

El Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E.

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

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

1. AUTORIZACIÓN PARA CONTRATAR

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 morbilidad 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 morbilidad 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 resolutoria 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 resolutorio, 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 morbilidad 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 niñas, niños 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 sintomía 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 morbilidad 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 morbilidad 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 morbilidad 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 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 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 tardía (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 el 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 vivos.

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 alcanza 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.

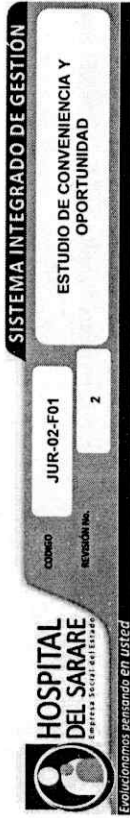
En relación a las coberturas de vacunación contra el virus del papiloma humano el departamento de Arauca tenía como meta vacunar 2943 niñas de 9 años de los cuales se captaron y se vacunaron 2193 para una cobertura de vacunación del 74,5% y una meta a vacunar de 3000 niños varones de los cuales se captaron 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 Rondón 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 Rondón 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 2025; 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.



ANTECEDENTES CONTRACTUALES DEL PROYECTO

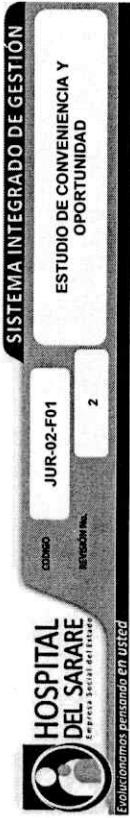
La E.S.E HOSPITAL DEL SARARE como institución prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, requiere dar continuidad en el fortalecimiento de los procesos misionales y operativos con el incremento de talento humano, que nos permita cumplir con las obligaciones contractuales con las diferentes EPS y el ente territorial.

Teniendo en cuenta que la Resolución No. 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los requisitos mínimos que los prestadores de servicios de salud, señala que los Prestadores de Servicios de Salud deberán cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación” con los estándares básicos de estructura y procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud”.

En consecución de este propósito se da paso al requerimiento de personal capacitado y con experiencia, preparado para enfrentar las contingencias en el sector, teniendo en cuenta el incremento del número de solicitantes de la atención y los parámetros establecidos en el POS (Resolución 5926 de 2014), en el cual se consolidan directrices en las que se les exige a las Instituciones Prestadoras del Servicio acondicionarse para asumir mayores responsabilidades y brindar la atención de nuevas actividades y procedimientos que deben ser ejecutados por personas idóneas y con experiencia para ejecutar las actividades de atención a usuarios de los servicios de la E.S.E para cumplir con sus obligaciones contractuales, se colige que el personal de planta de la institución no es suficiente para el funcionamiento del pleno de la ESE.

Teniendo en cuenta la Resolución No. 3384 de 2000, define las metas de programación de Promoción y Prevención y la resolución 4505 de 2012, establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detención Temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en Salud pública las cuales se deben cumplir por los compromisos contractuales contraídos con las EPS y la población pobre no asegurada y la necesidad de cumplir con la accesibilidad exigida a los servicios de Promoción y Prevención (Ley 1122 de 2007 Artículo 14 numeral f), hace necesario el fortalecimiento del talento humano para la ejecución de las actividades, debido a que el incumplimiento de las mismas está sujeto a glosas por parte de las aseguradoras, lo cual genera deterioro presupuestal a la Empresa y le resta capacidad contractual para futuras vigencias. (Ley 1122 de 2007 Artículo 14).

En el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del departamento de Arauca, la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca adelantó durante la vigencia 2026 el proceso de selección del operador del proyecto, el cual, en cumplimiento de las



restricciones establecidas en la Ley de Garantías Electorales, debió surtirse a través de la plataforma SECOP II.

Como resultado de dicho proceso de convocatoria pública, una vez surtido el proceso de evaluación de la oferta más favorable, mediante Resolución No. 385 del 30 de marzo de 2026 “Por la cual se adjudica un contrato mediante el proceso de selección abreviada de menor cuantía No. SAMC-002-2026” al Hospital del Sarare, cuyo objeto corresponde a la “**FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA**”.

En virtud de lo anterior, la E.S.E Hospital del Sarare adquiere la obligación de ejecutar las actividades contempladas en el referido contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°02-011-2026, lo que implica la necesidad de vincular talento humano idóneo que garantice el cumplimiento de los componentes técnicos, operativos y asistenciales del proyecto.

En ese sentido, el presente proceso de contratación se deriva directamente de las obligaciones adquiridas por la entidad en el marco del contrato CPS No. 02-011-2026.

Que teniendo en cuenta que la E.S.E Hospital de Sarare, no cuenta con personal suficiente y que pueda cumplir con las actividades relacionadas, se hace necesaria la contratación por prestación de servicios de una fisioterapeuta para el desarrollo del proyecto **FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA**.

3. OBJETO DEL CONTRATO

El contrato se desarrollará de conformidad con el siguiente objeto contractual: **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE QUIPOS BASICOS TERRITORIALES CON ORIENTACION INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA, PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 02-011-2026”**

3.1 CODIFICACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN LAS NACIONES UNIDAS - UNSPSC

CÓDIGO UNSPSC	Nombre – Clase
85122102	SERVICIOS DE FISIOTERAPIA

3.2 ALCANCE DEL OBJETO:

El presente contrato comprende parte de la disposición, conformación y operación de un equipo multidisciplinario del área de la salud, con capacidad técnica y operativa para la ejecución de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos en salud contempladas en el FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

El alcance del contrato comprende la ejecución de las actividades orientadas a:

- ▶ 100 mujeres diagnosticadas con diabetes en el municipio de Saravena.
- ▶ 1.080 atenciones en el centro de escucha.

El alcance se limita a la implementación de intervenciones colectivas de promoción y prevención en salud pública y no comprende la prestación de servicios asistenciales individuales, diagnósticos clínicos ni tratamientos médicos, los cuales son competencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

3.3 PARTES QUIENES INTERVIENEN EN LA RELACIÓN CONTRACTUAL

- ▶ ENTIDAD CONTRATANTE: LA E.S.E. HOSPITAL DE SARARE
- ▶ ENTIDAD CONTRATISTA: PERSONA NATURAL

3.4 TIPOLOGÍA CONTRACTUAL

De conformidad con lo contemplado en el numeral 2 del artículo 46.1.1 del manual de contratación de Empresa Social del Estado Hospital de Sarare, reglamentado según Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E. el contrato a celebrar se encuentra dentro de los denominados contratos de prestación de servicios profesionales, técnicos, de apoyo a la gestión o para el desarrollo directo de actividades científicas, artísticas tecnológicas o de capacitación que solo puedan encomendarse a determinados artistas o expertos.

