1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE EL MINISTERIO PRETENDE SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN

1.1. COMPETENCIA Y NECESIDAD

A través de la Ley 1444 de 2011 se crea el Ministerio de Salud y Protección Social y mediante el Decreto Ley 4107 de 2011, se le asignan al Ministerio de Salud y P1rotección Social las competencias que en materia de salud le corresponden a la Nación, se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social:

> *"Artículo 1°. Objetivos. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.*
>
> *El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social."*

Para la atención de las diferentes competencias asignadas, el Ministerio de Salud y Protección Social organiza sus funciones entre sus dependencias; es así como la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres – OGTED que depende organizacionalmente del Ministerio de Salud y Protección Social y del, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios tiene a su cargo las siguientes funciones:

- *Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política de garantía de la calidad, habilitación y acreditación de las instituciones públicas, privadas o mixtas que lo integran, en coordinación con las entidades territoriales.*
- *Dirigir la elaboración de normas y reglamentos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud.*
- *Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política para el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura de servicios de salud en todos los niveles de atención.*
- *Definir las estrategias de atención para poblaciones vulnerables y en riesgo, en coordinación con la Oficina de Promoción Social.*
- *Aprobar los planes bienales de inversiones públicas, para la prestación de los servicios de salud, de los departamentos y distritos, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud.*

- *Definir la metodología, los contenidos y las condiciones para la elaboración de los planes de gestión que los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado deben presentar a las juntas directivas.*
- *Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política de desarrollo de las redes de servicios.*
- *Establecer, conjuntamente con las direcciones del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, los criterios, requisitos y estándares de obligatorio cumplimiento para garantizar la calidad, acreditación y la prestación de los servicios, por las personas que desarrollan actividades que generen riesgos en salud.*
- *Dirigir la realización de estudios sobre la oferta de servicios de salud en coordinación con las entidades territoriales.*
- *Dirigir el seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos a su cargo.*
- *Prestar asistencia técnica en los temas a su cargo.*
- *Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional, y la observancia de sus recomendaciones en el ámbito de su competencia.*

A su turno, el artículo 65 de la Ley 715 de 2001, estableció como estructura de operación en salud la necesidad de formular Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, preparados por las secretarías de salud departamentales y distritales, en el cual se deben incluir las inversiones destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) determine que sean de control especial. Sin embargo, al ser modificado el mencionado artículo, se entiende que son los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS los instrumentos que harán sus veces, y los planes bienales seguirán operando solo en ausencia del plan maestro, según lo señala el parágrafo 3:

> *PARÁGRAFO TERCERO. En todo caso, mientras se consolidan los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS-, continuaran vigentes los Planes Bienales de inversión de las entidades territoriales*.

En el marco de esta competencia, el artículo 164 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "*Colombia Potencia Mundial de la Vida*", se hace necesaria coordinar la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud - PMIDS departamentales o distritales, y de su propio resorte formular el Nacional, entendidos dichos planes como herramientas que buscan concretar la visión del país en materia de infraestructura y dotación hospitalaria, incorporando las decisiones, herramientas, y necesidades que necesariamente deben proyectarse a corto, mediano y largo plazo, buscando la transformación progresiva de los territorios, y, tras su implementación, coadyuvar a la concreción del Modelo de Atención Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los instrumentos de planeación estratégica que traen consigo los Planes Maestros de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), desarrollan la capacidad del Estado en todos los niveles de atención para la resolución de problemas de salud asociados a la infraestructura y dotación, así como para aportar en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. Desde esta perspectiva, los PMIDS identifican las brechas que existen entre las necesidades de la población y la oferta existente en términos cuantitativos y cualitativos y, asignan recursos financieros que permiten la priorización de los proyectos y acciones en infraestructura y dotación hospitalaria, en procura de reducir las brechas de capacidad instalada para servicios de salud, y fortalecer el desarrollo de la estrategia de APS en el territorio nacional.

Dichos instrumentos se encuentran en etapa de planeación y formulación, y requieren para ello, contar con una revisión y validación en campo de las propuestas y proyectos, especialmente, de aquellos que harán parte de su *corto plazo* de ejecución (que se entiende como el período comprendido entre la presente vigencia hasta el año 2026 inclusive). Se contempla adicionalmente, que abarque proyectos en el *mediano plazo* desde el 2027 hasta el año 2029 y en el *largo plazo* desde el año 2030 hasta el año 2031, en concordancia con el ***Plan Decenal de Salud Pública***. Ahora bien, para poder contar con la mayor certeza posible de la necesidad de inversiones para la vigencia 2026, se hace necesario contar con información validada y proyectos de inversión que requieran de financiación mediante el Presupuesto General de la Nación, dando cumplimiento para tal fin a la Resolución 2053 de 2019, que en su artículo 7 determina:

1. Para acceder a proyectos de inversión de infraestructura, dotación, equipos biomédicos entre otros, tal y como lo dispone la Resolución 2053 de 2019, el concepto técnico deberá emitirse en el marco de lo determinado en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado o el que haga sus veces, viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. La Dirección Territorial de Salud deberá radicar el proyecto ante este Ministerio dando cumplimiento con los requisitos exigidos, para solicitar el proceso de evaluación y expedición del concepto técnico de viabilidad. Teniendo en cuenta la limitación de recursos disponibles de inversión, se constituye la cofinanciación de los proyectos como uno de los criterios de priorización puntuables de la asignación de recursos.

Como se mencionó previamente, se debe entender entonces que los *planes bienales* (cuya vigencia se extendía por dos periodos) se remplazarán progresivamente por los *planes maestros*, en la medida en que los mismos sean expedidos. De tal suerte, aunque a la fecha se han adoptado planes bienales para la vigencia 2026 estos serán remplazados por los planes maestros para cada departamento o distrito, pero su vigencia se extenderá hasta el año 2031.

Adicionalmente, el MSPS en cumplimiento de su misionalidad y acorde a lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026, "*COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA*", el cual propone que el país se convierta en una potencia mundial de vida y garantice a toda la población condiciones en salud que mayor accesibilidad, cobertura y disponibilidad con infraestructura adecuada en el territorio diverso y disperso, esto implica avanzar hacia la protección de los derechos y de las libertades. Dicho plan contiene "*transformaciones*" que se plantean para que la seguridad humana y la justicia social sean una realidad para Colombia están orientadas a la garantía de los derechos y del bienestar integral de la población. Es así que se establecen los "*Ejes de Transformación*" del Plan Nacional de Desarrollo, que en su eje 2 señala:

> "*(…) 2.* ***Seguridad humana y justicia social****. Transformación de la política social para lo adaptación y mitigación del riesgo, que integra la protección de la vida con la seguridad jurídica e institucional, así como la seguridad económica y social. Parte de un conjunto de habilitadores estructurales como un sistema de protección social universal y adaptativo; una* ***infraestructura física*** *y digital para la vida y el buen vivir; la justicia como bien y servicio que asegure la universalidad y* ***primacía de un conjunto de derechos y libertades fundamentales****; y la seguridad y defensa integral de los territorios, las comunidades y las poblaciones. Estos habilitadores estructurales brindan las condiciones para la superación de las privaciones y la expansión de las capacidades en medio de la diversidad y la pluralidad. (…) "* (Negrilla fuera de texto).

Dicho eje hace parte la **estrategia** denominada: "*Salud para la Vida: hacia un sistema garantista, universal*"; basado en un modelo de salud, predictivo y preventivo, que busca:

Desarrollar un modelo de salud promocional, preventivo y predictivo basado en la **Atención Primaria en Salud (APS)** con gobernanza, interculturalidad, participación vinculante, descentralización que garantice servicios integrales de salud en promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación sin ninguna discriminación en todo el territorio nacional y en articulación con el sistema de cuidado y toda la intersectorialidad responsable de la garantía de derechos.

Colombia como territorio saludable con Atención Primaria en Salud (APS) a partir de un modelo preventivo busca hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud, para lo cual en la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023 "*Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026*" se establece:

"

(i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales;
(ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones;
(iii) **se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios**, apoyado en la ejecución de un **plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación**;
(iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional y
(v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado" [1].

Desde el MSPS, para las acciones que desarrollan el PND se solventan a través de las funciones entre sus dependencias, y es así, como la *Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria*, que depende organizacionalmente del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios tiene a su cargo las siguientes funciones bajo el amparo de lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto Ley 4107 de 2011:

" 1. Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política de garantía de la calidad, habilitación y acreditación de las instituciones públicas, privadas o mixtas que lo integran, en coordinación con las entidades territoriales.
2. Dirigir la elaboración de normas y reglamentos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud.

3. Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política para el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura de servicios de salud en todos los niveles de atención.

4. Definir las estrategias de atención para poblaciones vulnerables y en riesgo, en coordinación con la Oficina de Promoción Social.

5. Aprobar los planes bienales de inversiones públicas, para la prestación de los servicios de salud, de los departamentos y distritos, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud.

[1] Ley 2294 de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Págs. 538 y 539.

6. Definir la metodología, los contenidos y las condiciones para la elaboración de los planes de gestión que los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado deben presentar a las juntas directivas.

7. Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política de desarrollo de las redes de servicios.

8. Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política del desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores en la prestación de servicios en salud.

9. Establecer, conjuntamente con las direcciones del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, los criterios, requisitos y estándares de obligatorio cumplimiento para garantizar la calidad, acreditación y la prestación de los servicios, por las personas que desarrollan actividades que generen riesgos en salud.

