1. DATOS GENERALES						
Fecha de elaboración:	04 de marzo de 2026					
Proceso / Programa Dependencia:	Salud Pública					
Objeto a contratar	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA					
Tipo de contrato Marque con una (X)	**Compraventa**	**Prestación de servicios de salud**	**Prestación de servicios**	**Suministro**	**Interadministrativo**	**Otro (Especificar en el numeral 3.1)**
		X				
Presupuesto estimado:	Doscientos cuarenta y cuatro millones seiscientos veinticuatro mil ochocientos setenta pesos moneda corriente **($244.624.870)**					
Tipo de gasto	Inversión					

Imputación Presupuestal (nombre rubro y código)

RUBRO	CÓDICIO DEL RUBRO	FUENTE	CÓDIGO DANE	DESCRIPCION DANE	EJE ESTRATÉGICO PDSP 2022-2031	CÓDIGO SECTORIAL	DESCRIPCION DEL GASTO	VALOR
Servicios de la administración pública relacionados con la salud Plan de Intervenciones Colectivas PIC	2.3.2.02.02.009 PIC NO TRANSMISIBLES	SGP-SALUD-SALUD PUBLICA (1.2.4.2.02)	91122	Servicios de la administración publica relacionados con la salud Plan de Intervenciones Colectivas PIC	Atención Primaria en Salud	19.02.107	Cuidado de la Salud - familias, colectivos y comunidades	$143.910.550
Servicios de la administración pública relacionados con la salud Plan de Intervenciones Colectivas PIC	2.3.2.02.02.009 PIC SALUD MENTAL	SGP-SALUD-SALUD PUBLICA (1.2.4.2.02)	91122	Servicios de la administración publica relacionados con la salud Plan de Intervenciones Colectivas PIC	Atención Primaria en Salud	19.02.107	Cuidado de la Salud - familias, colectivos y comunidades	$100.714.320
				TOTAL				$244.624.870

Nombre del Proyecto	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA
Código ID del proyecto	1705722

2. DESCRIPCION DE LA NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON LA CONTRATACION (Justificación)

La Unidad Administrativa especial de salud de Arauca debe cumplir con las competencias en salud como Ente rector de la salud en el departamento de Arauca.

Que mediante la Resolución 1597 de 2025, el Ministerio de salud estableció directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de Salud -PIC, definiendo entre otros, los aspectos generales para la ejecución del proceso de gestión de la salud pública, su finalidad, contratación y ejecución, incluidas las responsabilidades de las entidades territoriales a nivel

departamental, distrital y municipal, como de sus ejecutores y la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente de salud pública.

Que a través de la Ley 1438 de 2011 se adoptó la Estrategia de Atención Primaria en Salud para permitir la coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la citada Ley, en su artículo 15 señala que los equipos básicos de salud, entendidos como aquellas estructuras funcionales y organizativas que permiten facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, serán financiados con recursos interinstitucionales del sector destinados a la salud pública y de otros sectores que participa en la atención de los determinantes sociales y en el artículo 16 establece sus funciones.

Que mediante Resolución 1035 de 2022 se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031, con sus capítulos diferenciales, cuya implementación contempla 5 etapas: aprestamiento, inicio de implementación, implementación, ajustes al proceso de implementación, evaluación de implementación (2026-2029-2032). Que, de acuerdo con el artículo 2 de la mencionada resolución, el inicio de la implementación operativa se materializará con la formulación de planes territoriales de salud, departamentales, distritales y municipales de manera articulada con los planes de desarrollo a partir de enero de 2024 hasta mayo del mismo año.

PROBLEMA: Aumento de los índices de morbilidad y mortalidad en salud, en la población de los municipios del departamento de Arauca.

Magnitud actual del problema e indicadores de referencia *

El análisis de la situación de salud del departamento de Arauca evidencia que las problemáticas prioritarias están estrechamente relacionadas con determinantes sociales, ambientales, territoriales y estructurales, lo que exige una respuesta integral, intersectorial y territorial, orientada por los principios de equidad, sostenibilidad, enfoque diferencial e intercultural. Garantizar el derecho a la salud implica fortalecer la capacidad de respuesta del sistema, reducir brechas históricas y asegurar el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud para toda la población, sin distinción por condición social, étnica, cultural o ubicación geográfica.

La aplicación del método Hanlon permitió priorizar de manera objetiva los problemas y necesidades sociales en salud, considerando la magnitud, la trascendencia, la pertinencia social e intercultural y la factibilidad de intervención. Este ejercicio evidenció que las enfermedades no transmisibles constituyen el principal núcleo de inequidad del departamento, al representar la mayor carga de morbimortalidad y pérdida de años de vida saludables, con un impacto desproporcionado en poblaciones vulnerables y territorios con mayores barreras de acceso. No obstante, se reconoce que existen intervenciones efectivas y viables, especialmente mediante el fortalecimiento sostenido de la Atención Primaria en Salud, la consolidación de las redes integradas de servicios y el desarrollo del talento humano en salud.

Asimismo, el incremento de eventos de interés en salud pública asociados a cambios ambientales, emergencias, desastres y pandemias configura un segundo núcleo crítico de inequidad. La creciente vulnerabilidad frente al cambio climático, la contaminación ambiental y la inseguridad hídrica incrementa el riesgo de enfermedades transmisibles, malnutrición y mortalidad evitable, particularmente en comunidades rurales, indígenas y en situación de pobreza. En este contexto, resulta prioritario fortalecer la vigilancia epidemiológica y ambiental, la preparación y respuesta ante emergencias, y la articulación intersectorial para mitigar los impactos ambientales sobre la salud.

Finalmente, se identifica como núcleo transversal de inequidad la situación de las poblaciones vulnerables a lo largo del curso de vida, incluyendo comunidades indígenas, población rural dispersa, víctimas del conflicto armado, migrantes y personas con discapacidad. Las barreras estructurales, culturales y sociales que enfrentan estos grupos generan un impacto acumulativo negativo sobre su salud, especialmente en ámbitos como la salud materno-infantil, la nutrición y la salud mental. Si bien existen modelos de atención con enfoque diferencial e intercultural, su efectividad depende del fortalecimiento de políticas públicas inclusivas, de la participación social y comunitaria y de una articulación intersectorial efectiva.

En conjunto, los hallazgos del análisis confirman que la reducción de las inequidades sociales en salud en Arauca requiere consolidar un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades, con énfasis en la prevención, la gestión anticipada del riesgo y la continuidad del cuidado. El fortalecimiento de la APS, la gobernanza del sistema de salud y la acción intersectorial constituyen elementos clave para avanzar hacia mejores resultados en salud, mayor resiliencia territorial y una mejora sostenida de la calidad de vida de la población del departamento.

El primer núcleo de inequidad priorizado corresponde a la baja capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de morbimortalidad en el departamento de Arauca, lo que las

posiciona como el problema de mayor prioridad. La alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias crónicas se asocia a factores como estilos de vida poco saludables, envejecimiento poblacional, urbanización no planificada y limitaciones en la capacidad resolutiva del sistema de salud, especialmente en zonas rurales y dispersas.

El segundo núcleo de inequidad está asociado al incremento de eventos de interés en salud pública, emergencias, desastres y pandemias derivados de cambios ambientales y climáticos. La creciente exposición a riesgos ambientales, la contaminación, las deficiencias en agua potable y saneamiento básico, así como los efectos del cambio climático, incrementan la vulnerabilidad sanitaria del territorio y la probabilidad de brotes, emergencias y eventos de alta letalidad. En este escenario, resulta prioritario fortalecer la vigilancia epidemiológica y ambiental integrada, mejorar la preparación y capacidad de respuesta del sistema de salud, consolidar la articulación intersectorial y avanzar en inversiones sostenidas en infraestructura sanitaria y condiciones básicas de vida, con el fin de proteger la salud de la población y reducir la mortalidad evitable.

El tercer núcleo de inequidad se relaciona con las condiciones de vulnerabilidad de poblaciones indígenas, rurales dispersas, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas con discapacidad y otros grupos priorizados a lo largo del curso de vida. Estas poblaciones continúan enfrentando barreras estructurales, culturales y territoriales que limitan el acceso oportuno y aceptable a los servicios de salud, generando impactos acumulativos negativos en la salud materno-infantil, la nutrición, la salud mental y el bienestar general. La implementación de modelos de Atención Primaria en Salud con enfoque diferencial, intercultural y de curso de vida, el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, la seguridad alimentaria y la participación social son fundamentales para reducir estas inequidades y fortalecer el tejido social.

La reducción de las inequidades en salud en el departamento de Arauca exige el fortalecimiento del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, con la Atención Primaria en Salud como eje estructurante, una gobernanza sólida y una articulación intersectorial efectiva. Solo a través de intervenciones integrales, sostenidas y territorializadas será posible disminuir la morbimortalidad evitable, fortalecer la resiliencia institucional y comunitaria y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, inclusivo y sostenible para toda la población.

Se revela una dinámica de salud mental que exige una intervención institucional inmediata y diferenciada. El comportamiento de los eventos de interés en salud pública, específicamente el Intento de Suicidio (Evento 356) y la Violencia por Negligencia y Abandono (Evento 875), no solo muestra un incremento cuantitativo, sino que expone fracturas profundas en los tejidos familiares y comunitarios del territorio.

La Conducta Suicida: El evento de intento de suicidio se ha consolidado como uno de los indicadores más críticos de bienestar psicosocial en el departamento. Durante el año 2025, se notificaron 244 casos, alcanzando una tasa de incidencia de 76,0 por cada 100.000 habitantes. Más allá de la cifra absoluta, preocupa la tendencia al ascenso en comparación con el periodo anterior (2024), ubicando al 2025 con el comportamiento más alto en la serie histórica reciente (2018-2025).

El análisis del ciclo vital y los determinantes sociales permite identificar tres focos de alarma que este proyecto pretende abordar:

- **Crisis en las Etapas de Transición:** La conducta suicida en Arauca tiene un rostro joven. La sumatoria de casos en adolescentes (86) y jóvenes (96) indica que el **74% de los eventos** ocurren en etapas cruciales del desarrollo humano. Esto sugiere que las herramientas de afrontamiento emocional y los proyectos de vida de nuestra población joven se encuentran severamente comprometidos.
- **La Brecha de Género y Etnia:** Aunque la mujer representa la mayoría de los casos reportados (65,4%), es imperativo resaltar la desproporción en la población indígena, que aporta **60 casos** (aprox. el 25% del total). Esto señala una urgencia de salud pública intercultural que no puede ser ignorada.
- **Geografía del Riesgo:** La distribución territorial no es homogénea. El municipio de **Tame** presenta una situación de emergencia sanitaria con una tasa de **144,2 por 100.000 habitantes**, casi duplicando el promedio departamental, lo que justifica una focalización intensiva de acciones en dicha localidad.

Los detonantes identificados validan la necesidad de intervenir el entorno relacional: el **44,3%** de los intentos se desencadenaron por conflictos familiares y el **30,7%** por problemas de pareja, evidenciando la incapacidad actual de los núcleos primarios para resolver conflictos de manera asertiva.

Negligencia y Abandono: Dentro de la vigilancia de la violencia de género, la modalidad de Negligencia y Abandono emerge como un indicador silencioso pero devastador. Aunque representa una proporción menor en volumen (2,9% del total de violencias), su gravedad cualitativa es máxima debido a la indefensión de sus víctimas.

- Vulneración Exclusiva de Derechos de la Niñez: El 97,5% de las víctimas de negligencia y abandono son menores de edad. A diferencia de otras violencias, esta no afecta a los adultos, sino que ataca directamente el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.
- Inversión de la Brecha de Género: Un hallazgo crítico para la planificación es que, contrario a la violencia sexual, la negligencia afecta mayoritariamente al sexo masculino (niños) con un 58,0%, frente a las niñas (42,0%). Esto sugiere patrones culturales de crianza donde el cuidado hacia el niño varón podría estar siendo subestimado.

- El Hogar como Factor de Riesgo: El 89,6% de los agresores son familiares. El entorno que debería ser garante de derechos se ha convertido en el principal escenario de vulneración, lo que ratifica la urgencia de programas de fortalecimiento de capacidades parentales.

La evidencia epidemiológica de 2025 demuestra que Arauca enfrenta una sindemia de salud mental caracterizada por la fragilidad del vínculo familiar. Tanto en el intento de suicidio como en la negligencia infantil, la familia aparece como el eslabón crítico.

No es posible mitigar la conducta suicida, ni la violencia infantil sin intervenir directamente en la gestión emocional de los hogares, la protección diferencial de la niñez y la juventud y la articulación intercultural en los territorios más afectados y las zonas de resguardos indígenas.

El cáncer continúa siendo un evento de interés en salud pública debido a su impacto en la morbilidad, la mortalidad, los años de vida potencialmente perdidos y la carga para el sistema de salud, lo que exige una respuesta integral orientada a la prevención, la detección temprana, la atención oportuna, el seguimiento continuo y la articulación interinstitucional.

El análisis de la información notificada durante el periodo evaluado evidencia la ocurrencia de casos tanto en población infantil como en población adulta femenina, lo que pone de manifiesto la necesidad de abordar el evento desde un enfoque de curso de vida, considerando las particularidades epidemiológicas, clínicas y sociales de cada grupo poblacional. La vigilancia epidemiológica del cáncer permite identificar patrones de ocurrencia, distribución territorial y desenlaces, así como posibles brechas en el acceso a los servicios de salud, la oportunidad diagnóstica y la calidad del registro de la información.

En la población menor de 18 años, el cáncer infantil se mantiene como un evento de alto impacto en salud pública, dado que constituye una de las principales causas de morbimortalidad por enfermedad en este grupo etario y requiere una atención altamente especializada. Durante el año 2025 se notificaron trece (13) casos de cáncer infantil en el departamento de Arauca. El análisis por variables de persona evidenció una mayor proporción de casos en el sexo femenino, con ocho (8) casos, que representaron el 61,5 %, mientras que el sexo masculino registró cinco (5) casos, correspondientes al 38,5 %. Este comportamiento refleja una mayor afectación en niñas durante el periodo analizado, situación que debe ser monitoreada de manera continua para identificar posibles cambios en la tendencia del evento.

Los casos de cáncer infantil se presentaron en un rango etario comprendido entre los 2 y 17 años, con mayor concentración en la población infantil entre los 6 y 11 años, lo cual coincide con lo descrito en la literatura respecto a la aparición de ciertos tipos de cáncer en edades escolares. Esta distribución etaria resalta la importancia de fortalecer la capacidad de detección temprana en los servicios de atención primaria, así como la sensibilización del talento humano en salud, cuidadores y docentes frente a los signos y síntomas de alarma que pueden estar asociados a esta patología.