3.5 PLAZO:

El término de duración será de **CINCO (05) MESES**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, la cual se suscribirá por el supervisor del contrato y el contratista.

3.6 LUGAR DE EJECUCIÓN:

La ejecución del contrato se hará en las instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital de Sarare y en el municipio de Saravena, de manera presencial de acuerdo con las indicaciones del Supervisor del contrato.

4. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. Prestar a entera satisfacción el servicio.
2. Prestar la colaboración necesaria para el desarrollo del objeto del contrato.
3. Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional.
4. Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado.
5. No acceder a amenazas o a peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones.
6. Presentar informes mensuales del servicio prestado como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y de la finalización de la ejecución de contrato y los demás que le sean asignados, con sus respectivos soportes.
7. EL CONTRATISTA debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la ESE para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución.
8. El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la ESE.
9. El contratista deberá garantizar el correcto tráfico de la información, contemplando la entrega y devolución de la misma; y la producida por este durante la ejecución del contrato
10. El contratista se compromete a adherirse de forma total a las guías, estándares y manuales de calidad determinados por la ESE.
11. El contratista deberá cumplir con las normas nacionales, departamentales y municipales acerca de las medidas de bioseguridad para la ejecución de las actividades en el Hospital de Sarare Empresa Social del Estado E.S.E.
12. Estar afiliado al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL.
13. Presentar aporte estampillas.
14. Una vez terminado el presente contrato por cualquier causa, prestará toda su colaboración al contratante con el suministro de información que eventualmente le sea requerida respecto de las personas que atendió en razón a su servicio.
15. Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas en la institución.
16. Cumplir con el procedimiento de reporte de accidentalidad laboral dentro de las 24 horas siguientes al evento, a la ARL correspondiente. Igualmente, debe informarse del accidente a la Unidad Funcional de seguridad y salud en el trabajo de la ESE HOSPITAL DEL SARARE.
17. Cumplir con las actividades de los SVE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica), según la exposición al riesgo (SVE para riesgo biológico, SVE para Riesgo Biomecánico)

18. Las reclamaciones deben realizarse directamente por el contratista y no por interpuesta persona. PARAGRAFO PRIMERO El incumplimiento por parte del contratista de cualquiera de las anteriores obligaciones será causal para la terminación y liquidación unilateral del presente contrato.

19. El Contratista se obliga a dar cumplimiento estricto a lo establecido en el artículo 45.12 del manual de contratación de la ESE, en articulación con el Decreto 1072 del 2015; adoptando y aplicando las medidas de prevención, mitigación y control de riesgos relacionados.

B. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

Está a cargo de la organización de los equipos y de la correcta distribución del trabajo en pro del buen desarrollo del proyecto, garantizando el adecuado proceso de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación, entre sus funciones están:

1. Realizar valoración inicial a cada una de las usuarias.
2. Mantener líneas de comunicación abiertas y permanentes que favorezcan el trabajo interdisciplinario e intersectorial en la población asignada.
3. Realizar valoración final para la evaluación de resultados de cada una de las usuarias.
4. Realizar actividad física 5 veces a la semana, con disponibilidad de 4 horarios diarios
5. Seguimiento a la adherencia de las recomendaciones.
6. 5 retos mensuales tipo competencia, para medir el avance a la resistencia de cada participante.
7. Participar en las capacitaciones o reuniones de seguimiento a las cuales sea convocado por la coordinación del proyecto.
8. Trabajar en coordinación con el equipo asignado, fomentando las buenas relaciones interpersonales.
9. Colaborar al coordinador en la elaboración del plan de trabajo del proyecto.
10. Cumplir con la ejecución de las actividades, ajustados a la concertación con la comunidad, de acuerdo al cronograma establecido por el coordinador.
11. Desarrollar ejecución de intervenciones colectivas de acuerdo con la caracterización e implementar capacitación en protección específica y detección temprana según resolución 3280.
12. verificar que los soportes de ejecución de actividades estén debidamente diligenciados, con calidad y claridad de información, sin enmendaduras.
13. Consolidar los enfoques diferenciales en forma cronológica como soporte de desarrollo de actividades garantizando la veracidad de la información, en medio físico y magnético.
14. Verificar registro fotográfico, de video y plan de medios de cada jornada, como soporte de desarrollo de las actividades.
15. Atender los requerimientos en cuanto a organización de la información.
16. Hacer buen uso de los elementos de identificación asignados.
17. Realizar devolución de los elementos asignados, garantizando el buen estado de estos

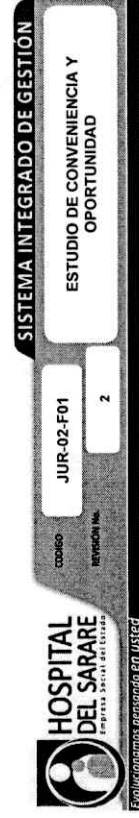
LA MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN, INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN SU ELECCIÓN.

Que la Educación y Comunicación para la Salud (ECS) constituye un eje estratégico para la gestión de la salud pública, en tanto fortalece las capacidades individuales, familiares y comunitarias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo. Su desarrollo se sustenta en procesos intencionados, sistemáticos y participativos basados en el diálogo de saberes, que favorecen la toma de decisiones informadas, el ejercicio de la autonomía y la transformación positiva de los entornos. De esta manera, la ECS contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y a la garantía progresiva del derecho fundamental a la salud, mediante intervenciones colectivas orientadas a la reducción de inequidades y al abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Este enfoque se encuentra respaldado por los artículos 2, 44, 49 y 366 de la Constitución Política de Colombia, que establecen la obligación del Estado de garantizar la efectividad de los derechos fundamentales, priorizar las acciones de promoción y prevención y orientar el gasto público social al mejoramiento de la calidad de vida de la población. En concordancia, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, cuyo goce efectivo debe asegurarse mediante políticas públicas integrales que incidan sobre los determinantes sociales y reduzcan las desigualdades en salud.

Asimismo, la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, establece en sus artículos 2, 3 y 5 que la seguridad social es un servicio público esencial prestado bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, garantizando a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social. Esta ley organiza el Sistema de Seguridad Social Integral bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con el propósito de ampliar progresivamente la cobertura y asegurar la protección de la población frente a los riesgos que afectan su salud y bienestar, lo que fundamenta la ejecución de intervenciones colectivas en el territorio.

