ESTUDIOS PREVIOS		
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL		
	NOMBRE DEL PROYECTO	**BPIN**
1.1. Certificado de inclusión en el Banco de Proyectos / Plan Anual de adquisición de Bines y Servicios:	FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO A TRAVÉS DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR	202600000007000
1.2. Fecha de elaboración del estudio previo:	Julio de 2026	
1.3. Nombre del funcionario que diligencia el estudio previo:	**GEORGINA PAOLA SÁNCHEZ DAZA** Secretaria de salud Departamental **ROSA MARÍA CERCHAR SARMIENTO** Líder de Salud Pública	
1.4. Dependencia solicitante:	SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL	
1.5. Tipo de Contrato:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**	
1.6. Código UNSPCS:	85111500, 93141509 77101805, 85111600	
1.7. Certificación Plan Anual de adquisición de Bines y Servicios (PAA):	Certificado N° 2268/2026 con fecha: de enero de 2026 expedido por Secretaría general	

CAPÍTULO II: ARTÍCULO 2.2.1.1.2.1.1 DECRETO 1082 DE 2015 **DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACIÓN**	
2.1. Descripción de la necesidad:	El artículo 49 de la Constitución Política modificado por el acto legislativo 02 de 2009, dice que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, así mismo, la Carta garantiza a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y establece que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, el saneamiento ambiental a los habitantes y establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares en los términos y condiciones señalados en la ley. La Ley 715 de 2001 establece que es competencia de los departamentos en materia de salud en general, formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en armonía con las disposiciones del orden nacional; adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas. El artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece que la Nación tiene a cargo entre otras competencias (...) definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales. Entendiéndose que el PAB actualmente se concibe como Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), el cual es, un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales en salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 3280 de 2018, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficios.

Dentro de las competencias asignadas a salud pública de la Secretaría de Salud Departamental, de acuerdo con la Ley 715 de 2001, se encuentra adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas mediante el establecimiento de la situación de salud en el Departamento del Cesar y propender por el mejoramiento de las condiciones que determinan dichos eventos.

En el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007, determina que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

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.

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 participen en la atención de los determinantes sociales; y en el artículo 16 establece sus funciones.

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).

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.

A pesar de las disposiciones en materia de atención primaria en salud expuestos previamente, en el marco de la Ley 1438 del 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social, encuentra que Colombia no ha logrado avanzar de manera homogénea en la implementación de dicha estrategia y las barreras de acceso a los servicios de salud de promoción y prevención son cada vez mayores como lo muestra el índice de 57.3% de cobertura global de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud para el año 2021.

Igualmente, en los últimos años ha observado la Cadena Ministerial, un comportamiento negativo en indicadores trazadores de salud pública tales como la tasa de incidencia y mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, mortalidad infantil, mortalidad prematura por cáncer de mama y cérvix, entre otros eventos que son altamente prevenibles desde el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención con una perspectiva individual y colectiva.

En virtud de lo señalado, es necesario fortalecer el proceso de implementación de la estrategia de atención primaria en salud, reorientando la ejecución de acciones colectivas hacia las intervenciones continuas, sistemáticas territorializadas y por entornos, para lo cual se hace énfasis 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, en el capítulo II, articulo 10, define el Plan de Intervenciones Colectivas –*

PIC como un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades de carácter gratuito, dirigidas a la población y materializadas a través de los entornos de vida cotidiana en función de las características, necesidades y potencialidades de salud en caca territorio y microterritorio.

Que en el artículo 12. Implementación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal, o las entidades que hagan sus veces, implementarán el plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, conforme con lo siguiente:

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, garantizando en su implementación la territorialización y permanencia de las acciones.

12.3 El plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas será implementado a través de Equipos Básicos de Salud, que desarrollarán las acciones colectivas establecidas en la normativa vigente, en los diferentes entornos de la vida cotidiana.

12.6 Las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, con las cuales las entidades territoriales contraten el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, implementarán, en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, un plan de fortalecimiento institucional para garantizar la adecuada y efectiva ejecución del PIC, conforme a las directrices que para tal efecto emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

12.8 Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal implementarán mecanismos de coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas y mixtas, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, las demás entidades del sector público, el sector privado y la sociedad en general, con el fin de fortalecer la capacidad resolutiva de las acciones desarrolladas desde el plan de intervenciones colectivas en complementariedad con las intervenciones individuales del plan de beneficios en salud para la integralidad y continuidad de la atención, en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad.

12.9 En caso de que la Empresa Social del Estado o la entidad que haga sus veces desista del proceso de contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, deberá manifestarlo por escrito en un plazo de máximo quince (15) días calendario siguientes a la propuesta de contratación de la entidad territorial o la entidad que haga sus veces. En todo caso deberá evidenciarse la gestión adelantada por la entidad territorial para la contratación del PIC con la ESE, o la entidad que haga sus veces.

12.13 Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal que celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones colectivas 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.

12.15 En ningún caso se podrán subcontratar las intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, salvo las actividades de apoyo, tales como, adquisición de insumos, material didáctico que se pueda requerir para la ejecución directa del objeto, servicio de transporte y demás aspectos logísticos.

Artículo 13. Monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán monitorear y evaluar el plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, para lo cual realizarán seguimiento mensual y evaluación anual a la ejecución técnica, operativa y financiera del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PIC por parte de las instituciones contratadas para su implementación.

Artículo 14. Requisitos para la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Para la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal verificará que las Empresas Sociales del Estado u otras instituciones a contratar, cumplan con los siguientes criterios:

14.1 Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.

14.2 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 y para el caso de los departamentos, distritos y municipios categoría 1, 2 y 3 deberá acreditar experiencia en salud pública.

14.3 Dar cumplimiento al plan de fortalecimiento institucional para la ejecución de Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, conforme a parámetros de calidad. Este requisito se aplicará a partir del primer año de entrada en vigencia del presente acto administrativo.

14.4 Cuando la contratación incluya el manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos o insumos médicos, la institución deberá cumplir con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación y, los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo, Tratándose de población indígena y hasta tanto se reglamenten los decretos leyes 968 de 2024 y 480 de 2025, las entidades territoriales continuaran atendiendo las instrucciones contenidas en la Resolución 518 de 2015 y su modificatoria Resolución 295 de 2023, así como la Circular 11 de 2018.

Artículo 17. Responsabilidades de los departamentos y distritos. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital tendrán las Siguientes responsabilidades en el marco de la planeación. formulación, implementación, monitoreo y evaluación de la Gestión Territorial integral en Salud Pública: 17.1. 17.2. 17.3. 17.4. 17.5. 17.6. implementar monitorear y evaluar los procesos transversales de gestión en salud pública asegurando su integración con el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y demás acciones para el cuidado integral de la salud en el territorio. Formular, ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas departamental o distrital mediante procesos de participación social y comunitaria de conformidad con lo estableado en el Plan Decenal de Salud Pública. los planes de desarrollo nacional, departamental o distrital, así como, en los planes de vida de los pueblos indígenas, los planes de la población Negra, Afrocolombiana. Raizal y Palenquera (NARP) y de les Rrom, Las políticas nacionales y lo dispuesto en la presente resolución. La formulación y ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se realizará de manera articulada y complementaría a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las entidades promotoras de salud. En las entidades territoriales con población perteneciente a grupos étnicos, la formulación y ejecución del PIC debe incluir la consulta y concertación. en cumplimiento de la normativa prevista para el efecto. Garantizar la ejecución de la totalidad de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia, sin perjuicio de la constitución de reservas presupuéstales y cuentas por pagar." Desarrollar, implementar. monitorear y evaluar la adecuación sociocultural de planes, programas y estrategias implementadas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, teniendo en cuenta las directrices técnicas que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Garantizar que la ejecución de las actividades colectivas a nivel departamental, distrital se realicen en el marco de los principios rectores del ejercicio de la competencia, definidos en la Ley 1551 de 2012. Formular, implementar y evaluar procesos de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades en los integrantes del Sistema General de Segundad Social en Salud y otros actores involucrados en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones

Colectivas. 17.7. Concurrir, subsidiar y complementar a los municipios para el desarrollo de intervenciones colectivas en el marco de la /Mención Primaria en Salud mediante las estructuras funcionales y organizativas de los Equipos Básicos en Salud y el desarrollo de capacidades para la implementación, monitoreo y evaluación de los procesos de gestión de la salud pública, a través de la coordinación y concertación del uso y priorización de los recursos de salud pública destinados para tal fin 17.8. Monitorear y evaluar la ejecución técnica, financiera y administrativa de los planes de salud pública de intervenciones colectivas de los municipios de su jurisdicción y los resultados en salud alcanzados con estos: y verificar que el PIO se ejecute de conformidad con lo establecido en esta resolución. 17.9. Publicar anualmente en la página web del departamento o distrito, los hallazgos, conclusiones y análisis de los resultados del monitoreo y evaluación del PIC. 17.10. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social los informes que sean requeridos con respecto a la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC en su jurisdicción. 17.11. Coordinar y ejecutar el proceso de gestión de insumos de interés en salud pública del nivel departamental o distrital y, monitorear y evaluar el almacenamiento, utilización, disposición final e impacto de dichos insumos a nivel municipal y departamental. 17.12. Adaptar y adecuar las intervenciones individuales y colectivas en conjunto con los grupos poblacionales presentes en el territorio, de tal manera que permita el respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales o culturales, en el marco de procesos de concertación entre las entidades territoriales y las comunidades indígenas, la población NARP y la población Rrom, así como la concurrencia con los municipios. 17.13. Adquirir, distribuir y garantizar los insumos críticos para el control de vectores y zoonosis y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles de interés en salud pública, así como preservativos y otros insumos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, concurriendo a los municipios categoría 4, 5 y 6 17.14. Elaborar el lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones colectivas, el cual será un anexo técnico del convenio o contrato del PIC y contendrá como mínimo: el nombre de la estrategia, la intervención, el talento humano que conformará los equipos básicos en salud, la definición de territorio y microterritorio de salud, el valor, la población sujeto, el lugar de ejecución, el entorno, las adecuaciones o adaptaciones socioculturales requeridas para la implementación de las acciones, la cantidad a ejecutar y el periodo trimestral que refleje de forma clara costos directos, indirectos y las indicaciones o especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades; el indicador(es) de producto y resultado, criterios y soportes requeridos para la auditoria y evaluación técnica, administrativa y financiera incluida la presentación de los RIPS conforme con los CUPS, según la naturaleza del acuerdo de voluntades.

En la búsqueda de "mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutiva frente a los desafíos presentes y contingentes" de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015; el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencial Mundial de la Vida", propone: "optimizar el modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece la necesidad de desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales.

De acuerdo con lo anterior la conformación y operación de equipos básicos de salud se establece como una prioridad para propender por la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas, familias y comunidades en el departamento del Cesar. La estructura, organización y dinámica de estos equipos responderá a las características de la comunidad y a las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas con respuestas favorezcan el acceso de la población a los servicios de salud, la integración entre servicios y modalidades de atención en salud y la articulación intersectorial para el desarrollo de acciones complementarias desde los otros sectores que fortalezcan el cuidado de la salud y la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.

Los Equipos Básicos de Salud corresponden a la estructura funcional y operativa de los prestadores de servicios de salud, en capacidad de ejecutar atenciones de forma permanente y sistemática para el cuidado integral de la salud de las personas y familias

por curso de vida en los diferentes entornos, bajo enfoque diferencial poblacional y territorial, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Este equipo garantiza el contacto permanente con las personas, familias y comunidades para el acceso a la atención en salud, incluyendo la valoración integral para la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico y tratamiento. Prestarán servicios a las personas, familias y comunidades en el territorio asignado mediante la modalidad extramural, con la articulación para la continuidad del cuidado en el contexto de las redes.

De acuerdo a la resolución 2367 del 19 de diciembre de 2023, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Gobernabilidad y Gobernanza según la resolución 2367 de 2023 indica que: *" se hace necesaria la claridad en las indicaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, para su implementación en términos operativos, mediante la actualización y disposición de instrumentos y herramientas metodológicas aprehensibles, y concretas que permitan la definición de acciones que deben desarrollar los territorios, dirigidas a avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población en general, incluyendo los enfoques interculturales y diferenciales establecidos normativamente."* por lo anterior se evidencia la instrucción del ente rector de fortalecen las capacidades territoriales para ejecutar el Plan Territorial de Salud, alineándolo con la Atención Primera en Salud, ya que esta última facilita la comprensión de las condiciones de vida y salud, fomentando la participación social en la gestión de la salud pública.

De acuerdo al Documento publicado por el Ministerio de Salud y de la protección social del mes de enero de 2024 "Fortalecimiento de la gestión territorial en APS", que compila las resoluciones: 2153 de 2023, 2984 de 2023, 2026 de 2023 resolución 1895 de 2023, resolución 1778 de 2023 y resolución 1735 de 2023, se orienta la gestión territorial en Atención Primaria en Salud con Equipos Básicos de Salud que se constituyen en el marco de la operación del nivel primario de atención en puerta de entrada y primer contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud, buscando establecer condiciones para la materialización del goce efectivo del derecho a la salud la afectación positiva de determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades en salud en los territorios, se establecen valores para los equipos y dotación básica para los mismos. En la búsqueda de "mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutiva frente a los desafíos presentes y contingentes" de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015; el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencial Mundial de la Vida", propone: "optimizar el modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece la necesidad de desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales.

La necesidad se deberá satisfacer a través las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el Departamento, que cuenten con la capacidad técnica y operativa para la materialización de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Las intervenciones colectivas se definen como: *—un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.*

Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS18, puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud y comprenden las siguientes:

Nombre	Definición
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	Es la acción mediante la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan; que permita definir y acordar con ellas el alcance de las intervenciones colectivas a ejecutar en cada entorno. Dicha caracterización incluye la identificación de: a. Aspectos básicos sociales o demográficos de las personas, familias o comunidades del entorno. b. Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud. c. Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos. d. Situación de salud de las personas, familias o comunidades. e. Prácticas de cuidado. f. Recursos disponibles para la promoción de la salud y la prevención de riesgos. Esta información se obtendrá a través de fuentes secundarias y sólo se recolectará de manera directa mediante la aplicación de instrumentos estandarizados para la caracterización de cada entorno, cuando no se cuente con dicha información.
Información en salud	Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud.
Educación y comunicación para la salud	La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud.
Prevención y Control de Vectores	Conjunto de procedimientos para la planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación de actividades para la intervención regular y contingencial de factores de riesgo ambientales y comportamentales orientadas a prevenir o minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto entre patógenos y el ser humano. La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de toldillo larga duración

Nombre	Definición
	tratado en la fibra de poliéster con insecticida piretroide y los insumos requeridos para la prevención y control de vectores según lineamientos y guías nacionales.
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan: a. Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; b. Sumar esfuerzos o crear sinergias; c. Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada. d. Resignificar espacios públicos para su apropiación, que posibiliten el encuentro y el uso por parte de los ciudadanos, de forma segura. e. Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud. Incluye: • La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto, generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida. • Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales. • El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. • Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental. • Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes. • Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
Zonas de Orientación y centros de escucha	Son un conjunto de procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblacionales. Es una estrategia de organización, gestión y participación comunitaria, que a través de la escucha, permite encontrar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad promoviendo y haciendo posible la inclusión social y la garantía del derecho a la salud. Las zonas de orientación y los centros de escucha crean espacios sociales de interacción donde las personas en situación de fragilidad y exclusión social comparten sus experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental. Estos espacios de escucha activa conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión

Nombre	Definición
	social y empoderamiento en salud.[19]
Rehabilitación basada en comunidad	Estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales.
Tamizaje	Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso a los servicios. Esta actividad solo se realizará en el PIC, si se le garantiza a la persona a quien se le identifique algún evento, la atención integral con cargo al actor competente. Esta actividad solo se realizará en el marco del PSPIC, siempre y cuando se garantice la atención integral ante la identificación de un evento y debe estar con cargo al actor competente. Las pruebas de tamizaje a desarrollar en el PSPIC deben cumplir con las siguientes consideraciones en su totalidad: a. Identifica eventos que generan externalidades en la población general y que sugieren el desarrollo de intervenciones de impacto poblacional contribuyendo al logro de resultados en salud. b. Se realiza a grupos poblaciones de forma masiva sin que medie la afiliación al SGSSS c. Tienen una respuesta efectiva, incluida bien sea en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o el PSPIC. d. Son pruebas validadas y con efectividad demostrada. e. Se pueden realizar en entornos diferentes al de las instituciones de salud.
Jornadas de salud	Actividad que se concentra en un espacio de tiempo definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS, prioritariamente en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y con población dispersa; para lo cual se financia los aspectos logísticos[20] y de organización requeridos para su ejecución. Se constituye en una actividad complementaria al Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por ende debe ser ejecutada de manera coordinada con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y las EPS presentes en el territorio, quienes, suministrarán el talento humano y recursos tecnológicos e insumos necesarios en el marco de sus competencias. Cuando en función de lo anterior, se adelanten desplazamientos a zonas rurales se deberá hacer el despliegue del talento humano e insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas, garantizando cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa.
Vacunación antirrábica	Proceso que consiste en la administración de un inmunobiológico a perros y gatos con el fin de generar protección contra la rabia. La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de los insumos requeridos para su ejecución según lineamientos y guías nacionales.
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso	Comprende: 1. Adquisición y suministro de medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas

Nombre	Definición
masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública	desatendidas, según guías y protocolos definidos por la nación: a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión b. Mebendazol tabletas por 500 mg c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma) d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma) e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis)Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis) f. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis) Con respecto a la prevención de la geohelmintiasis, el país priorizará la estrategia de desparasitación en la población de 5 a 14 años por presentarse en este grupo etario la mayor carga de infección y en la población de 1 a 4 años dadas las consecuencias adversas más severas de la infección en este grupo de edad de los territorios definidos o priorizados en los lineamientos nacionales. Esta intervención incluye la adquisición de visor de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo las siguientes acciones: a. Información en salud b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios. 2. Adquisición y suministro de insumos o materiales necesarios para la implementación de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; entre ellos: agujas, jeringas, preservativos, cazoletas, guardianes para depositar material utilizado. 3. Adquisición y suministro de medicamentos o insumos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social[21].