Desde el punto de vista territorial, los casos de cáncer infantil se distribuyeron en cinco municipios del departamento, con mayor número de notificaciones en el municipio de Arauca, que registró cinco (5) casos, seguido de Arauquita con tres (3) casos, Saravena y Tame con dos (2) casos cada uno, y Fortul con un (1) caso. Esta distribución puede estar relacionada con la densidad poblacional, la disponibilidad de servicios de salud y la capacidad instalada para la detección, diagnóstico y notificación de los casos. En cuanto al desenlace, durante el periodo evaluado se registró un (1) caso con fecha de defunción reportada, correspondiente a una menor de sexo femenino de 9 años de edad, residente en el municipio de Fortul, con fecha de defunción registrada el 8 de septiembre de 2025. El resto de los casos no presentó desenlace fatal reportado al momento del análisis, lo que resalta la importancia de fortalecer el seguimiento epidemiológico y la actualización periódica del estado vital de los casos notificados.

En la población adulta femenina, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino continúan representando eventos de alta relevancia en salud pública por su contribución a la morbimortalidad y por su potencial de prevención y detección temprana. Durante el año 2025 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública un total de 118 casos de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino en el departamento de Arauca, correspondiendo el 100% de los registros a población femenina. Del total de casos notificados, 60 correspondieron a cáncer de mama y 58 a cáncer de cuello uterino, evidenciándose una distribución similar entre ambos eventos, con un leve predominio del cáncer de mama durante el periodo analizado.

El análisis por nacionalidad evidenció que la mayoría de los casos correspondieron a mujeres de nacionalidad colombiana; sin embargo, se identificó un número significativo de casos en mujeres de nacionalidad venezolana. Esta situación refleja la dinámica migratoria del departamento y resalta la necesidad de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, la

continuidad en la atención y la notificación oportuna de los eventos, en concordancia con los lineamientos nacionales y el enfoque de derechos.

En relación con la edad, los casos de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino se presentaron en un amplio rango etario, desde mujeres jóvenes hasta adultas mayores, con mayor concentración entre los 30 y 69 años, etapa del curso de vida en la que se incrementa el riesgo de desarrollar este tipo de patologías. No obstante, la identificación de casos en mujeres jóvenes pone de manifiesto la importancia de fortalecer las acciones de información, educación y comunicación, así como las estrategias de detección temprana, tamización y consulta oportuna ante la presencia de signos de alarma.

Desde el punto de vista geográfico, los casos se distribuyeron en varios municipios del departamento, concentrándose principalmente en Arauca, Saravena, Tame y Arauquita, municipios que cuentan con mayor densidad poblacional y mayor capacidad instalada para el diagnóstico, tratamiento y notificación de los eventos. Municipios como Fortul y Puerto Rondón registraron menor número de casos notificados, lo que puede estar asociado a barreras de acceso, subregistro o limitaciones en la capacidad diagnóstica, y resalta la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa institucional y comunitaria, y articulación con la red de servicios de salud en estos territorios.

En cuanto al desenlace, durante el periodo analizado se registró al menos un (1) caso con fecha de defunción reportada en población adulta, correspondiente a una mujer con diagnóstico de cáncer de mama residente en el municipio de Arauquita. Este hallazgo resalta la importancia del seguimiento clínico y epidemiológico, la oportunidad en el acceso a servicios especializados, la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado como estrategias clave para la reducción de la mortalidad asociada a estos eventos.

Este comportamiento epidemiológico del cáncer en el departamento de Arauca durante el año 2025 evidencia una carga significativa de enfermedad tanto en población infantil como en población femenina adulta, con una distribución territorial concentrada en los municipios con mayor capacidad de notificación. Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer de manera sostenida las acciones de promoción de la salud, prevención primaria, detección temprana, tamización, atención integral y seguimiento de los casos, así como la calidad, oportunidad y completitud del registro de la información en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con el fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad asociada al cáncer y al mejoramiento de los desenlaces en salud de la población del departamento de Arauca.

Se identificó una variación positiva en el grupo de menores de 14 años. La tasa de fecundidad registró un descenso, pasando de 1.66 en el año 2024 a 1.33 en el año 2025, Si bien la disminución es leve, se destaca como un avance en las rutas de protección y prevención de violencia sexual y embarazo infantil, áreas de extrema sensibilidad para la salud pública.

Contrario al grupo anterior, se reportó un incremento en la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, en el año 2024, la tasa se situó en 19.84 mientras que en el año 2025, la tasa ascendió a 22.45, Este aumento de 2.61 puntos genera una alerta la necesidad de revisar las barreras de acceso a métodos de planificación y la efectividad de los programas de educación sexual dirigidos a esta población y de información en salud sexual y reproductiva.

Desde la semana epidemiológica 01 a la 53 del 2025 al realizar análisis de la información se puede observar una razón de muerte materna en 0, dado a que no se registran muertes maternas tempranas.

Cabe resaltar que se notificaron seis (6) casos al SIVIGILA, del total de Casos notificados 2 casos son residentes del departamento por causas externas para la semana epidemiológica 26 de 2025, De los 2 casos de residentes del departamento por causas externas, uno corresponde a politraumatismo contuso en accidente de transporte por accidente de tránsito del municipio de Tame en la semana 11 (Mujer de comunidad indígena makaguan UWA) y el otro, de la semana 28, se relaciona con intoxicación por envenenamiento autoinfligido (Mujer de comunidad indígena UWA) en el municipio de Saravena.

No obstante, se ha observado un aumento considerable con la notificación de 2 casos de muertes maternas tempranas en la población migrante no residente en el territorio. De los 2 casos de muertes maternas tempranas, 2 corresponden a muertes maternas directas de la población migrante no residente en el territorio; el primer caso, reportado en la semana 9, se debió a causas obstétricas relacionadas con a una emergencia hipertensiva, mientras que el segundo, de la semana 14, fue a causa de una sepsis de origen ginecológico.

Finalmente, se notificó 2 casos de muerte materna tardía en el departamento 1 caso por causas indirectas, correspondiente a un caso de la semana 2, que se debió a intoxicación por envenenamiento autoinfligido (suicidio en la comunidad uwa) en el municipio de cubará, Boyacá y en la semana en la semana 29 registró un caso debido a causas indirectas, específicamente sepsis de origen pulmonar.
A semana epidemiológica No 53 de 2025, se han notificado cuarenta y cuatro (44) casos de muerte perinatal y neonatal tardia (MPNT) con residencia en el departamento, de los cuales cinco (5) corresponden a población migrante. En esta semana no

se notificaron casos. En la semana epidemiológica analizada, la razón preliminar departamental de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,4 mortalidades por cada 1.000, por municipio en e 23,3 Puerto Rondón 1 1 21 47,6 nacidos vivos, estando por encima del nivel de la nacional que corresponde a 12,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivo.

De acuerdo a las coberturas alcanzadas a corte del 31 de diciembre de 2025, se puede evidenciar que la cobertura acumulada a alcanzar es del 95% y el Departamento de Arauca alcanzo el 92% en terceras de dosis en el menor de un (01) año, 88.6% en los biológicos trazadores para el año de edad, 89.3% en el primer refuerzo a los 18 meses de edad y 87.6% en el biológico de DPT segundo refuerzo, trazador para los cinco (05) años.

En relación a las coberturas de vacunación contra el virus del papiloma humano el departamento de Arauca tenia como meta vacunar 2943 niñas de 9 años de los cuales se captaron y se vacunaron 2193 para una cobertura de vacunación del 74.5% y una meta a vacunar de 3000 niños varones de los cuales se captaron y se vacunaron 2142 para una cobertura del 71.4%.

En relación a la vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas el municipio de Fortul alcanzó una cobertura del 104.4%, seguido del municipio de Cravo Norte con el 96.9%, Puerto Rondon con el 82.1%, Saravena 76.5%, Tame 72.3%, Arauca 70.2% y Arauquita 68.7%.

En relación a la vacunación contra el virus del papiloma humano en niños el municipio de Cravo Norte alcanzó una cobertura del 110.5%, Fortul 94.7%, Tame 77.9%, Saravena 73.6%, Arauca 67.5%, Puerto Rondon 62.5%, y Arauquita 56.3%.

Durante la vigencia 2025 en el Departamento de Arauca se garantizó el proceso de Inmunizaciones de acuerdo al esquema nacional a 9.230 personas migrantes cumpliendo con la estrategia de vacunación sin barreras.

En cumplimiento de la normatividad vigente resolución 1597 de 2025, Resolución 3280 de 2018, de la circular externa 025 del 2020 del ministerio de Salud y protección Social y la resolución 0295 de 2023; la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca debe adelantar la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas 2026; Se hace indispensable la contratación de actividades, de acuerdo al proyecto: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA, que incluye acciones complementarias a las derivadas de los demás planes de beneficio que conforman el SGSSS, y que busca la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud anticipándose a la presencia de eventos de interés en salud pública.

3. DESCRIPCION DEL OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES (autorizaciones, permisos y licencias. Cuando se trate de diseño y construcción, especificar los documentos técnicos que se requieran para el desarrollo de proyecto)

ÍTEM	ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON ORIENTACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.					
Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el area urbana.					
1	Apertura estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	$ 3.150.000	$ 3.150.000
2	Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	5	$ 27.522.110	$ 137.610.550
3	Cierre estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	$ 3.150.000	$ 3.150.000
TOTAL, ACTIVIDAD 1.1					$ 143.910.550
1.2 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana					
1	Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del municipio de Saravena	Unidad	1080	$ 93.254	$100.714.320
TOTAL, ACTIVIDAD 1.2					$100.714.320
TOTAL					$244.624.870

COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON ORIENTACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el área urbana.

Objetivo: Favorecer la adopción de estilos de vida saludables en mujeres con diabetes y sus familias, mediante intervenciones educativas, nutricionales, físicas y de autocuidado, que reduzcan factores de riesgo cardiovascular y metabólico en el municipio de Saravena.

Descripción técnica de la Actividad: De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, se reconoce la importancia de abordar los factores de riesgo cardiovasculares en mujeres menores de 55 años, considerando diferencias de sexo y género. La estrategia busca disminuir riesgos tradicionales y no tradicionales en mujeres con diabetes, integrando un enfoque diferencial y familiar.

Reconocidas las diferencias entre el sexo y el género, la evidencia científica ha conducido a clasificar los factores de riesgo cardiovascular en la mujer para mejorar su identificación y subsecuente tratamiento:

Factores de riesgo tradicionales. Aunque son comunes para toda la población, algunos suponen mayor riesgo en las mujeres, entre los riesgos tradicionales se encuentran: edad, historia familiar de enfermedad cardíaca prematura (antes 65 años), hipertensión arterial, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, inactividad física, sedentarismo y síndrome metabólico.

Factores de riesgo no tradicionales. Son poco reconocidos y tienen un comportamiento diferente en la mujer, como son la depresión, el estrés, las enfermedades autoinmunes y el tratamiento oncológico.

Factores de riesgo únicos en la mujer, como la edad de inicio de menarquia, síndrome de ovarios poliquístico, insuficiencia ovárica prematura, menopausia, terapia de reemplazo hormonal o terapia hormonal de la menopausia y las complicaciones del embarazo (hipertensión asociada al embarazo, diabetes mellitus gestacional y parto pretérmino.

Dadas las diferencias en la fisiopatología y presentación clínica de algunas enfermedades cardiovasculares establecidas, estas deben ser consideradas por las implicaciones que tienen en el retraso del diagnóstico y tratamiento en las mujeres, de tal manera que se logre reducir la creciente morbimortalidad y el impacto en la calidad de vida.

Es por esto, que se plantea la presente estrategia que busca disminuir los riesgos tradicionales en la población femenina del municipio de Arauca.

Talento humano del EBS:

Talento Humano	Cantidad
Auxiliar de enfermería	1
Profesional en enfermería	1
Profesional de nutrición	1
Profesional en fisioterapia	1

Población Objeto:

- 100 mujeres diagnosticadas con diabetes en Saravena
- Núcleo familiar: aproximadamente 300 personas beneficiadas

Fase 1: Alistamiento

- Entrega de formatos a utilizar en la estrategia por parte de la supervisión UAESA
- Selección de participantes mediante invitación articulada con IPS, alcaldía, Asociaciones de usuarios, lideres de poblaciones diferenciales y programa Vida Saludable de la UAESA.
- Firma de consentimiento informado por cada usuaria.
- Apertura con auditorio, refrigerio saludable y actividades motivacionales.
- Presentación del equipo multidisciplinario y plan de trabajo.
- Articulación con entidades locales (Alcaldía, INDER, SENA).

Soportes a entregar:

- Acta de articulación entre Alcaldías, IPS, UAESA.
- Enfoque diferencial de las usuarias que acepten participar en la actividad
- Soporte de HC de las usuarias que demuestren que son mujeres diabéticas
- Consentimiento informado por cada una de las usuarias

La fase 1 incluye la actividad de apertura.

El oferente garantizará un auditorio amplio con capacidad mínimo para 150 personas, iluminado, con colocación de sillas para el evento, refrigerio saludable (que contenga carbohidratos, proteínas, vegetales) e hidratación, actividades a realizar durante la apertura del reto, que serán aprobadas por la supervisión, al igual por el equipo de Comunicaciones de la UAESA: en esta actividad de apertura se incluirá:

- Bienvenida a todos los participantes, el objetivo de la apertura es relacionar los participantes de cada municipio y generar entre ellos los grupos de apoyo para la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable.
- Presentación del equipo (Presentación de los profesionales que acompañarán en el desarrollo de la campaña a cada uno de los participantes: profesional de nutrición, profesional de enfermería y profesional fisioterapeuta
- Presentación de los participantes.
- El profesional de nutrición realizará intervención motivacional en cuanto a los cambios que tendrán en la alimentación y las metas a conseguir.
- El profesional en fisioterapeuta, realizará actividad rompe hielo y una actividad física para integrar los participantes.
- Por parte de los profesionales ejecutantes presentaran el plan de trabajo descrito en el ítem de la tercera fase (contenido del plan de trabajo) que se llevara a cabo durante los meses de intervención.
- El oferente debe hacer articulación con otras entidades gubernamentales de cada municipio que puedan ofertar sus actividades a los participantes y aporten a la adopción de estilos de vida saludables y motivación de los mismo y en el evento de apertura muestren su oferta (Alcaldía municipal, INDER, SENA y otros).
- El oferente articulará con otros sectores en la consecución de incentivos para entregar en la apertura del evento.
- Al finalizar el evento, los profesionales acordarán con los participantes las visitas domiciliarias por parte del profesional en enfermería y nutrición, como a su vez el profesional fisioterapeuta. Organizará los grupos para la actividad física, para continuar con la siguiente fase.

Duración del evento: cuatro (4) horas.

SOPORTES DE LA ACTIVIDAD:

- Programación de actividad aprobada por la supervisión.
- Enfoque diferencial de las participantes en medio físico y magnético digitado.
- Registro fotográfico de buena calidad de la actividad

Tiempo de la fase: Un (1) mes

FASE 2: Fortalecimiento en la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardio cerebro vascular en el municipio de Saravena.

La fase 2 incluye de forma mensual:

- La intervención por cada uno de los profesionales del equipo multicomponente al total de las participantes

La entrega de incentivos de forma periódica al finalizar la estrategia para los participantes y así mejorar la adherencia a la estrategia.

Tiempo de la fase: cinco (5) meses para cada uno de los participantes.

