Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil	**ANALISIS DEL SECTOR** **CONSURSO DE MÉRITOS DE INTERVENTORÍA** **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL**	**VIGENCIA 2026**

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	Concurso de Méritos Abierto – Documentos Tipo de Interventoría de Obra Pública de Infraestructura Social, Versión 2 vigente.
TIPO DE CONTRATO	Contrato de consultoría – interventoría
OBJETO	CONTRATAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO CUYO OBJETO ES CONSTRUCCIÓN BAJO LA MODALIDAD LLAVE EN MANO DEL PROYECTO DENOMINADO "HOSPITAL DE PAZ" EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL EN EL DEPARTAMENTO DEL META
PRESUPUESTO OFICIAL	El presupuesto oficial estimado para la ejecución del presente proceso contractual asciende a la suma de: **TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON DIECINUEVE CENTAVOS M/CTE ($13.391.382.966,19)** Este valor incluye todos los costos directos e indirectos necesarios para la ejecución integral de la interventoría, incluyendo costos de personal, pruebas o ensayos y gastos de desplazamientos.

1. ANTECEDENTES

Se remite a los antecedentes incluidos en el estudio previo.

2. OBJETO

CONTRATAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO CUYO OBJETO ES CONSTRUCCIÓN BAJO LA MODALIDAD LLAVE EN MANO DEL PROYECTO DENOMINADO "HOSPITAL DE PAZ" EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL EN EL DEPARTAMENTO DEL META

NOTA: La necesidad de contratación se encuentra registrada en el Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2026.

2.1. Clasificador de bienes y servicios y sector de la economía

En concordancia con el análisis del sector desarrollado, particularmente con la revisión del comportamiento del gasto público, la estructura del mercado proveedor y la información obtenida a través de la herramienta de análisis de datos de compra pública del SECOP, la Entidad identifica los siguientes códigos del Clasificador de Bienes y Servicios de Naciones Unidas (UNSPSC), aplicables al presente proceso de contratación:

Clasificación UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Descripción	Justificación
81101508	81	10	15	Ingeniería arquitectónica	Corresponde directamente al objeto principal del contrato, relacionado con el seguimiento, vigilancia y control especializado de la ejecución del contrato de obra del proyecto Hospital de Paz.
81101500	81	10	15	Ingeniería civil y arquitectura	Incluye actividades de estudios y diseños complementarios, coordinación técnica y desarrollo de ingeniería del proyecto.
80101600	80	10	16	Gerencia de proyectos	Comprende actividades de seguimiento y control integral de la programación, avance, riesgos, información y demás aspectos asociados a la gestión del contrato objeto de interventoría.

En este sentido, los códigos seleccionados permiten identificar de manera adecuada el mercado proveedor potencial, en coherencia con la estructura real de la contratación pública en el sector de infraestructura.

2.2. Sector de la economía y actividad CIIU

El presente proceso contractual se enmarca en el sector de la construcción de infraestructura social, con énfasis en edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, en coherencia con el análisis sectorial desarrollado.

Desde el punto de vista económico, el proyecto se inscribe principalmente en el sector de la construcción, complementado con actividades de ingeniería, consultoría técnica y ejecución de instalaciones especializadas, propias de proyectos hospitalarios de mediana complejidad.

De conformidad con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme – CIIU, se identifican como actividades económicas relevantes:

- **F4100** – Construcción de edificios
- **F4290** – Construcción de otras obras de ingeniería civil
- **M7110** – Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica

En consecuencia, el proceso contractual se articula con el sector de infraestructura, cuya dinámica, comportamiento de la oferta, concentración del mercado proveedor y condiciones de ejecución fueron analizadas previamente en el presente estudio, evidenciando la existencia de capacidades técnicas y empresariales suficientes para atender la necesidad contractual.