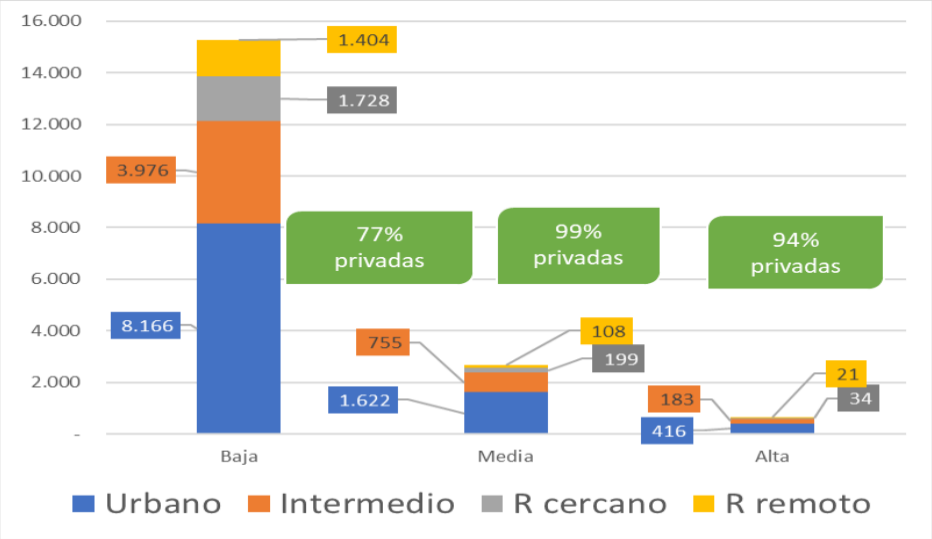
10. Dirigir la realización de estudios sobre la oferta de servicios de salud en coordinación con las entidades territoriales.

11. Dirigir el seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos a su cargo.

12. Prestar asistencia técnica en los temas a su cargo.
(…)"

Así las cosas, en cumplimiento de las metas del Ministerio de salud y Protección Social, así como del Plan de Desarrollo se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, destacando que, en todos los municipios y corregimientos departamentales del país existe al menos una sede de IPS. Además, el 47% de estos municipios cuentan exclusivamente con sedes públicas, lo que sugiere que el acceso a la salud en estas áreas depende significativamente de los prestadores públicos. Sin embargo, en el 35% de los municipios solo hay una sede de IPS, lo cual representa un riesgo para la continuidad del acceso a los servicios de salud en caso de un eventual cierre.

Número total de sedes de IPS con el servicio habilitado a nivel nacional por nivel de complejidad, categoría municipal y naturaleza jurídica



Fuente: APCA Inclusión SAS – Deloitte – Proesa ICESI a partir de REPS.

Categorías OCDE	Sedes	Edificios	Construcción previa a 1985		Construcción con material sensible		Construcción con deterioro		Construcción con menos del 67% en buen estado		Sin estudio de vulnerabilidad		Sin refuerzo estructural	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Intermedio	980	1.140	368	32%	317	28%	917	80%	317	28%	823	72%	717	63%
Rural cercano	955	1.042	431	41%	279	27%	831	80%	293	28%	743	71%	721	69%
Rural remoto	912	1.014	348	34%	253	25%	835	82%	394	39%	723	71%	697	69%
Urbano	600	692	284	41%	188	27%	529	76%	126	18%	482	70%	436	63%
Total general	3.447	3.888	1.431	37%	1.037	27%	3.112	80%	1.130	29%	2.771	71%	2.571	66%

Fuente: APCA Inclusión SAS – Deloitte – Proesa ICESI a partir de SIHO.

Ahora bien, en el país operan 933 Empresas Sociales del Estado, distribuidas según nivel de atención en: 794 de primer, 112 de segundo y 27 de tercer nivel. De estas, 928 corresponden a ESE del nivel territorial y 5 del nivel nacional.

Origen Territorial	Nivel de atención			Total	%
	1	2	3		
Nacional	3	0	2	5	0,54%
Departamental	103	102	18	223	23,90%
Distrital	2	0	4	6	0.64%
Municipal	686	10	3	699	74,92%
Total	794	112	27	933	
%	85,1%	12%	2,89%		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – DPSAP- aplicativo REPS con corte a Noviembre de 2024.

Así mismo, conforman la red de prestadores públicos 4.540 sedes de prestación de servicios discriminadas así:

Origen Territorial	Nivel de atención			Total	%
	1	2	3		
Nacional	58	0	12	70	1,54%
Departamental	546	776	126	1.448	31,89%
Indígena	146			146	3,22%
Distrital	89		348	437	9,63%
Municipal	2.222	196	21	2.439	53,72%
Total	3.061	972	507	4.540	
%	67%	21%	11%		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – DPSAP- aplicativo REPS con corte a Noviembre de 2024

Estas instituciones públicas operan en todo el territorio nacional, con presencia importante en la mayoría de los municipios del país[2] operación en condiciones de monopolio[3] para en servicios de salud trazadores de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2.5.3.8.3.1.2. Oferta de servicios trazadores del Decreto 780 de 2016[4]. especialmente en departamentos como Casanare, Vaupés, Guaviare, Vichada, San Andrés y el distrito de Buenaventura.

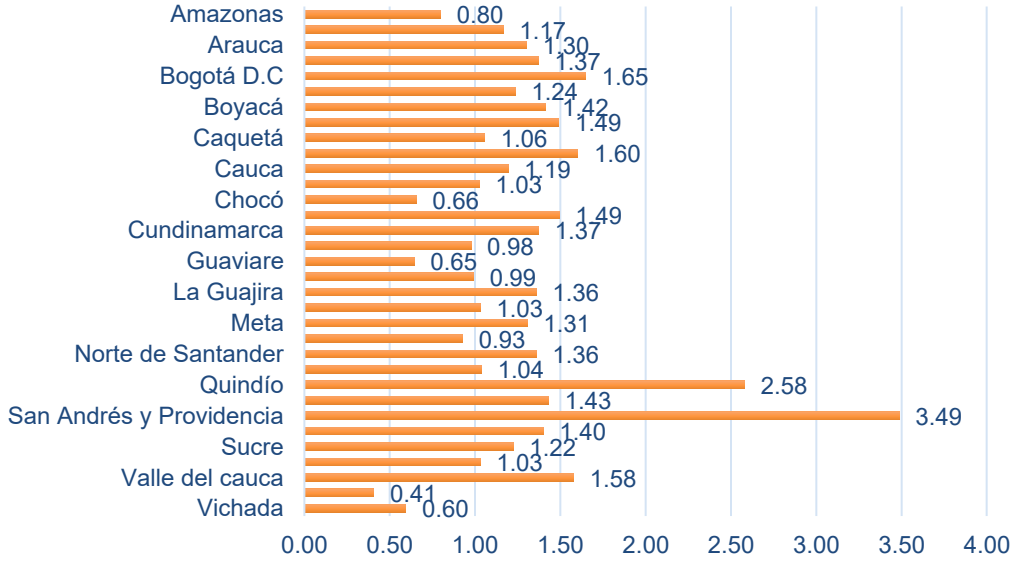
Actualmente la prestación de atención en los servicios de salud se realiza en lugares no aptos o en centros de atención deteriorados que no cuentan con una capacidad óptima para atender a la población de los diferentes territorios del país, las diferentes restricciones geográficas y de accesibilidad al servicio aumentan al momento de evidenciar que la mayoría de los territorios no cuentan con un centro de atención que tenga una infraestructura adecuada para su operación.

Sin embargo, si se considera la implementación del Modelo de salud pretendido, resulta también importante poner en relevancia la capacidad del país en la oferta de consultorios:

[2] 88% de los municipios del país tienen monopolio de servicios trazadores. Fuente: DPSAP – MSPS- octubre de 2023.
[3] Fuente: MSPS- DSAP en aplicación de lo señalado en el Parágrafo 1 del Artículo 2.4.2.6. del Decreto 268 de 2020.
[4] (...) Se considerarán servicios trazadores para efectos de la presente Subsección los siguientes:

a). Baja Complejidad: urgencias, obstetricia y consulta externa, cuando la IPS no tenga habilitados otro tipo de servicios;

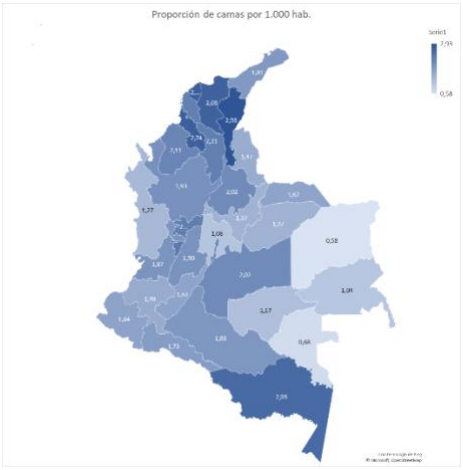
b). Media y alta complejidad: urgencias, obstetricia, hospitalización cirugía general o pediátrica, cirugía ortopédica, neurocirugía, cirugía oncológica (adulto y pediátrica), oncología clínica, cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatal, unidad de quemados, hospitalización en salud mental y urgencias en salud mental (…)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – DPSAP - aplicativo REPS corte Noviembre de 2024

En relación con el indicador de consultorios, Colombia presenta un valor de 1.28 consultorios por cada mil habitantes. Si se compara con otros países de la región dicho indicador resulta bajo en comparación a Argentina (N=3.94) pero superior a México (N=0.56), es decir aún no se alcanzan indicadores óptimos.