Contenido del plan de trabajo: El equipo multicomponente deberá garantizar un plan de actividad física de la cantidad de personas priorizadas, el acompañamiento nutricional que se hará personalizado para los participantes y la asesoría y acompañamiento por el profesional de enfermería para mejorar la adherencia a los tratamientos prescritos y eliminación de hábitos de riesgo para complicaciones de la enfermedad, garantizando la articulación con la IPS para la adherencia al tratamiento.

Los planes de trabajo y las intervenciones, deben incluir el núcleo familiar del participante, donde de manera articulada se favorezca un cambio en los estilos de vida de la familia para que los resultados perduren.

PROFESIONAL	ACTIVIDAD	CANTIDAD INTERVENCIÓN	TIEMPO DE INTERVENCIÓN
Profesional de Nutrición.	La primera visita domiciliaria a realizar con el participante será la valoración inicial, medidas antropométricas evaluar la composición corporal complementaria al IMC donde pueda hacer una clasificación del porcentaje de grasa y masa muscular, evaluación Frecuencia de consumo semanal de alimentos, construcción y entrega de un plan de alimentación para cada participante de acuerdo a lo encontrado y los paraclínicos realizados en sus últimas controles de la enfermedad o de riesgo cardiovascular (de un tiempo no mayor de tres meses) Las medidas antropométricas deberán garantizar la confiabilidad del dato. Los seguimientos se iniciarán a los 15 días después de la valoración inicial, con frecuencia quincenal donde se realizará seguimiento a la adherencia de las recomendaciones por medio de visita casa a casa, se promocionará la alimentación saludable, y se verificará la evolución antropométrica, estas intervenciones se deberán garantizar utilizando la lúdica – juego para facilitar la aceptación. Se deberá garantizar motivación constante por medio del grupo de apoyo de WhatsApp donde se incentivará a enviar fotografías de sus avances, su alimentación diaria y prácticas de actividad física.	1 valoración inicial domiciliaria. 6 seguimientos casa a casa con frecuencia quincenal. 1 visita final para evaluación de resultados.	Mínimo una hora por participante y su familia.
Profesional fisioterapeuta	El profesional deberá garantizar en la primera intervención, la medición de valoración funcional (test físico): 10 x 20 metros, Abdominales por 1 minuto, Flexi- extensión (ejercicio adaptado) por 1 minuto, Step por 1 minuto, Sentadilla (ejercicio adaptado) por 1 minuto. Las intervenciones de actividad física se realizarán 5 veces por semana. Para facilitar la participación, se deberá garantizar cuatro horarios diferentes durante el día de practica de actividad física.	1 valoración inicial individual 1 valoración final de resultados. Actividad física: 5 veces a la semana, cuatro horarios diferentes durante los cinco días. Total, de intervenciones por el profesional 200 en los cinco (5) meses de intervención. (garantizando 4 grupos diarios que se contara como una intervención diaria) 5 retos tipo competencia (sin que estos interfieran en los cinco días de entrenamiento semanal, se realizara para medir el avance en a la resistencia de cada participante se entregara premiación.	60 minutos (o según necesidad e intensidad de cada participante) De acuerdo a los criterios del grupo multicomponente se determinará el tiempo de actividad física, la intensidad y demás necesario en los participantes.
Profesional en enfermería	Desarrollar estrategias de información en salud para crear y fortalecer en las mujeres, la conciencia del autocuidado para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas considerando el enfoque diferencial y las poblaciones especiales.	1 valoración inicial domiciliaria. 6 seguimientos casa a casa con frecuencia quincenal.	Mínimo una hora por participante y su familia.

	Desarrollar estrategias educativas de autocuidado para las mujeres con RCV y metabólico. Coordinar entre las instituciones públicas y privadas del sector salud y otros sectores el desarrollo de acciones conjuntas para crear entornos saludables que promuevan el cambio de conductas de riesgo y mejoren el autocuidado en las mujeres con ECV y metabólicas. Mejorar la identificación de todos los factores de riesgo cardiovascular y metabólico asociados al desarrollo de la ECV en la mujer y en los entornos para su intervención oportuna. Coordinar las acciones necesarias para eliminar las inequidades en los resultados clínicos mediante el desarrollo de estrategias específicas que mejoren la disponibilidad de intervenciones para la prevención y el manejo de ECV en las mujeres (como la adherencia a la medicación cardio protectora, modificación de EVS para minimizar los riesgos y asistir a los programas de rehabilitación cardiaca). Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud Informar a las participantes sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el municipio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	1 visita final para evaluación de resultados. 5 Soporte de gestión instituciones públicas y privadas del sector salud y otros sectores.	
Auxiliar de enfermería	Facilitar canales con las IPS y EAPB para la valoración médica y seguimiento de los participantes en la adherencia a la guía de práctica clínica de diabetes. Diligenciamiento de los enfoques diferenciales necesarios. Toma de signos vitales en los participantes, al inicio de la estrategia y cada quince días. Apoyo al profesional de nutrición en la toma de medidas antropométricas. Seguimiento a la canalización efectiva de los usuarios a los servicios de salud de su EAPB e IPS correspondientes. Apoyo al profesional en enfermería en las actividades realizadas.	Seguimiento constante de la canalización con soportes de la actividad.	Constante

- **Promoción de la Alimentación Saludable: (Profesional en nutrición).**

Previo a las intervenciones, el profesional deberá identificar en el municipio, los lugares del comercio que distribuya alimentación saludable, tales como las ventas de frutas y demás que sean identificadas como puntos saludables para facilitar la información a los participantes.
Se deberá desarrollar actividad educativa de promoción de la alimentación saludable por cada persona y su familia.

Aprender a realizar la lectura e interpretación del etiquetado nutricional de alimentos que favorezca una adecuada selección de alimentos saludables.

Entender el concepto de peso saludable y campaña para reconocimiento y mantenimiento del mismo.
Se deberá enseñar sobre los efectos negativos que causan en la salud el consumo de alimentos poco sanos.
Se ensañará sobre los alimentos de acuerdo a la patología de base lo que favorecen y como no.
En cada participante se ensañará a utilizar los alimentos de acuerdo a la patología de base, elaborando plan de alimentación para cada participante y enseñando el plato saludable.

De forma constante se realizará los respectivos seguimientos a los participantes verificando el entendimiento el plan de alimentación para cada participante y la modificación de la forma de alimentarse.

Seguimiento antropométrico: de los participantes se realizará de forma quincenal, esta actividad será liderada por el profesional de nutrición y el auxiliar de enfermería donde realizaran:

Mediciones domiciliarias de los participantes incluye:

- Peso
- Medición de talla
- Medición circunferencia de cintura
- Medición circunferencia de cadera

- Cálculo del indicador de IMC

Interpretación de los datos en:
- Porcentaje de pérdida de peso
- Porcentaje de grasa y masa muscular

Soportes de la actividad
- Valoración inicial, seguimientos y visita final.
- Enfoque diferencial de la intervención grupal
- Registro del seguimiento antropométrico de forma quincenal.
- Registro fotográfico

- **Promoción de la Actividad Física: Profesional fisioterapeuta**

Las actividades a realizar durante los cinco meses de intervención, se sugieren las siguientes:

- Jornadas del uso de los parques bio saludables
- Jornadas del uso del ciclo rutas para generar actividad física (caminatas rápidas, trotar)
- Actividades de fortalecimiento muscular con el uso de materiales entregado por parte de la UAESA (bandas, step, colchoneta para hacer ejercicio y bandas tubulares).
- Otras actividades como: juegos de baloncesto, microfutbol, uso de bicicleta, jornadas de bailo terapia, entre otros.

Soportes de la actividad

- Valoración inicial y final del reto, en la medición de la Fuerza muscular - RM tren superior y tren inferior, la Frecuencia Cardiaca en reposo y Frecuencia Cardiaca al finalizar la actividad.
- Soporte de las intervenciones realizadas
- Registro de asistencia a cada jornada de actividad física por los diferentes horarios.
- Registro fotográfico de buena calidad y videos cortos.
- Soporte de la intervención de cada mes

- **Cuidados de enfermería** (Profesional de enfermería)

- Identificación de conductas de riesgo
- Desarrollar estrategias educativas de autocuidado para las mujeres con RCV y metabólico.
- Favorecer conductas protectoras como adherencia a la medicación, adherencia a las citas de control, adherencia a las citas interdisciplinarias.
- Favorecer conductas protectoras de alimentación saludable y actividad física.
- Favorecer la canalización efectiva a servicios de salud y otros sectores.

Seguimiento a los signos vitales: Actividad a cargo de del profesional de enfermería y auxiliar de enfermería
- Toma de signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria).

Soportes de la actividad

- Valoración inicial, seguimientos y visita final.
- Actas de Soporte de gestión instituciones públicas y privadas del sector salud y otros sectores.
- Soporte de seguimiento a signos vitales
- Soporte de otras acciones realizadas
- Registro fotográfico de las acciones realizadas
- Registro del seguimiento de signos vitales de forma quincenal.

Medición de impacto de la actividad: Estará a cargo del profesional de enfermería quien finalizaría realizando un informe enfocado en estudio observacional descriptivo de corte de la situación encontrada en la ejecución de la estrategia, con sus respectivos soportes de calidad de dato, el análisis se realizará teniendo en cuenta los siguientes indicadores de medición:

Indicadores del programa

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretación / Propósito
% de adherencia al programa	# personas que finalizan el programa	# personas inscritas	Mide la permanencia y compromiso de los participantes.

% cumplimiento del programa	# de sesiones realizadas	# de sesiones proyectadas	Evalúa la ejecución real frente a lo planeado.
% de deserción	# personas que desertan del programa	# personas inscritas	Identifica la proporción de abandono.
% ejecución del presupuesto	Presupuesto ejecutado	Presupuesto asignado	Mide eficiencia en el uso de recursos financieros.
% hospitalizaciones por causas asociadas a sobrepeso	# personas hospitalizadas	# personas inscritas	Evalúa impacto en reducción de complicaciones relacionadas con obesidad.
% de ingresos a urgencias por causas asociadas a diabetes	# personas ingresadas por urgencias	# personas inscritas	Mide la efectividad del programa en prevenir descompensaciones diabéticas.
% mortalidad por causas asociadas a diabetes	# muertos	# personas inscritas	Evalúa impacto en la reducción de muertes relacionadas con diabetes.
% consultas asociadas a lesiones ocasionadas durante el programa	# personas que consultan por lesiones	# personas inscritas	Monitorea seguridad del programa y prevención de lesiones.

Indicadores antropométricos

INDICADOR	VALOR A	VALOR B	FÓRMULA	INTERPRETACIÓN
Reducción promedio del IMC	Promedio IMC inicial	Promedio IMC final	A - B	Disminución del IMC en la población
% reducción del IMC	Promedio IMC inicial	Promedio IMC final	(A/B × 100) - 100	Porcentaje de reducción del IMC
Reducción promedio del peso	Promedio peso inicial	Promedio peso final	A - B	Disminución promedio del peso
% reducción del peso	Promedio peso inicial	Promedio peso final	(A/B × 100) - 100	Porcentaje de reducción del peso
Reducción total del peso	Sumatorio peso inicial	Sumatorio peso final	A - B	Reducción total del peso en el grupo
Reducción promedio cintura	Promedio cintura inicial	Promedio cintura final	A - B	Disminución promedio de cintura
% reducción cintura	Promedio cintura inicial	Promedio cintura final	(A/B × 100) - 100	Porcentaje de reducción de cintura
Reducción total cintura	Sumatoria cintura inicial	Sumatoria cintura final	A - B	Reducción total de cintura en el grupo
Reducción promedio cadera	Promedio cadera inicial	Promedio cadera final	A - B	Disminución promedio de cadera
% reducción cadera	Promedio cadera inicial	Promedio cadera final	(A/B × 100) - 100	Porcentaje de reducción de cadera
Reducción total cadera	Sumatoria cadera inicial	Sumatoria cadera final	A - B	Reducción total de cadera en el grupo
Reducción promedio grasa	Promedio % grasa inicial	Promedio % grasa final	A - B	Disminución promedio del % de grasa
% reducción grasa	Promedio % grasa inicial	Promedio % grasa final	(A/B × 100) - 100	Porcentaje de reducción de grasa

Indicadores clínicos

Indicador	Valor A	Valor B	Fórmula	Interpretación
Reducción TA sistólica ≥10 mmHg	# personas con reducción	# inscritos con HTA	(A/B × 100)	% de hipertensos con reducción significativa
Reducción TA diastólica ≥10 mmHg	# personas con reducción	# inscritos con HTA	(A/B × 100)	% de hipertensos con reducción significativa

TA diastólico controlada (≤90)	# personas con cifras ≤90	# inscritos con HTA	(A/B × 100)	% de hipertensos con TA controlada
TA sistólico controlada (≤140)	# personas con cifras ≤140	# inscritos con HTA	(A/B × 100)	% de hipertensos con TA controlada
Reducción de FC	# personas con reducción FC	# inscritos	(A/B × 100)	% de participantes con mejoría en frecuencia cardíaca
Reducción de FR	# personas con reducción FR	# inscritos	(A/B × 100)	% de participantes con mejoría en frecuencia respiratoria

Indicadores Bioquímicos

Indicador	Valor A	Valor B	Fórmula	Interpretación
Reducción glicemia ≥10 mg/dL	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en glicemia
Reducción hemoglobina glicosilada	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en control glucémico
Reducción triglicéridos ≥10 mg/dL	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en triglicéridos
Reducción colesterol total ≥10 mg/dL	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en colesterol total
Aumento colesterol HDL ≥10 mg/dL	# personas con aumento	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en colesterol protector
Reducción colesterol LDL ≥10 mg/dL	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en colesterol LDL
Reducción colesterol VLDL ≥10 mg/dL	# personas con reducción	# inscritos	(A/B × 100)	% con mejoría en colesterol V

Indicadores de Impacto Funcional – Físico

Indicador	Descripción	Unidad de medida	Momento de medición	Meta esperada
Tiempo de mejora en test 10 x 20 metros	Evalúa velocidad y resistencia aeróbica	Segundos	Inicial y final	Reducción del tiempo ≥ 10%
Tiempo de mejora en abdominales (1 min)	Evalúa fuerza y resistencia abdominal	Número de repeticiones	Inicial y final	Incremento ≥ 15%
Tiempo de mejora en flexi-extensión (1 min, adaptado)	Evalúa fuerza de miembros superiores	Número de repeticiones	Inicial y final	Incremento ≥ 15%
Tiempo de mejora en step (1 min)	Evalúa resistencia cardiorrespiratoria	Número de repeticiones	Inicial y final	Incremento ≥ 20%
Tiempo de mejora en sentadilla (1 min, adaptado)	Evalúa fuerza de miembros inferiores	Número de repeticiones	Inicial y final	Incremento ≥ 15%

Indicadores de impacto cuidado de enfermería

Indicador	Descripción	Unidad de medida	Meta esperada
Adherencia al tratamiento médico prescrito	Cumplimiento de medicamentos y controles médicos	% de participantes adherentes	≥ 80%
Adherencia a acciones de autocuidado	Cumplimiento de recomendaciones de estilo de vida (alimentación, actividad física, higiene)	% de participantes adherentes	≥ 75%

Disminución de factores de riesgo identificados	Reducción de conductas o condiciones de riesgo (ej. tabaquismo, sedentarismo, obesidad)	% de participantes con reducción	≥ 60%

Indicadores de Impacto en Hábitos Alimentarios – Población con Diabetes

Resultado esperado	Indicador	Numerador	Denominador	Medio de verificación	Meta esperada
Reducir el consumo de gaseosas y aumentar la preferencia por agua en las comidas	% de familias que reportan reducción en consumo semanal de gaseosas	# familias que reducen consumo	# familias participantes	Encuestas de frecuencia de consumo; Registros de compra/autoinformes	Disminución del 20% en consumo de gaseosas
	% de familias que prefieren agua en las comidas	# familias que prefieren agua	# familias participantes	Encuestas de frecuencia de consumo; Autoinformes	Aumento del 30% en preferencia por agua
Mayor aceptación del café sin azúcar como hábito cotidiano	% de participantes que consumen café sin azúcar diariamente	# participantes que consumen café sin azúcar	# participantes	Encuestas de hábitos de consumo	40% de participantes consumen café sin azúcar al finalizar el programa
Comprensión y práctica de la distribución balanceada de alimentos en el plato	% de participantes que identifican correctamente los grupos de alimentos	# participantes que identifican correctamente	# participantes	Cuestionarios de evaluación; Talleres prácticos	70% identifican correctamente los grupos de alimentos
	% de familias que aplican la distribución balanceada en comidas principales	# familias que aplican distribución balanceada	# familias participantes	Encuestas de aplicación	50% aplican la distribución balanceada
Incremento en la compra de aceites líquidos y disminución del consumo de fritos	% de familias que compran aceites líquidos	# familias que compran aceites líquidos	# familias participantes	Encuestas de compra de productos; Autoinformes	Aumento del 25% en compra de aceites líquidos
	% de familias que reportan menor frecuencia de consumo de fritos	# familias que reducen consumo de fritos	# familias participantes	Encuestas de frecuencia de consumo; Autoinformes	Reducción del 20% en consumo de fritos en 6 meses

Indicadores de acuerdo a la ruta 3280 del 2028 valoración integral del riesgo.