A nivel internacional, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), aprobado por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la Resolución WHA58.3, constituye un instrumento jurídico de obligatorio cumplimiento para los Estados Parte, orientado a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra dicha propagación y dar respuesta oportuna a los eventos de interés en salud pública. El RSI establece la necesidad de fortalecer las capacidades básicas nacionales y territoriales para la vigilancia, detección, prevención y respuesta ante riesgos sanitarios, lo cual se articula con la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas como mecanismo para fortalecer la salud pública territorial y la gestión del riesgo en salud.



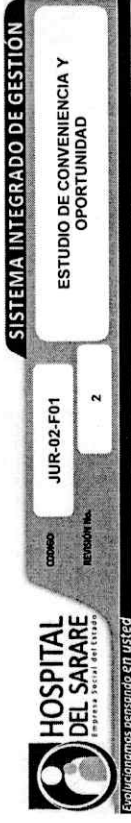
En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 518 de 2015, modificada por las Resoluciones 295 de 2023 y 1597 de 2025, definió los lineamientos para la gestión de la salud pública y la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Esta norma, en su artículo 9, establece que el PIC se rige por principios como el estatal y el de territorialidad, asignando a los departamentos, distritos y municipios la responsabilidad de su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación conforme a la situación de salud de la población y al contexto territorial. De igual forma, el artículo 14 señala que las intervenciones colectivas deberán contratarse con instituciones que cuenten con la capacidad técnica y operativa requerida, garantizando la adecuada implementación de las acciones en salud pública.

En este contexto, la implementación de acciones de Educación y Comunicación para la Salud en el municipio de Saravena se justifica a partir del análisis de la situación de salud del territorio, el comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública, las brechas en las coberturas de protección específica y detección temprana, así como las condiciones sociales, económicas y territoriales que inciden en los procesos de salud-enfermedad. El municipio presenta dinámicas poblacionales y territoriales que demandan intervenciones integrales, continuas y territorializadas, con énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad y en zonas con barreras de acceso a los servicios de salud.

Adicionalmente, la priorización de sectores con condiciones de vulnerabilidad social y territorial, incluidas áreas urbanas de difícil acceso y zonas con limitaciones en la oferta de servicios primarios de salud, exige la concurrencia institucional y la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas como estrategia para garantizar acciones oportunas, pertinentes y articuladas con los actores del sistema de salud y de otros sectores. Estas intervenciones fortalecen la participación social, la gestión comunitaria del riesgo y la apropiación de prácticas saludables en la población.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 008 del 15 de abril de 2026 "Por medio del cual se hace una adición al presupuesto de ingresos y gastos del Hospital del Sarare ESE para la vigencia fiscal 2026". En el marco del contrato N° 02-011-2026 celebrado con UAESA- PIC Departamental

Que el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia, establece que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución y que corresponde a las autoridades de la Republica proteger a todas las personas residentes en el país en su vida, honra, bienes y creencias, así mismo, el artículo 7 al desarrollar el Estado Social de Derecho y el pluralismo, reconoce y da protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación, expresando respeto de las cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos, sus formas de gobierno y sus territorios.



Que los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, establecen que las Empresas Sociales del Estado — E.S.E., serán las encargadas de la prestación de servicios de salud en los territorios y que podrán ser destinatarias de transferencias directas con cargo al Presupuesto de la Nación.

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 asigna a la Nación, la dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de las cuales se encuentran las de impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, estableciendo en su artículo 2 que el goce de este se garantiza con su prestación como servicio público esencial, correspondiéndole al estado la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y la adopción de políticas que permitan asegurar la igualdad de trato y oportunidades para acceder a sus distintos componentes.

Que el artículo 13 de la citada ley, señala los elementos que se deben tener en cuenta para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, entre los que se encuentra el talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado, como respuesta a las barreras identificadas en la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en procura de avanzar hacia un sistema de salud con capacidad de respuesta para abordar y asegurar la atención en salud de las personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida.

Que el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual se define como un ejercicio de coordinación intersectorial para garantizar 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 para lograr un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

Que el artículo 15 de la mencionada norma, dispone que los Equipos Básicos de Salud tienen la obligación de facilitar el acceso a los Servicios de Salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en Salud; en ese sentido, la constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano y, por ende, deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Que, en la prestación de los servicios de salud, son actores relevantes las Empresas Sociales del Estado, en razón a que pueden contratar recursos de salud pública en los términos establecidos en los artículos 12, 13 y 14 de la Resolución 1597 de 2025, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que dicho acto administrativo dispone

que se debe vincular prioritariamente a las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el territorio, previa determinación de su capacidad técnica y operativa, a efectos de brindar las atenciones establecidas en el Plan de Atención en Salud Pública.

Además de lo anterior resulta oportuno precisar la posición del Consejo de Estado, concepto del 6 de abril de 2000, en el cual reitera la posición doctrinaria vertida en la consulta No. 1.127 del 20 de agosto de 1998, en donde se plantea "Por regla general, en materia de contratación las Empresas Sociales del Estado se regirán por normas ordinarias de derecho comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la Ley 80 de 199, salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado". Es decir que el procedimiento contractual para escogencia de los contratistas, celebración y ejecución del su contrato, será el que la entidad estableció en el Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E.

El presente proceso se rige por lo dispuesto en la Constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 del 2007, en sus principios, la ley 100 de 1993 en su artículo 195; ley 1474 de 2011 o estatuto anticorrupción, Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E.

El artículo 46 del Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E. establece: **ARTÍCULO 46: MODALIDADES, MECANISMOS DE SELECCIÓN Y CUANTÍA:** Art. 46: Modalidades, Mecanismos de Selección y Cuantías: Para el desarrollo de la gestión contractual, el Hospital del Sarare ESE, adopta las siguientes modalidades, mecanismos de selección y cuantías. 46.1. **CONTRATACION DIRECTA:** Es el procedimiento en el cual se celebra directamente el contrato. Las circunstancias en las cuales se puede realizar la contratación directa, en consideración a la naturaleza del contrato o al factor cuantía, serán las siguientes: 46.1.1. Según la naturaleza y objeto del contrato: EL HOSPITAL DEL SARARE ESE podrá contratar de manera directa sin requerirse varias ofertas y sin tener en cuenta la cuantía del contrato, en los siguientes contratos y eventos: No. 2. Contratos de prestación y de servicios profesionales, técnicos, de apoyo a la gestión o para el desarrollo directo de actividades científicas, artísticas, tecnologías o de capacitación que solo puedan encomendarse a determinados artistas o expertos.