Para el año 2024 según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, se identificó que, por cada 1.000 habitantes en el país se cuenta solo con menos de 2 (1.94) camas hospitalarias, disponibilidad inferior al promedio de países de la OCDE que es 4,4 camas por 1.000 habitantes.



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios -DPSAP- REPS, corte a octubre del 2024

Es importante considerar que las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias reducen el brindar garantía en el acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver las demandas de la población, generando ineficiencia en la asignación y utilización de recursos.

Buscando reducir la brecha de servicios y las deficiencias de la red de prestadores, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado sucesivamente proyectos de inversión buscando asignar recursos a los entes territoriales, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 715 de 2001 (le corresponde a la Nación, el impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, y a cada ente territorial evaluar y proponer de manera autónoma sus necesidades y adelantar las gestiones que le correspondan para la implementación de los proyectos que sean requeridos) . Dichas asignaciones se realizan de acuerdo con el tipo de intervención: obra nueva, ampliación, remodelación, refuerzo estructural y equipamiento fijo. Por su parte, las inversiones en dotación de equipos se clasificaron en: adquisición (compra de equipos para ampliar capacidad), reposición (renovación de equipos).

Se hace necesario resaltar que el Artículo 2 de la Ley 2294 de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" señala lo siguiente:

> *"ARTÍCULO 2. PARTE INTEGRAL DE ESTA LEY. El documento denominado "Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida", junto con sus anexos, elaborado por el Gobierno nacional con la participación del Consejo Superior de la Judicatura y del Consejo Nacional de Planeación, con fundamento en los insumos entregados por los colombianos en los Diálogos Regionales Vinculantes, con las modificaciones realizadas en el trámite legislativo, es parte integral del Plan Nacional de Desarrollo, y se incorpora a la presente ley como un anexo."* (subrayado propio)

De manera consecuente, el documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida en su capítulo B. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar numeral 1- Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo señala:

> *"Se propone optimizar el modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), con gobernanza, interculturalidad, gestión del riesgo, participación vinculante y articulación de los actores del sistema de salud, que garantice servicios integrales de salud en promoción, prevención y atención. En desarrollo de la Ley 1751 de 2015 se busca mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutiva frente a los desafíos presentes y contingentes".*

Dicho "*Modelo*" cuenta con los componentes de: 1) Redes integrales e integradas de servicios de salud- RIISS, (*Redes integrales e integradas de servicios de salud - Equipos de Salud Territorial*). 2) Talento humano en salud, (*Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo decente*), 3) Territorialización social y gobernanza para la garantía del derecho a la salud, (*Territorialización social, gobernanza y gobernabilidad, participación social en salud y Vigilancia en Salud Pública*) y 4) Defensa de lo público (*Sistema único de información en salud, Soberanía sanitaria, Ciencia, tecnología e innovación, Calidad e inspección, vigilancia y control y Financiamiento*).

Para la implementación del Modelo de salud, e implementación de acciones para el fortalecimiento de la estrategia de la atención primaria, se realizaron desarrollos técnicos y financieros para la conformación, estructuración y operación de las Instituciones Prestadores de Salud, definidos como la unidad básica que brinda intervenciones en salud clínicas, sociosanitarias y socioambientales realizadas por trabajadores capacitados, comprometidos y motivados que identifican y atienden las necesidades de la población en el territorio, operando en redes integrales e integradas, los cuales son unos de los objetivos principales a tratar con el presente proyecto de inversión.

Se evidencia una falta de acceso a los servicios de salud debido al deterioro y reducción de capacidad instalada de la infraestructura y dotación hospitalaria, ya que se evidencia que, de los 1.123 municipios y 19 áreas no municipalizadas, 637 no cuentan con sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS en zona rural, equivalente al 57%[5], asimismo, el 79,8% sedes requieren obras de reforzamiento total o parcial[6].

Aunado a lo anterior, el Minsiterio de Salud y Protección debe avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas para satisfacer la necesidad de telemedicina y telesalud en los diferentes territorios, para lo cual debe de manera gradual implementar las etapas recomendadas por la OMS/OPS en la implementación de telesalud; las cuales se han dividido en 8 fases.

La primera de estas etapas es la evaluación de la situación. Inicia con la formación del equipo y el establecimiento de los objetivos. En esta fase se involucran pluralidad de actores representando instituciones estatales que den gobernanza y gobernabilidad; administradores que coordinarán el programa y liderarán las metodologías específicas de telesalud a aplicar; técnicos que permitirán la aplicación de TIC's al entorno de la salud tanto a nivel del centro de referencia (prestador de referencia en la legislación colombiana) y del prestador remisor; y finalmente representantes de los usuarios a beneficiar, que pueden ser tanto los pacientes como el personal de salud de la institución remisora.

Esta será la primera etapa de la implementación de telesalud y telemedicina en los municipios PDET. Se han identificado 8 subregiones priorizadas:

Región
Sierra Nevada – Perijá – Zona Bananera
Montes de María
Sur de Córdoba
Sur de Bolívar
Bajo Cauca y Nordeste antioqueño
Urabá antioqueño
Chocó
Pacífico medio

Tabla 1. Fuente: elaboración propia con datos del PDET.

Con base en el contacto con estos municipios que fungen de nodo se puede establecer un sistema escalonado de atención médica efectiva. A partir de estos municipios y otros identificados como posibles nodos se establecerán los municipios PDET a los cuales pueden servir directamente, y con esta información se puede proseguir a los siguientes pasos del modelo OMS. Adicionalmente, a partir de este contacto con los nodos de las subregiones PDET escogidas se pueden formar modelos para extender la atención de telemedicina a otros municipios aledaños que tengan hospitales de segundo nivel y que permitan fortalecer la atención regional de telesalud, según el grado de madurez para la telemedicina.

Con los equipos establecidos y contactados se procede a pactar los objetivos e identificar las dificultades, población meta, programas semejantes o accesorios ya existentes, y el cómo se integrará la telesalud al servicio que las instituciones ya prestan. Posteriormente se realiza un análisis del panorama para detectar las necesidades de cada

[5] Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS) a 31 de diciembre 2023
[6] Matriz de asignación de proyectos de infraestructura y dotación

región de forma específica, particularmente en cuanto a hardware y software. Finalmente se procede al diagnóstico de la madurez para la telemedicina para cada región.

Esta etapa de diagnóstico va seguida por la planeación de la implementación, el pilotaje y la implementación formal. Aquí se ajustarán planes de implementación en términos prácticos (cómo operará la telesalud), definir aspectos legales y de protección de datos y del paciente y personal; establecer los procedimientos operativos estándar; planear estrategias de apropiación del programa y del conocimiento por parte de los pacientes y el personal. Tanto en la fase de diagnóstico como en la planeación de la implementación necesariamente tienen que darse visitas al territorio para conocer de primera mano las dificultades y oportunidades, establecer un contacto directo y afianzar las relaciones interinstitucionales de manera que la adherencia a la implementación sea alta. Adicionalmente como parte de la implementación se establecen estrategias de monitoreo y cambio para promover la mejora continua. Las fases específicas del proyecto se detallan en la sección “Condiciones técnicas mínimas o esenciales del bien o servicio objeto de la contratación”.

De esta forma el ministerio podría subsanar parte de la necesidad de atención médica en los municipios PDET, obteniendo múltiples beneficios: el acercamiento de las regiones PDET con sus propios centro de referencias, estableciendo incluso redes que sobrepasan las departamentales; acercamiento de municipios PDET con el centro del país; programas de capacitación del talento humano en salud no solamente en cuanto a brindar servicios de telesalud sino en términos de patologías prevalentes según la epidemiología correspondiente a cada municipio; programas de telesalud sostenibles, que gradualmente logren independencia y con un modelo replicable para extender a otras zonas PDET o territorios vulnerables; finalmente, una propuesta de monitoreo e indicadores que permitan medir de forma efectiva y real el impacto de los programas de telesalud en las regiones.

Asi las cosas el Ministerio debe avanzar en la realización del diagnóstico de capacidades para la telesalud y posteriormente el plan de implementación en las siguientes subregiones PDET a cargo de la UT LIME de la Universidad de Antioquia; cada una de ellas constituye un nodo de telesalud que incluirá un hospital de alta complejidad que constituirá el nodo central, uno o varios de mediana complejidad que serán los centros de referencia y varios centros de baja complejidad que serán los prestadores remisores, siendo las regiones y sus municipios beneficiadas las siguientes:

Sierra Nevada – Perijá – Zona Bananera, Montes de María, Urabá Antioqueño, Sur de Córdoba, Sur de Bolívar, Bajo Cauca y Nordeste antioqueño, Chocó y Pacífico Medio

- Sierra Nevada – Perijá – Zona Bananera:
  Cesar: Agustín Codazzi, Becerril, La Jagua de Ibirico, Manaure Balcón del Cesar, Pueblo Bello, La Paz, San Diego, Valledupar
  La Guajira: Dibulla, Fonseca, San Juan del Cesar
  Magdalena: Aracataca, Ciénaga, Fundación, Santa Marta
- Montes de María:
  Bolívar: Córdoba, El Carmen de Bolívar, El Guamo, María la Baja, San Jacinto, San Juan Nepomuceno, Zambrano
  Sucre: Colosó, Chalán, Los Palmitos, Morroa, Ovejas, Palmito, San Onofre, Toluviejo
- Urabá Antioqueño: Antioquia: Apartadó, Carepa, Chigorodó, Dabeiba, Mutatá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Turbo

Sur de Córdoba:

Córdoba: Montelíbano, Puerto Libertador, San José de Uré, Tierralta, Valencia

- Sur de Bolívar:
  Antioquia: Yondó
  Bolívar: Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa del Sur, Simití
- Bajo Cauca y Nordeste antioqueño: Antioquia: Amalfi, Anorí, Briceño, Cáceres, Caucasia, El Bagre, Ituango, Nechí, Remedios, Segovia, Tarazá, Valdivia, Zaragoza
- Chocó:
  Antioquia: Murindó, Vigía del Fuerte
  Chocó: Acandí, Bojayá, Carmen del Darién, Condoto, Istmina, Litoral de San Juan, Medio Atrato, Medio San Juan, Nóvita, Nuevo Belén de Bajirá, Riosucio, Sipí, Unguía
- Pacífico Medio:
  Cauca: Guapi, López de Micay, Timbiquí
  Valle del Cauca: Buenaventura

En la tabla 1 se evidencian los municipios PDET con hospitales de mediana complejidad (II nivel) que servirán de nodos para el servicio de telemedicina, que serán el foco del proyecto, considerando que al incidir en estos se establece conexión efectiva entre los demás municipios, cumpliendo a cabalidad sus necesidades primarias, e instituciones con atención médica de mayor complejidad. De acuerdo al grado de madurez en telemedicina existe la posibilidad de extender los programas a municipios PDET con atención de primer nivel.