Indicador	Descripción	Unidad de medida	Meta esperada
Tamizaje de riesgo cardiovascular	Personas con valoración de riesgo cardiovascular realizada	% de población objetivo	≥ 90%
Tamizaje para cáncer de cuello uterino	Mujeres con citología o prueba de VPH realizada	% de mujeres en edad objetivo	≥ 85%
Tamizaje para cáncer de mama	Mujeres con mamografía realizada según edad y riesgo	% de mujeres en edad objetivo	≥ 80%
Tamizaje para cáncer de colon y recto	Personas con prueba de sangre oculta en heces o colonoscopia según edad y riesgo	% de población objetivo	≥ 70%

Nota: Desde el inicio del reto la profesional enfermería, deberá verificar que haga la recolección de los datos y la calidad del dato para la posterior medición al finalizar la estrategia, si el profesional considera anexar un nuevo indicador o modificar alguno existente se tendrá en cuenta.

Resultados Esperados

- 70% de participantes con reducción ≥5% en IMC en 5 meses, según mediciones antropométricas.
- 60% con reducción de glicemia ≥10 mg/dL en ayunas, según registros bioquímicos.
- 80% con adherencia al tratamiento médico, verificado en controles clínicos y encuestas de autocuidado.
- 50% de familias adoptan prácticas saludables (reducción de gaseosas, aumento de frutas/verduras, uso de aceites líquidos), según encuestas de consumo y talleres comunitarios.

Soportes de la actividad:

- Soporte de la fuente del dato para la elaboración del análisis
- Estudio observacional descriptivo de corte de la situación encontrada en la ejecución de la estrategia.

Tercera fase: Cierre de la estrategia

El oferente garantizará el cierre de la estrategia, con un evento tipo competencia o desafío con los participantes dependiendo de los escenarios en el municipio, competencia en piscina, triatlón, resistencia o el sugerido por el Profesional en fisioterapeuta de la campaña.

Para la clausura se hará invitación a entidades que quieran evidenciar la evolución y el impacto de la actividad, a su vez se invitarán para que se obtengan incentivos para apoyar a los participantes.
Deberá garantizar la logística necesaria a todo costo, vinculando a los participantes y sus familiares, para la clausura de la estrategia, el oferente deberá gestionar premiación para los competidores y quienes logren quedar en los primeros puestos.

La programación y logística del evento será aprobada por la supervisión, en esta actividad de clausura incluirá:

- Bienvenida a todos los participantes
- Los profesionales que acompañaron el proceso, harán intervención de la experiencia vivida durante el tiempo del reto.
- Previamente se habrán seleccionado participantes que expresen lo vivido durante la campaña.
- Se enunciarán los participantes que tuvieron más cambios en los indicadores evaluados durante la ejecución de la campaña en los cinco meses los cuales serán premiados, como a su vez los que ganen en la actividad de competencia en el evento de clausura.
- Entrega de refrigerio saludable a los participantes y asistentes.

Duración mínima del evento: Dos (02) horas.

Soporte de la actividad:

- Programación del evento aprobada por la supervisión
- Enfoque diferencial de los participantes
- Registro fotográfico de buena calidad y videos cortos.
- Soporte de invitación a entidades

Soportes a entregar por toda la actividad:

- Relación de procesos contractuales celebrados para la ejecución.
- Relación de ordenes de pagos y pagos realizados durante el mes.
- Soporte de pago de seguridad social de los profesionales contratados.

Actividad 1.2 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana.

Teniendo en cuenta las altas tasas de Violencia Basada en Genero y los dentro del departamento se ha atendido la necesidad manifestada por la comunidad, es así como en articulación con la casa municipal de la mujer de Arauca se pretende poner en marcha el CE comunitario con enfoque de género para la población en riesgo de VBG y población en condición de vulnerabilidad.

Objetivo de Actividad: Generar capacidades individuales y colectivas en la comunidad para enfrentar situaciones de fragilidad y vulnerabilidad social, generando procesos reflexivos y de inclusión social, así como escuchar activa, empática y asertivamente a las personas o familias de la comunidad que lo requieran, para acompañarlos y aportar una orientación

efectiva en relación con las situaciones que manifiestan y que están afectando su salud y su calidad de vida. (Extraído, lineamiento Min Salud).

Meta:

- Puesta en marcha de un (01) Centros de Escucha en municipio de Saravena

Descripción de Actividad:

- **Los centros de escucha (CE),** son una propuesta basada en el modelo de Inclusión Social; mediante las cuales se promueve la escucha activa, la acogida, la mediación, la organización, la orientación, el acompañamiento, la capacitación y la canalización o derivación de jóvenes y adultos en vulnerabilidad social, de manera que se puedan establecer redes de apoyo, transformación de condiciones.

- **El centro de escucha comunitario;** es una estrategia de trabajo comunitario que impulsa la escucha activa. Es un servicio de fácil acceso, entendido como una modalidad organizada de respuesta a necesidades o demandas de la comunidad que facilita la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la canalización.

.

El Centro de escucha ofrecerá servicios de:

1) Educación y comunicación para la salud.
2) Información en salud (Mediante estrategias lúdicas, pedagógicas y comunicativas que propicien el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la vida, la vida digna, la no violencia basada en el género o en la identidad de género y todo tipo de discriminación, entre otros aspectos priorizados por la Entidad Territorial y la comunidad).
3) Escucha activa.
4) Mediación.
5) Asesoría.
6) Orientación.
7) Canalización.
8) Creación de redes sociales y otras actividades necesarias para la atención de base comunitaria.

A continuación se describen de manera general cada una de ellas:

1. **Escucha activa:** La escucha activa es una forma de disponerse a atender y a comprender a quién requiere ser escuchado. Exige, de quién lo hace, un esfuerzo por comprender las dificultades del otro desde la forma en que percibe su realidad. Pero también apoyarle para que logre identificar las posibilidades y los recursos que tiene para poder superarlas. Requiere darle tiempo a la persona para expresarse y manifestar interés por lo que cuenta: la persona debe sentirse en confianza y respetada, debe poder relajar las tensiones, los miedos y las inseguridades, provocados por la situación de sufrimiento.

2. **La Acogida:** Es una actitud y una acción que permite establecer el primer contacto, enganche, consolidación de la relación y que tiene que ver con todas las relaciones que se construyen con las personas, no solamente con las personas con problemas.

3. **La Mediación:** La mediación comunitaria es una operación de interconexión entre actores en conflicto en la cual el mediador tiene como finalidad la flexibilización de las posiciones y la construcción de espacios mentales (ideas) en los cuales los actores en conflicto puedan encontrarse La mediación comunitaria es una de las maneras de orientar la escucha, de darle sentido. En situaciones emergentes con un alto índice de conflictualidad (en las cuales el contexto de daño es elevado), es la posición mediadora la que enmarca la escucha.

4. **La Organización:** Esta función se refiere al conjunto de acciones que permitan dar respuesta a las demandas y necesidades de las personas con los recursos directos o indirectos con que cuenta o ha construido la red operativa de la comunidad. Permite:

- a) Analizar las demandas o peticiones que recibe.
- b) Buscar en la comunidad a personas o instituciones que puedan atender dichas demandas.
- c) Tomar contacto directamente con estos profesionales o instituciones.

- d) Construir un pacto o un protocolo de interconexión y operativo (definir y acordar las formas de ayuda, las interconexiones con el centro de escucha, los criterios económicos, deontológico etc.).
- e) Mantener un contacto directo y personal con cada nodo, restablecer las interconexiones cuando estas se rompen, construir nuevas, entre otras.

5. **La Orientación:** Es una función que busca la creación de una relación de confianza que permita el ayudar a la persona a entender el sentido de lo que le está sucediendo, buscar los recursos necesarios para satisfacer la demanda y acompañar a la persona y al grupo. Es promover una relación de confianza basada en la realidad y en la imparcialidad de la ayuda que nosotros podemos dar.

6. **El Acompañamiento:** El acompañamiento es una función compleja constituida por el entretejido de tres factores: la búsqueda de los recursos (necesarios para responder a la demanda), la formación (de los actores de los servicios), el acompañamiento de la persona a los servicios. El acompañamiento implica también un trabajo de seguimiento. El acompañamiento simbólicamente, y a veces realmente, implica mantener el contacto, apoyar para que la persona siga en el proceso; reconfortar, hacer ver que la escucha se lleva a cabo en todo el proceso. La escucha tiene como tarea mantener las relaciones, las interconexiones, trabajar para que la persona, en la medida de lo posible y si lo quiere, pueda permanecer en el entretejido de la red. Esta es una medida concreta y eficaz para contener y en algunos casos anular los efectos negativos de la deserción, de la interrupción de los procesos.

7. **La Capacitación:** Esta función permite la generación de conocimientos, capacidades o competencias de los miembros del equipo y la red operativa para el manejo de situaciones de emergencia o de alto nivel de conflicto o sufrimiento. También integra las acciones que permitan que las personas incrementen conocimiento que les ayuden a reducir daños y riesgos, a prevenir situaciones, desarrollar habilidades y competencias para el trabajo, la ocupación y el mejoramiento de las relaciones en la comunidad.

8. **La Canalización y la derivación de las personas:** Esta función se relaciona con el acercamiento que construimos entre la red de servicios y las demandas de las personas. Esta canalización depende de las demandas de las personas. Estas pueden ser por ejemplo hacia los servicios de salud, educación, bienestar social, entre muchas otras.

9. **Desarrollo de estrategias comunitarias como los grupos de apoyo o ayuda mutua:** Estos grupos de apoyo constituyen una atención grupal especializada que desarrolla una persona entrenada para el manejo de esta alternativa de atención. Están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hablar del tema o problema, para compartir experiencias o respuestas al mismo y para plantearse propuestas para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales. En estos grupos se da apoyo emocional y relacional además de educar frente al problema a las situaciones que se generan. De esta manera se instalará cinco (5) grupo de ayuda mutua en el centro de escucha. Los cuales deberán realizar reuniones mensuales, con una participación mínima de 10 personas, los cuales se le realizara 1 seguimiento mensual a cada grupo

- **Metodología:**

La función de un centro o de una unidad de escucha es tener diferentes funciones como escucha activa y recepción de las problemáticas (VBG), malestares psicológicos que aquejan a la comunidad, donde se puedan organizar a las demás y ser consideradas como matrices de otras son: escuchar, mediar, organizar, canalizar, acompañar y capacitar (Ministerio de Salud y Corporación Consentidos, 2012). Un centro de escucha debe ser flexible, ajustado a la comunidad, poco formalizado, pero debe tener los mínimos niveles de organización que permitan su funcionamiento, debe irse ajustando a los cambios que se van generando y a las demandan que orientan los servicios que deben prestarse de acuerdo a los problemas de la comunidad. Es por esto que para la operación y puesta en marcha del centro de escucha comunitaria se debe desarrollar los siguientes pasos y acciones generales:

I. **Paso uno:** Alistamiento. Incluye las siguientes acciones:

a) Identificar la situación a atender y los usuarios de los centros de escucha.
b) Informar y sensibilizar a la comunidad y líderes de opinión formales y no formales con el fin posicionar la estrategia Centro de Escucha y así lograr apoyo institucional y comunitario que brinde unas mínimas condiciones para su implementación.
c) Establecer acuerdos de trabajo con los líderes locales y actores involucrados asegurando que participen en el desarrollo de esta estrategia desde la planeación hasta la evaluación.
d) Conformación del equipo de trabajo. Incluye los procesos de inducción, capacitación y fortalecimiento de competencias en los equipos de facilitadores.

e) Posicionamiento y Difusión: Diseño y entrega de material de difusión para posicionar la estrategia. Se realizarán acciones para informar y sensibilizar a la comunidad y líderes de opinión con el fin de posicionar el Centro de Escucha y lograr el apoyo comunitario.

Acuerdos Institucionales: Gestionar el espacio físico institucional y establecer acuerdos con líderes locales

II. **Paso dos:** Construcción del plan de trabajo o proyecto:

Comprende el diagnóstico comunitario y el establecimiento de objetivos, metas, indicadores, acciones, recursos (espacios físicos, talento humano, logística, herramientas, etc.), roles, tareas y compromisos de cada actor involucrado y de los equipos de trabajo (institucionales o comunitarios) para operar el Centro de Escucha. Estas acciones se realizarán de manera conjunta con todos los actores involucrados.

III. **Paso tres:** Identificación y consolidación de la red operativa:

La intervención implica un trabajo articulado de un grupo interdisciplinario que operará a modo de red, compuesto por profesionales, gestores o líderes comunitarios, agentes de cambio en Rehabilitación Basada en Comunidad RBC y actores institucionales, con una visión integral del ser humano y con competencias para implementar acciones integradoras que sean coherentes con las necesidades, expectativas, historias de vida, experiencias, intereses y recursos de las comunidades y los diferentes grupos poblacionales.