Para la definición de las intervenciones colectivas, la entidad territorial debe identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.

Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos **hogar, educativo, comunitario, laboral** (con énfasis en la informalidad) **e institucional**, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

DENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES PRINCIPALES EN LA MORBILIDAD – MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI

Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Municipio de Agustín Codazzi, año 2024.

Morbilidad	Prioridad	Agustín Codazzi	Cesar	Tendencia
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	56,35	No aplica	Aumento
	2. Condiciones mal clasificadas	23.68		Aumento
	3. Condiciones trasmisibles y nutricionales	11.71		Aumento
Alto Costo	1. Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	58,74	60,20	Aumento
	2. Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	10,02	2,45	Aumento
	3. Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	32,13	6,27	Disminución
Precursores	1. Prevalencia de diabetes mellitus	2,2	3,0	Aumento
	2. Prevalencia de hipertensión arterial	7,3	9,1	Aumento
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO´s)	1. VCM, VIF, VSX	215,47	193,81	Aumento
	2. Dengue	434,03	426,78	Aumento
	3. Tuberculosis pulmonar	13,33	8,59	Aumento
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	27,65		
	2. El sistema nervioso	20,76		
	3. Los ojos	16,08		

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2014 – 2023.

ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI

El análisis de la morbilidad atendida en el municipio de Agustín Codazzi durante el periodo 2015–2024 evidencia una alta demanda de servicios de salud, con un total de 1.572.640 consultas registradas y un promedio anual de 157.264 atenciones. A lo largo de estos años se observa un incremento progresivo en el número de consultas, alcanzando su punto más alto en 2024, lo cual puede estar asociado al crecimiento poblacional, a la ampliación de la oferta de servicios de salud con instituciones de mayor nivel de complejidad y a una mayor utilización del sistema por parte de la población. El perfil de morbilidad del municipio muestra un claro predominio de las enfermedades no transmisibles, que representan más de la mitad de las consultas (56,33%), lo que evidencia un proceso de transición epidemiológica, donde las patologías crónicas como las cardiovasculares, genitourinarias, musculoesqueléticas y otras condiciones asociadas a estilos de vida adquieren mayor relevancia. En segundo lugar, se destacan las condiciones mal clasificadas, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de diagnóstico, registro y calidad de la información en los servicios de salud. Las enfermedades transmisibles y nutricionales continúan siendo relevantes, especialmente en la población infantil, mientras que las lesiones y las condiciones materno-perinatales presentan una menor proporción dentro del total de atenciones. El análisis por sexo evidencia que las mujeres utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud, concentrando cerca del 59,3% de las consultas, situación que puede relacionarse con una mayor búsqueda de atención preventiva y con la atención en salud sexual y reproductiva. Por su parte, el análisis por curso de vida muestra que la adultez y la vejez concentran la mayor carga de morbilidad, principalmente por enfermedades crónicas, mientras que en la primera infancia y adolescencia persisten problemas asociados a enfermedades transmisibles, nutrición y algunas condiciones prevenibles. Adicionalmente, se identifican retos importantes en salud pública, como el aumento de eventos de alto costo relacionados con enfermedad renal crónica, la presencia de eventos de

notificación obligatoria como dengue, tuberculosis y violencias de género, así como problemáticas emergentes en salud mental, particularmente asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad y depresión. Asimismo, se evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones diferenciales en poblaciones vulnerables, como comunidades indígenas, población NARP y personas con discapacidad. En conjunto, estos hallazgos indican que el municipio enfrenta un panorama epidemiológico complejo, caracterizado por la coexistencia de enfermedades crónicas, infecciosas y problemáticas sociales. Por ello, resulta fundamental fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y control de enfermedades crónicas, así como mejorar la calidad de los registros en salud y consolidar acciones intersectoriales que permitan reducir la carga de enfermedad y mejorar las condiciones de salud de la población de Agustín Codazzi.

Priorización Mortalidad 2023

Mortalidad	Prioridad	Agustín Codazzi	Cesar	Tendencia 2015 a 2024
Mortalidad por grandes causas	1. Las demás causas	132,74	120,5	Aumento
	2. Enfermedades sistema circulatorio	132,45	140,88	Disminución
	3. Causas Externa	77,45	65,89	Disminución
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Las demás causas: enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	27.04		Aumento
	2. Las demás causas: Diabetes Mellitus	25.63		Aumento
	3. Enfermedades del sistema circulatorio: enfermedades isquémicas del corazón	19,57		Disminución
	4. Causas externas: agresiones (homicidios)	26,34		Aumento
	5. enfermedades trasmisibles: infecciones respiratorias agudas	19.74		Disminución
	6. enfermedades trasmisibles: Tuberculosis	8.15		Aumento
	7. Causas Externas: Agresiones (homicidios)	28,98		Aumento
	8. Neoplasias: Tumores malignos de otras localización y de las no especificadas	17.32		Aumento
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de un año	3,39		Disminución
	2. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en menores de cuatro años	19.53		Disminución
	3. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en menores de cinco años	3,98		Aumento
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	63.11	20.44	Aumento
	2. Tasa de mortalidad infantil	11.96	16.56	Disminución
	3. Tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años	25,79		Disminución

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2014 – 2024.

Conclusiones sobre Mortalidad en el Municipio de Agustín Codazzi (2014-2023)

Análisis de mortalidad en salud mental La mortalidad relacionada con la salud mental en el municipio de Agustín Codazzi, durante el periodo 2014-2022 se realiza empleando la información de Estadísticas Vitales de la bodega de SISPRO en la que se agrupa 3 grandes grupos: trastornos mentales y del comportamiento, Trastornos mentales por uso de sustancias psicoactivas (SPA) y la epilepsia. El análisis nos permite observar que la mayor carga de mortalidad es la epilepsia con 6(42.9%) casos de los cuales el 66.6% (4) pertenecen al sexo masculino y 33.3% (2) al femenino. Los trastornos mentales y del comportamiento presentaron 6 muertes que representa el 42,9% del total de los

trastornos reportados, de estos el 66,6% (4) eran del sexo masculino y 33,3% (2) para el femenino. Los trastornos mentales por sustancias psicoactivas presento una sola muerte en el año 2022.

Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez 42,9 100 Una vez identificadas las causas de muerte que se presentan con mayor frecuencia en los niños, se realizó un análisis materno – infantil, identificando los indicadores más críticos. Para ello, se hizo la estimación de la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad, y se calcularon los intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Rothman, K.J.; Greenland, S. En la semaforización de la tabla se observa que la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años, y mortalidad por EDA, presentan valores por encima de los presentados a nivel departamental en el mismo periodo, siendo estadísticamente significativos y necesitando intervención inmediata. El resto de los indicadores como la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez se encuentran por encima del nivel departamental pero sus diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 39. Semaforización y tendencia de mortalidad materno-infantil y niñez, Municipio Agustín Codazzi, 2015 - 2023

Causa de muerte	Cesar	Agustin Codazzi	Comportamiento								
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Razón de mortalidad materna	33,07	0,00	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,16	6,11	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	11,96	16,59	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	15,05	19,21	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	10,63	15,78	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,27	0,00	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	20,44	63,13	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘

Fuente: Cubo de Indicadores Asís, corte 22 de agosto de 2025

Mortalidad materna La razón de mortalidad materna es un indicador que permite evaluar tanto las condiciones sociales y económicas de una población como la calidad y oportunidad de los servicios de salud disponibles. Se refiere al número de mujeres que mueren anualmente por causas asociadas al embarazo, el parto o el puerperio, por cada 1.000 nacidos vivos. Además, este indicador estuvo contemplado como el quinto objetivo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), enfocado en la mejora de la salud materna. En el Municipio de Agustín Codazzi, en el periodo comprendido entre los años 2015 al 2023, se observa una tendencia fluctuante y un comportamiento descendente, con reportes en los años 2016, 2020 y 2022. En comparación con el Departamento del Cesar, también muestra una tendencia fluctuante con un comportamiento decreciente. 5.2.14

Mortalidad Neonatal La tasa de mortalidad neonatal en el municipio Agustín

Codazzi en el periodo comprendido entre los años 2013 al 2023, se observa una tendencia fluctuante y un comportamiento ascendente, presentando una tasa de 6,11 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. No presentando diferencias estadísticas con el departamento, el cual reporta para este mismo año 7,16 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad infantil La tasa de mortalidad infantil en el municipio en el periodo comprendido entre los años 2015 al 2023, se observa una tendencia fluctuante y un comportamiento creciente para el año 2023 de 16.59 muertes por 1.000 nacidos vivos, se registra un pico alto en el año 2018 de 28,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y una tasa baja en el año 2022 de 12.7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En comparación con el nivel departamental, el indicador se encuentra por encima del nivel departamental sin diferencias estadísticas.