3. ASPECTO LEGAL Y REGULATORIO

El presente proceso de contratación se rige por las siguientes disposiciones normativas:

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley 80 de 1993: «Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública»
- Ley 1150 de 2007: «Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos»
- Ley 1474 de 2011: «Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública»
- Ley 1437 de 2011: «Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo»
- Decreto 1082 de 2015: «Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional»
- Ley 2069 de 2020: «Por medio del cual se impulsa el emprendimiento en Colombia»
- Decreto 1860 de 2021: «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin de reglamentar los artículos 30,31,32,34 y 35 de la Ley 2069 de 2020, en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones»
- Decreto 761 de 2022: «Por el cual se reglamentan los artículos 16, 17 y 18 de la Ley 2125 de 2021 y se adiciona la Sección 5 al Capítulo 9 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015»

- Decreto 142 de 2023: «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional para promover el acceso al sistema de Compras Públicas de las Mipymes, las Cooperativas y demás entidades de la economía solidaria, se incorporan criterios sociales y ambientales en los Procesos de Contratación de las Entidades Estatales, se incluye el Título de emprendimiento comunal y se dictan otras disposiciones»
- Ley 2294 de 2023: «Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida"»
- Decreto 1959 de 2023: «Por medio del cual se adoptan medidas para la adquisición y recuperación de la infraestructura del hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil y se crea una entidad de carácter especial "Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno infantil».
- Resolución 485 de 2025, Resolución 1211 de 2025 y resolución 1519 de 2025: Requisitos técnicos para la viabilidad de proyectos de inversión en infraestructura hospitalaria.
- Resolución 3100 de 2019 (y actualizaciones): Define las condiciones de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 1633 de 2025: Dicta las normas sanitarias para la infraestructura física en salud
- Resolución 119 de 2026: Norma reciente que adopta el Plan Nacional de Eliminación de Enfermedades. Es relevante para tu proyecto si el hospital contempla áreas de aislamiento o manejo de condiciones prioritarias de salud pública
- Resolución 181331 del 06 de agosto de 2009 "Por la cual se expide el Reglamento Técnico de Iluminación y Alumbrado Público - RETILAP y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 1511 de 2010 "Por la cual se establecen los Sistemas de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Residuos de Bombillas y se adoptan otras disposiciones".
- Resolución 1409 de julio 23 de 2012 "Por la cual se establece el Reglamento de Seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas".
- Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas, Resoluciones No. 90708 de 30 de agosto de 2013 y 90907 de 2013 expedidas por el Ministerio de Minas y Energía (RETIE)
- Decreto 1082 de 2015, por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional"
- Decreto 1076 del 2015, por el cual compila el Decreto 4741 de 2005 – "Por la cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral".
- Decreto 1077 de 2015, por el cual se reglamenta la prestación del servicio público de aseo, a las personas prestadoras de residuos aprovechables y no aprovechables, a los usuarios la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, a la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico, a las entidades territoriales y demás entidades con funciones sobre este servicio.

- Resolución 472 de 2017 "Por la cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en las actividades de construcción y demolición - RCD y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 0330 de 2017 expedida por el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio "Por la cual se adopta el Reglamento Técnico para el Sector de Agua Potable y Saneamiento Básico – RAS y se derogan las resoluciones 1096 de 2000, 0424 de 2001, 0668 de 2003, 1459 de 2005, 1447 de 2005 y 2320 de 2009"
- Legislación ambiental municipal y Nacional.
- Legislación de seguridad industrial y de salud ocupacional.
- Normas NFPA – NEC y Código Nacional de Incendios.
- Código Eléctrico Nacional, norma técnica colombiana NTC 2050.
- NTC 6047 - que establece los criterios y los requisitos generales de accesibilidad y señalización al medio físico requerido en los espacios físicos de acceso al ciudadano.
- Reglamentación de manejo ambiental y recursos hídricos.
- LEY 55 DE 1993, Por medio de la cual se aprueba el "Convenio No. 170 y la Recomendación número 177 sobre la Seguridad en la Utilización de los Productos Químicos en el trabajo", adoptados por la 77a. Reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra, 1990.
- LEY 1672 DE 2013, Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones
- Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de. Servicios de Salud para habilitar los servicios
- Ley 388 de 1997 Ordenamiento Territorial.
- Decreto 190 de 2004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen y/o complementen.
- Ley 400 de 1997 y demás normas que modifiquen, complementen y/o adicionen el Reglamento colombiano de Construcciones Sismo Resistentes
- Norma NSR-10 y sus decretos reglamentarios, complementarios y cualquier otra norma vigente que regule el diseño y construcción sismo resistente en Colombia.
- Ley 361 de 1997 congreso de Colombia integración social de las personas con limitación. Accesibilidad al medio físico y transporte. NTC. 4144, NTC. 4201, NTC. 4142, NTC. 4139, NTC. 4140, NTC. 4141, NTC. 4143, NTC. 4145, NTC. 4349, NTC. 4904, NTC. 4960.
- Ley 1618/13 – Disposiciones para Garantizar el Pleno Ejercicio de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Legislación de Seguridad Industrial Salud Ocupacional. Análisis y aplicación de las normas de Construcción y Adecuación en Salud Ocupacional, según Resolución 2400 de 1979.
- Normas INVIAS para rellenos granulares y especificaciones de pavimentos.
- Tránsito (disposiciones vigentes para el impacto de tráfico, vehículos y maquinaria de obra).