IV. **Paso cuatro:** Implementación:

Los Centros de escucha funcionan en espacios físicos, que pueden ser fijos donde puede acudir la población regularmente y dar continuidad a las atenciones prestadas, o ser itinerantes o móviles para poblaciones particulares como habitante de la calle y LGBTI (en algunos casos). La implementación se enfoca en el desarrollo de acciones de movilización de redes institucionales y comunitarias para la incidencia política pública que visibilice los servicios e intervenciones de los Centros de Escucha. El centro de escucha estará ubicado en instalaciones de la alcaldía o IPS oferentes, y en ocasiones cuando se amerite se tendrá que vincular a la estrategia casa de la mujer al barrio y/o casa de la mujer a las veredas u otros programas, esto con el propósito de crear mayor impacto y lograr abordar la población más dispersa.

.

V. **Pasó cinco:** Seguimiento, evaluación y sistematización:

De forma periódica (una vez al mes) y de acuerdo a lo establecido en la planeación, los actores involucrados, realizarán de forma participativa ejercicios de reflexión y análisis de la información disponible y la percepción del desarrollo de las atenciones lo que permitirá identificar avances, transformaciones, oportunidades de mejora en los diversos ámbitos donde interactúa el Centro de escucha, lo que quedará reflejado en la sistematización de la experiencia. Incluye el seguimiento de casos canalizados.

Población objeto:

- **Atenciones Individuales**

TOTAL, ATENCIONES MES X 2 PSICOLOGOS	TOTAL, ATENCIONES X 4,5 MESES	DURACION
240	1.080	45 min - 1 Hora

En el centro de escucha se realizarán atención y apoyo a personas que enfrentan diversas problemáticas emocionales, sociales o personales correlacionados con los servicios anteriormente descritos. Las atenciones individuales tendrán una duración entre 45 minutos y 1 hora, dependiendo de la necesidad del usuario. El número de atenciones corresponde a 4 meses y 15 días, quedando así 15 días para el posicionamiento de los centros de escucha y su adecuación para la puesta en marcha.

En las atenciones individuales se pretende orientar, acompañar la identificación y reducción de factores de riesgo que afecten la salud mental de las personas tales como: estrés y ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, relaciones interpersonales, conflictos familiares, relaciones de pareja, amistades y redes de apoyo, crisis y pérdida, duelo por la pérdida de un ser querido, crisis personales (pérdida de empleo, problemas legales, etc.), autoestima y autoconocimiento, mejora de la autoestima, identificación de valores y metas personales, apoyo en procesos de desintoxicación, estrategias para el manejo de adicciones, problemáticas escolares, problemas de comportamiento

- **Jornadas grupales**

Se tendrá que conformar 5 grupos poblacionales según el sector/ Factor de riesgo/ Necesidad:

GRUPO	TIPO POBLACIÓN	CANTIDAD	NUMERO JORNADAS	DURACION
GRUPO 1	Niñas, niños, jóvenes	10 personas	5	1 horas x grupo
GRUPO 2	Sobrevivientes de VBG	10 personas	5	1 horas x grupo
GRUPO 3	Migrantes	10 personas	5	1 horas x grupo
GRUPO 4	Personas Con Discapacidad	10 personas	5	1 horas x grupo
GRUPO 5	Población afrocolombiana	10 personas	5	1 horas x grupo

Instrumentos de jornadas Grupal

- Encuestas rápidas de satisfacción (escala Likert 1–5).
- Mapas de redes de apoyo comunitario (los participantes dibujan o identifican personas/instituciones de confianza).
- Dinámicas de resiliencia y autoestima (ejercicios proyectivos, tarjetas de valores, círculos de confianza)

Estos grupos serán una herramienta útil para promover la reflexión y el intercambio de experiencias entre un conjunto de personas que comparten intereses o problemáticas similares con el fin de crear una red de apoyo tanto para los participantes como para sus comunidades, en estos espacios se pretende que el equipo de profesionales garantice un espacio seguro donde los participantes puedan compartir sus experiencias y sentimientos sin juicio, donde cada persona tiene un tiempo determinado para hablar mientras los demás escuchan. Al finalizar. También se tendrá que abordar problemas comunes que enfrentan los participantes, promoviendo la colaboración en la búsqueda de soluciones. Se deberá fomentar una mayor conexión entre los participantes, creando un sentido de pertenencia, informar a los participantes sobre temas relevantes que afectan a la comunidad.

Estas atenciones pueden adaptarse a las necesidades y características del grupo focal, asegurando que se respete la diversidad y las individualidades de cada participante. Lo importante es fomentar un ambiente de confianza y apoyo mutuo, donde todos puedan sentirse valorados y escuchados.

Indicadores de la actividad:

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INTERPRETACIÓN / PROPÓSITO	META ESPERADA
% Porcentaje de ejecución de la meta de atenciones en el Centro de Escucha.	# total de atenciones realizadas	# atenciones programadas	Mide el alcance de la de la implementación del centro de escucha	≥ 90%
% Porcentaje de implementación de la estrategia de posicionamiento y difusión	# piezas de difusión entregadas o actividades de sensibilización realizadas	# piezas de difusión entregadas o actividades de sensibilización programadas	Mide la proporción de piezas de realizadas	≤ 40%
% Cobertura de usuarios con material educativo entregado.	# de usuarios que recibieron material educativo de apoyo	# usuarios atendidos que requerían educación en salud	Mide la proporción de personas con educación en salud	≤ 60%
% de usuarios canalizados efectivamente a la red de servicios.	# de usuarios con formato de remisión diligenciado	# de usuarios identificados con necesidad de servicios externos	Mide el número de personas con necesidad de una intervención en salud mental general y/o especializada	≤ 15%
Percepción de mejora en la capacidad de afrontamiento de problemas.	# usuarios que reportan tener mejores herramientas para manejar su situación tras la intervención	# usuarios encuestados	Evalúa la capacidad de respuesta del CE	≥ 30%
Tasa de acceso efectivo a servicios canalizados	# usuarios que confirmaron haber recibido atención de la entidad remitida	# usuarios canalizados	Mide impacto positivo en salud mental y bienestar	≥ 50%

Tiempo actividad: Cinco (5) Meses

Talento Humano requerido por centro de escucha:

De acuerdo a los lineamientos del MSPS, para la implementación del dispositivo comunitario (centro de escucha) se requiere el siguiente personal por centro de escucha:

- Dos (2) Profesional en psicología con 12 meses de experiencia profesional
- Auxiliar de enfermería con 12 meses de experiencia

Producto a Entregar:

Un (01) Centro de Escucha, implementado en el municipio de Saravena

Soportes:

- Relación de procesos contractuales celebrados para la ejecución.
- Relación de órdenes de pagos y pagos realizados durante el mes.
- Soporte de pago de seguridad social de los profesionales contratados
- Plan de Trabajo, donde se exponga el diagnóstico comunitario realizado y el establecimiento de objetivos, metas, indicadores, acciones, recursos (espacios físicos, talento humano, logística, herramientas, etc.), roles, tareas y compromisos de cada actor involucrado y de los equipos de trabajo (institucionales o comunitarios) para operar el Centro de Escucha, teniendo en cuenta el SIDIES como metodología para la construcción del conocimiento y el establecimiento de un proyecto de acción.
- Actas de reunión donde se exponga el proceso de alistamiento, en cuanto a: Identificar la situación a intervenir y los usuarios, Informar y sensibilizar a la comunidad y líderes de opinión formales y no formales con el fin posicionar la estrategia Centro de Escucha, Establecer acuerdos de trabajo con los líderes locales y actores involucrados asegurando que participen en el desarrollo de esta estrategia, delimitación de la comunidad a intervenir.
- Informe general de las actividades detallando población atendida y dificultades como sugerencias encontradas.
- Lista de asistencia con enfoque diferencial de los casos atendidos en medio físico, digital y digitado. En este enfoque y expuesto en el informe, debe entregarse con claridad los grupos poblacionales beneficiados, tales como: niños, niñas, adolescentes, jóvenes, NARP, indígenas, LGBTI, entre otros.
- Formatos de canalización a las EAPB.
- Formato de atenciones individuales.
- Acta de reunión con lista de asistencia de los seguimientos de los grupos focalizados
- Registro fotográfico de las actividades realizadas.
- Lista de conformación de equipos comunitarios que conformaran la red de apoyo.

4. IDENTIFICACION DEL CONTRATO A CELEBRAR (Tipo de contrato)

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

5. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA - FUNDAMENTOS JURÍDICOS

El Plan de intervenciones colectivas de acuerdo a la Resolución 1597 de 2025 "Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS" refiere: "*Artículo 12.1 Las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital contratarán el Plan, de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, con las Empresas Sociales del Estado o las Entidades que hagan sus veces ubicadas en el departamento o distrito respectivamente*", realizando la suscripción de convenios o contratos generalmente de tipo interadministrativo, utilizando para tal fin la contratación directa, sin embargo teniendo en cuenta la circular externa 006 del 25 de septiembre de 2025 de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente por medio de la cual se dan las instrucciones para aplicación de las prohibiciones establecidas en el Artículo 33 y el parágrafo del Artículo 38 de la Ley 996 de 2005 "ley de garantías electorales, en la cual refiere ...

"1. *Con respecto a la prohibición de contratación directa establecida en el artículo 33 de la 996 de 2005*

El artículo 33 de la Ley 996 de 2005 prohíbe la contratación directa por parte de todos los entes estatales durante los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones presidenciales. Para la aplicación de la prohibición se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos: i) Sujetos que tienen prohibido contratar directamente

Los destinatarios de la prohibición están expresamente señalados como "todos los entes del Estado", por lo cual incluye a los diferentes organismos o entidades autorizadas por la ley para suscribir contratos. Tal como lo ha sostenido el Consejo de Estado, el vocablo "todos" comprende a la totalidad de los entes del Estado, sin distinción del régimen jurídico, forma de

organización o naturaleza, su pertenencia a una u otra rama del poder público o su autonomía, e incluso si se trata de entidades estatales que al estar sometidas a un régimen especial se encuentren del ámbito de aplicación del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

2. Con respecto a la restricción para celebrar convenios interadministrativos del parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005.
El parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005 prohíbe a los alcaldes, Gobernadores, secretarios, gerentes y directores de las entidades descentralizadas del orden municipal, departamental o distrital celebrar convenios interadministrativos para la ejecución de recursos públicos", y como es ampliamente conocido esta restricción se inició el 8 de noviembre de 2025.

Por lo tanto, con el fin de garantizar la continuidad de las intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo en salud, y teniendo en cuenta el comienzo de la restricción aquí indicada, se debe acudir a las demás modalidades de contratación autorizadas por la ley de manera que no se afecte la ejecución de las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, por éste motivo se utilizará otra modalidad de selección descrita a continuación:

El régimen jurídico aplicable para llevar a cabo la futura contratación comprende a la Modalidad de selección abreviada para contratar servicios de salud, conforme a lo establecido en la Ley 1150 de 2007, artículo 2º, numeral 2º, literal c., en el que se establece:
La Selección abreviada corresponde a la modalidad de selección objetiva prevista para aquellos casos en que por las características del objeto a contratar, las circunstancias de la contratación o la cuantía o destinación del bien, obra o servicio, puedan adelantarse procesos simplificados para garantizar la eficiencia de la gestión contractual.
(...)
El Gobierno Nacional reglamentará la materia.
Serán causales de selección abreviada las siguientes:
(...)
c) Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 1122 de 2007, la celebración de contratos para la prestación de servicios de salud. Ahora bien, el Decreto 1082 de 2015, establece: Artículo 2.2.1.2.1.2.21. Contratos de prestación de servicios de salud. La Entidad Estatal que requiera la prestación de servicios de salud debe utilizar el procedimiento de selección abreviada de menor cuantía. Las personas naturales o jurídicas que presten estos servicios deben estar inscritas en el registro que para el efecto lleve el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces. El departamento adicionalmente, adopta como principios particulares del presente proceso de selección la calidad, planeación y responsabilidad integral. Adicionalmente, para la definición de las condiciones del contrato y las obligaciones del mismo, así como algunos de los requisitos de selección del contratista se tuvieron en cuenta lo dispuesto en las guías publicadas por la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra eficiente.

En razón a la cuantía del proceso y a su naturaleza, se debe adelantar el proceso de SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA, de conformidad con lo previsto en el inciso 2 literal a numeral 2, Artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y su adquisición deberá hacerse mediante el uso de procedimientos señalados en el artículo 2.2.1.2.1.2.20 y siguientes del Decreto 1082 de 2015.

6. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y SU JUSTIFICACION

ESTUDIO DE MERCADO

Para la determinación de los valores de la actividad **1.1** Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el área urbana, , **1.2** Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana; **se determinó de acuerdo al estudio de mercado realizado con la ESE Moreno y Clavijo y la ESE Hospital del Sarare teniendo en cuenta la cotización de menor valor; a continuación, se relaciona las dos cotizaciones:**

ÍTEM	ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	CANT	ESE MORENO Y CLAVIJO		ESE HOSPITAL DEL SARARE	
				V/UNIT MES	VALOR TOTAL MES	V/UNIT MES	VALOR TOTAL MES
COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON ORIENTACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.							
Profesional del área de la salud con experiencia en coordinación de proyectos de salud.		Unidad	1	$6.200.000	$6.200.000	$6.300.000	$6.300.000

%Costos indirectos		Unidad		15.3%	$948.600	15.5%	$976.500
Total					$7.148.600		$7.276.500
Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el área urbana.							
1	Auxiliar de enfermería	Unidad	1	$3.150.000	$3.150.000	$3.150.000	$3.150.000
2	Profesional de enfermería	Unidad	1	$6.400.000	$6.400.000	$6.400.000	$6.400.000
3	Nutricionista	Unidad	1	$5.300.000	$5.300.000	$5.300.000	$5.300.000
4	Fisioterapia	Unidad	1	$5.300.000	$5.300.000	$ 5.300.000	$5.300.000
Total					$20.150.000		$20.150.000
%Costos indirectos		Unidad		15.3%	$3.082.950	15.5%	$3.123.250
Total EBS					$23.232.950		$23.273.250
5	Apertura estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	N/A	$3.150.000	N/A	$4.000.000
6	Cierre estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	N/A	$3.150.000	N/A	$4.000.000
1.2 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana							
1	Auxiliar de enfermería	Unidad	1	$3.150.000	$3.150.000	$3.150.000	$3.150.000
2	Profesional psicología	Unidad	2	$5.300.000	$10.600.000	$5.300.000	$10.600.000
Total					$13.750.000		$13.750.000
%Costos indirectos		Unidad		15.3%	$2.103.750	15.5%	$2.131.250
Total EBS					$15.853.750		$15.881.250

La ejecución de estas actividades se realizará teniendo en cuenta la conformación de la red prestadora de servicios de salud de baja complejidad que opera en el departamento de Arauca, razón por la cual se divide su ejecución en la zona 1 así:

ZONA 1: Actividades dirigidas al municipio de Saravena.

ÍTEM	ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	ZONA	PLAZO ACTIVIDAD MESES
Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el área urbana.					
1	Apertura estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	1	1
2	Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	5	1	5
3	Cierre estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	1	1
1.2 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana					
1	Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del municipio de Saravena	Unidad	1080	1	5

Las actividades dirigidas al municipio de Saravena corresponden a la 1.3 y 1.4, con un plazo de 5 meses cada una, cuya ejecución se realizará de manera simultánea; de acuerdo a esto se determinó que para la zona 1 se requiere de un coordinador del Plan de intervenciones colectivas por un periodo de 6 meses, el cual garantizará la planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades.