Mortalidad en la niñez La tasa de mortalidad en la niñez en el municipio Agustín Codazzi en el periodo comprendido entre los años 2014 al 2023, presenta una tendencia fluctuante y un comportamiento decreciente, siendo el 2018 el año que registra la mayor tasa 36.1 defunciones por 1000 nacidos vivos, para el año 2023 presenta una tasa de 15.7 muertes en la niñez por 1000 nacidos vivos, que al compararla con el año anterior el cual tiene tasa de 20,7 muertes por 1.000 nacidos vivos, al comparar este indicador con el departamental no presenta diferencias estadísticas.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA La mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA en el municipio Agustín Codazzi se encuentra en tendencia al descenso y un comportamiento fluctuante, con una tasa en el 2018 de 47,3 por 1.000 menores de 5 años, encontrándose por debajo de la media departamental, en el año 2023 no reporto casos en el municipio, mientras que en el departamento presento una tasa de 3.27 muertes por 1.000 menores de cinco años.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA La mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años ha venido presentando tasas por encima de la media departamental, mientras que el departamento presento una tasa de 10.63 muertes; mientras que para el municipio la tasa fue de 15.78 muertes por 1.000 nacidos vivos, este indicador requiere una intervención a corto plazo, ya que es una problemática que ha venido afectando al municipio durante varios años.

Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años La tasa de mortalidad por desnutrición en el municipio evidencia una tendencia fluctuante y un comportamiento descendente que disminuye en el último año reportado por el municipio, presento un dos picos, uno en 2016 de 173,5 muertes en menores de cinco años y otro pico en 2018, el cual presento 157,8 muertes en menores de cinco años, al comparar esta tasa con el departamento, se encentra por encima del promedio, este indicador requiere de intervención inmediata, sobre todo en la población indígena del municipio que ha venido aportando en su mayoría estas mortalidades.

En conclusión, los patrones de morbilidad y mortalidad en el Municipio de Agustin Codazzi refleja avances en algunos indicadores, pero también desafíos persistentes como la violencia, las enfermedades crónicas y la mortalidad infantil. Es imprescindible implementar estrategias integrales y sostenibles que aborden las causas subyacentes, mejoren el acceso a la salud y fortalezcan la infraestructura sanitaria.

	La Secretaría de Salud del Cesar con el fin de dar cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo y en el Plan territorial de salud, y teniendo en cuenta las funciones que debe desarrollar la Dirección de Salud Pública, requiere la ejecución de acciones que permitan hacer la promoción de la salud, Prevención de la enfermedad a la comunidad del Municipio de Codazzi. De igual forma, impactar los indicadores de salud en los entes territoriales del Departamento, en función de la garantía del derecho a la salud. Así mismo, se precisa que la presente necesidad contractual guarda relación con el proceso de Selección Abreviada No. SAMC-SSA-0001-2026, adelantado por el Departamento del Cesar, Secretaría de Salud Departamental, cuyo objeto correspondió a: 'FORTALECER LAS ACCIONES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS De MUNICIPIOS PRIORIZADOS MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR (GRUPOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 Y 17)'. En desarrollo de dicho proceso contractual, algunos grupos fueron adjudicados conforme al cumplimiento de los requisitos habilitantes y criterios establecidos en los documentos del proceso. No obstante, respecto del grupo correspondiente a Agustín Codazzi GRUPO 1, no fue posible materializar la adjudicación integral de las acciones requeridas, en razón la no presentación de oferta. En consecuencia, y con el propósito de garantizar la continuidad, territorialización y permanencia de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1597 de 2025 y demás disposiciones aplicables, se hace necesario adelantar un proceso contractual respecto de los municipios pendientes de cobertura garantizando la ejecución de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud pública en el municipio de Agustin Codazzi.. En consecuencia, las actividades objeto del contrato constituyen obligaciones legales permanentes a cargo de la entidad territorial que no admiten interrupción, el Departamento del Cesar debe garantizar su ejecución. En ese contexto, y conforme a lo dispuesto en la Resolución 1597 de 2025, así como en el literal c) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, resulta procedente celebrar un contrato interadministrativo con la E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI., garantizando la continuidad y permanencia de las acciones del PIC.
CAPÍTULO III: ARTÍCULO 2.2.1.1.2.1.1 DECRETO 1082 DE 2015 OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR	
3.1. Objeto del contrato:	**FORTALECER LAS ACCIONES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE MUNICIPIOS PRIORIZADOS MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI. DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.**
3.2. Características del bien, obra o servicio a contratar:	Ejecutar las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas que defina la entidad territorial, de acuerdo con las disposiciones emitidas por el Gobierno Nacional en la Resolución 1597 de 2025, resolución 3280 de 2018.

3.3. Plazo de ejecución del contrato:	**Cinco (5) MESES**, calendarios dicho plazo se contará a partir de la suscripción del acta de inicio de actividades previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.
3.4. Vigencia del contrato:	La vigencia del contrato se contará desde el perfeccionamiento y hasta la liquidación del mismo.
3.4.1 Lugar de ejecución del contrato:	Área urbana y rural del MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI. en el Departamento del Cesar, a través del E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI.
3.5 Obligaciones Generales de la ESE	• Cumplir con cada una de las obligaciones tendientes a la realización de cada una de las actividades descritas en los lineamientos técnicos. • Cumplir con las obligaciones contenidas en la Resolución 1597 de 2025. • Cumplir de conformidad con lo establecido en la Ley con las normas de seguridad social (Salud, Pensión y ARL), y parafiscales y del recurso humano o institución contratada para la ejecución de las acciones si a ello hubiera lugar. La E.S.E estará obligada a presentar los contratos del personal o institución vinculada para la ejecución de las obligaciones. • Garantizar, conforme a los principios de Protección de Datos al Departamento del Cesar, la confidencialidad de la información sobre los beneficios del Proyecto a la que se tenga acceso a través del desarrollo de este contrato, y/o que se encuentre registrada en los respectivos sistemas de información de las partes, en relación con la población víctimas de conflicto armado atendidas. • Reportar de manera inmediata al supervisor del contrato, cualquier novedad o anomalía que se presente durante la ejecución de este. • Presentar informe técnico y financiero con sus respectivos soportes los primeros cinco (5) días de cada mes (evidencia fotográfica, actas documentos, entre otros) acorde a las actividades u obligaciones específicas planteadas en el ANEXO No 1 denominado lineamientos técnicos. • Para el cumplimiento de las obligaciones la IPS, garantizará el recurso humano idóneo y capacitado para la ejecución del presente objeto contractual. • Las demás que surjan de la naturaleza del presente contrato, de conformidad con las indicaciones dadas por el supervisor y que estén relacionadas con el objeto a contratar. • Cumplimiento estricto con el Sistema General de Seguridad Social en SALUD, PENSIÓN, ARL y PARAFISCALES si a ello hubiere lugar de todo el recurso humano que se requiera para la ejecución de las acciones contratadas y acorde de los montos devengados. • Cargar los informes y soportes de la ejecución en la plataforma SECOP II y SIRCC II demás sistemas de información que determine la entidad contratante.
3.5.1 Obligaciones Específicas de la ESE	Para el desarrollo del presente proceso para la contratación de actividades de intervención colectiva en salud se hace necesario su desarrollo por fases, las cuales serán las siguientes; I) FASE DE ALISTAMIENTO Y COORDINACIÓN DE ACCIONES, II) FASE DE IMPLEMENTACIÓN (III) FASE DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. **FASE DE ALISTAMIENTO** 1. Realizar el alistamiento y la planificación de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con el objetivo de calendarizar las acciones para su ejecución efectiva. 2. La Etapa de Planeación de Territorios comprende el alistamiento que conlleve a intervenciones desde un enfoque diferencial, territorial y poblacional en Microterritorios priorizadas y entregadas por los equipos básicos, socializados por la coordinadora(or) del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

FASE DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

ENTORNO HOGAR

3. INTERVENCIONES COLECTIVAS COMPLEMENTARIAS: Dentro de las acciones e intervenciones aplicadas desde lo colectivo y con base a la recolección de datos obtenidos durante la caracterización ambiental y familiar, realizar las siguientes acciones de intervención Individual y/o información en salud, según los riesgos identificados y analizados desde cada una de las áreas Prioritarias.