DE LA LEY DE GARANTÍAS Y SUS EXCEPCIONES:

El artículo 33 de la Ley 996 de 2005 prohíbe la contratación directa por parte de todos los entes estatales durante los cuatro meses anteriores a las elecciones presidenciales y dispone las excepciones a dicha prohibición. Así, su ámbito de prohibición está delimitado por la expresión "queda prohibida la contratación directa", y para los efectos de la Ley de Garantías

Electorales y, en particular, para la prohibición o restricción temporal contenida en su artículo 33, "contratación directa" se refiere a cualquier sistema de selección o procedimiento de contratación utilizado por las entidades estatales que no incluya la convocatoria pública en alguna de sus etapas, ni permita la participación de una pluralidad de oferentes.

Las excepciones a la restricción prevista en la Ley de Garantías, con fundamento en las cuales podrán las entidades públicas adelantar procedimientos de selección directa en períodos previos a la contienda electoral por la Presidencia, se encuentran consagradas de manera taxativa en el inciso final del citado artículo 33 de la Ley 996 de 2005 en lo referente a: **i)** la defensa y seguridad del Estado; **ii)** los contratos de crédito público; **iii)** los requeridos para cubrir las emergencias educativas, sanitarias y desastres; **iv)** los utilizados para la reconstrucción de vías, puentes, carreteras, infraestructura energética y de comunicaciones, en caso de que hayan sido objeto de atentados, acciones terroristas, desastres naturales o casos de fuerza mayor; y, **v)** los que deban realizar las entidades sanitarias y hospitalarias.

De lo anterior expuesto, y en virtud del quinto evento mencionado como excepción en la norma, es deber de la ESE verificar si es viable suscribir contratos bajo la modalidad de contratación directa con la mencionada excepción al considerarse como entidad Hospitalaria y Sanitaria. Examinando el presente proceso de " **FORTEALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE EQUIPOS BÁSICOS TERRITORIALES CON ORIENTACIÓN INTEGRAL EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA DEPARTAMENTO DE ARAUCA** ". Se logra determinar que adicionalmente, la necesidad del proceso contractual se soporta en información técnica y estadística relacionada con la atención a la población usuaria del Hospital del Sarare E.S.E., la cual evidencia la demanda real y continua de los servicios asistenciales y, por ende la implementación y continuidad de los EBS en el Municipio de Saravena permite fortalecer la gestión del riesgo en salud, garantizando la atención extramural a la población rural dispersa, mejorando el control de enfermedades crónicas y disminuyendo la presión asistencial sobre los servicios de urgencias y hospitalización, la conformación de equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeros, psicólogos, etc.) permite un abordaje integral de los diferentes cursos de vida, además de complementar servicios como vacunación, odontología y control prenatal; La salud en Saravena no puede esperar, la falta de continuidad de estos equipos representaría un retroceso en la garantía del derecho fundamental de la misma. De lo anterior expuesto y con la información base de soporte se concluye que la no contratación afectaría la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio de salud, por tal motivo la excepción prevista en el numeral quinto del artículo 33 de la Ley 996 de 2005 está dada para aplicar al proceso de contratación ya mencionado.

Que en cumplimiento de la Ley 996 de 2005, conocida como "Ley de Garantías Electorales", se suma al andamiaje de orden constitucional y legal que se ha ocupado de evitar la injerencia inadecuada de intereses particulares en el ejercicio de la función pública. Esta Ley tiene como propósito evitar cualquier tipo de arbitrariedad, de ventaja injustificada, de uso irregular de los recursos del Estado en las campañas o falta de garantías en la elección presidencial. En

esta medida, introduce limitaciones para realizar nombramientos, postulaciones, contrataciones o cualquier otro tipo de actividad que implique destinación de recursos públicos bajo el devenir propio de las Entidades Estatales.

En armonía con lo anterior, la Corte Constitucional ha abordado la definición de la Ley de Garantías Electorales. De esta manera, explica que tiene como propósito:

"[...] la definición de reglas claras que permitan acceder a los canales de expresión democrática de manera efectiva e igualitaria. El objetivo de una ley de garantías es definir esas reglas. [...] Una ley de garantías electorales es una guía para el ejercicio equitativo y transparente de la democracia representativa. Un estatuto diseñado para asegurar que la contienda democrática se cumpla en condiciones igualitarias y transparentes para a los electores. Una ley de garantías busca afianzar la neutralidad de los servidores públicos que organizan y supervisan las disputas electorales, e intenta garantizar el acceso igualitario a los canales de comunicación de los candidatos. Igualmente, una ley de garantías debe permitir que, en el debate democrático, sean las ideas y las propuestas las que definan el ascenso al poder, y no el músculo económico de los que se lo disputan". (Corte Constitucional, Sentencia C- 1153 de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.).

En este contexto, la Ley de Garantías Electorales establece el marco jurídico para el desarrollo de las elecciones, procurando condiciones de igualdad y transparencia para los aspirantes. Paralelamente, se incluyen restricciones en las actuaciones de los servidores públicos, evitando interferencias en la contienda electoral, así como la posible desviación de recursos públicos en aspiraciones electorales. Por ello, varias de las disposiciones de la Ley 996 de 2005, al contener normas prohibitivas, no admiten una interpretación amplia, sino que deben interpretarse restrictivamente. En efecto, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, precisó:

"No está de más recordar que las prohibiciones, en tanto limitan la libertad y los derechos de las personas, son de origen constitucional y legal; la tipificación de sus causas, vigencia, naturaleza y efectos es rígida y taxativa; y su aplicación es restrictiva, de manera que excluye la analogía legis o iuris y la interpretación extensiva. Las normas legales de contenido prohibitivo hacen parte de un conjunto de disposiciones que integran un régimen jurídico imperativo y de orden público, razón por la cual no son disponibles ni pueden ser derogadas, modificadas, ampliadas o adicionadas por acuerdo o convenio o acto unilateral.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado, coinciden en que las normas que establecen prohibiciones deben estar de manera explícita en la Constitución o en la ley y no podrán ser excesivas ni desproporcionadas. No pueden interpretarse extensivamente sino siempre en forma restrictiva o estricta; es decir, en la aplicación de las normas prohibitivas, el intérprete solamente habrá de tener en cuenta lo que en ellas expresamente se menciona y, por tanto, no le es permitido ampliar el natural y obvio alcance de los supuestos que contemplan,

pues como entrañan una limitación -así fue justificada- a la libertad de actuar o capacidad de obrar, sobrepasar sus precisos términos comporta el desconocimiento de la voluntad del legislador" (Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil de fecha 24 de julio de 2013, Rad. 2166, C. P. Álvaro Namén Vargas).

De conformidad con lo anterior, la Ley de Garantías Electorales estableció una serie de regulaciones y prohibiciones dirigidas a los servidores públicos. Con la finalidad de preservar la igualdad entre los candidatos en las elecciones, aumentó las garantías en materia de contratación, de forma que no exista siquiera sospecha de que, por ese medio, en los periodos previos a la contienda electoral, se altere las condiciones de igualdad entre los candidatos.