Así las cosas, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, adelanta las actividades necesarias que permitan dar cumplimiento a la elaboración de las políticas, normas, reglamentos y estrategias, así como del seguimiento correspondiente y demás funciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de la prestación de servicios de salud en el territorio nacional, en el marco del Plan de Acción y de los proyectos de inversión de su responsabilidad, ubicando el componente de infraestructura hospitalaria como uno de los elementos escenciales para la prestación del servicio de salud en territorio.

Es así que las acciones dirigidas a temas de infraestructura son competencia directa de la Subdirección de Infraestructura en Salud, cuya funciones se destacan así:

1. *Elaborar las normas y la política para el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura de servicios de salud en todos los niveles de atención.*
2. *Realizar estudios y modelos de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud y de la capacidad instalada en todos los niveles de atención.*
3. *Prestar asistencia técnica a las entidades en el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura.*
4. *Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional, y la observancia de sus recomendaciones en el ámbito de su competencia.*
5. *Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia. (Artículo 24, Decreto 4107 de 2011)*

De las funciones enunciadas, se entiende que especialmente la función 3 (Prestar asistencia técnica a las entidades en el desarrollo, construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura), se relaciona de manera directa con el

cumplimiento de las metas del PND, en tanto las asistencias técnicas que se brindan desde la mencionada Subdirección, se dirigen a la formulación de proyectos de inversión para el mejoramiento y modernización de la red pública hospitalaria, que fundamentan las inversiones en infraestructura física y dotación hospitalaria.

Ahora bien, en el marco de dicha asistencia, y en cumplimiento de la Resolución 2053 de 2019, modificada por la Resolución 485 de 2025, los proyectos de inversión dirigidos a la construcción, mejora o adecuación de la infraestructura física y dotación hospitalaria deben dar cumplimiento, entre otras, a los siguientes lineamientos y disposiciones:

- Ley 400 de 1984
- Decreto Único 1077 de 2015
- Decreto Ünico 780 de 2016
- Resolución 14861 de 1985
- Resolución 04445 de 1996
- Resolución 5042 de 1996
- Resolución 3100 de 2019
- Resolución 591 de 2024

Sin perjuicio de las normas enunciadas, el proyecto de infraestructura en salud debe atender las normas urbanísticas, de accesibilidad universal y técnicas que le sean aplicables de acuerdo a su localización, características y nivel de atención.

Ahora bien, se entiende que los PMIDS guiarán, por tanto, en el corto, mediano y largo plazo, las decisiones de los entes territoriales y del gobierno nacional en cabeza del MSPS y sobre aspectos de inversiones tendientes a mejorar la capacidad instalada para la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades identificadas y analizadas en los territorios.

Con el fin de avanzar en este camino, en una primera fase de construcción de los PMIDS los departamentos y distritos deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social un ejercicio de priorización de proyectos, previa identificación y definición de los principales problemas en salud asociados a la infraestructura y dotación. Sin embargo, dado que se ha evidenciado que las Empresas Sociales del Estado tienen debilidades técnicas para identificar el alcance de sus proyectos, y ante la necesidad de determinar sus necesidaddes en los plazos planteados para la formulación de los PMIDS y los proyectos de recuperación del nivel primario para la vigencia 2026, se hace necesario aumentar las asistencias técnicas en territorio por parte del Ministerio.

Uno de los ejes planteados en los PMIDS corresponde a la reducción del déficit de accesibilidad geográfica entendida como la distancia entre la población y la infraestructura que presta el servicio de salud, que afecta la probabilidad de que las personas utilicen un servicio específico. Cuanto más cerca esté de una población, mayor será su uso; sin embargo, la accesibilidad puede verse limitada por barreras geográficas, culturales o de transporte. En Colombia este déficit se expresa por ejemplo, en que el 61% de las sedes de prestadores públicos se encuentran localizadas en zonas donde se requiere una hora o más para acceder, llegando ese tiempo a extenderse hasta en 10 horas.

Dado que en el país requiere reducir el tiempo de acceso a los servicios de salud, especialmente los ofertados por la red pública, se requieren proyectos dirigidos a dar apertura a servicios que favorezcan el acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional, a través de la recuperación, fortalecerimiento y modernización de la red pública hospitalaria en todo el país, en particular en las zonas rurales y urbanas con baja cobertura de servicios de salud,

implementando así el mencionado plan maestro, y con ello, contribuir a mejorar las capacidades para recuperar la cobertura, la calidad y la resolutividad de los niveles primario y complementario, y coadyuvar a la conformación de Redes Integrales Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITS, acción que requiere de la financiación con recursos del presupuesto público.

Para lograr tal fin, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social la estructuración e implementación de acciones para el fortalecimiento de infraestructura en salud que incluya entidades del orden nacional y territorial en cabeza de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, en procura de brindar acompañamiento técnico y a la gestión de proyectos, fortaleciendo los procesos de viabilización, y con ello, facilitar la asignación de recursos y seguimiento a la ejecución de proyectos de infraestructura física y dotación en salud con entidades de todos los niveles del sector salud.

Las acciones físicas que se buscan desarrollar corresponden entre otras a:

- El mejoramiento de las instalaciones (en materia de infraestructura física).
- La adquisición e implementación de dotación hospitalaria correspondiente a los servicios localizados en las edificaciones mejoradas
- La adquisición e instalación de tecnologías POCT (Point of care testing- o en español llamadas pruebas en el punto de atención al paciente).
- La adquisición e instalación de mobiliario
- La adquisición, instalación y puesta en marcha de Tecnologías de Información y Comunicaciones- TIC facilitando la implementación de la modalidad de telemedicina.

De manera consecuente, el acompañamiento que se busca brindar por parte del MSPS a los entes territoriales, esta orientado a facilitar la acción de definición de los proyectos de los PMIDS y la implementación de los que se prioricen para la asignación y seguimiento de los recursos en los territorios para la vigencia 2026 así:

- Revisión en sitio del alcance de intervención, definiendo si cumplen con los requisitos aplicables según la Resolución 485 de 2025.
- Verificación y complementación de documentación a ser presentada por las ESE (memorias, presupuestos, fichas técnicas, etc.)
- Verificación en sitio de las necesidades futuras de dotación hospitalaria correspondiente a los servicios localizados en las edificaciones mejoradas
- Verificación en sitio de la posibilidad de incluir tecnologías POCT en fases subsiguientes
- Verificación en sitio de las necesidades futuras de mobiliario para garantizar un funcionamiento adecuado de las instalaciones y cumplimiento del Sistema Único de Habilitación.
- Verificación y acompañamiento en el diligenciamiento de las herramientas de valoración y propuestas definidas en la metodología de los PMIDS.

Estas acciones, claramente determinar el tipo de acompañamiento que requiere el Ministerio para la planeación, formulación, viabilización y seguimiento de los PMIDS, para lo cual el fortalecimiento de las acciones en territorio debe ser concentradas por el MSPS como ente rector de la política pública en salud, de los procesos de socialización y divulgación de los planes maestros, de manera en que se facilite el conocimiento de dichas disposiciones para los actores del sistema.

Descripción técnica

Para poder avanzar en la validación y concreción de propuestas asociadas a la inversión en infraestructura y dotación a incluir en el PMIDS y a apoyar mediante recursos del PGN durante la vigencia 2025, el MSPS desarrolló el documento "*Lineamientos para la validación, identificación, apoyo técnico y generación de insumos para proyectos de recuperación de la infraestructura de nivel primario*", que serve de guía técnica para los entes territoriales en su proceso de formulación y elaboración de proyectos e infraestructura y dotación en salud, e incluye entre otros los siguientes elementos:

- Alcance
- Marco normativo
    - Principales disposiciones normativas aplicables
    - Normatividad asociada a la viabilización de proyectos
- Organización del equipo de trabajo
- Productos, actividades y alcance
    - Fase A.1- Prediagnóstico
    - Fase A.2- Programación y Logística
    - Fase B - Asistencia técnica en territorio
        - Verificación y complementación de proyectos con avance
        - Identificación y apoyo en nuevas iniciativas
        - Articulación con el PMIDS
        - Socialización del PMIDS
    - Fase C: Acompañamiento para la presentación de proyectos
    - Fase transversal de seguimiento
        - Trazabilidad y evaluación
- Productos
    - Revisión y retroalimentación
- Cronograma

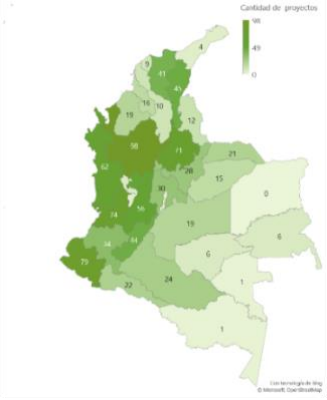
Dicho documento incluye adicionalmente los formatos a diligenciar, insumos, tareas y protocolos a emplear de manera en que el personal a contratar pueda desarrollar sus obligaciones en el periodo correspondiente a sus contratos, en procura de poder dar cumplimiento al artículo 164 de la Ley 2294 de 2023.