- Normas de Salubridad (Ley 09 de 1979, NTC 920-1 de 1997, NTC 1500 de 1979, NTC 1674 de 1981, NTC 1700 de 1982).
- Normas Ambientales Ley 373 de 1997 Uso eficiente y racional del agua, Decreto 1753 de 1994, GTC 24 de 1989
- Decreto 1575 de 2007 por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
- Análisis y aplicación de normas ambientales, gestión ambiental y manejo de residuos.
- Reglamentación de manejo ambiental y recursos hídricos. Legislación ambiental Distrital, Departamental y Nacional.
- Emisiones atmosféricas, Decreto 948 de 1995 Min Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial Establece normas de prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.
- Resolución 2413 de 1979 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por medio de la cual se establece el Reglamento de Higiene y seguridad en la construcción.
- Resolución 1409 de julio 23 de 2012, reglamento de seguridad de trabajo en alturas
- Resolución 627 de 2006 Ministerio de Medio Ambiente por la cual se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental.
- Reglamento técnico del sector de agua potable y saneamiento básico, RAS- 2000 (Resolución 1096 del 17 de noviembre de 2000, emanada del Ministerio de Desarrollo Económico de la República de Colombia) y Resolución 2320 de 2009 por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 1096 de 2000 que adopta el Reglamento Técnico para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico RAS
- Código colombiano de fontanería NTC-1500.
- NORMAS AISC, AISI.
- Código para suministro y distribución de agua para extinción de incendios en edificaciones, NTC-1669.
- Código Eléctrico Nacional, norma ICONTEC 2050.
- Reglamento técnico vigente de instalaciones eléctricas Resolución No. 180398 de 7 de abril de 2004 expedida por el Ministerio de Minas y Energía (RETIE).
- Las normas vigentes de la empresa de energía encargada del suministro y control de la energía.
- Reglamento técnico de instalaciones eléctricas, RETIE y NTC 2050, Reglamento Técnico de Iluminación y Alumbrado Público RETILAP
- Normas de las empresas locales de servicios públicos o con las que se proveerá los servicios.
- Legislación de tránsito vehicular y peatonal
- Normatividad vigente a nivel nacional para la movilización de maquinaria y equipo pesado expedido por la entidad competente según el tipo de obra, por la entidad competente.
- Norma NTC 2505 y demás Normas Técnicas de Gas Natural S.A. Esp.
- Recomendaciones NEHRP para evaluación de edificaciones existentes (boletín técnico No. 46 de A.I.S.)
- Estudio de microzonificación sísmica del lugar donde se desarrollará el proyecto.