Las restricciones consagradas en la mencionada Ley se dirigen a dos tipos de campañas electorales: las presidenciales y las demás que se adelanten para la elección de los demás cargos de elección popular, tanto a nivel nacional como territorial:

RESTRICCIONES ELECCIONES PRESIDENCIALES

"Artículo 33. Restricciones a la Contratación Pública: Durante los cuatro (4) meses anteriores a la elección presidencial y hasta la realización de la elección en la segunda vuelta, si fuere el caso, queda prohibida la contratación directa por parte de todos los entes del Estado. Queda exceptuado lo referente a la defensa y seguridad del Estado, los contratos de crédito público, los requeridos para cubrir las emergencias educativas, sanitarias y desastres, así como también los utilizados para la reconstrucción de vías, puentes, carreteras, infraestructura energética y de comunicaciones, en caso de que hayan sido objeto de atentados, acciones terroristas, desastres naturales o casos de fuerza mayor, y los que deban realizar las entidades sanitarias y hospitalarias".

Como se puede observar, 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 y dispone las excepciones a dicha prohibición. Así, su ámbito de prohibición está delimitado por la expresión "queda prohibida la contratación directa" y para los efectos de la Ley de Garantías Electorales y, en particular, para la prohibición o restricción temporal contenida en su artículo 33, "contratación directa" es cualquier sistema de selección o procedimiento de contratación utilizado por las entidades estatales que no incluya la convocatoria pública en alguna de sus etapas, ni permita la participación de una pluralidad de oferentes. (Consejo de Estado. Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 08 de mayo de 2018. Exp. 2.382. C.P. Álvaro Namén Vargas.)

Por su parte, los destinatarios de la prohibición están expresamente señalados como "todos los entes del Estado", expresión que contempla a los diferentes organismos o entidades autorizadas por la ley para suscribir contratos. En efecto, tal como lo ha sostenido el Consejo de Estado, el vocablo "todos" utilizado por el legislador 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 las entidades estatales tienen régimen especial de contratación y están exceptuadas del ámbito de aplicación del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

De lo anterior se desprende que la restricción aplica, sin perjuicio de las excepciones establecidas en la misma ley, para celebrar cualquier contrato de forma directa, esto es, sin que exista un proceso abierto y competitivo. Por tanto, no son materia de la prohibición las demás modalidades de selección previstas en la Ley 1150 de 2007, es decir, la licitación pública, el concurso de méritos, la selección abreviada y la contratación de mínima cuantía, razón por la cual en el período preelectoral de que trata la disposición las entidades públicas pueden seguir contratando bajo estos sistemas.

De otro lado, las excepciones a la restricción prevista en la Ley de Garantías, con fundamento en las cuales podrán las entidades públicas adelantar procedimientos de selección directa en períodos previos a la contienda electoral por la Presidencia, se encuentran consagradas de manera taxativa en el inciso final del citado artículo 33 de la Ley 996 de 2005 en lo referente a: i) la defensa y seguridad del Estado; ii) los contratos de crédito público; iii) los requeridos para cubrir las emergencias educativas, sanitarias y desastres; iv) los utilizados para la reconstrucción de vías, puentes, carreteras, infraestructura energética y de comunicaciones, en caso de que hayan sido objeto de atentados, acciones terroristas, desastres naturales o casos de fuerza mayor; y, v) los que deban realizar las entidades sanitarias y hospitalarias.

En relación con las mencionadas excepciones, el Consejo de Estado ha aclarado que con ellas la Ley "pretende evitar la inactividad o paralización de los servicios que presta el Estado para cumplir con sus cometidos. En este punto debe destacarse que la Sala ha puntualizado que las excepciones que contiene el inciso segundo del artículo 33 son taxativas y su interpretación debe ser de carácter restrictivo." (Consejo de Estado. Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 12 de junio de 2018. Exp. 2371. C.P. Oscar Darío Amaya Navas).

Precisado lo anterior, en relación con el problema jurídico planteado ¿En atención a la aplicabilidad de Ley de Garantías para la vigencia 2026, que prohibiciones sobre contratación recae en una EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, teniendo en cuenta su régimen especial? Si se requiere contratar por prestación de servicios a los EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, ¿a un proveedor o un profesional para dar soporte a algún proceso administrativo o asistencial dentro de la ESE?, ¿cómo atender el requerimiento o necesidad del servicio respecto a las prohibiciones de la Ley de Garantías? Es pertinente analizar la excepción contenida en el numeral quinto, relacionado con la contratación de las entidades sanitarias y hospitalarias, para determinar si la excepción a la restricción de contratación directa es aplicable a los contratos suscritos por las Empresas Sociales del Estado – ESE-. En este sentido, el artículo 94 de la Ley 100 de 1993 señaló que, la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas

Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

Por su parte, el Consejo de Estado (Consejo de Estado. Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 12 de junio de 2018. Exp. 2371. C.P. Oscar Darío Amaya Navas) sobre esta excepción ha mencionado que:

En virtud a la conceptualización que contiene el anterior precepto, es indudable que las entidades que presten servicios tendientes a preservar la salud pública o humana deben ser consideradas como entidades sanitarias y en principio estarían exceptuadas de la prohibición de contratación directa.

No obstante, en lo que respecta a la habilitación de las entidades sanitarias y hospitalarias para celebrar contratación directa, esta Sala en el Concepto 1839 de 26 de julio de 2007 fijó la hermenéutica respecto de dicha excepción:

"... la excepción que habilita las entidades sanitarias y hospitalarias a vincular personal a la nómina estatal y celebrar, durante los cuatro meses anteriores a la elección, contratos directamente, debe entenderse circunscrita a la necesidad de conjurar situaciones de emergencia que puedan afectar la salubridad pública como elemento del orden público y social, por ejemplo, "la adquisición de un insumo esencial para la prestación de un servicio (...) que mientras se adelanta el trámite de la licitación pública (...)".3 Así lo entendió la Corte Constitucional que al estudiar la constitucionalidad de estas normas, manifestó que las excepciones de limitación protegen "diversos tipos de urgencias de defensa, salud, educación, infraestructura vial y de servicios públicos y ecológicas" y declaró inexecutable la expresión "adicionalmente se exceptúan aquellos gastos inaplazables e imprescindibles que afecten el normal funcionamiento de la administración", por ser demasiado amplia e indeterminada y permitir incluir numerosas excepciones que desdibujarían la prohibición original" (Subrayas fuera de texto original).