Con el fin de determinar el valor de las intervenciones a realizar en cada una de las actividades del presente proyecto, el cual servirá de referencia para la elaboración del presupuesto, se realizó el siguiente análisis:

ZONA 1 MUNICIPIO DE SARAVENA

ZONA 1 (Municipio de Saravena) Coordinador Plan de intervenciones colectivas					
PERFIL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO MES	VALOR TOTAL MES	NUMERO MESES	VALOR TOTAL ACTIVIDAD
Profesional del área de la salud con experiencia en coordinación de proyectos de salud.	1	$6.200.000	$6.200.000	6	$37.200.000
%Costos indirectos	15,3%		$948.600		$5.691.600,0
TOTAL			$7.148.600		$42.891.600

El valor del coordinador del Plan de intervenciones colectivas se divide proporcionalmente en el número de actividades a ejecutar en el municipio de Saravena, Zona 1 así:

VALOR TOTAL COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ZONA 1	VALOR DEL COORDINADOR ASIGNADO ACTIVIDAD 1.1 DIABETES	VALOR DEL COORDINADOR ASIGNADO ACTIVIDAD 1.2 CENTRO DE ESCUCHA
$42.891.600	$21.445.800	$21.445.800

ACTIVIDAD 1.1

Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el área urbana.					
PERFIL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO MES	VALOR TOTAL	NUMERO MESES	VALOR TOTAL ACTIVIDAD
Auxiliar de enfermería	1	$ 3.150.000	$ 3.150.000	5	$ 15.750.000
Profesional de enfermería	1	$ 6.400.000	$ 6.400.000	5	$ 32.000.000
Nutricionista	1	$ 5.300.000	$ 5.300.000	5	$ 26.500.000
Fisioterapia	1	$ 5.300.000	$ 5.300.000	5	$ 26.500.000
Subtotal			$ 20.150.000		$ 100.750.000
%Costos indirectos	15,3%		$ 3.082.950		$ 15.414.750,0
Total EBS			$ 23.232.950		$ 116.164.750,0

Se determina el valor mensual de intervención del EBS de la actividad 1,1 sumándole el valor asignado del coordinador del plan de intervenciones colectivas de la Zona 1, quedando el siguiente valor:

VALOR TOTAL ACTIVIDAD 1.1 EBS	VALOR ASIGNADO DEL COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ZONA 1 A LA ACTIVIDAD 1.1	VALOR TOTAL ACTIVIDAD 1.1	NUMERO DE MESES DE INTERVENCION	VALOR MES ACTIVIDAD 1.1
$ 116.164.750	$21.445.800	$137.610.550	5	$27.522.110

ACTIVIDAD 1.2

1.2 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana					
PERFIL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO MES	VALOR TOTAL	NUMERO MESES	VALOR TOTAL ACTIVIDAD
Auxiliar de enfermería	1	$3.150.000	$3.150.000	5	$15.750.000
Profesional psicología	2	$5.300.000	$10.600.000	5	$53.000.000
Subtotal			$13.750.000		$68.750.000
%Costos indirectos	15,3%		$2.103.750		$10.518.750,0
Total EBS			$15.853.750		$79.268.750,0

Se determina el valor de cada intervención del EBS que operará en el centro de escucha en el municipio de Saravena actividad 1,2 sumándole el valor correspondiente del coordinador del plan de intervenciones colectivas de la Zona 1, quedando el siguiente valor:

TOTAL ACTIVIDAD 1.2 EBS CENTRO DE ESCUCHA	VALOR ASIGNADO DEL COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ZONA 1 A LA ACTIVIDAD 1.2	VALOR TOTAL ACTIVIDAD 1.2 CENTRO DE ESCUCHA SARAVENA	TOTAL DE INTERVENCIONES ACTIVIDAD 1.2 CENTRO DE ESCUCHA SARAVENA	VALOR INTERVENCION ACTIVIDAD 1.2 CENTRO DE ESCUCHA SARAVENA
$79.268.750	$21.445.800	$100.714.550	1.080	$93.254

7. PRESUPUESTO

ÍTEM	ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	CANT	V/UNIT	V/TOTAL
COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON ORIENTACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA.					
Actividad 1.1: Educación y comunicación para el fortalecimiento de factores protectores hacia el control de enfermedades crónicas cardiovasculares: promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca- Entorno Hogar y comunitario en el area urbana.					
1	Apertura estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	$ 3.150.000	$ 3.150.000
2	Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	5	$ 27.522.110	$ 137.610.550
3	Cierre estrategia Fortalecimiento de las capacidades en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes en el departamento de Arauca.	Unidad	1	$ 3.150.000	$ 3.150.000
TOTAL, ACTIVIDAD 1.1					**$ 143.910.550**
1.4 Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del departamento de Arauca en el área urbana					
1	Fortalecimiento de acciones para la puesta en marcha de centro de escucha comunitario intensificando la promoción de la salud mental en la población del municipio de Saravena	Unidad	1080	$ 93.254	$100.714.320
TOTAL, ACTIVIDAD 1.2					**$100.714.320**
TOTAL, PROYECTO					**$244.624.870**

8. CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA OFERTA MAS FAVORABLE

Breve descripción de los Factores de selección:

FACTORES DE CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN.

(Requisitos Habilitantes).

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE (Hábil /No Hábil).

Experiencia Específica.
Experiencia Genérica.

CAPACIDAD TÉCNICA. (Hábil /No Hábil).

CAPACIDAD O IDONEIDAD FINANCIERA (Hábil /No Hábil).
Liquidez.
Nivel de endeudamiento.
Razón de cobertura de Intereses.
Capacidad de Organización.
Rentabilidad sobre el Patrimonio.
Rentabilidad sobre Activos.

REQUISITOS HABILITANTES
VERIFICACIÓN Y/O HABILITACIÓN: COMPONENTE JURÍDICO, FINANCIERO, DE EXPERIENCIA, Y DE CAPACIDAD ORGANIZACIONAL.

El artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, establece que "todas las personas naturales o jurídicas nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia, que aspiren a celebrar contratos con las entidades estatales, se inscribirán en el Registro único de Proponentes del Registro Único Empresarial de la Cámara de Comercio con jurisdicción en su domicilio principal.

No se requerirá de este registro, ni de calificación ni de clasificación, en los casos de contratación directa; contratos para la prestación de servicios de salud; contratos cuyo valor no supere el diez por ciento (10%) de la menor cuantía de la respectiva entidad; enajenación de bienes del Estado; contratos que tengan por objeto la adquisición de productos de origen o destinación agropecuaria que se ofrezcan en bolsas de productos legalmente constituidas; los actos y contratos que tengan por objeto directo las actividades comerciales e industriales propias de las empresas industriales y comerciales del Estado y las sociedades de economía mixta y los contratos de concesión de cualquier índole. En los casos anteriormente señalados, corresponderá a las entidades contratantes cumplir con la labor de verificación de las condiciones de los proponentes (...)"

COMPONENTE JURÍDICO

Las personas naturales, jurídicas nacionales o extranjeras y los consorcios o uniones temporales y ofertas conjuntas, que deseen participar presentando propuesta, deberán acreditar la información listada en el pliego de condiciones que se adelante en virtud del proceso de contratación.

FORMA DE ACREDITAR LOS REQUISITOS HABILITANTES PARA LA PARTICIPACIÓN:

El proponente que desee participar deberá alistar los documentos necesarios para acreditar los requlsitos exigidos en el Pliego de Condiciones que se disponga en virtud del proceso de contratación.

COMPONENTE DE EXPERIENCIA
Los proponentes interesados deben contar como mínimo con el siguiente recurso humano:

**Coordinador del proyecto*

El proponente deberá disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, de manera territorializada y permanente. Este coordinador debe cumplir con el perfil establecido por la entidad territorial.

En todo caso, el oferente deberá certificar al momento de presentar su propuesta el perfil requerido:

1. *Nombres y apellidos*
2. *Documento de identidad*
3. *Número de tarjeta profesional (si es el caso)*
4. *Profesión, teléfono de contacto*
5. *Título de posgrado (Si es el caso)*
6. *Experiencia laboral específica donde se debe definir: institución donde se laboró, fecha de inicio y fecha de terminación.*

El proponente deberá señalar mediante certificación firmada por el Representante Legal o su apoderado, que el personal empleado para la prestación del servicio, cuenta como mínimo con un (01) año de experiencia; que cuenta con los conocimientos, perfiles y títulos exigidos, que son aptos e idóneos para desempeñar las funciones inherentes al objeto de la presente contratación, así como también, que estarán disponibles conforme a lo exigido, de acuerdo con en el pliego de condiciones, que para el efecto se adelante en virtud del proceso de contratación.

PARÁGRAFO: con el fin de garantizar la complementariedad y articulación entre el Plan de intervenciones colectivas y el Plan de beneficios de salud y apuntando al logro de los resultados en salud del territorio en el marco de la Atención Primaria en Salud, dando cumplimiento general de la Resolución 3280 del 2018 (Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y Ruta materno perinatal) que es definir, ordenar e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas se requiere que el proponente para este proceso se encuentre inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) como requisito habilitante técnico y cuente con sedes en cada uno de los municipios objeto de la ejecución del presente contrato y la habilitación de los siguientes servicios:

SERVICIOS
Vacunación
Medicina general
Enfermería
Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
Laboratorio clínico

EXPERIENCIA ESPECÍFICA:

La verificación de los requisitos técnicos se realizará presentando certificación en contratos que acrediten experiencia en desarrollo de actividades de plan de intervenciones colectivas (PIC), la cual debe corresponder a mínimo dos (02) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar. Las certificaciones deberán contener claramente la siguiente información y requisitos mínimos:
1. Objeto del contrato:
2. Nombre y firma del representante Legal que expide la certificación o del funcionario delegado para el efecto.
3. Fecha de inicio y fecha de terminación del contrato (esta última para contratos ejecutados).
4. Indicación del cumplimiento a satisfacción. No se tendrán en cuenta las certificaciones en las cuales se indique que el cumplimiento es regular, malo, deficiente.
5. Valor final del contrato en pesos a la fecha de terminación de los servicios certificados. (Incluye el valor inicial más las adiciones en valor y los reajustes que se hubiesen presentado durante la ejecución del contrato).
En caso de consorcio o unión temporal, se sumarán de acuerdo al porcentaje de participación de los integrantes del mismo.
En caso de que el proponente no cumpla con los requisitos anteriormente enunciados para la acreditación de la experiencia requerida en este proceso, la propuesta será considerada como NO HÁBIL.

-Adicional a lo anterior, el proponente deberá anexar a su propuesta, la evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera del último contrato suscrito con una entidad territorial; la evaluación deberá estar soportada y documentada frente a los lineamientos técnicos pactados.

**Todo lo anterior, en cumplimiento de los lineamientos pactados en la Resolución 1597 de 2025" por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS".*

EXPERIENCIA GENERAL:
Para el presente proceso, el proponente deberá acreditar un (01) contrato ejecutado con entidad oficial, y liquidado durante los últimos cuatro (4) años anteriores a la fecha de la presente convocatoria, ya sea individualmente o en consorcio o en unión temporal, cuyo objeto sea similar al del presente contrato. Para efectos de la experiencia acreditada no se aceptarán subcontratos ni ofertas mercantiles.

CONDICIONES DE LA EXPERIENCIA GENERAL

- Para caso de contratos ejecutados por el proponente como parte de un Consorcio, de una Unión Temporal o de una sociedad en la cual tenga o haya tenido participación, el integrante demostrara únicamente el valor correspondiente a las actividades realmente ejecutadas dentro del mismo, con base en el documento de conformación de la figura asociativa; en el caso que dentro de ese documento no se hayan discriminado las responsabilidades en la ejecución, se tendrá en cuenta únicamente el porcentaje de participación del proponente.

- Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales o promesas de sociedad futura, se tendrá en cuenta la experiencia sumada de sus integrantes.

- La experiencia de los proponentes personas jurídicas (sean individuales o miembros de un proponente plural), deberá, para ser aceptable, haberse obtenido con posterioridad a la fecha de constitución.

- La verificación dará como resultado el que la propuesta sea calificada como HABILITADA o RECHAZADA por este requisito y se hará con base en la sumatoria de los Valores Totales ejecutados (incluido IVA) en SMMLV de los contratos relacionados.

EXPERIENCIA ESPECÍFICA:

Para el presente proceso, el proponente deberá acreditar un (01) contrato ejecutado con entidad oficial, y liquidado durante los últimos cuatro (4) años anteriores a la fecha de la presente convocatoria, ya sea individualmente o en consorcio o en unión temporal, cuyo objeto sea similar al del presente contrato. Para efectos de la experiencia acreditada no se aceptarán subcontratos ni ofertas mercantiles.

CONDICIONES DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA

- Para verificar el contrato que relaciona el oferente para certificar la experiencia especifica habilitante, el proponente debe adjuntar contrato, Acta de Terminación y Acta Recibo Final con sus soportes y relacionar la siguiente información: el número del consecutivo del proceso, el objeto del contrato, la entidad contratante, forma de participación en el contrato, fecha de suscripción del contrato, fecha de terminación del contrato y el valor del contrato en SMMLV.

Para caso de contratos ejecutados por el proponente como parte de un Consorcio, de una Unión Temporal o de una sociedad en la cual tenga o haya tenido participación, el integrante demostrara únicamente el valor correspondiente a las actividades realmente ejecutadas dentro del mismo, con base en el documento de conformación de la figura asociativa; en el caso que dentro de ese documento no se hayan discriminado las responsabilidades en la ejecución, se tendrá en cuenta únicamente el porcentaje de participación del proponente.

- Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales o promesas de sociedad futura, se tendrá en cuenta la experiencia sumada de sus integrantes.

- La experiencia de los proponentes personas jurídicas (sean individuales o miembros de un proponente plural), deberá, para ser aceptable, haberse obtenido con posterioridad a la fecha de constitución.

- En caso que el oferente allegue certificaciones de contratos en los que participó como integrante de un consorcio o unión temporal, se tendrán en cuenta estas certificaciones en proporción al porcentaje de su participación. Se podrán solicitar aclaraciones de la información registrada en el certificado, o la documentación según lo considere necesario el comité evaluador.

- Serán declaradas NO HÁBILES en experiencia las propuestas que no cumplan con la experiencia exigida anteriormente. Las propuestas que en la evaluación de experiencia se declaren NO HÁBILES, no se evaluarán en la etapa de evaluación económica y técnica.

CRITERIO PARA EVALUAR Y CALIFICAR LA OFERTA.

El cumplimiento de los requisitos mínimos en materia jurídica, financiera, organizacional, técnica y cumplimiento no tiene ponderación alguna, se trata del estudio que debe realizar la Administración para determinar si la propuesta se ajusta a los requerimientos de la Ley y del Pliego de Condiciones dispuesto en el proceso de selección que se surta para el efecto, estableciendo HABILITA o NO HABILITA.