En dicho documento, la asistencia técnica puede incluso extenderse, a brindar apoyo al MSPS en el seguimiento a proyectos en ejecución, que hayan sido objeto de evaluación y asignación de recursos detectando el avance de los proyectos desde varios componentes (técnicos, financieros, etc), y lograr determinar necesidades complementarias en materia de dotación hospitalaria (mobiliario, TICs o equipamiento biomédico).

Al cierre de la vigencia de 2025, las Entidades territoriales presentaron proyectos de infraestructura para la viabilización de los recursos por parte del MSPS, contandose con un total de 2.017 radicaciones de proyectos, de los cuales el 35,9% (N= 725), ya cuentan con concepto favorable, el 2,3% (N= 410) se encuentran en estructuración, y el 43,7% (N= 882) se encuentran en evaluación. Se aclara en todo caso que las entidades solicitantes de los recursos son recurrentes en la radicación de los mismos proyectos, generándose una sobre radicación que puede alcanzar el 10%, del total de los radicados

La distribución de dichos proyectos por departamento se ilustra a continuación:

Ilustración 1- Distribución de proyectos en gestión



Fuente: Subdirección de Infraestructura en Salud, agosto de 2024

En relación a los tipos de proyectos que se encuentran en viabilización al cierre de la vigencia 2025, se identificó que el 60,7% (N=1.225) corresponden a adecuaciones, el 20,0% (N=404) a dotación y el 19.2%(N=388) pertenecen a otras modalidades. Es decir, la gran mayoría de los proyectos que se buscan viabilizar corresponden a la línea de inversión de mayor interés del Gobierno Nacional, es decir, el mejoramiento y recuperación de la infraestructura hospitalaria y dotación biomédica en el país.

Además, de acuerdo a la información que se ha capturado en el marco de la formulación de los Planes Bienales de Inversión 2025 se identificó que hay mas de 2100 iniciativas de proyectos de dichas características, de los cuales al menos, 1100 consideran como fuentes de financiación el PGN u otros. De manera consecuente, se entiende como proyección de dichos proyectos un universo aproximado de 1.000 proyectos de inversión, los cuales corresponde al principal foco de validación y priorización que ha dado el Ministeiro a esta labor.

Para poder dar cumplimiento a los objetivos trazados, y obtener así mismo datos con el mayor nivel de precisión posible, el MSPS ha incluido como parte de los protocolos a emplear tecnologías para la georreferenciación, de manera en que se garantice un ágil flujo de información, calidad del dato y elaboración de registro fotográfico, permitiendo tener insumos para etapas posteriores de seguimiento. Se aclara en todo caso que las acciones de georreferenciación no implican procesamiento de dato o alta experticia para su empleo.

Por lo anterior, el MSPS debe asegurar que para la vigencia 2026 las ESE y entes territoriales priorizados, en el marco de la formulación de los PMIDS y en cumplimiento del mandato del PND de recuperar, fortalecer y modernizar la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación, presenten los proyectos de infraestructura de su competencia, para con ello esta cartera pueda realizar la transferencia de recursos que le sean solicitados, de aquí que se requiere la asistencia en territorio de profesionales que acompañen y hagan el seguimiento a las entidades para la vialización y ejecución de los proyectos de infraestructura desde los requisitos que tiene el MSPS para la aprobación final de los recursos.

Para esto, se necesita de un grupo interdisciplinario en areas del conocimiento de ingenierias y afines, arquitectura y afines, economía, administración, contaduría y afines, y ciencias sociales, con el cual se brindará acompañamiento al Ministerio de los proyectos que se desarrollen en el territorio nacional para el componente de Infraestructura y Dotación Hoispitalria, verificando los criterios de la metodología, lineamientos y criterios técnicos de la infraestructura desde sus aspectos físicos, necesarios para que la Subdirección de Infraestructura en Salud y así validar y viabilizar el conjunto de proyectos presentados por los entes territoriales, bajo las condiciones señaladas en los lineamientos emitidos por el MSPS y dando cumplimiento a la normatividad específica de viabilización de proyectos y de prestación de servicios en salud previamente mencionada.

En relación a las áreas de conocimiento señaladas se precisa lo siguiente:

- Los profesionales en ingenierías (civil, eléctrica, hidráulica, mecánica, industrial, biomédica), incluidas en las denominaciones profesionales del Registro Profesional que por mandato legal lleva el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería – COPNIA, se consideran idóneos en tanto tienen la capacidad necesaria para brindar el apoyo requerido, ya que están en condiciones de estimar condiciones técnicas, presupuestales y de programación de recursos de los proyectos.
- Los profesionales en arquitectura, urbanismo y afines incluidos en el registro que por mandato legal lleva el Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares (CPNAA), cuentan con la idoneidad para participar en las distintas fases del proceso de construcción de edificaciones,y pueden establecer si se cumplen los requisitos técnicos de los proyectos al cumplir con la normatividad vigente, así como determinar acciones físicas para el mejoramiento de las sedes, y su impacto en el entorno.
- Los profesionales en economía, administración, contaduría y profesiones afines, incluidos en el registro que por mandato legal llevan el Consejo Nacional Profesional de Economía, el Consejo Nacional de Contadores Públicos y el Consejo Profesional de Administración de Empresas, cuentan con la idoneidad de participar en la estimación de costos de los proyectos, estructuración de presupuestos, y en el diligenciamiento de la Metodología General Ajustada – MGA, así como en la identificación de población, impacto y necesidades de los proyectos.
- Los profesionales del área de ciencias sociales se enmarcaran dentro del campo de su conocimiento. Así mismo profesionales del nucleo básico del concimiento del derecho y a fines.

El accionar del grupo interdisciplinario de profesionales se encuentra enmarcado en acciones tales como Evaluación, Seguimiento y Cierre de proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria.

En relación con la *EVALUACIÓN*, cuyo objetivo es la emisión de concepto técnico de viabilidad a proyectos de inversión de infraestructura física, equipamiento fijo y dotación de equipos biomédicos, mediante la revisión y análisis de la documentación presentada por las Entidades Interesadas, con el fin de fortalecer la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud. Esta evaluación se sujetará al procedimiento establecido por el MSPS.

En relación con el *SEGUIMIENTO* de la ejecución de los recursos del Presupuesto General de la Nación, asignados por esta cartera en la modalidad de financiación o cofinanciación de los proyectos viables, este inicia una vez se asignan los recursos a la entidad beneficiaria mediante la suscripción del Acto Administrativo denominado: "*Resolución*

de Asignación por Transferencias Condicionadas", para la ejecución del proyecto de inversión en infraestructura física y equipamiento fijo, previamente viabilizado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. A su vez, es responsabilidad de la Subdirección de Infraestructura en Salud para el seguimiento, realizar las acciones y actividades administrativas necesarias para la coordinación con la Secretaría Departamental de Salud o a la entidad que haga sus veces, y en el marco de las competencias como autoridad sanitaria territorial, se adelante el seguimiento técnico a la ejecución del proyecto de inversión para lo cual el MSPS y entes territoriales, deben disponer de la capacitad y recursos técnico, humano y financiero para la ejecución de los proyectos.

La periodicidad de las visitas de seguimiento a la ejecución se realiza en función del avance que reporte la Entidad Beneficiaria y el grado de complejidad del proyecto. En las visitas se realiza el recorrido de verificación (Inspección visual y registro fotográfico) y se efectúa el "Comité de Seguimiento", con la participación de delegados de cada Entidad involucrada, así como de la supervisión, constructor e interventoría, a fin de revisar de manera detallada el avance físico y financiero, pagos a contratistas y demás. El resultado de la visita de campo y los compromisos establecidos, se consignan en la respectiva acta de seguimiento a la ejecución de obra en el formato establecido por la Subdirección de Infraestructura en Salud.

Respecto al *CIERRE*, esta actividad esta orientada a realizar el cierre financiero del proyecto, mediante la entrega del informe final de seguimiento, actas de entrega y recibo a satisfacción, actas de liquidación, relación de rendimientos financieros generados por los recursos asignados con los respectivos soportes de reintegro, relación de recursos no comprometidos con los respectivos soportes de devolución, y formato de cierre financiero debidamente diligenciado y firmado por el gerente de la entidad beneficiaria y el Secretario Departamental de Salud o el Director de la Institución que tenga la competencia.

El desarrollo armónico de estas 3 acciones permitirá al MSPS gestionar de manera eficiente y oportuna los recursos de inversión asignados a los proyectos de Infraaestructura y Dotación Hospitalaria a los entes terriales en cumplimiento de las metas contempladas en el proyecto para la presente anualidad.