ENTORNO COMUNITARIO, EDUCATIVO, INSTITUCIONAL, LABORAL

4. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas basadas en teatro callejero tipo pantomima, que fortalezcan conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la prevención de riesgos ambientales y al cuidado del entorno, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud
5. Diseño e implementación de un (1) Plan de Comunicaciones e Información orientado a la producción, organización y difusión sistemática de mensajes en salud, dirigidos a individuos, familias, comunidades, organizaciones, redes sociales, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sectores aliados, con el fin de fortalecer la toma de decisiones informadas en salud en temas de SALUD AMBIENTAL Y SANEAMIENTO BASICO, ECNT, CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PAI, EMERGENTES Y DESANTENDIDAS (IRA, EDA, GEOLMINTIASIS, TB, LEPRA), ETV Y ZOONOSIS, POBLACIONES VULNERABLES, AMBITO LABORAL.
6. Fortalecimiento de 2 redes familiares, comunitarias y sociales mediante dos (2) ciclos de educación y comunicación en SALUD AMBIENTAL Y SANEAMIENTO BASICO, ECNT, CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PAI, EMERGENTES Y DESANTENDIDAS (IRA, EDA, GEOLMINTIASIS, TB, LEPRA), ETV Y ZOONOSIS, POBLACIONES VULNERABLES, AMBITO LABORAL con enfoque de diálogos de saberes.
7. Ejecución de DOS (02) jornadas integrales de salud en microterritorios priorizados, dirigidas a población vulnerable con dificultades de acceso a los servicios de salud, mediante el despliegue articulado de talento humano interdisciplinario y la provisión de insumos y servicios necesarios, con el fin de garantizar la integralidad, oportunidad y eficiencia administrativa de las acciones individuales y colectivas.
8. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas basadas en teatro callejero tipo pantomima, que fortalezcan conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la prevención de Enfermedades Crónicas y adopción de estilos de vida saludables, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud
9. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas basadas en teatro callejero tipo pantomima, que fortalezcan conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud
10. Apoyo a la estrategia de Zonas de Orientación Escolar (ZOE) mediante la ejecución de acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento psicosocial, asistencia, formación, capacitación y referencia a servicios sectoriales e intersectoriales, con una frecuencia mínima de dos (2) veces por

semana, en dos (2) Instituciones Educativas y un (1) barrio priorizado, con énfasis en mujeres, niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores.

11. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas basadas en teatro callejero tipo pantomima, que fortalezcan conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la convivencia social y salud mental
12. Realizar CINCUENTA (50) tamizajes para la detección temprana de condiciones de salud y factores de riesgo asociados a salud mental y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, que puedan afectar el desarrollo integral de las personas a lo largo del ciclo vital, mediante la aplicación de instrumentos validados (SRQ, RQC, ASSIST y AUDIT).
13. Realizar dos (2) ciclos de educación y comunicación en salud, cada uno conformado por mínimo nueve (9) sesiones de educación colectiva, dirigidos a adolescentes entre 12 y 17 años en dos (2) instituciones educativas priorizadas, orientados al fortalecimiento de habilidades para la vida y liderazgo, con énfasis en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el matoneo, las violencias y otras problemáticas sociales
14. Desarrollo de tres (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en instituciones educativas y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud.
15. Realizar DOS (2) ciclo de educación y comunicación en salud materna y perinatal en dos microterritorio priorizado, conformado por mínimo nueve (9) sesiones de educación colectiva, dirigidas a mujeres y hombres, orientadas a la prevención de riesgos durante el embarazo, identificación de signos de alarma, promoción de la lactancia materna y fortalecimiento de prácticas de autocuidado en salud materna y perinatal
16. Realizar detección temprana de condiciones de salud y factores de riesgo relacionados con VIH, hepatitis y sífilis, que puedan afectar el desarrollo integral de las personas a lo largo de su ciclo vital
17. Desarrollo DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en instituciones educativas y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con las enfermedades prevenibles por vacunación, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud.
18. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en instituciones educativas, CDI y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los 3 mensajes claves para la prevención, manejo y control de la IRA y EDA, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud.
19. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en instituciones educativas, Centros de Desarrollo Infantil (CDI), otras instituciones y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los eventos de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).
20. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en otras instituciones comunitarias y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con las Enfermedades Transmitidas por Micobacterias (Tuberculosis y Enfermedad de Hansen), en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).

21. Desarrollo de DOS (02) intervenciones lúdico–recreativas mediante teatro callejero tipo pantomima, realizadas en instituciones comunitarias y parques priorizados, orientadas al fortalecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud en el trabajo, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).
22. Desarrollar un proceso (2 ciclos: 16 sesiones, en microterritorios diferentes) comunitario de educación y comunicación en salud dirigido a cuidadores familiares y comunitarios, orientado al fortalecimiento de prácticas de autocuidado físico, mental y social, que contribuya a la prevención del agotamiento, la sobrecarga emocional y el deterioro de la salud, mediante espacios participativos basados en el diálogo de saberes, el reconocimiento del rol del cuidado y la promoción de estilos de vida saludables, en el marco del enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).

TRANSPORTE

23. Realizar contratación de transporte para el traslado del talento humano en salud a los microterritorios seleccionados con el fin de desarrollar las acciones acordadas.

GASTOS INDIRECTOS

24. Realizar contratación de servicios logísticos como son: papelería, fotocopias, gastos administrativos, minutos, llamadas telefónicas, carnetización, impresos, tinta para impresoras, gestión administrativa y presupuestal, elaboración de contratos, seguros, costos bancarios, impuestos, personal de apoyo administrativo y de sistematización de información, con el fin de desarrollar las acciones acordadas en los microterritorio seleccionados.

Ver anexo Técnico 1 y 2

PERFIL DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO:

Talento Humano en Salud	Cantidad	Perfil	Descripción
Enfermera profesional	1	Profesional de enfermería	Enfermera servicio social obligatorio o Enfermera con experiencia de cero (0) a (6) meses, inscrito en el registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS)
Técnico ambiental y/o saneamiento básico.	1	Técnico en saneamiento básico y/o ambiental	Técnico en saneamiento básico y/o ambiental Experiencia de cero (0) a (6) meses
Auxiliar en enfermería o Técnico en salud Pública	2	Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública	Técnico en auxiliar de enfermería con una Experiencia de cero (0) a (6) meses, Inscrito en el registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS)

Psicóloga	1	Profesional en psicología	Título profesional en Psicología con experiencia de cero (0) a (6) meses, Inscrito en el registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS)

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la suscripción del acta de inicio del contrato, la E.S.E. deberá contratar la totalidad del talento humano requerido para la ejecución de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), conforme a los perfiles y requisitos establecidos en los lineamientos técnicos y en la propuesta presentada. Una vez surtida dicha contratación, deberá remitir al supervisor del contrato la relación del personal vinculado y los enlaces (links) de publicación en la plataforma SECOP II de los contratos suscritos o de los documentos que acrediten su vinculación, según corresponda, como soporte del cumplimiento de esta obligación.

La E.S.E. podrá destinar únicamente un (1) perfil del talento humano requerido para la ejecución del presente contrato con personal de planta, siempre que acredite ante el supervisor la disponibilidad del servidor, el cumplimiento del perfil exigido y que su asignación no afecte la prestación ordinaria de los servicios de salud de la institución. Los demás perfiles requeridos para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) deberán ser objeto de contratación específica por parte de la E.S.E., de conformidad con los lineamientos técnicos y la normativa vigente.

A. En cumplimiento de lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la resolución 1597 del 2025, para el desarrollo de las acciones de PIC antes descritas, deberán disponer de profesionales y trabajadores de la salud con idoneidad u otras áreas.

B. En atención a la resolución de la referencia, el E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI. debe disponer de un Coordinador PIC para la ejecución de las acciones que pretenda contratar con la Dirección Territorial en Salud. (ver numeral 5.2)

3.6. Obligaciones del Departamento

Serán obligaciones del Departamento las siguientes obligaciones:

1. Suministrar oportunamente la información que requiera el contratista para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
2. Verificar a través del supervisor designado, que el personal contratado por la ESE cumpla con el perfil requerido para realizar las actividades propias del objeto del contrato
3. Designar al supervisor dentro del presente Contrato a fin de garantizar el debido cumplimiento de este.
4. Autorizar y cancelar el desembolso de los recursos comprometidos dentro de los plazos pactados.
5. Verificar el cumplimiento de la obligación por parte del contratista, de realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, ARL) y/o Parafiscales si a ello hubiere lugar.
6. Liquidar el contrato dentro de los términos establecidos en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, de manera bilateral, más tardar antes del vencimiento de los cuatro (4) meses a la ejecución de este.

3.7. Presupuesto oficial ($):

El presupuesto oficial estimado del presente contrato asciende a la suma de **CIENTO NOVENTA Y UN MILLONES CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS ($ 191.149.311,00) M.L.** Soportado en los siguientes Certificados de Disponibilidad Presupuestal:

PRODUCTO	CDP	FECHA	RUBRO PRES	CONCEPTO	VALOR TOTAL CPD	VALOR

	Servicio de promoción de la salud y prevención de riesgos asociados a condiciones no transmisibles	304	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32	No Trasmisibles	$ 401.140.402,00	$ 13.483.420,50
	Servicio de promoción de la salud	305	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32-1	PAI	$ 1.14	$ 29.922.838,50
					Tuberculosis		$ 6.946.169,00
					Lepra		$ 1.000.477,00
					Emergentes	.3.813.992,00	$ 19.300.631,00
	Servicio de promoción de la salud	306	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32	Salud mental	$ 1.795.011.468,00	$ 25.663.910,50
					Nutrición		$ 24.212.676,00
					Ámbito		$ 9.413.919,00
					Salud Ambiental		$ 17.519.819,00
					Sexualidad		$ 18.665.529,00
	Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva	308	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32	Sexualidad	$ 250.566.246,00	$ 4.626.118,00
	Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones situaciones endemo-epidémicas	307	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32	ETV	$ 338.605.504,00	$ 9.804.901,50
	Servicio de promoción de la participación social en salud	309	28/01/2026	05 - 3.8.1.1.19 - 2.3.2.02.02.009.44 - 32	Poblaciones V	$ 351.933.579,00	$ 10.588.902,00
	TOTAL					**$ 4.281.071.191,00**	**$ 191.149.311,00**

3.8. Forma de pago y requisitos:	El CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante actas mensuales, de conformidad con las actividades efectivamente ejecutadas durante cada período, según la programación, metas y valores establecidos en el "Anexo Técnico No.