Para dar cumplimiento a lo mencionado en el Artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, en lo referente al ofrecimiento más favorable para la entidad y los criterios a tener en cuenta para efectos de la evaluación de la propuesta. En la evaluación de las ofertas La Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, realizará ponderación del factor económico y el técnico de acuerdo con los porcentajes indicados en la tabla siguiente:

	CRITERIO DE EVALUACIÓN	MÁXIMO PUNTAJE
1	Estímulo a la Industria Nacional	10 Puntos
2	Factor de Idoneidad técnica (equipo profesional propuesto)	30 puntos
2	Evaluación propuesta económica	60 Puntos
	PUNTAJE TOTAL	100

ESTIMULO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Se asignará máximo 10 puntos al oferente que cumpla con los siguientes criterios:

De igual manera, conforme a lo establecido en el parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el artículo 51 del Decreto 19 de 2012, se otorgará tratamiento de bienes de origen nacional a aquellos originarios de los países con los que Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras estatales y de aquellos países en los cuales a las ofertas de bienes y servicios colombianos se les conceda el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales.

Este último caso se demostrará mediante certificación expedida por el Director de Asuntos Jurídicos Internacionales del Ministerio de Relaciones Exteriores, la cual contendrá lo siguiente:

a) Lugar y fecha de expedición de la certificación
b) Número y fecha del tratado
c) Objeto del tratado
d) Vigencia del tratado

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 816 de 2003 en concordancia con el artículo 2.2.1.2.4.2.1 del Decreto 1082 de 2015 los puntajes que se asignarán en cada uno de los casos serán:

PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL	PUNTAJE MÁXIMO
El oferente que oferte servicios de origen nacional o aquellos originarios de los países con los que Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras estatales y de aquellos países en los cuales a las ofertas de bienes y servicios colombianos se les conceda el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales.	10
El oferente que oferte servicios de origen extranjero.	50

FACTOR IDONEIDAD TÉCNICA:

Perfil del equipo de trabajo requerido:

El oferente deberá allegar hoja de vida del profesional requerido en el presente numeral, acompañada con sus respectivos soportes que acrediten, la idoneidad y experiencia mínima, que para el presente proceso de selección que corresponde a:

COORDINADOR ACCIONES PIC PUNTAJE MÁXIMO (30 PUNTOS)

COMO SE ACREDITA	CONCEPTO	REQUISITO	PUNTAJE
Art.229 D.019/2012, se computará a partir de la terminación de materias y aprobación del pensum académico.	Formación Académica	Mínimo: Profesional en el área de la salud	Habilitante
	Formación Académica	Mínimo: Tres (03) años de Graduado.	Habilitante
	Experiencia general	Mínimo: Experiencia profesional de 2 años o más certificados.	20
	Experiencia especifica	Adicional: Experiencia de un (1) año en coordinación de proyectos de salud o afines con el objeto contractual que se pretende suscribir.	10
		Total Profesional	30 puntos

PRECIO (MÁXIMO 60 PUNTOS)

Se le asignará mayor puntaje a la propuesta de menor precio, y a las siguientes un puntaje proporcional al valor de la propuesta de menor precio, de acuerdo a la siguiente fórmula:

*P: Mp * 60 puntos*
Pac

P= Puntaje

Mp =Menor precio

Pac =Precio a comparar.

CALIFICACION TOTAL:

Se elaborará una lista ordenada de elegibles en la que el primer lugar será para aquella propuesta que haya obtenido el mayor puntaje sumando todos los criterios de calificación, las demás se ordenaran en forma descendente. Sin embargo, el puntaje mínimo de cada propuesta para ser incluida en la lista ordenada de elegibles deberá ser mayor o igual a 700 PUNTOS. Es decir, propuesta que obtenga una calificación menor esta, será rechazada.

ORDEN DE ELEGIBILIDAD:
De acuerdo con los puntajes obtenidos en los diferentes criterios de evaluación, se establecerá un orden de elegibilidad, otorgando el primer lugar a aquel proponente que haya acumulado la mayor cantidad de puntos, y sucesivamente a los demás, en forma descendente.

OFERTA ÚNICA.
En caso de que solo se presente una propuesta y ésta se encuentre ajustada a los requisitos mínimos; y su valor total luego de la verificación se encuentre ajustado al presupuesto oficial, este proponente será el seleccionado con la adjudicación de conformidad con lo indicado en el artículo 2.2.1.1.2.2.6., del Decreto 1082 de 2015.

Si en la verificación de requisitos habilitantes se observa que el proponente único se encuentra habilitado se procederá de manera inmediata a publicar informe de habilitación con la recomendación de adjudicación al ordenador del gasto una vez se publique por tres días dicho informe el cual también tendrá el carácter de informe definitivo y se correrá para traslado de observaciones al mismo. Este informe de habilitación y la recomendación de adjudicación ira acompañada de la verificación de que la propuesta no este inmersa en causal de rechazo a pesar de ser propuesta única y de la verificación de la propuesta técnica; el informe habilitación con estas manifestaciones de verificación de precio y propuesta técnica se equipara a la evaluación definitiva por lo que luego de publicada por tres días se procederá a la adjudicación.
Nota: El procedimiento anterior acelerará el cronograma previsto en el numeral 1.5 y adelantara en tiempo el proceso, sin que se requiera modificar el mismo.
En caso de que solo se presente una propuesta y ésta se encuentre ajustada a los requisitos mínimos; y su valor total luego de la verificación se encuentre ajustado al presupuesto oficial, este proponente será el seleccionado con la adjudicación de conformidad con lo indicado en el artículo 2.2.1.1.2.2.6 del Decreto 1082 de 2015.

ADJUDICACIÓN
La UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA, previa consolidación de la información resultante del proceso de verificación y de la evaluación realizada, dispone hasta la fecha establecida en el "Cronograma del Proceso" de contratación que se adelante, para seleccionar la oferta más favorable a sus necesidades.

La Entidad podrá prorrogar este plazo antes de su vencimiento, y por un término total no mayor a 6 días del inicialmente fijado, siempre que las necesidades de la Entidad así lo exijan.

La adjudicación se realizará en forma total de acuerdo con las propuestas que reciba la Entidad y la que resulte más favorable a los fines de esta contratación y a las necesidades a satisfacer en el presente proceso, en estricto apego al deber de selección objetiva.

La adjudicación se efectuará mediante resolución motivada De conformidad con lo dispuesto en el Parágrafo 1º del artículo 77 de la Ley 80 de 1993, el acto de adjudicación es irrevocable y no tendrá recursos por la vía gubernativa. Su impugnación procede mediante el ejercicio de las acciones judiciales que correspondan.

EFECTOS DE LA ADJUDICACIÓN
El acto de adjudicación es irrevocable y obliga a la entidad y al adjudicatario.

FACTOR CAPACIDAD O IDONEIDAD FINANCIERA (Admisible/No Admisible)

El objeto de la verificación financiera es validar si los proponentes cuentan con la capacidad financiera exigida en los Pliegos de Condiciones.

De conformidad con lo establecido en el numeral 15 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, Artículo 6 la Ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 221 del Decreto Ley 019 de 2012 y el Decreto 1082 de 2015, la capacidad jurídica y la solidez financiera serán objeto de verificación sin calificarse en cuanto no son factores de comparación de las ofertas y por lo tanto, podrán complementarse en los términos que establezcan las citadas normas y la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.

La capacidad financiera (CF) será calculada en consideración a la información que aparezca en el RUP en firme.

Para la evaluación de los requisitos habilitantes financieros, la entidad extraerá la información del certificado RUP conforme a las prescripciones del decreto 1082 de 2015 según el caso, o de los estados financieros, tomando como base la información financiera correspondiente al cierre de 31 de diciembre del 2015.

En caso de que la información financiera del RUP esté desactualizada o no se encuentre en el RUP, la entidad podrá requerir al proponente inscrito para que presente los Estados Financieros y sus anexos, los cuales sirvan de soporte para efectuar el cálculo de los indicadores financieros.

Cuando se trate de personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia, la información de las condiciones financieras estará soportada en el último Balance General y el Estado de Resultados de la persona jurídica extranjera, que será la que se inscriba como proponente. Estas cifras deben presentarse en moneda colombiana, de conformidad con los artículos 50 y 51 del Decreto 2649 de 1993 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan (Decreto 1082 de 2015).

La determinación de los indicadores financieros se sujetará a las siguientes condiciones:

a) *Cuando el Proponente fuere una persona jurídica que de manera individual e independiente de otras se presente a la licitación, se determinará a partir de la información consignada en el Registro Único de Proponentes.*

b) *Cuando el Proponente fuere una persona natural que de manera individual e independiente de otras se presente a la licitación, se determinará a partir de la información consignada en el Registro Único de Proponentes.*

c) *En el caso de las Uniones Temporales y los Consorcios los indicadores se calcularán con base en la suma de los índices individuales multiplicados por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes.*

d) *De conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 de del artículo 2.2.1.1.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015. Verificación de los requisitos habilitantes. Las Entidades Estatales que adelanten sus Procesos de Contratación utilizando los requisitos habilitantes establecidos en el artículo 10 del presente decreto, antes de que las cámaras de comercio estén en posibilidad de recibir las renovaciones utilizando el Clasificador de Bienes y Servicios, deben verificar directamente que los oferentes cumplan con los mismos. EL OFERENTE QUE NO CUENTE CON EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES ACTUALIZADO, y para efectos del cálculo de los indicadores financieros establecido en el presente proceso de selección, deberá allegar junto con su propuesta los estados financieros de propósito general con corte al año inmediatamente anterior.*

De conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015 y lo que considera importante la entidad, los indicadores a verificar serán los siguientes:

Índice de Liquidez: Deberá ser mayor o igual a (2)

Índice de Liquidez = Activo Corriente ≥ 2
Pasivo Corriente

Nivel de Endeudamiento: Deberá ser menor o igual (40%)

Nivel de Endeudamiento = Pasivo Total ≤ 40%
Activo Total

Razón de cobertura de intereses: Deberá ser mayor o igual a (7)

Razón de cobertura de intereses = Utilidad operacional ≥ 7
Gastos de Intereses

CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN (HABIL – NO HABIL)

Permite medir el rendimiento de las inversiones y la eficiente utilización de los activos con que cuenta el oferente

De conformidad con el numeral 4, Articulo 12.2.1.1.1.5.3 del Decreto 1082 de 2015 los proponentes deberán acreditar los indicadores exigidos a continuación, con base en la información contenida en el certificado del Registro Único de Proponentes.

Tabla – Indicadores de capacidad organizacional.

INDICADOR	INDICE REQUERIDO
Rentabilidad sobre patrimonio	Mayor a 5%
Rentabilidad sobre activos	Mayor a 5 %

Rentabilidad sobre patrimonio: Determina la rentabilidad del patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente.

El Patrimonio es la cuenta que representa los aportes del dueño o de los dueños para constituir la empresa, incluye además las utilidades, superávit, reservas revalorización del patrimonio entre otros, por tanto este indicador pretende medir financieramente la eficiencia o ineficiencia de las inversiones de estos recursos en la totalidad de las utilidades operacionales

La administración ha determinado que la siguiente es la fórmula aplicable para el cálculo de la Rentabilidad sobre el patrimonio, cuando el proponente sea persona natural o persona jurídica:

Condición: Si RP < 5% la propuesta se calificará NO HABILITADO.
Si RP > 5% la propuesta se calificará HABILITADO.

Rentabilidad sobre activos: Determina la rentabilidad de los activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente.

Es la capacidad que tiene los Activos de generar utilidad, con lo cual, el ente empresarial puede o no justificar el beneficio que prestan los activos en el total de las utilidades operacionales. Una vez aplica el indicador de Rentabilidad de los Activos podemos mostrar financieramente cual fue el retorno de los activos en términos de utilidades en beneficio de la organización.

La presente oferta ha determinado que la siguiente es la fórmula aplicable para el cálculo de la Rentabilidad sobre activos,

cuando el proponente sea persona natural o persona jurídica:

*Rentabilidad sobre Activo = (Utilidad Operacional / Activo)*100*

Condición: Si RP < 5% la propuesta se calificará NO HABILITADO..
Si RP > 5% la propuesta se calificará HABILITADO.

Capital De Trabajo

El proponente deberá contar acreditar un Capital de trabajo así:

$$CT = AC - PC \geq CTd$$

Donde:

CT: Capital de trabajo

AC: Activo corriente

PC: Pasivo corriente
CTd: Capital de Trabajo demandado para el proceso que presenta propuesta

El capital de trabajo (CT) del oferente deberá ser mayor o igual al capital de trabajo demandado (CTd):

$$CT \geq CTd$$

El capital de trabajo demandado para el proceso que presenta propuesta (CTd) se calcula así:

$$CTd = 60\% \; x \; POE$$

Donde:
CTd = Capital de trabajo demandado del proceso al cual presenta propuesta

POE = Presupuesto Oficial Estimado del proceso al cual presenta propuesta.

Siendo Proponente Plural el indicador debe calcularse así:

$$CT \; proponente \; plural = \sum_{i=1}^{n} CT\,i) \geq 60\% \; x \; POE$$

Donde n es el número de integrantes del Proponente Plural (Unión Temporal o Consorcio).

En el caso de las Uniones Temporales y los Consorcios los indicadores financieros, y organizacionales, se calcularán con base en la suma de los índices individuales multiplicados por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes. Para ello se determina (índice financiero1 x % participacion1 + índice financiero 2 x % participación 2+.....)

Para la evaluación financiera y organizacional de los indicadores, Liquidez, Endeudamiento, Rentabilidad del Activo, Rentabilidad del Patrimonio, se tendrá en cuenta para habilitar la propuesta, hasta el primer decimal después del punto.

**En caso que la propuesta no cumpla con alguno de los indicadores anteriormente mencionados, ésta será no habilitada.*

LA ENTIDAD NO TENDRÁ EN CUENTA LA EXPERIENCIA DIFERENTE A LA SOLICITADA.