A su vez, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el componente de dotación biomédica requiere de apoyo en el fortalecimiento de la capacidad instalada en las instituciones de salud mediante la implementación normativa, planificación adecuada, gestión y seguimiento de los proyectos de dotación hospitalaria. Este enfoque requiere apoyo en la formulación y actualización de normatividad y lineamientos que aseguren la implementación efectiva de la dotación hospitalaria, así como la adecuación de los equipos a las necesidades específicas de los territorios y las comunidades, prestando asistencia técnica en la revisión de proyectos de inversión en dotación biomédica, garantizando su viabilidad y pertinencia conforme a la normatividad vigente, y se ofrece asistencia a las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado para direccionar las inversiones de manera eficiente. Asimismo, se brinda acompañamiento en la ejecución y cierre de los proyectos, validando el cumplimiento de las condiciones establecidas y asegurando la transparencia y la eficacia en el uso de los recursos asignados.

En desarrollo de estas acciones, el MSPS enfrenta diariamente gestiones y actividades dirigidas a atender la alta producción de documentos, conceptos, lineamientos, actos administrativos de asignación de recursos, contratos y convenios, y demás acciones administrativas necesarias para el cumplimiento para el acompañamiento y la asistencia técnica que se presta a los entidades territoriales, destacándose que para la evaluación, seguimiento y cierre, se debe contar con el acompañamiento no solamente técnico sino además del componente jurídico para la revisión, estructuración y viabilización de los documentos que acompañaran cada una de las mencionadas actividades

(evaluación, seguimiento, cierre) de tal forma que se verifique el cumplimiento de la normatividad y lineamientos del MSPS para la modernización y mejoramiento de la infraestructura en salud y el seguimiento hasta el cierre de los proyectos que financia el Ministerio a las ESE´s, inclusive, gestionándose las acciones legales para aquellas entidades que no completen la legalización de los recursos que les fueron asignados, pues como área responsables de la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencia, la Subdirección de infraestructura debe dar cumplimiento a lo contenido en las Resoluciones 1716 de 2019[7] y 995 de 2022, lo cual se ha adoptado por decisión administrativa, según consta en la Resolución 737 de 20242[8][9]

El artículo 14 del mismos Decreto establece las siguientes funciones en cabeza de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres – OGTED.

***1**. Formular y evaluar políticas relacionadas con la gestión del riesgo en materia de emergencias y desastres en el sector salud.*
2. *Asesorar al Ministerio en la consolidación de un sistema de atención de emergencias médicas para los distintos niveles territoriales.*
3. *Asesorar al Ministerio en el diseño, implementación y evaluación de programas de hospitales seguros frente a los desastres.*
4. *Liderar la red de comunicaciones, de transporte y urgencias en salud para la atención de emergencias o desastres.*
5. *Asesorar al Ministerio en la elaboración del componente de salud del Plan Nacional de Prevención y Atención de las situaciones de emergencias o desastres.*
6. *Asesorar al Ministerio en las acciones de provisión, dotación y suministros de medicamentos necesarios en las situaciones de emergencia o desastres.*
7. *Prestar asistencia técnica a las entidades territoriales y a sus instituciones prestadoras de servicios de salud en los temas de emergencias o desastres.*
8. *Promover la participación social y ciudadana en la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud.*
9. *Promover el desarrollo de las formas organizativas de participación y control social en las acciones de salud pública y prestación de servicios de salud.*
10. *Asesorar al ministro en el desarrollo de los proyectos de reglamentos en los temas a su cargo.*
11. *Coordinar el diseño y ejecución, con las demás dependencias del Ministerio, de los planes de mejoramiento de la gestión en salud de las entidades territoriales, para e*
12. *l mejoramiento de los procesos de descentralización territorial en salud, en coordinación con las demás entidades competentes.*
13. *Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional, y la observancia de sus recomendaciones en el ámbito de su competencia..."*

Las funciones dadas a la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastresfueron desarrolladas por la Resolución 1068 de 2014, que conforma los grupos internos de trabajo de la Oficina, a saber: Grupo para la Gestión de la Participación Social en Salud, Grupo de Apoyo a la Gestión Territorial y el Grupo para la Gestión del Riesgo de Desastres en salud. El componente de emergencias y desastres, desarrolla diferentes labores para cumplir el objetivo misional, entre los que se encuentran la elaboración y revisión de documentos técnicos base para la asignación de recursos que se asignan a las Empresas Sociales del Estado y entidades territoriales para atender programas

[7] Por la cual se establece el procedimiento de reintegro de los recursos del SGSSSS.
[8] Por la cual se establece las reglas para la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencia, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

relacionados con las emergencias, el fortalecimiento del centro nacional de reserva, el funcionamiento del Centro Nacional de Comunicaciones en Emergencia en Salud, el funcionamiento y operación de los centros reguladores de urgencia – CRUES, el desarrollo del programa Hospitales Seguros y su conversión a Hospitales Resilientes la coordinación de las emergencias en salud y la interlocución con la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo, el desarrollo, actualización e implementación del programa de protección a la Misión Medica.

Acorde al numeral 5° del artículo 58 de la Ley 489 de 1998, es competencia de los Ministerios "coordinar la ejecución de sus planes y programas con las entidades territoriales y prestarles asesoría, cooperación y asistencia técnica" desde el momento de la formulación del proyecto, estas instituciones requieren apoyo técnico para avalar los requerimientos que existen dentro del procedimiento institucional como soportes legalmente establecidos, realizando las acciones de verificación y coordinación en el marco de las competencias, lo que en conjunto permite materializar un constante y efectivo seguimiento a los mencionados recursos; acción que ante el valor de los recursos asignados en 2023 debe ser reforzada con la contratación de personal que apoye la realización de esta actividad, la cual desarrolla el Ministerio de Salud y Protección social en el marco del proceso "*PSSC01 Gestión prestación de servicios en salud",* procedimiento *"PSSP04 Gestión del riesgo de desastres en salud*", todo, conforme al manual "*PSSM01 Manual para la gestión del riesgo de desastres*", específicamente la N.º *9 "Seguimiento a recursos asignados para el fortalecimiento institucional"*.

Dado que actualmente la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres no cuenta con recurso humano suficiente en el seguimiento a los recursos asignados, las gestiones de reintegro de los rendimientos financieros generados, recursos que no fueron ejecutados ni comprometidos y cierre de las asignaciones realizadas a Entidades Territoriales y Empresas Sociales del Estado para cofinanciar proyectos en salud, las cuales deben ser llevadas a cabo por un número plural de personal profesional calificado en la materia, que apoye eficazmente las actividades de planeación, ejecución y seguimiento a los planes, programas, proyectos y acciones definidas por la dependencia, se requiere con prioridad disponer de apoyo para suplir esta necesidad con un equipo técnico que de apoyo a la gestión a las funciones que la Oficina, parte de los cuales son recogidos por el plan de inversión mencionado, así mismo realizar el seguimiento y control a los recursos ya existentes, para garantizar su correcto aprovechamiento, apoyar el fortalecimiento en el componente de transporte asistencial y equipos médicos en salud y apoyo técnico en atención a los requerimientos en los temas propios de las actividades y competencias de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres.

Para este caso, corresponde al proyecto de inversión identificado con el código BPIN 202400000000162 *"AMPLIACIÓN GRADUAL Y CONTINUA DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD" NACIONAL* cuyo objetivo general es el de: "Aumentar el acceso a los servicios de salud gracias a la mejora y aumento de la capacidad instalada de infraestructura y dotación hospitalaria".

En tal sentido y en el marco del Plan de Acción del MSPS, se tiene que la presente contratación se enmarca en los objetivos estratégicos denominados "5. *Fortalecer las capacidades institucionales y financieras del sector salud"* y *"6. Recuperar y fortalecer la red pública hospitalaria",* desarrollando actividades que permitan la implementación de los objetivos específicos:

- Estructurar y presentar diligentemente proyectos por parte de los entes territoriales para la gestión de los procesos de infraestructura y dotación hospitalaria
- Distribuir eficientemente la inversión para la actualización de equipo biomédico, tecnología informática y ampliación de infraestructura

- Mejorar la infraestructura para la adecuada prestación del servicio

En el Mismo sentido para el cumplimiento del Plan de Acción se plantea contratar recursos humano suficiente y necesario para avanzar en la implementación y desarrollo de las siguientes actividades:

- Definir y desarrollar acciones de asistencia técnica y seguimiento a las entidades territoriales con el fin de apoyar las gestiones técnicas operativas, administrativas y de seguimiento relacionadas con proyectos de infraestructura física en salud o dotación hospitalaria de acuerdo con la normatividad de la fuente de financiación
- Formular e implementar lineamientos e instrumentos para la gestión integral de infraestructura física y dotación hospitalaria
- Implementación y apropiación de metodologías y lineamientos para la priorización de la inversión pública en salud
- Seguimiento y formulación de indicadores de gestión
- Asignar recursos a proyectos de inversión de ampliación de infraestructura hospitalaria de acuerdo con la normatividad vigente
- Asignación de recursos para la construcción de infraestructura estratégica
- Asignación de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura en salud
- Asignación de recursos para la implementación de telesalud en el territorio nacional
- Asignar recursos a proyectos de inversión de dotación hospitalaria de acuerdo con la normatividad vigente
- Asignar recursos a proyectos de inversión para las adecuaciones de la infraestructura física en salud hospitalaria

Por lo anteriormente expuesto, el MSPS requiere contratar profesionales con Título profesional en el área del conocimiento de las ciencias sociales y humanas y/o economía, administración, contaduría y afines, con postgrado en la modalidad de maestría o especialización en el área del conocimiento mencionado. que cumplan con la idoneidad, experiencia y requisitos establecidos en este estudio previo, considerando además que, el Ministerio no cuenta con el recurso humano suficiente en la Subdirección de Infraestructura en Salud que pueda adelantar las actividades necesarias de acuerdo con la certificación expedida por la Subdirección de Gestión de Talento Humano, con lo cual se justifica la necesidad de la presente contratación.

2. OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES, AUTORIZACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS

2.1. OBJETO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES AL MSPS EN EL PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ENTES TERRITORIALES CON EL FIN DE APOYAR LAS GESTIONES TÉCNICAS OPERATIVAS, ADMINISTRATIVAS Y DE SEGUIMIENTO RELACIONADAS CON PROYECTOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD DE LA FUENTE DE FINANCIACIÓN.

2.1.1. ALCANCE DEL OBJETO

El Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla diferentes labores para cumplir el objetivo misional, entre los que se encuentran la elaboración y revisión de documentos técnicos base para la asignación de recursos que se asignan a las Empresas Sociales del Estado y entidades territoriales para atender programas

relacionados con las emergencias, el fortalecimiento del centro nacional de reserva, el funcionamiento del Centro Nacional de Comunicaciones en Emergencia en Salud, el funcionamiento y operación de los centros reguladores de urgencia – CRUES, el desarrollo del programa Hospitales Seguros y su conversión a Hospitales Resilientes la coordinación de las emergencias en salud y la interlocución con la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo, el desarrollo, actualización e implementación del programa de protección a la Misión Medica

2.2. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

2.2.1. OBLIGACIONES GENERALES

1. Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.
2. Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.
3. Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, **EL MINISTERIO** realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.
4. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.
5. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.
6. Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
7. Atender los lineamientos dados por **EL MINISTERIO** en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.
8. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por **EL MINISTERIO** relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
9. Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por **EL/LA CONTRATISTA** durante la prestación del servicio,
10. Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato,
11. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.
12. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.
13. Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de **EL MINISTERIO** por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del **MINISTERIO**, cuando a ello hubiere lugar.

14. Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por **EL/LA CONTRATISTA (**afiliándose en todo caso a una sola ARL)**,** y la cotización se realizará en su totalidad por parte de **EL/LA CONTRATISTA**, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
15. **EL/LA CONTRATISTA** dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.
16. Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.
17. Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo”. Una vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.
18. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
19. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
20. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
21. Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.

2.2.2. OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Apoyar al MSPS brindando asistencia técnica y acompañamiento en las mesas de trabajo, reuniones y demás gestiones que le sean asignadas en desarrollo del objeto contractual, y dar seguimiento y cumplimiento a los compromisos adquiridos en dichos espacios.
2. Apoyar al MSPS en el seguimiento a los recursos asignados, las gestiones de reintegro de los rendimientos financieros generados, recursos que no fueron ejecutados ni comprometidos y cierre de las asignaciones realizadas a Entidades Territoriales y Empresas Sociales del Estado para cofinanciar proyectos en salud
3. Apoyar técnicamente al MSPS en la elaboración, proyección, revisión de informes, conceptos, respuestas, a peticiones y documentos técnicos relacionados con el objeto contractual
4. Brindar apoyo al MSPS para la recolección de información y consolidación en el marco de las actividades de planeación institucional.
5. Brindar apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social en la búsqueda de datos, generación, estructuración y consolidación de información para dar respuesta oportuna a las solicitudes de información y requerimientos realizados por las diferentes entidades públicas, privadas y entes de control.
6. Apoyar en el cargue y/o disposición final, en el expediente digital o en el sistema de gestión documental, de toda la información relacionada con respuestas a entes de control, derechos de petición, convenios, contratos, plan, programa o proyecto, en los que apoye al Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.3. OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO- SGSST

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
3. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO.

2.3. OBLIGACIONES DEL MINISTERIO

1. Aprobar el plan de trabajo y el cronograma presentados por **EL/LA CONTRATISTA**, cuando a ello hubiere lugar.
2. Verificar que **EL/LA CONTRATISTA** realice para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra publicada en la página de Saludnet en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formación y capacitación, Inducción Virtual”.
3. Impartir las instrucciones que sean del caso, relacionadas con las actividades a realizar por **EL/LA CONTRATISTA**.
4. Poner a disposición de **EL/LA CONTRATISTA** toda la información necesaria para el desarrollo de las actividades.
5. Pagar al **CONTRATISTA** el valor del contrato, de acuerdo con lo establecido, dentro de los plazos y con las condiciones establecidas. Para el efecto, el MINISTERIO a través de la supervisión y atendiendo la naturaleza y prestaciones de la relación negocial.
6. Pagar los gastos generados por concepto de desplazamientos, si con ocasión de la ejecución del objeto contractual y en cumplimiento de las obligaciones del contrato **EL/LA CONTRATISTA** requiere desplazarse por fuera del lugar de ejecución.
7. Impartir aprobación de la facturación o documento equivalente presentada en físico y a través de la plataforma SECOP II por parte de **EL/LA CONTRATISTA**, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en la cláusula correspondiente a la forma de pago y demás relacionados.
8. Llevar a cabo el tratamiento establecido para los riesgos asignados.
9. El Supervisor del contrato deberá verificar que **EL/LA CONTRATISTA** allegue dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente periodo de cotización del último mes cobrado

2.4. PLAZO DE EJECUCIÓN/ PLAZO DE ENTREGA

Será a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, hasta once (11) meses.

2.5. LUGAR DE EJECUCIÓN/ DOMICILIO CONTRACTUAL

Las actividades del contrato se desarrollarán en Bogotá, sin perjuicio de las actividades que deban desarrollarse en otras ciudades previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

El domicilio contractual será la ciudad de Bogotá D.C.

2.6. AUTORIZACIONES, PERMISOS, LICENCIAS, CERTIFICACIONES O COMPROMISOS REQUERIDOS PARA SU EJECUCIÓN.

Para la contratación se requieren y aportan las siguientes autorizaciones y/o permisos.

Autorización o permiso	Requiere (SI/NO)
Para contratos de prestación de servicios con objeto igual – inciso tercero del artículo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 de 2015	SI
Contratos con objetos o temas relacionados con comunicaciones.	NO
Contratos con objetos transversales a diferentes áreas. *	SI

* Se trata de los contratos que tenga relación con más de un área y deberá solicitar visto bueno de todas con las que se relaciona, tales como OTIC, comunicaciones, Soporte Informático, etc.

3. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA, FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE LA SOPORTAN Y TIPOLOGÍA CONTRACTUAL

3.1. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN Y LA TIPOLOGÍA CONTRACTUAL.

El presente proceso de selección se adelantará bajo la modalidad de contratación directa, en razón al tipo de contrato a celebrar, esto es, prestación de servicios, a la luz del numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, que señala:

> "Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados (…)".

A su turno, el literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 establece que la modalidad de selección de **contratación directa** procede "**Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión**". A su vez, el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, establece lo siguiente:

> "Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o

experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita.
Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal; así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales. (…)"

Teniendo en cuenta la necesidad a satisfacer por parte de la entidad aunado a la formación académica y experiencia del candidato a ser contratado, la relación contractual corresponde a un contrato de prestación de servicios profesionales.

4. ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO Y DE LOS OFERENTES

De acuerdo con la clasificación del UNSPSC señalada en el Plan de Adquisiciones para la línea a contratar, el servicio requerido se presta de manera individual. Tratándose de personas naturales que cuentan con experiencia en diferentes temas y áreas, su oferta de servicios tiene mercados específicos, generalmente asociados a aspectos puntuales, que no demandan una organización compleja para su prestación, sino que, por el contrario, son prestados de forma completa por el profesional. En el caso de personas jurídicas cuyo objeto social comprenda este tipo de servicios, cuentan con un portafolio diversificado que incluye personas preparadas en diferentes áreas.

Así las cosas, el acompañamiento técnico oportuno y de calidad en materia de la necesidad, exige de la persona prestadora del servicio, un tipo de cualificación específica, así como experiencia directamente relacionada con la citada necesidad, de manera que, con fundamento en sus habilidades y conocimientos, ofrezca a la entidad contratante, la certeza respecto de su idoneidad y experiencia.

Conforme con lo anterior y teniendo en cuenta la trascendencia de las competencias asignadas al Ministerio, se requiere una persona con la formación y experiencia establecida en el numeral **5** del presente estudio previo, teniendo en cuenta que dentro de la Planta de Personal de la Entidad no se dispone de personal suficiente o con la cualificación requerida, para suplir el requerimiento efectuado por el solicitante.

El valor de los honorarios corresponde al establecido en la resolución de honorarios del Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentre vigente y en concordancia con el contenido del presente estudio previo.

Para la prestación de estos servicios no existen en Colombia, cargas impositivas particulares, por lo que, con independencia de su valor, el Ministerio deberá prever el pago del impuesto al valor agregado IVA, en razón a la condición tributaria del prestador, esto es, su condición de responsable de IVA.

5. CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE -IDONEIDAD.

El contratista deberá cumplir con las condiciones establecidas en la Resolución vigente que fija los honorarios para los contratos de prestación de servicios celebrados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según el perfil requerido por la dependencia que requiere la contratación, y que son los que a continuación se describen:

Información Resolución Honorarios	Tipo de Contratista	Requisitos y equivalencia	Honorarios Máximos
	Contratista 4	TP+MA+52MEPR Ó TP+ES+64MEPR Ó EQUIVALENCIA DE 88MEPR	$13038051
Formación académica		**Experiencia**	
Título profesional en el área del conocimiento de las ciencias sociales y humanas y/o economía, administración, contaduría y afines, con postgrado en la modalidad de maestría o especialización en el área del conocimiento mencionado.		Experiencia profesional relacionada con el objeto y las obligaciones contractuales.	

6. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y JUSTIFICACIÓN- FORMA DE PAGO- RESPALDO PRESUPUESTAL (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Y/O VIGENCIAS FUTURAS)

6.1. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

VALOR MES		PLAZO ESTIMADO (*)	VALOR TOTAL DE CONTRATO	
HONORARIOS	IVA	A partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución hasta once (11) meses	HONORARIOS	IVA
$11.000.000	$		$121.000.000	$
VALOR TOTAL			VALOR TOTAL	
$11.000.000			$121.000.000	

El valor de este contrato incluye todos los costos y gastos directos e indirectos para su ejecución y se financiará con recursos de la vigencia fiscal 2025 para lo cual se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, identificado así:

CDP No.	79126
FECHA	7 de enero de 2026
VALOR	$121.000.000
PROYECTO O POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	C-1906-0300-8-20201D1-1906050-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA - AMPLIACIÓN GRADUAL Y CONTINUA DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
RECURSO	10
USOS PRESUPUESTALES	02-02-02-008-003-09 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.; 02-02-02-008-003-03 SERVICIOS DE INGENIERÍA; 02-02-02-008-003-02 SERVICIOS DE ARQUITECTURA, SERVICIOS DE PLANEACIÓN URBANA Y ORDENACIÓN DEL

	TERRITORIO; 02-02-02-008-002-01, SERVICIOS JURÍDICOS; 02-02-02-008-002-02 SERVICIOS DE CONTABILIDAD, AUDITORÍA Y TENEDURÍA DE LIBROS

6.2. FORMA DE PAGO

El valor del contrato se pagará en mensualidades iguales, sucesivas y vencidas cada una hasta por la suma de **$11.000.000** o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, previa aprobación por parte del supervisor del contrato, de los respectivos informes de avance que den cuenta de la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: Tratándose del primer pago, dentro del informe de ejecución correspondiente, el supervisor dejará constancia expresa de la verificación del cumplimiento por parte de EL/LA CONTRATISTA de su obligación de presentar la certificación de examen pre-ocupacional en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015. Así mismo, para este pago EL/LA CONTRATISTA podrá adjuntar bien sea el soporte de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral del periodo de cotización anterior al mes o fracción de mes que se cobrará, además deberá aportar la constancia que certifique la presentación de la inducción virtual que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formación y capacitación, Inducción Virtual” en cumplimiento de la obligación general a su cargo establecida para el efecto.

PARÁGRAFO SEGUNDO: **EL/LA CONTRATISTA** para cada pago deberá presentar: Informe de actividades desarrolladas, acreditar los pagos de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes al periodo de cotización anterior al mes o fracción de mes que se cobrará y factura (la cual debe cumplir con los requisitos exigidos en el Estatuto Tributario y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren), o documento equivalente en físico a través de la plataforma SECOP II. Si la factura o documento equivalente no ha sido correctamente elaborada o no se acompañan los soportes requeridos para el pago, y/o se presenten de manera incorrecta, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se aporte el último documento y/o se presente en debida forma. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad de **EL/LA CONTRATISTA** y no tendrán por ellos derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

PARÁGRAFO TERCERO: El último pago se realizará previa presentación del informe correspondiente en el que conste que se recibió de manera definitiva y a satisfacción los servicios y/o bienes prestados por **EL/LA CONTRATISTA** durante todo el período de ejecución del Contrato.

PARÁGRAFO CUARTO: Los pagos por concepto de honorarios pactados, se realizarán por parte del Ministerio con sujeción al Programa Anual Mensualizado de Caja PAC y se realizarán a través de la Tesorería del Ministerio de Salud y Protección Social y/o el fondo que corresponda.

7. ANÁLISIS TÉCNICO SOBRE LA ADECUACIÓN DEL CONTRATO AL PLAN DE ACCIÓN, PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

Esta contratación se encuentra prevista en el **Plan de Acción del Ministerio** y en el **Proyecto de Inversión** para la vigencia **2026**, así:

PLAN DE ACCIÓN INSITUCIONAL – PAI (*)	
CÓDIGO DE ACTIVIDAD	2300-07
ACTIVIDAD	Definir y desarrollar acciones de asistencia técnica y seguimiento a las entidades territoriales con el fin de apoyar las gestiones técnicas operativas, administrativas y de seguimiento relacionadas con proyectos de infraestructura física en salud o dotac
NOMBRE PROYECTO DE INVERSIÓN	AMPLIACIÓN GRADUAL Y CONTINUA DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NACIONAL
CÓDIGO BPIN	202400000000162
CÓDIGO CCP	C-1906-0300-8-20201D1-1906050-02

*Aplica únicamente para recursos de inversión.

Esta contratación se encuentra prevista en el **Plan Anual de Adquisiciones** para la vigencia **2026,** así:

PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES – PAA	
CÓDIGO DE ACTIVIDAD (Id Línea)	2300-447
CÓDIGO UNSPSC	80101604;84111502;84111500;80111701;85101702;84111504;84111600;84111508

8. ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGACIÓN

Con arreglo a lo establecido por el artículo 4º de la Ley 1150 de 2007, decreto 1082 de 2015 y el manual para la identificación y cobertura del riesgo en los procesos de selección expedido por Colombia Compra Eficiente, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha tipificado, estimado y asignado los siguientes riesgos:

N	1	2	3
Clase	Especifico	Especifico	Especifico
Fuente	Externo	Externo	Externo
Etapa	Ejecución	Ejecución	Ejecución
Tipo	Operacional	Tecnológico	Riesgos Sociales o Políticos/ Riesgos
Descripción	Cambios regulatorios o reglamentarios que afecten el equilibrio contractual	Daños en los archivos y/o bases de datos producto de entrega y que signifiquen reproceso para su uso.	Problemas de orden público y/o eventos naturales que imposibiliten desplazamientos necesarios en el
Consecuencia de la ocurrencia del evento	Ajustes en las cláusulas del contrato o revisión de la viabilidad de su cumplimiento	Retraso en el cumplimiento del Contrato. Mayores costos para el Contratista.	Retraso en el cumplimiento del Contrato.
Probabilidad	1	1	1
Impacto	1	1	1
Valoración	2	2	2
Categoría	Bajo	Bajo	Bajo
¿A quién se le asigna?	Ministerio y/o Contratista según sujeto de la obligación	Contratista	Ministerio
Tratamiento/Control a ser implementado	Realizar seguimiento permanente	Backup, Copias de Seguridad.	Realizar seguimiento permanente
Impacto después del tratamiento: Probabilidad	1	1	1
Impacto	1	1	1
Valoración	2	2	2
Categoría	Bajo	Bajo	Bajo
¿Afecta la ejecución del contrato?	NO	Si	No
Responsable por implementar el	Supervisor y Contratista	Contratista	Supervisor y Contratista
Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Desde del Inicio de Ejecución del Contrato	Desde del Inicio de Ejecución del Contrato	Desde del Inicio de Ejecución del Contrato
Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Finalización del Contrato	Contra entrega de informes y productos	Finalización del Contrato
Monitoreo y revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	Revisando permanentemente posibles ajustes normativos	Pruebas Físicas	Seguimiento
Periodicidad	Mensual	Mensual	Permanentemente

En todo caso, el contratista tendrá la absoluta responsabilidad en la ejecución de todas las actividades necesarias para la total y cabal ejecución del objeto contractual. Por lo tanto, deberá considerar, previo a la suscripción del contrato todos los aspectos técnicos, económicos, financieros, y del mercado para evitar la ocurrencia de situaciones y materialización de riesgos que afecten la cabal ejecución del contrato y la permanencia de la ecuación contractual durante toda la vigencia del contrato, y en tal evento, serán de su cargo y responsabilidad, los gastos que esto conlleve.

9. COBERTURA DE ACUERDOS COMERCIALES

El Manual para el Manejo de los Acuerdos Comerciales en procesos de contratación código: CCE-EICP-MA-03, publicado por Colombia Compra Eficiente, señala que las entidades estatales no deben hacer el análisis para los procesos de contratación adelantados por las modalidades de selección de contratación directa.

10. ANÁLISIS DE LA GARANTÍA A EXIGIR EN LA CONTRATACIÓN

El contratista deberá constituir, a favor del Ministerio de Salud y Protección Social, Garantía Única en los términos del artículo 7 de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015; que cubra los riesgos, en las cuantías y vigencias que se establecen a continuación:

AMPARO	VALOR	OBJETO	TIEMPO
Cumplimiento	25 % del valor del Contrato	Esta póliza se exige con el fin de proteger al Ministerio de posibles incumplimientos totales o parciales del contratista en la ejecución de las obligaciones pactadas.	Ejecución y 6 meses más

11. SUPERVISIÓN.

La supervisión estará a cargo de del/la Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres o la persona a quien el/ella designe.

Es preciso señalar que el supervisor inicial, es decir, el que quedo establecido en los estudios previos, puede reasumir su calidad, cuando por cualquier circunstancia quien fue delegado no pueda fungir como tal (ausencias, situaciones administrativas, etc.).

Firmado digitalmente por David Scott Jervis Jalabe

DAVID SCOTT JERVIS JALABE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Firmado digitalmente por Cesar Leonardo Picon Arciniegas

CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS
Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres (e)
Elaboró: HQuinteroP/MGutierrezJ

CONTACTO ÁREA TÉCNICA	mmorenoo- Extensión 1700