	2 Programación mensual de actividades para efectos de Pago", previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato. En caso de que la ejecución corresponda a una fracción de mes, el pago se realizará de manera proporcional a las actividades efectivamente ejecutadas y debidamente certificadas. Nota 1: Cada uno de los pagos está sujeto a previo visto bueno y cumplido a satisfacción por parte del supervisor, presentación de informes de supervisión y de ejecución, cumplimiento de las metas establecidas ***mensualmente,*** y lleno de requisitos de acuerdo con lo establecido en el modelo de atención en salud resolutivo y predictivo, presentación de factura o cuenta de cobro según corresponda y demás soportes jurídicos y financieros necesarios para la realización del mismo y entrega de los productos esperados. Nota 2: El desembolso del presente contrato se encuentra sujeto a la entrega del informe y evidencias correspondientes a la ejecución de acuerdo con lo solicitado desde el nivel nacional en la implementación de modelo de atención en salud resolutivo y predictivo. Los precios unitarios establecidos, para las actividades que componen el objeto a contratar, incluye todos los costos asociados (directos e indirectos), impuestos, costos que impliquen la adecuada ejecución del objeto y obligaciones del contrato. Dichos pagos se realizarán previo el lleno de los siguientes requisitos: 1. Presentación de informe de actividades y/o de ejecución del contrato y/o ejecución del contrato dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes. 2. Acreditación de pagos de seguridad social integral y parafiscales cuando corresponda 3. Certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato 4. Presentación de cuenta de cobro o de factura cuando corresponda. 5. Para la realización del pago final se deberá contar con el acta de liquidación debidamente suscrita. El pago de dichas actas estará supeditado al P.A.C. de la entidad.
3.9. Plazo de liquidación del contrato:	La liquidación del contrato se realizará de acuerdo a lo estipulado en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007, teniendo en cuenta que la liquidación de común acuerdo se efectuará dentro de los cuatro meses siguientes a la terminación del contrato.
CAPÍTULO IV: ARTÍCULO 2.2.1.1.2.1.1. DECRETO No. 1082 DE 2015 MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA, JUSTIFICACIÓN INCLUYENDO FUNDAMENTOS JURÍDICOS	
4.1. Fundamentos Jurídicos de la modalidad de selección:	Modalidad de Selección: CONTRATACIÓN DIRECTA. La Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, mediante la modalidad de selección de contratación directa establecida en el artículo 2.2.1.2.1.4.4. Convenios o contratos interadministrativos: "(...) *La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa; y, en consecuencia, le es aplicable lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del presente decreto (...)".* Así mismo, señala la selección objetiva como uno de los principios y formalidades de la contratación; sin embargo, la contratación directa es un procedimiento reglado excepcional para celebrar contratos en ciertos eventos contemplados taxativamente en las normas vigentes. Entre estas normas se encuentra el artículo 6 de la Ley 489 de 1998 prescribe que "*En virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deberán garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el objeto de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de*

	impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares". También el artículo 95 de la Ley 489 de 1998, que establece que las entidades públicas podrán asociarse con el fin de cooperar en el cumplimiento de funciones administrativas o de prestar conjuntamente servicios que se hallen a su cargo, mediante la celebración de contratos interadministrativos. De conformidad con el literal c), del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011, es procedente la celebración de convenios y contratos interadministrativos mediante la modalidad de contratación directa "*siempre que las obligaciones derivadas del mismo tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos.*". Así mismo, el artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015, establece que: "*Convenios o contratos interadministrativos. La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa; y, en consecuencia, le es aplicable lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del presente decreto...*" *Dicho artículo 2.2.1.2.1.4.1 dispone que la Entidad Estatal debe señalar en un acto administrativo la justificación para contratar bajo la modalidad de contratación directa.* Para ello, las entidades estatales celebrarán directamente contratos entre ellas, siempre que las obligaciones tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora. Cuando fuere del caso y de conformidad con lo dispuesto por las normas orgánicas de presupuesto serán objeto del correspondiente registro presupuestal. Para la fecha de estructuración del presente proceso contractual, no se encuentra vigente restricción derivada del régimen de garantías electorales que limite la celebración de contratos interadministrativos, razón por la cual el Departamento del Cesar se encuentra jurídicamente habilitado para adelantar la presente contratación, con observancia de los principios de planeación, transparencia, economía, responsabilidad y selección objetiva que rigen la contratación estatal. La E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI, entidad pública del orden municipal que integra la red pública de prestación de servicios de salud del municipio, con presencia institucional permanente en el territorio y conocimiento de las condiciones epidemiológicas, sociales y demográficas de la población objeto de intervención, lo que facilita la articulación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la ejecución territorial de las acciones colectivas previstas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Finalmente, el Departamento del Cesar verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 1597 de 2025, relacionados con la experiencia, la capacidad técnica, la disponibilidad del coordinador del PIC, el cumplimiento de las condiciones de habilitación cuando correspondan y los demás criterios exigidos por la citada disposición, garantizando que la E.S.E. reúne las condiciones necesarias para la adecuada ejecución del objeto contractual.
4.2. Interventoría / Supervisión:	Nombre del funcionario:	GEORGINA PAOLA SÁNCHEZ DAZA
	Cargo:	Secretaria de salud departamental y/o quien esta designe
	Dependencia:	SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
4.2.1 Obligaciones del Interventor/ Supervisor:	1. Suscribir el Acta de Inicio de Actividades y adjuntar a la plataforma SIRCC II y SECOP II, y así mismo proceder al inicio de la ejecución del contrato en SECOP II. 2. Verificar previo a la iniciación de los contratos en SECOP II y a la suscripción del acta de inicio que el contratista se encuentre al día en el pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas	

	de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, lo cual deberá ser acreditado y verificado a través de los documentos de soporte publicados en el SECOP II. 3. Supervisar, verificar el cumplimiento y cabal desarrollo del contrato. 4. Expedir las certificaciones de cumplimiento parcial y/o total del contrato. Adicionalmente, deberá verificar y dejar constancia en tales certificaciones del pago de los aportes realizados por el Contratista al Sistema General de Seguridad Social Integral. 5. Disponer lo necesario para asegurar el cumplimiento de las obligaciones de los contratistas estipulados en el presente documento. 6. Elaborar informes mensuales de verificación de cumplimiento de las actividades como requisitos para la realización del pago de honorarios respectivo. 7. Elaborar y tramitar el acta de liquidación del contrato dentro de los plazos establecidos en el mismo, así como el acta y/o cierre del expediente una vez expire la vigencia de los riesgos amparados en la garantía única, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015. 8. Informar a Secretaría General cualquier novedad que proceda de la ejecución del contrato. 9. Informar a la Oficina Asesora Jurídica cualquier circunstancia que haga temer por la cumplida y oportuna ejecución del contrato y sus actividades; brindar los informes y soportes y desarrollar las actividades necesarias en caso de que se requiera adelantar proceso sancionatorio contractual. 10. Velar por el cumplimiento de la publicación oportuna en cada una de las plataformas de información (SECOP II, SIRCC II, entre otros,) de los documentos y actos relacionados del contrato y la actividad contractual a su cargo. 11. Verificar, la realización de los aportes por parte del contratista al Sistema de Seguridad Social Integral al momento de su liquidación y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones de los contratistas frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia.
4.3. Análisis del Sector – Estudio de Mercado:	**ANÁLISIS DEL SECTOR – ESTUDIO DE MERCADO** En cumplimiento del artículo 2.2.1.1.1.6.1. del Decreto 1082 de 2015, y siguiendo la guía explicativa de Colombia Compra Eficiente para elaboración de estudios del sector en cuanto a la contratación directa: **A. ASPECTOS GENERALES:** Por medio del presente análisis del sector la Secretaría de salud Departamental sustenta su decisión de realizar a través de la modalidad de selección directa, la elección del prestador de las acciones en salud y la forma en que se pacta el contrato desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y economía. **B. LEGAL:** El Departamento del Cesar, a través de la Secretaría de Salud Departamental, establece a continuación la regulación aplicable al objeto del presente proceso de contratación directa. • Que en los términos del artículo 43 de la ley 715 de 2001, corresponde a los Departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de

Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

• Que dentro de las competencias atribuidas al Departamento del Cesar en materia de salud, en virtud del artículo 43 de la ley 715 de 2001, se encuentran las de: Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional (Numeral 43.1.1.); Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con estas (Numeral 43.1.29); Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que presten servicios de salud en su jurisdicción (Numeral 43.1.3).