9. ANALISIS DE RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

			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, no obstante permite la consecución del objeto contractual.	Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual.
	Calificación Monetaria		Los sobrecostos no representan más del uno por ciento (1%) del 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 (5%) y el quince por ciento (15%)	Incrementa el valor del contrato entre el quince (15%) y el treinta por ciento (30%)	Impacto sobre el valor del contrato en más del treinta por ciento (30%)
			Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	Categoría	Valoración	1	2	3	4	5
Probabilidad	Raro (puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5	6
	Improbable (puede ocurrir ocasionalmente)	2	3	4	5	6	7
	Posible (puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7	8
	Probable (probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8	9
	Casi cierto (ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	6	7	8	9	10

Valoración del Riesgo	Categoría
8, 9 y 10	Riesgo extremo
6 y 8	Riesgo alto
5	Riesgo medio
2, 3 y 4	Riesgo bajo

Tomando en cuenta las anteriores variables y después de analizar cada uno de los riesgos que eventualmente pueden afectar las distintas etapas del proceso contractual se concluye la siguiente matriz, en la que se han valorado y examinado los aspectos relevantes y se han asignado las responsabilidades pertinentes:

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Valoración	Categoría	Responsable	Tratamiento	Impacto después del Tratamiento	Monitoreo y Seguimiento
1	General	Externa	Ejecución	Económico	Aumento en los costos de ejecución del proyecto.	Incumplimiento por parte del contratista	Improbable -2	Menor -2	4	Bajo	Contratista: Por cuanto este riesgo debe obedecer a un análisis que previamente debe ser adelantado por el contratista al momento de confeccionar la oferta.	Para mitigar el riesgo, el contratista deberá realizar un análisis pormenorizado de los costos que conlleva la ejecución del proyecto	Como es un contrato que involucra acciones de sector salud, la idoneidad de la ESES, como ejecutor, se estima que el riesgo es mínimo, pues ya se conoce la ejecución que se requiere para este tipo de contratos.	Verificación del cumplimiento de las actividades pactadas durante el plazo de ejecución.
2	General	Externa	Ejecución	Implementación	Demoras o retrasos para la puesta en marcha de los servicios y el efecto económico originado en el cambio del cronograma. ocasionando afectaciones económicas a las partes	Incumplimiento por parte del contratista por Descoordinación para la puesta en marcha de los servicios, suministro de los insumos o elementos requeridos para llevar a cabo la ejecución del contrato	Improbable -2	Menor -2	4	Bajo	Contratista: Por cuanto este riesgo debe obedecer a un análisis que previamente debe ser adelantado por el contratista al momento de confeccionar la oferta.	El contratista, deberá tener claridad en las necesidades para la ejecución de las diferentes actividades, insumos y/o personal para la correcta ejecución del contrato.	Se considera un riesgo de categoría bajo, teniendo en cuenta la calidad de la entidad que obra como contratista.	Verificación de las condiciones de y tiempo en la ejecución del cronograma del proyecto

						interadministrativo								
3	General	Externa	Ejecución	Operacional	Existencia de equipo humano y técnico inadecuados para la obtención del objeto contractual.	Incumplimiento por parte del contratista	Raro -1	Moderado -3	4	Bajo	Contratista: Es responsabilidad del Contratista contar con la experiencia y conocimiento del área, por ende, deberá tener a disposición el personal y equipos de trabajo necesario para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Para mitigar el riesgo se realizar acompañamiento como entidad a través del supervisor designado del contrato, con el propósito de coordinar y materializar las actividades proyectadas en tiempo.	Se minimiza la posibilidad de perjuicios para la Entidad, teniendo en cuenta la calidad de la entidad que obra como contratista.	Supervisión a cargo de la Entidad.
3	Específico	Externa	Ejecución	Sociales o políticos	Graves alteraciones de orden público en el sitio de ejecución contractual.	Suspensiones del servicio	Improbable -2	Moderado -3	5	Medio	Entidad contratante: Por cuanto este riesgo escapa de la responsabilidad del contratista. En estos eventos la entidad determinara los mecanismos para lograr la ejecución del contrato (suspensión, prorroga etc.)	Para mitigar el riesgo, deberán tenerse en cuenta las condiciones espaciales en las cuales se ejecutará el contrato, a fin de precaver las consecuencias que las diferentes alteraciones del orden público puedan generar.	Se minimiza la posibilidad de perjuicios para la Entidad, mediante la adopción de medidas administrativas para enfrentar las situaciones de alteración del orden público. tales como suspensiones contractuales o prórrogas del mismo.	Supervisión a cargo de la Entidad.
4	General	Externa	Ejecución	Financiero	Dificultades que podrían presentarse en la ejecución del contrato para asumir las obligaciones derivadas de la financiación para puesta en marcha del contrato.	Incumplimiento por parte del contratista	Raro-1	Moderado -3	4	Bajo	Seleccionar a los oferentes que estructuren en forma diligente la oferta económica, ya que no se aceptaran reclamaciones o reconocimiento por este concepto.	Este riesgo debe ser asumido por el contratista, toda vez que, dentro de los factores de habilitación, se encuentran previstos los criterios financieros, en virtud de los cuales se busca la escogencia de un contratista con la solidez financiera para enfrentar las afujias económicas de la falta de recursos para financiar el proyecto.	Se minimiza la posibilidad de perjuicios para la Entidad, teniendo en cuenta la idoneidad de la entidad que actúa en calidad de contratista.	Supervisión a cargo de la Entidad.
5	General	Externa	Ejecución	Regulatorios	Cambios en las variables macroeconómicas de Colombia. (inflación, devaluación)	Incumplimiento por parte del contratista	Improbable -2	Moderado -3	3	Bajo	Contralista: Se debe seleccionar un contratista con margen suficiente para financiarse y cumplir el objeto del proyecto.	Para mitigar el riesgo se evaluará la calidad e idoneidad del contratista.	Se minimiza la posibilidad de perjuicios para la Entidad, teniendo en cuenta la entidad que obra como contrante .	Supervisión a cargo de la Entidad.
7	General	Externa	Contratación	Naturales	Se refiere a aquellos fenómenos de la naturaleza, como inundaciones, lluvias, sequías o temblores, que imposibiliten el normal desplazamiento y trasporte de los pacientes para el cumplimiento del desarrollo del contrato.	Imposibilidad de ejecución contractual	Raro -1	Menor -2	3	Bajo	Contratista y entidad: Teniendo en cuenta que la causa que genera la imposibilidad de ejecución contractual escapa de la voluntad del contratista y entidad, las dos partes deben asumir las consecuencias de la situación planteada.	Para mitigar el riesgo, se adoptarán medidas como la suspensión del contrato o la prórroga del mismo, en tanto se supera el riesgo propuesto.	Se minimiza la posibilidad de perjuicios para la Entidad, con la adopción de medidas administrativas como la suspensión o prórroga contractual.	Supervisión a cargo de la Entidad.

10. LAS GARANTIAS EXIGIBLES EN EL PROCESO DE CONTRATACION

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.2 del Decreto 1082 de 2015. Las garantías consistirán en a) Contrato de seguro contenido en una póliza. b) Patrimonio autónomo y c) Garantía Bancaria. En todo caso se aplicará lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.3.1.2 y ss del Decreto 1082 de 2015.

En consideración al contenido del objeto previsto para la contratación, así como la naturaleza de las actividades específicas, el contratista deberá constituir garantía que cubra los siguientes riesgos:

- Suficiencia de la garantía de pago anticipado: Por un valor equivalente al cien por ciento (100%) del monto pagado de forma anticipada, debe estar vigente hasta la liquidación del contrato o hasta que la Entidad Estatal verifique cumplimiento de todas las actividades o entrega de todos los servicios asociados al pago anticipado.
- Suficiencia de la garantía de cumplimiento del contrato: Por un valor equivalente al 20% del valor del contrato y por una vigencia igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más. Esta garantía deberá encontrarse vigente hasta la liquidación del contrato.
- Suficiencia de la garantía de Calidad del servicio: Por un valor equivalente al 20% del valor del contrato y por una vigencia igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.
- Suficiencia de la garantía de Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales: El valor de la garantía será por el Veinte (20%) por ciento del valor total del contrato. Esta garantía estará vigente por el plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más contados a partir de su terminación.
- Suficiencia de la garantía de Responsabilidad civil extracontractual: Por un valor equivalente a 200 SMMLV y por el termino de ejecución del contrato, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.1.2.3.1.17 del decreto 1082 de 2015.

11. CONDICIONES ESENCIALES DEL POSIBLE CONTRATO		
PLAZO	6 MESES	
FORMA DE PAGO	La UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA, pagará a la E.S.E el valor del contrato de la siguiente manera: Un primer pago hasta el Treinta (30%) del valor del contrato, como pago anticipado, suma que deberá ser girada al contratista una vez que este satisfaga los requisitos de legalización del contrato y siempre que acredite haber aperturado la cuenta exclusiva para manejar los recursos del PIC, entre ellos el pago anticipado, conforme al Art. 19.8 de la Resolución 1597 de 2025 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de forma que se garantice su inembargabilidad como lo preceptúa el Art. 19 del Estatuto Orgánico de Presupuesto y el Art. 91 de la ley 715 de 2001, además de este requisito el contratista deberá anexar factura de venta o documento equivalente en la cual se indicarán las actividades a ejecutarse y que se financiarán con este pago anticipado. **Parágrafo primero: La iniciación del contrato por parte del contratista no se encuentra supeditada al pago anticipado por parte de la UAESA.** 2. Hasta un sesenta (60%) del valor del contrato diferente al valor entregado por concepto de pago anticipado se pagará en Actas parciales, según porcentaje de avance de cumplimiento en la ejecución de las actividades. Para cada pago el contratista deberá presentar los siguientes documentos: • Factura de venta o documento equivalente • Pagos al sistema de seguridad social • Informe de ejecución por parte del contratista en medio físico y magnético • Informe de supervisión en el cual se avala el cumplimiento de las acciones realizadas durante el periodo de ejecución • Certificación de cumplimiento expedida por el supervisor. • Creación Plan de pago SECOP II 3. Un último pago correspondiente al diez (10%) con la suscripción del acta final y acta de liquidación del contrato, para lo cual deberá acreditar los mismos requisitos descritos en el numeral 2 de la forma de pago. Parágrafo segundo: los pagos estarán sujetos a la disponibilidad del proyecto.	
TOTAL PRESUPUESTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
	Doscientos cuarenta y cuatro millones seiscientos veinticuatro mil ochocientos setenta pesos moneda corriente	($244.624.870)

LUGAR DE EJECUCIÓN	Departamento de Arauca (Tame, Arauquita, Cravo Norte, Fortul y Puerto Rondón)	
12. SUPERVISION:	MARQUE CON UNA (X) X	DESCRIBA La supervisión será adelantada por la Profesional Especializado de Salud Pública de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca.
13. INTERVENTORIA:	MARQUE CON UNA (X)	DESCRIBA

14. OBLIGACIONES TECNICAS DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA, ADEMÁS DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTENIDO DESCRITO PREVIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, DEBERÁ ACATAR PRIMORDIALMENTE LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:

Artículo 19 (Resolución 1597 de 2025: Responsabilidades de las instituciones contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Las instituciones contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de la implementación, monitoreo y evaluación de la Gestión Territorial Integral de la Salud Publica:

19.1. Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el anexo técnico que hace parte de la presente resolución y la Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya.
19.2. Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado, configurando los equipos básicos de salud, a través de los cuales se deben articular las intervenciones colectivas e individuales' además de lo previsto en el numeral 20.1 del artículo 20 de la presente resolución para la ejecución de las intervenciones contratadas.
19.3. Ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con activa participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas de salud.
19.4. Ejecutar las intervenciones colectivas asegurando que el lugar donde se realicen cumpla con condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación.
19.5. Disponer de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de estas.
19.6. Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC.
19.7. Presentar a la entidad territorial los informes y soportes sobre ejecución técnica y financiera, con la periodicidad que se acuerde, de manera conjunta, entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. Se deberán incluir los soportes de los costos directos e indirectos.
19.8. Manejar los recursos destinados para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC en una cuenta bancada exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato. Los recursos allí depositados solo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.
19.9. Garantizar el desarrollo de procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso para la rendición de cuentas.
19.10. Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial contratante.
19.11. Las Empresas Sociales del Estado contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, implementaran un plan de fortalecimiento institucional del primer nivel en el marco de la Atención Primaria en Salud, en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces, con el fin de asegurar el cumplimiento de las obligaciones pactadas.
19.12. Las Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces, y demás instituciones que sean contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC deberán dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y Resolución 2336 de 2023 o las normas que lo modifiquen o deroguen.

OTRAS OBLIGACIONES

1. Todas las actividades deberán ejecutarse con personal contratado directamente por el oferente en cualquiera de las modalidades de vinculación que considere pertinentes para tal fin, sin que puedan existir intermediarios para ello.
2. Deberá suministrar por su cuenta y riesgo exclusivo los elementos y el personal que sea necesario para la ejecución del objeto del presente contrato, siendo por tanto de su obligación, el pago de los honorarios, salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás emolumentos a que haya lugar.
3. Presentar según requerimientos del supervisor los informes y sus soportes de ejecución, toda la información debe estar debidamente soportada y realizar cruce de la información de los enfoques diferenciales para determinar el número de atenciones brindadas a cada una de las poblaciones.
4. Deberán ejecutar los recursos entregados, en la forma como se señala en el contrato y su estudio previo, en concordancia con la normatividad vigente a que haya lugar.
5. Hacer reconocimiento al departamento de Arauca –Unidad Administrativa Especial De Salud De Arauca, dándoles de manera expresa los respectivos créditos en todo material impreso, magnético y/o audiovisual y que se produzca en cumplimiento del objeto del presente contrato; como también de manera verbal cuando públicamente se realicen actividades grupales o masivas o ante los medios de comunicación.
6. Para las actividades que involucren canalización, tamizaje y estrategias de intervención sanitaria deberán ser concertadas con las EAPB e IPS territoriales.
7. Concertar las actividades con los planes territoriales de salud y secretarias municipales.
8. El plan de trabajo de todas las actividades debe ser aprobados por los programas de salud pública que estén implicado y soportar la aprobación.
9. Presentar un informe final de acuerdo a los requerimientos establecidos en el contrato sobre las acciones desarrolladas en cumplimiento del objeto del contrato anexando los indicadores de impacto y sus respectivos soportes, liquidación firmada por las partes y demás documentos que se requieran.
10. Cumplir con todas las obligaciones acordadas en el contrato en cuanto a perfeccionamiento, inicio, ejecución, terminación y liquidación, así como las demás de ley contempladas en el "estatuto orgánico de la contratación estatal" o ley 80 de 1.993 y las normas que la han complementado, adicionado, reglamentado o modificado.
11. Durante la ejecución del proyecto el contratista deberá entregar al supervisor y a la oficina de prensa de la unidad de salud los informes que sean requeridos en medio magnético de las actividades que se estén desarrollando en campo en el cual debe incluir registro fotográfico y videos.
12. Igualmente se obliga a cumplir con cualquier obligación adicional que nazca en virtud de disposición legal o reglamentaria posterior y que se relacione con el presente contrato.
13. Cumplir con las obligaciones respecto del sistema de seguridad social integral y pagos parafiscales de que trata el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y la ley 828 de 2003.

15. INDICAR SI EL PROCESO DE CONTRATACION ESTA COBIJADO POR UN ACUERDO COMERCIAL	SI	NO
		X
16. RESPONSABLE DE LA PUBLICACION	Oficina de Jurídica	
17. FIRMA RESPONSABLE DE LA PRESENTACIÒN DEL ESTUDIO PREVIO		

INGRID JOHANA OQUENDO VARGAS
Profesional Especializado Salud Pública

Anexos:			
Elaboró:	Indira Portilla Salinas	CPS- 01-095-2026	
Revisó aspectos técnicos:	Ingrid Johana Oquendo Vargas	Profesional Especializado salud pública	
Aprobó aspectos financieros:	Jorge Mario Rojas	Subdirector Administrativo y financiero	
Aprobó oficina Jurídica:	Sergio Leonardo Marín Martínez	Asesor Jurídico	