Así las cosas, la posibilidad de contratación directa por excepción por parte de las entidades hospitalarias de carácter público, debe ser entendida solo en aquellos eventos en que ocurran emergencias sanitarias o de salubridad que requieran la atención o prestación inmediata y oportuna de los servicios de salud; en otros términos, las excepciones a la limitación de contratación propugna porque el Estado a través de su red hospitalaria no vea limitado su actuar en la prestación de los servicios de salud en eventos catastróficos o de urgencia que se presenten.

Por tanto, las anteriores salvaduras no pueden extenderse a los contratos que habitual y ordinariamente celebran las entidades territoriales con las entidades hospitalarias, ya que

dichos órganos deben planear y desarrollar su gestión contractual con suficiente antelación para que no sea cobijada por la prohibición de contratación que establece la ley de garantías.

Como conclusión se tiene que, previo análisis de los elementos fácticos, técnicos y jurídicos, y acreditada la necesidad urgente e inaplazable de garantizar la continuidad de la prestación extramural de servicios de salud a población rural dispersa, se concluye que el proceso contractual encuentra sustento en la excepción prevista en el inciso final del artículo 33 de la Ley 996 de 2005, siempre que se demuestre la afectación inmediata a la continuidad del servicio público esencial de salud.

REFERENCIAS NORMATIVAS, JURISPRUDENCIALES Y OTRAS FUENTES:

- ▶ Ley 996 de 2005: artículos 33 y 38 parágrafo.
- ▶ Corte Constitucional. Sentencia C -1153 de 2005. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
- ▶ Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil de fecha 24 de julio de 2013, Rad. 2166, C. P. Álvaro Namén Vargas.
- ▶ Consejo de Estado. Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 12 de junio de 2018. Exp. 2371. C.P. Oscar Darío Amaya Navas
- ▶ Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.
- ▶ Circular Externa Única. Numeral 16.5.

DOCTRINA DE LA AGENCIA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA:

Sobre la aplicación de la Ley de Garantías Electorales, esta Subdirección se ha pronunciado en los conceptos C-636 del 16 de noviembre de 2021, 681 del 7 de diciembre de 2021, C-686 del 21 de diciembre de 2021, C-1179 del 8 de abril de 2022, C-697 del 3 de enero de 2022, C-329 del 24 de mayo de 2022, C-180 del 21 de marzo de 2025, C-317 del 25 de abril de 2025, C-510 del 4 de junio de 2025, C-856 del 11 de agosto de 2025, entre otros. Estos y otros conceptos se encuentran disponibles para consulta en el Sistema de relatoría de la Agencia, al cual se puede acceder a través del siguiente enlace:
<https://relatoria.colombiacompra.gov.co/busqueda/conceptos>.

SOPORTE TÉCNICO Y ESTADÍSTICO DE LA NECESIDAD

Para efectos de acreditar la procedencia de la excepción prevista en el artículo 33 de la Ley 996 de 2005 y demostrar la necesidad real, objetiva y verificable del proceso contractual, se

¹ **ARTÍCULO 196. GENERACIÓN DE EMPLEO PARA LA POBLACIÓN JOVEN DEL PAÍS.** Con el fin de generar oportunidades de empleo para la población joven del país y permitir superar las barreras de empleabilidad de este grupo poblacional, las entidades públicas darán prioridad a la vinculación de jóvenes entre 18 y 28 años, para lo cual deberán garantizar cuando adelanten modificaciones a su plana de personal, que el diez por ciento (10%) de los nuevos empleos no requieran

tuvieron en cuenta los siguientes soportes técnicos y estadísticos, remitidos por el supervisor y líder del proceso:

Anexos:

- ▶ Estadísticas de atención a población usuaria
- ▶ Reportes de consumo histórico de insumos y proyección de demanda
- ▶ Certificación del supervisor sobre necesidad y continuidad del servicio

Que la Ley 2214 de 2022 "Por Medio de la Cual se Reglamenta el Artículo 196 de la Ley 1955 de 2019, Se Toman Medidas Para Fortalecer las Medidas que Promueven el Empleo Juvenil y se Dictan Otras Disposiciones" ARTÍCULO 2. Jóvenes sin experiencia: para la aplicación de las medidas a las que se refiere el artículo 196¹ de la Ley 1955 de 2019, se entenderá por jóvenes sin experiencia, las personas de dieciocho (18) a veintiocho (28) años, bachilleres o egresados de programas de educación técnica, tecnólogo y pregrado, sin experiencia profesional conforme al artículo 11 del Decreto 785 de 2005 y/o aquellos jóvenes que acrediten sus prácticas como experiencia profesional, sin perjuicio de lo contemplado en la ley 2043 de 2020.

En consecuencia, las actividades objeto del presente proceso contractual no constituyen actuaciones discrecionales, accesorias o independientes de la misión institucional, sino que hacen parte integral, directa e inescindible de la prestación del servicio público esencial de salud a cargo de la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare, en el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se encuentran orientadas a la gestión del riesgo en salud pública, conforme a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y resultan indispensables para garantizar la continuidad, oportunidad y calidad en la atención de la población del Municipio de Saravena.

En este sentido, la ejecución de dichas actividades reviste un carácter urgente e inaplazable, en tanto su interrupción o suspensión generaría afectaciones directas en los indicadores de salud pública del territorio, incrementando el riesgo de ocurrencia de eventos prevenibles, especialmente en poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como una mayor presión sobre los servicios asistenciales de la entidad.

De igual manera, es preciso señalar que el presente proceso contractual no obedece a una decisión discrecional o autónoma de la entidad, sino que se deriva del cumplimiento de obligaciones previamente adquiridas por la E.S.E. Hospital del Sarare, en virtud del contrato

experiencia profesional, con el fin de que sean provistos con jóvenes egresados de programas técnicos, tecnológicos y de pregrado. Para la creación de nuevos empleos de carácter permanente del nivel profesional, no se exigirá experiencia profesional hasta el grado once (11) y se aplicarán las equivalencias respectivas.

adjudicado mediante proceso de selección adelantado a través de la plataforma SECOP II por parte del Municipio de Saravena, en el cual resultó favorecida la entidad para la ejecución del proyecto de implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos en salud.

Por lo anterior, se configura de manera clara la procedencia de la excepción prevista en el numeral quinto del artículo 33 de la Ley 996 de 2005, en tanto se trata de un contrato requerido por una entidad hospitalaria para garantizar la prestación continua del servicio público de salud, en armonía con los principios de eficiencia, continuidad y prevalencia del interés general, sin que ello implique vulneración a las disposiciones de la Ley de Garantías Electorales, sino, por el contrario, su aplicación en los estrictos términos establecidos por el legislador.