Resolución 1597 de 2025 "Por el cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida a 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)"

• Que dentro de los Planes territoriales de salud que deben elaborar las entidades se encuentran los Planes de acción, los cuales incluyen un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

• Resolución 1597 de 2025, Articulo 12, Numeral 12.2 *Las Entidades Territoriales del orden municipal contratarán el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, con las Empresas Sociales del Estado o las Entidades que hagan sus veces de carácter territorial municipal ubicadas en el ámbito de su jurisdicción, garantizando en su implementación la territorialización y permanencia de las acciones.*

Dado lo anterior, y en consonancia con lo estipulado por la Ley, las entidades del Estado entre ellas, la Gobernación del Cesar - Secretaría de Salud Departamental, debe contratar con el E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI.. , las acciones de promoción de la salud y calidad de vida, de prevención de riesgos, Cuyo objeto consiste en: **FORTALECER LAS ACCIONES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE MUNICIPIOS PRIORIZADOS MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI. DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.**

C. COMERCIAL.

En Colombia el gasto público en salud alcanzó el 5,9% del PIB para el 2023, subiendo un 0,07% frente al 2022; sin embargo, en 2022 Colombia descendió en la tabla que compara los países por la cuantía que dedican a salud pública, pasó del puesto 25 al 26; en la actualidad según el gasto público en salud per cápita, Colombia se encuentra en el puesto 72 de los 192 publicados, con un gasto público de 387 euros por habitante □ se trata del gasto total en salud dividido entre todos los habitantes, independiente de la edad o situación de los mismos -.

Uno de los indicadores más conocidos e informativos para evaluar la sostenibilidad de los cambios en los gastos en salud es el PIB. Los países de la Región se comprometieron a incrementar el gasto público en salud hasta al menos 6% de su PIB, como medio de aumentar la protección financiera en el marco de la salud universal y reducir las desigualdades. En el 2014, los gastos totales en salud en la Región ascendieron en promedio a 14,2% del PIB, pero con grandes desniveles, pues solo Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay superaron el umbral de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB. Veintidós países

incrementaron sus gastos públicos entre el 2015 y el 2019. Con la excepción de Bolivia, Perú y Uruguay, estos incrementos fueron inferiores a los conseguidos en el lustro anterior (2005-2010), y varios países experimentaron cortes en sus gastos entre el 2010 y el 2014, que variaron en un rango comprendido entre 2% y 36%1.

Hacia el año 2019 el monto de los recursos que se gestionaron a través del Plan de Beneficios ascendió a 39 billones de pesos, cifra cercana a un 4.8% del PIB del país y equivalente a un 75% del gasto total en salud según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) El segundo conjunto de prestaciones más Importante en el SGSSS es el relacionado con la Protección Individual del derecho a la salud, que para el año 2016 ascendió a un monto cercano a los 3.5 billones de pesos. Este conjunto de prestaciones, que en el pasado fueron denominadas Servicios NO POS, se refieren a un conjunto de tecnologías y servicios en salud que no se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios, pero que se han reconocido por profesionales en salud y jueces cuando la situación de salud de una persona en particular así lo demanda. Existen así mismo dos subsistemas adicionales que reconocen prestaciones adicionales en salud a víctimas de accidentes de tránsito (SOAT) y a personas que sufren enfermedades o accidentes de tipo laboral (ARL). En el caso del SOAT, los recursos para 2017 ascendían a cerca 3.4 billones, procedentes de las primas pagadas por los propietarios de vehículos automotores de los cuales 2/3 partes son administradas por aseguradoras y 1/3 parte transferida el sistema general de salud. En el caso del Sistema de Riesgos Laborales, los recursos ascendieron a 3.1 billones para el año 2016. Estos recursos son administrados casi en su totalidad por compañías aseguradoras de riesgos laborales y se destinan al pago de prestaciones en formas de servicios, como es el caso de la salud o de prestaciones tipo económico como lo son las incapacidades o pensiones de invalidez o sobrevivencia de origen laboral.

Finalmente tenemos el gasto en salud pública. Incluye las acciones contenidas en el Plan Decenal de Salud Pública y en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). El PIC es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud e intervenciones comunitarias que buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud en los territorios mientras el Plan Decenal define los objetivos, estrategias y políticas que deben guiar la actuación en materia de salud pública para el periodo 2022 - 2031. Las estimaciones realizadas dan cuenta de un gasto cercano 1.54 billones de pesos para 2016, financiados en su totalidad por recursos fiscales.

Al revisar cómo se distribuye este rubro entre los diferentes niveles de gobierno se observa que quienes más gastan por este concepto son las entidades territoriales. Entre 2016 y 2020 dichos actores concentraron en promedio el 87% de lo gastado, es decir, cerca de 18.503 millones de pesos anuales. Análogamente, para este periodo de tiempo el gobierno central invirtió cerca de 450 mil millones de pesos, en promedio, que equivalen al 23% del total del gasto. En este horizonte temporal, el sector descentralizado logró su máximo gasto en 2019 con 1,4 billones de pesos y el nivel nacional llegó a este pico en 2015 con 407 mil millones de pesos.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TERRITORIAL

Los recursos de las entidades territoriales de salud pública se concentran en las subcuentas gestión de la salud pública y vida saludable y enfermedades transmisibles, en donde la primera se asocia los recursos destinados al proceso que realizan las DTS para facilitar la implementación de políticas, planes, programas y proyectos en salud publica en el territorio, que es específicamente se relaciona con la dimensión transversal del PDSP "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud" . Mientras que la segunda se relaciona con los recursos destinados a mitigar enfermedades emergentes, re- emergente, desatendida, inmunoprevenibles y condiciones y situaciones Endo-epidémicas, tal como lo señala su dimensión homónima en el PDSP. Es importante notar que esta distribución se encuentra influenciada por la legislación al respecto (Cf. Resolución 1597 de 2025, Resolución 3280 de 2018, Resolución 295 de 2023), la cual facilita que las entidades territoriales de mayor presupuesto puedan invertir los recursos provenientes del SGP en procesos de gestión.

Una contemplación detallada al año 2019 indica que, de manera consistente con el periodo de estudio, la mayor proporción de los recursos destinados a salud pública se dirigen a los procesos de gestión, representando cerca del 36% del monto territorial. Les siguen los recursos asignados a las dimensiones de vida saludable y enfermedades transmisibles con el 17% del total y vida saludable y enfermedades no transmisibles con el 12% de la bolsa. Salud ambiental representa un 11% y las dimensiones de convivencia social y salud mental y sexualidad, derechos sexuales y reproductivos con un 6%. A su vez las dimensiones de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y la de seguridad alimentaria y nutricional agruparon el 5% aproximadamente, cada una. Finalmente, la dimensión de salud y ámbito laboral representó cerca del 1% del total de los recursos de la cuenta de salud pública.

El Departamento del Cesar, a través de la Secretaría de Salud Departamental, Oficina de Prestación de Servicio y Desarrollo de Servicios de Salud, verificó en el registro de prestadores de servicios de salud, la existencia del E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI. Del MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI. de naturaleza pública, la cual se encuentra inscrita y tiene los servicios de salud habilitados requeridos para atender la población objeto del Departamento. Igualmente cuenta con la capacidad técnica y operativa, que se requiere para atender a la población objeto del contrato interadministrativo a celebrar.
Esta Entidad Territorial viene adelantando desde hace varios años y acorde con la normatividad vigente procesos para la contratación de la prestación de los servicios de salud, por la modalidad de contratación directa, a través de contratos interadministrativos de plan de intervenciones colectivas (PIC) con las ESE dentro del Departamento.

ANÁLISIS DE LA OFERTA

La Secretaría de Salud del Departamento del Cesar requiere contratar la prestación de servicios de salud en: acciones de Promoción y Prevención (P y P), para la población del MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI., los servicios de salud descritos en el ítem 1.6 CÓDIGO UNSPSC: 1. 85111500 SERVICIOS DE SALUD PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CONTAGIOSA 2. 93141509 SERVICIOS DE ANÁLISIS O GESTIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES 3. 77101805 SERVICIOS DE CONTROL DE LA CALIDAD AMBIENTAL 4. 85111600 SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO CONTAGIOSA y los contemplados en el registro único especial de prestadores de servicios de salud.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La Gobernación del Cesar, a través de la Secretaría de Salud Departamental, fundamentados en la ley 100, ley 691 del 2001, decreto 3039 del 2007 y en el artículo 12 de la Resolución 1597 de 2025, el cual permite que las entidades territoriales contraten prioritariamente con las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) e instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) ubicadas en el territorio, habiendo analizado las entidades en capacidad de dar cumplimiento a las acciones en salud pretendidas para la población del Municipio de AGUSTIN CODAZZI. cumpliendo con el anterior mandato legal se ha establecido ejecutar los Planes de acción en Salud para población con una institución prestadora de salud, legalmente conformada, en este caso con el E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI.. , institución prestadora de servicios de salud, con amplia trayectoria y experiencia en la ejecución de los diferentes planes de beneficios que enmarcan la salud en Colombia; La cual viene ejecutando Acciones de salud pública desde el PAB hasta el hoy llamado plan de intervenciones colectivas de salud pública normada por el decreto 3039 del 2007 y remplazado por los Planes Territoriales en Salud, entre los que se encuentran los verificados en el portal de contratación de Colombia Compra Eficiente.

