | Deficiente prestación del servicio/ Incumplimiento en los plazos | 2 | 1 | 3 | Bajo | LA E.S.E. | Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de calidad del servicio, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 | 1 | 1 | 2 | Bajo | No | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISOR | Planeación / Liquidación | A partir de la detección de las acciones se toman las medidas a seguir. | Cuando se presenta el evento | |
| 4 | General | Externo | Contractual | Regulatorio | Algún cambio normativo mediante la expedición de una medida de carácter general que incida en forma grave y anormal el contrato a causa de su implementación (expedición | Entorpece gravemente la ejecución del contrato y lo conduce a asumir los sobrecostos necesario | 1 | 4 | 5 | Medio | DISTRITO/LA E.S.E. | Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo | Raro | Mayor | 5 | Medio | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISOR | Acaecido el cambio normativo de carácter general emanado | Desde la suscripción del contrato y durante su ejecución verificar periódi | Cada mes mancomunadamente entre las Dependencias de la Entidad, verificar el cambio normativo que incida en los contratos | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de normas que impongan nuevos tributos, impuestos, cargas), esta medida debe provenir de una autoridad externa a las partes. | s para superar las dificultades y cumplir las obligaciones adquiridas. | | | | | | de cumplimiento del Contrato, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Periódica verificación por todas las Dependencias de la Entidad del cambio normativo que pueda incidir en la actividad contractual. | | | | | | | de una autoridad externa a las partes del contrato. Depende del trámite para disponer de los recursos que reparen la ecuación financiera del contrato a un punto de no perdida para LA E.S.E.. | camente el cambio normativo, tanto tributario como en otros ámbitos, que a causa de medidas de carácter general emanadas por una autoridad externa incidan de forma grave y anormal el contrato. | celebrados. | |
| 5 | General | Interno | Contractual | Operacional | Se presenta cuando hay cesación de labores por parte del personal y/o trabajadores a cargo de LA E.S.E. a causa de la no cancelación oportuna de salarios y prestaciones sociales y demás beneficios que tengan derecho. | Retarda o paraliza la ejecución del contrato | 2 | 4 | 6 | Alto | LA E.S.E. | Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de constitución de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo de pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales, de acuerdo con las coberturas y vigencias del Decreto 1082 de 2015 / Exigir como requisito para cada pago establecido en el contrato, el paz y salvo con el pago de salarios y prestaciones sociales a los que | 1 | 4 | 5 | Medio | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISOR | Desde el momento en que se presenta la situación que afecta la ejecución adecuada del contrato. Hasta la finalización de la ejecución de las prestaciones. Hasta que LA E.S.E. de cumplimiento a sus obligaciones. | La supervisión del contrato informara el avance y dificultades de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones. | Permanente | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | está obligado LA E.S.E. | | | | | | | | | | |
| 6 | Específico | Interno | Contractual | Operacional | Aquellos riesgos emanados de la mayor duración del servicio: consisten en la prolongación en el tiempo de la ejecución del contrato. | Prolonga la culminación del objeto contractualmente establecido | 4 | 4 | 8 | Extremo | LA E.S.E. | Se verificará y vigilara la ejecución contractual determinando permanentemente el cumplimiento debido a las obligaciones contractuales. | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISOR | A partir de que se genera o presenta la necesidad de prolongar la duración del servicio. | La supervisión del contrato realizará el monitoreo permanente del cumplimiento obligacional de tal forma que se determine o se establezca las razones que justifiquen la prolongación del contrato. | Permanente | |
| 7 | General | Externo | Contractual | Naturaleza | Los riesgos por fuerza mayor por actos humanos: aquellos riesgos que pueden presentarse en la ejecución del contrato, hacen referencia a los actos humanos, dentro de los cuales se encuentran la huelga y el paro que impidan o dificulten de forma grave el normal desempeño y funciones del personal del Contrato. Estos riesgos deben ser asumidos, en principio, por la Entidad, cuando tales situaciones obedecen al personal de la misma. Con respecto a las huelgas y los paros, que se den con ocasión a la actividad de LA E.S.E., es decir cuando sean sus empleados sean quienes los ejecuten, será asumido por el mismo. | Retarda o paraliza la ejecución del contrato | 1 | 4 | 5 | Medio | DISTRITO DE CARTAGENA/ LA E.S.E. | Las partes en la relación negocial se encargarán de monitorear permanentemente aquellas situaciones y eventos externos de orden público que puedan incidir en la ejecución del contrato. | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISOR | Ejecución/ Liquidación | A partir de la información oficial, información del Supervisor, se determinan acciones a seguir, para procurar la menor afectación al proyecto. | Permanente | |
| 8 | Específico | Interno | Contractual | Jurídico | Riesgos derivados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: Estos riesgos hacen referencia al acaecimiento de accidentes laborales y enfermedades profesionales, es decir, que se presenten con | Causan retrasos y/o paralización de algunas actividades que afectan la continua ejecución contractual | 3 | 4 | 7 | Alto | LA E.S.E. | Transferir el riesgo: exigencia a LA E.S.E. de constitución de una Garantía Única de Cumplimiento con el amparo | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | DELEGADO CONTRACTUAL / SUPERVISORr | Ejecución/ Liquidación | | Permanente | |

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

## 6. GARANTÍAS.

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

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

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

### 6.1 GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO.

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

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

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

## 6.2 GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

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

Las garantías serán expedidas conforme a lo establecido en la ley 80 de 1993 y Decreto 1082 del 2015 la cual deberá ser previamente aprobada por **El DISTRITO – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS.**

**RAFAEL NAVARRO ESPAÑA**
**DIRECTOR**
**Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS**

Vo. Bo. Amaury Padilla Salcedo Sub Director DADIS.

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

Revisó: Yesenia María Ortega López. PE Derecho DADIS.

Revisó: Jorge Caro Leones- Director Administrativo y financiero-DADIS.

Proyectó: Valentina García Muñoz. Asesor Jurídico Externo DADIS.