18. VALOR DEL CONTRATO Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MISMO.

El promedio de precios del mercado para la ejecución del objeto a contratar tiene un valor de **VEINTISES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$26.500.000)** teniendo en cuenta en primer lugar la idoneidad y experiencia a contratar, así como otros factores como lo que históricamente ha venido pagando la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare por servicios similares, lo cual incluye los gastos de prestación del servicio, uso de herramientas, ya que el contratista deberá prestar el servicio a todo costo, debiendo asumir a su costa gastos como los de la seguridad social, legalización del contrato, desplazamientos, etc.

19. FORMA DE PAGO

El valor estipulado en el presente contrato, será reconocido y pagado por el HOSPITAL al CONTRATISTA así: Se cancelará dicho valor en **mensualidades vencidas y/o fracciones vencidas** previa liquidación de los servicios ejecutados, total y/o parcialmente por el contratista, según el caso, teniendo en cuenta los valores establecidos en este contrato.

El pago se efectuará previa presentación, revisión y aprobación de los siguientes documentos: a) La correspondiente factura y/o cuenta de cobro. b) La presentación de la planilla de acreditación del pago de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales. c) El informe de actividades suscrito por el contratista. d) El informe del supervisor que certifique el cumplimiento del objeto contrato e) los demás que considere pertinente el HOSPITAL.

Así mismo el contratista deberá presentar todos los soportes que acrediten el cumplimiento de las obligaciones contractuales, los pagos al sistema de seguridad social integral, así como los documentos que exija la ESE para la cuenta de cobro. Los descuentos que se efectuarán a la cancelación de la misma por concepto de retención en la fuente y estampillas corren por cuenta del contratista. **PARAGRAFO PRIMERO:** Los pagos quedaran sujetos a la presentación de

informes de gestión mensual y al pago de los aportes de seguridad social. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista sólo tendrá derecho a la remuneración de dichos emolumentos sin que haya lugar a otra contraprestación, ni al pago de prestaciones sociales. **PARÁGRAFO TERCERO:** En caso de que la factura o cuenta de cobro no haya sido correctamente elaborada y/o presentada o no se acompañan los documentos requeridos para el respectivo pago o se presentan de manera incorrecta, el término para este sólo empezará a contarse desde la fecha en que se aporte el último de los documentos y/o se presenten en debida forma debidamente aprobados por el supervisor. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

PARAGRAFO CUARTO: El último pago que se efectúe por parte del HOSPITAL del Sarare E.S.E., al contratista, estará sujeto al certificado de cumplimiento y/o informe final de Supervisión, en el cual además de verificar el cumplimiento del objeto contractual, verificará y dejará constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante toda la vigencia del contrato, incluso el último periodo y/o días que prestó los servicios especializados, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas a cotizar. **PARÁGRAFO QUINTO:** En materia de impuestos y descuentos por concepto de estampillas no se aceptarán salvedades de ninguna naturaleza; la E.S.E. Hospital del Sarare efectuará a las cuentas del CONTRATISTA las retenciones que en materia de impuestos tenga establecida la ley o el contratista aportará y acreditada su pago conforme lo contemplado en la reglamentación aplicable para cada uno. Las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho el CONTRATISTA deberán ser tramitadas por éste a su costo, ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte de la E.S.E. Hospital del Sarare. **PARÁGRAFO SEXTO:** En los eventos en que el CONTRATISTA no acuda al llamado del HOSPITAL no le será cancelada la respectiva disponibilidad. **PARÁGRAFO SÉPTIMO:** Bajo ninguna circunstancia el CONTRATISTA podrá recibir dinero por parte de particulares por concepto del cumplimiento de las actividades contractuales. **PARAGRAFO OCTAVO:** Para cada pago, el contratista deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones parafiscales si hubiere lugar, salud, pensión, ARL, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA según corresponda, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Ley 100 de 1993, Decreto 1703 de 2002 y Ley 828 de 2003. En todo caso el Supervisor general del contrato, podrá solicitar en el momento que estime conveniente, copia de recibos de pago de los aportes a los sistemas de salud, pensión y ARL.

20. RUBRO

La Empresa Social del Estado Hospital del Sarare, pagará el valor del contrato con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal con rubro presupuestal No. 2.4.5.02.09-911-3 Servicios administrativos del gobierno, servicio de la administración pública relacionados con la salud y los servicios sociales PIC departamental.

21. ANÁLISIS DEL SECTOR

HOSPITAL DEL SARARE
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CODIGO: JUR-02-F01

REVISIÓN No.: 2

ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

Ejecutamos prescripción en usted.

De acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual guía análisis del Sector el cual establece lo siguiente:

En un contrato de prestación de servicios, el análisis del sector depende del objeto del contrato y de las condiciones de idoneidad o experiencia que llevan a contratar a la persona natural o jurídica que está en condiciones de desarrollar el objeto del Proceso de Contratación.

Para lo cual se requiere realizar la siguiente reflexión que cumple con los interrogantes de dicha guía:

Para estimar su valor se ha tenido en cuenta lo que dichos servicios y servicios similares han costado en el pasado para la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare y en otras entidades en condiciones similares, se ha tenido en cuenta también el plazo del contrato, las calidades idoneidad exigidas, los descuentos y retenciones, obligaciones adicionales y el hecho de ser un contrato a todo costo, siendo estas las principales variables que influyen o inciden en la determinación del precio o valor del contrato.

De acuerdo a los costos y teniendo en cuenta la capacidad presupuestal de la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare, se establecieron valores que cumplan con dichos parámetros y permitan la prestación del servicio requerido en condiciones de suficiente idoneidad.

Para determinar su valor se debe tener en cuenta el mínimo vital y móvil que requieren las personas para subsistir, así como los descuentos que por este se generan como las obligaciones en el sistema de seguridad social para poder desarrollar y ejecutar este servicio. Por lo tanto, se requiere de una persona que se comprometa con las actividades.

Aspectos legales y organizacionales

Se trata de un proceso de Contratación Directa, reglamentado en el artículo 46.1.1. del Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E.

Comercial, Técnico y Financiero:

Condiciones del servicio: La Empresa Social del Estado Hospital del Sarare según su planta de personal no tiene personal para realizar diversas funciones y según el objeto del contrato y la implicación de múltiples actividades a realizar, estas requieren de cierta dedicación de la cual el funcionario no estaría en la capacidad de llevarlas por sí solo, por tal razón al tener un personal que lo apoye con estas actividades dará a la entidad una prestación más eficiente y eficaz del servicio.

**HOSPITAL
DEL SACER**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CÓDIGO JUR-02-F01 INSTITUCIÓN No. 2 ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evolucentos mandando en usted

Para lo cual la persona natural que lo preste deberá tener conocimiento y relación con el servicio a prestar y actividades a cumplir.