Para soportar lo anterior, hemos verificado que históricamente se han venido adelantando procesos de contratación que tienen por objeto acciones similares a los procesos de contratación adelantados por la Gobernación del Cesar- Secretaría de Salud Departamental, como se puede evidenciar.

Año	No contrato	Contratista	Objeto	Cuantía
2025	2025030020 9 abril. 2025	Hospital Agustín Codazzi	Aunar esfuerzos para fortalecer las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas de municipios priorizados mediante acciones de promoción de salud y gestión del riesgo en salud pública en el municipio de Agustín Codazzi del DEPARTAMENTO DEL CESAR.	140.511.018,00
2024	202403018 9 30 sep. 2024	Hospital Agustín Codazzi	Anuar esfuerzo para fortalecer las acciones del plan de salud publica de intervenciones colectivas de municipios priorizados mediante acciones de la promoción de la salud y gestión del riesgo en salud publica en el municipio de Agustín Codazzi del departamento del Cesar	$189.200.000
2023	Convenio 004 de fecha 26 de abril 2023	Hospital Agustín Codazzi	Promoción de la salud calidad de vida y prevención de riesgo en salud pública a través de dimensiones de salud ambiental; vida saludable y condiciones no trasmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y productivos vida saludables y enfermedades trasmisibles y salud y ámbito laboral contemplados en el plan de acción de salud 2023 del municipio de Agustín Codazzi	$467.754.324
2023	Convenio 006 de fecha 14 de diciembre 2023	Hospital Agustín Codazzi	Promoción de la salud calidad de vida y prevención de riesgo en salud pública a través de dimensiones de salud ambiental; vida saludable y condiciones no trasmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y productivos vida saludables y enfermedades trasmisibles y salud y ámbito laboral contemplados en el plan de acción de salud 2023 del municipio de Agustín Codazzi	180.493.754
2022	Convenio 003 de fecha 28 de enero 2022	Hospital Agustín Codazzi	Promoción de la salud calidad de vida y prevención de riesgo en salud pública a través de dimensiones de salud ambiental; vida saludable y condiciones no trasmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y productivos vida saludables y enfermedades trasmisibles y salud y ámbito laboral contemplados en	235.492.000

				el plan de acción de salud 2022 del municipio de Agustín Codazzi	
	2021	Convenio 009 de fecha 30 de agosto 2021	Hospital Agustín Codazzi	Promoción de la salud calidad de vida y prevención de riesgo en salud pública a través de dimensiones de salud ambiental; vida saludable y condiciones no trasmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y productivos vida saludables y enfermedades trasmisibles y salud y ámbito laboral contemplados en el plan de acción de salud 2021 del municipio de Agustín Codazzi	178.131.790.22
	2021	Convenio 00 de fecha 15 de marzo 2022	Hospital Agustín Codazzi	Promoción de la salud calidad de vida y prevención de riesgo en salud pública a través de dimensiones de salud ambiental; vida saludable y condiciones no trasmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y productivos vida saludables y enfermedades trasmisibles y salud y ámbito laboral contemplados en el plan de acción de salud 2021 del municipio de Agustín Codazzi	142.107.828.36
	2016	2016021131	Hospital Agustín Codazzi	Anuar esfuerzo en las acciones de gestión de riesgo en condiciones edemo-epidemicas de la ETV y zoonosis de manera permanente en zonas urbanas y rurales del municipio para el fortalecimiento	

4.4. Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial:	Para la definición del presupuesto el Departamento del Cesar utilizó varios criterios de análisis para determinar el valor del presupuesto, en atención al estudio de la información presentada se concluye que: (i) La Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, en el cumplimiento de sus objetivos misionales, ha contratado permanentemente el mismo objeto contractual orientado a desarrollar funciones inherentes a la entidad, (ii) Que los aumentos de los valores corresponden a incrementos del IPC, (iii) Que no se han presentado hechos económicos significativos que pudieran aumentar de manera diferencial el incremento con base en el IPC. Es importante señalar que dentro del valor de presupuesto se establecen los cálculos por ítem e impuestos.
CAPÍTULO V: REQUISITOS HABILITANTES	
5.1. Capacidad Jurídica:	Dada la modalidad de selección del contratista y los fundamentos jurídicos que lo sustentan, por disposición legal se debe celebrar un contrato interadministrativo con el E.S.E HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI. quien está en capacidad de ejecutar el objeto contractual, ya que de acuerdo con su objeto y en cumplimiento de sus funciones, se satisface la necesidad de la Secretaría de Salud Departamental, la atención primaria en salud, para la ejecución de acciones colectivas en salud pública. La propuesta por la ESE debe estar soportada con los siguientes documentos: • Evidencia de Registro en SECOP II en rol de proveedor de bienes y servicios

	• Acta de transformación en E.S.E. y/o creación de la institución prestadora del servicio. • Acto administrativo que faculta al gerente para contratar y/o autorización de la junta directiva (si aplica) • Certificación de paz y salvo en seguridad social y parafiscales de los últimos 6 meses, expedida por el Revisor Fiscal, Contador de la ESE, o representante Legal según el caso • Fotocopia del Rut de la ESE vigente. • Fotocopia del Rut del Gerente de la ESE vigente • Fotocopia del acto administrativo de nombramiento. • Fotocopia del acta de posesión del Gerente. • Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Gerente de la ESE. • Fotocopia de la libreta militar (sólo si el Gerente es varón menor de 50 años. • Antecedentes judiciales del Gerente, con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario. • Certificado vigente de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del representante legal y de la E.S.E, con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario • Certificado de responsabilidad fiscal del representante legal y de la ESE, con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario • Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, del Gerente de la ESE. con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario • Certificado de registro de deudores de alimentos morosos (REDAM) del gerente de la ESE, con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario • Certificado consulta en línea de inhabilidad de quien haya sido condenado por delitos sexuales cometidos en menores de 18 años del gerente de la ESE. con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario • Fotocopia de la Cedula del Revisor Fiscal y/o Contador de la ESE • Tarjeta profesional del Contador y/o Revisor Fiscal (si la ESE cuenta con este Cargo). • Certificado de antecedentes profesionales del Contador y/o Revisor Fiscal • Certificación bancaria para manejo de recursos PIC.
5.2. Capacidad Técnica.	• Disponer de un coordinador para la ejecución de las acciones del PIC, el cual deberá ser profesional de la salud, respecto del cual se debe acreditar mediante Certificación de Disponibilidad e Idoneidad expedida por el representante legal de la Entidad. • Aportar certificado de evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera del último contrato suscrito con una entidad territorial relacionado con acciones PIC. • Cumplir con lo establecido por el sistema único de habilitación cuando la acción del PIC a contratar lo requiera (manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos, tamizajes o insumos médicos), para lo cual deberán aportar Constancia de Habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
5.3. Capacidad Financiera:	NO APLICA
5.4. Condiciones de Experiencia:	Acreditar como mínimo dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.

5.5. Análisis de exigencias de garantías.	De conformidad con lo estipulado en el artículo 7° PARÁGRAFO 4 de la Ley 1150 de 2007, las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstitos, en los interadministrativos, en los de seguros, y en los contratos cuyo valor sea inferior al diez por ciento (10%) de la menor cuantía a que se refiere esta Ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, entendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento, en concordancia con el Decreto 1082 de 2015, en su artículo 2.2.1.2.1.4.5, los cuales estipula la NO OBLIGATORIEDAD DE LAS GARANTÍAS. En la contratación directa la exigencia de las garantías establecidas en la sección 3, que comprende los artículos 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1 del presente Decreto, no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos (...). La entidad en atención a la naturaleza del contrato, el cual corresponde a un Contrato Interadministrativo, considera que no es necesaria la solicitud de garantía única para la ejecución del presente contrato.
5.6. Análisis del Riesgo:	El Departamento del Cesar – Secretaría de Salud Departamental, de acuerdo con las disposiciones del artículo 4 de la ley 1150 de 2007 y de los artículos 2.2.1.1.1.3.1, 2.2.1.1.1.6.1, 2.2.1.1.1.6.3 y el numeral 2 del artículo 2.2.1.2.5.1. Del decreto 1082 de 2015 y con base en la Metodología para identificar y clasificar los riesgos elaborado por Colombia Compra Eficiente procede a tipificar, estimar y asignar los riesgos de la presente contratación. Seguidamente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de estos. Ver Anexo **3. MATRIZ DE RIESGO.**
5.7. Conclusión:	Se considera viable la celebración y ejecución de un contrato interadministrativo, según los parámetros aquí establecidos, para lo cual se deberá realizar el correspondiente proceso de contratación con una persona jurídica, idónea y con experiencia en el objeto a ejecutar, sin desconocer las recomendaciones aquí consignadas. Sin embargo, la prioridad y condiciones de este serán establecidas según como lo considere la entidad contratante.

GEORGINA PAOLA SÁNCHEZ DAZA **Secretaria de Salud Departamental**		**Firma**
ROSA MARÍA CERCHAR SARMIENTO **Líder de Salud Pública**		**Firma**
Revisión jurídica contractual:	Paola Joiro. Revisión Jurídica Contractual - Secretaría de Salud - Departamento del Cesar	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.