Análisis de la Demanda

Para poder hacer un análisis de precios, plazos y modalidades se tuvieron en cuenta algunos procesos relacionados al objeto que se han realizado en la Empresa Social del Estado Hospital de Sarare y en otras entidades de similar naturaleza como los siguientes:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.502 DE 2025

CONTRATANTE	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS META E.S.E. NIP: 892.000.264 R/L: NANCY XIMENA RAMOS PULIDO C.C. 21.190.708 de Restrepo - Meta Notificaciones: Diagonal 15 No. 26-21 Barrio San José (Acacias-Meta) Correo electrónico: contratacion@hospitaldeacacias.gov.co
CONTRATISTA	ISABEL CRISTINA ROMERO POSU C.C. 1.006961322 Residencia: Calle 11L-10-17A-34 Blas Fariñas -Acacias - Meta Correo electrónico: isakris24@gmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS EN CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.
VALOR TOTAL	VEINTICUATRO MILLONES PESOS (\$24.000.000) M/L
DURACION	CUATRO (04) MESES
FECHA DE FIRMAS	Diecinueve(19) JUNIO DE 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N.º 433 DE 2025

CONTRATANTE	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS META E.S.E. NIT: 892.000.264-4 R/L: NANCY XIMENA RAMOS PULIDO C.C. 21.190.708 de Restrepo - Meta Notificaciones: Diagonal 15 No. 28-21 Barrio San José (Acacias-Meta) Teléfono: 081-2521111 Correo electrónico: nancy.ramos@hacm.gov.co
CONTRATISTA	VANDY JOSE FRANCISCO FARFAN FIGUEROA C.C. 1010130203 Notificaciones: Vds El Diamante clif7 casa 11 -Acacias - Meta Correo electrónico: franciscofarfan462@gmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA LA EJECUCION DE LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA LAS MUJERES DE ACACIAS EN CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA OPERACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD. VEINTISIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$27.600.000)
VALOR TOTAL	MIL
DURACION	CUATRO (04) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS
FECHA DE SUSCRIPCION	DOS (02) DE MAYO DE 2025

De este análisis se observa:

- 1) Que la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare en anteriores ocasiones ya ha realizado procesos similares al que se pretende celebrar y que con ellos ha logrado satisfacer las necesidades planteadas.
- 2) Que el valor establecido en el presente estudio es lo que comúnmente se cancela por este servicio, sin que esto genere mayores costos o plazos irrazonables. No obstante, el valor se ajustó a los valores que históricamente ha pagado el hospital del Sarare.
- 3) Que según el objeto del contrato las actividades se ajustan a las establecidas en el presente estudio.



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
Evolucionamos pensando en Usted

CONGO

JUR-02-F01

2

ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

- 4) Los análisis del sector indican que no se ocasionaron siniestros en la ejecución de actividades, por cuanto se establece que la probabilidad de riesgos es mínima como se indica en la matriz de riesgos, la cual es común a los procesos de contratación.
- 5) Que la modalidad de contratación en los procesos analizados corresponde a la contratación directa.
- 6) En relación con la forma de pago y de acuerdo al objeto que se pretende contratar, se estima que es proporcional establecer el pago de la forma en que se indica en este estudio y se ha dado cumplimiento a la satisfacción de la necesidad en esos criterios.
- 7) Que no se observaron incumplimientos o siniestros.

22. LOS CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, la Empresa Social del Estado Hospital del Sarare exigirá en los términos del artículo 46.1.1. del Acuerdo de Junta Directiva No. 23 de 2024, por medio del cual se modifica y actualiza el manual de contratación del Hospital del Sarare y se adopta mediante Resolución No. 354 de 2024 expedida por la Gerencia de la E.S.E., idoneidad o experiencia, sin que sea obligatorio cumplir con los dos requisitos al mismo tiempo. No obstante, la entidad se reserva el derecho de exigir simultáneamente las dos obligaciones, para actividades profesionales específicas.

Para el presente proceso se contratará una persona natural que cumpla con el siguiente perfil:

PERFIL SOLICITADO	FISIOTERAPEUTA		
	CARGO A DESEMPEÑAR	PERSONAL	EXPERIENCIA GENERAL
Profesional en el área de la salud.	FISIOTERAPEUTA	1	Experiencia profesional de 1 años o más certificados. y/o ley 1429 de 2010 primer empleo.
			Un (1) año afín con el objeto contractual que se pretende suscribir Y/O Ley del primer empleo

Idoneidad o formación: El profesional deberá contar con:

- ▶ Título en fisioterapia otorgado por la entidad o institución acreditada
- ▶ Tarjeta profesional y/o registro médico.



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado
Evolucionamos pensando en Usted

CONGO

JUR-02-F01

2

ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

- ▶ En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
- ▶ Deberá contar con la Resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - RETHUS.

Requisitos Adicionales:

- ▶ Formato Único de Hoja de Vida (función pública)
- ▶ **Nota:** impresa desde el usuario del SIGEP.
- ▶ Fotocopia cédula de ciudadanía, totalmente legible y en archivo PDF.
- ▶ Fotocopia del RUT
- ▶ Copia tarjeta profesional para las profesiones reguladas.
- ▶ Soporte de convalidación de título ante el Ministerio de Salud, si realizo los estudios en el exterior (Si aplica)
- ▶ Certificado de inscripción ante el ente regulador y de control y/o RETHUS (Si aplica)
- ▶ Reporte de Bienes y Rentas y Registro de Conflicto de Interés. (Formato diligenciado y descargado de la Función Pública)
- ▶ Certificación de afiliación a Salud
- ▶ Certificación de afiliación a Riesgos laborales
- ▶ Certificación de afiliación a Pensión
- ▶ Certificado antecedentes del órgano que regule la profesión (Si aplica)
- ▶ Formato autorización consulta de inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad **THS-00-F21**
- ▶ Certificación de la entidad financiera en donde conste el número de la cuenta bancaria, no mayor a 90 días calendario.
- ▶ Exámenes Ocupacionales de ingreso (Verificar según Profesiograma institucional y vigencia máxima 3 años)- (Vo Bo SSL)
- ▶ Carnet esquema de vacunación (Vo Bo de SST)
- ▶ Certificado de afiliación a ARL
- ▶ Certificado de antecedentes disciplinarios (Procuraduría)
- ▶ Certificado de antecedentes fiscales (Contraloría)
- ▶ Certificado de antecedentes judiciales (Policía)
- ▶ Certificado Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (SRNMC)
- ▶ Certificado de consulta de Inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.
- ▶ Certificado REDAM