- Resolución 716 de 2015 Por la cual se fija el procedimiento para el otorgamiento de los permisos para el uso, la ocupación y la intervención temporal de la Infraestructura Vial Carretera Concesionada y Férrea que se encuentra a cargo de la entidad.
- Resolución 1228 de 2008 por la cual se determinan las fajas mínimas de retiro obligatorio o áreas de exclusión, para las carreteras del sistema vial nacional, se crea el Sistema Integral Nacional de Información de Carreteras y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 330 de 2017 Por la cual se adopta el Reglamento Técnico para el Sector de Agua Potable y Saneamiento Básico (RAS) y se derogan las Resoluciones números 1096 de 2000, 0424 de 2001, 0668 de 2003, 1459 de 2005, 1447 de 2005 y 2320 de 2009.
- Resolución 799 de 2021 Por la cual se modifica la Resolución 0330 de 2017
- Resolución 631 de 2015 Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones
- NTC 2505 Última actualización "Instalaciones para suministro de gas combustible destinadas a usos residenciales y comerciales
- NTC 3631 Última actualización "Ventilaciones, de recintos interiores donde se instalarán artefactos que emplean gases combustibles para uso doméstico, comercial, institucional, hospitalario e industrial"
- NTC 3838 Última actualización "Gasoductos. Presiones de operación permisibles para el transporte, distribución, y suministro de gases combustibles"
- NTC 3833 Última actualización "Dimensionamiento, construcción, montaje y evaluación de los sistemas de evacuación de los productos de la combustión generados por los artefactos que funcionan con gas" y todas las demás aplicables y vigentes.
- Resolución 591 de 2024 Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.
- Resolución 40773 de 2023 por la cual se expide el nuevo Reglamento Técnico de Instalaciones Térmicas - RETSIT.
- CREG 174 de 2021 COMISIÓN DE REGULACIÓN DE ENERGÍA Y GAS – CREG, Por la cual se regulan las actividades de autogeneración a pequeña escala y de generación distribuida en el Sistema Interconectado Nacional.
- NTC 3649.- Calderas. Controles y dispositivos de seguridad para las calderas de control de combustión automático.
- Resolución No. 5185 de 2013 modificadas por la Resolución No. 1440 de 2024 y 2053 de 2025.

4. ASPECTOS TÉCNICOS GENERALES

4.1. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud colombiano, si bien ha logrado avances significativos en cobertura y aseguramiento, continúa presentando desafíos estructurales en términos de capacidad instalada, oportunidad en la atención, equidad territorial y respuesta integral a poblaciones vulnerables, particularmente en regiones intermedias y rurales. Estos desafíos se hacen más evidentes en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, así como en la atención especializada a víctimas de violencia sexual, donde persisten brechas funcionales, institucionales y territoriales.

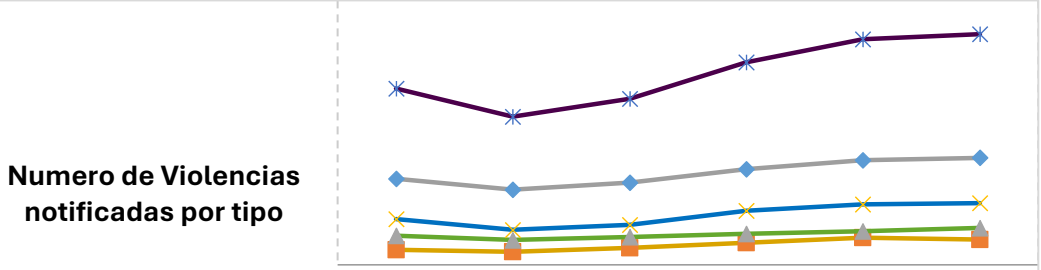
De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el sistema presenta limitaciones asociadas a la distribución desigual de la oferta, la fragmentación en la prestación de servicios y la insuficiente capacidad resolutiva en niveles intermedios de atención. Estas condiciones afectan la oportunidad, continuidad y calidad del servicio, especialmente en territorios con menor desarrollo institucional.

4.1.1. Contexto epidemiológico de la violencia sexual en Colombia

Desde la perspectiva epidemiológica, la violencia sexual constituye un problema de salud pública de alta relevancia en Colombia. En el periodo analizado, este evento se mantiene como la tercera causa de violencia notificada, por debajo de la violencia de género e intrafamiliar y de la violencia física. Su comportamiento muestra una reducción entre 2019 (52,1 por 100.000 habitantes) y 2020 (39,8), seguida de una tendencia sostenida al aumento a partir de 2021 (45,1), hasta alcanzar 61,1 en 2022, 68,7 en 2023 y 70,0 por 100.000 habitantes en 2024. Esta evolución evidencia un incremento reciente y consistente de la notificación de la violencia sexual en el país, lo que confirma su creciente peso relativo dentro del conjunto de violencias notificadas y refuerza su relevancia como problema de salud pública (Instituto Nacional de Salud [INS], 2024).

Gráfico 1. Tasa de notificación por 100 000 habitantes de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques por agentes químicos por tipo de violencia, Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2019 a 2024.

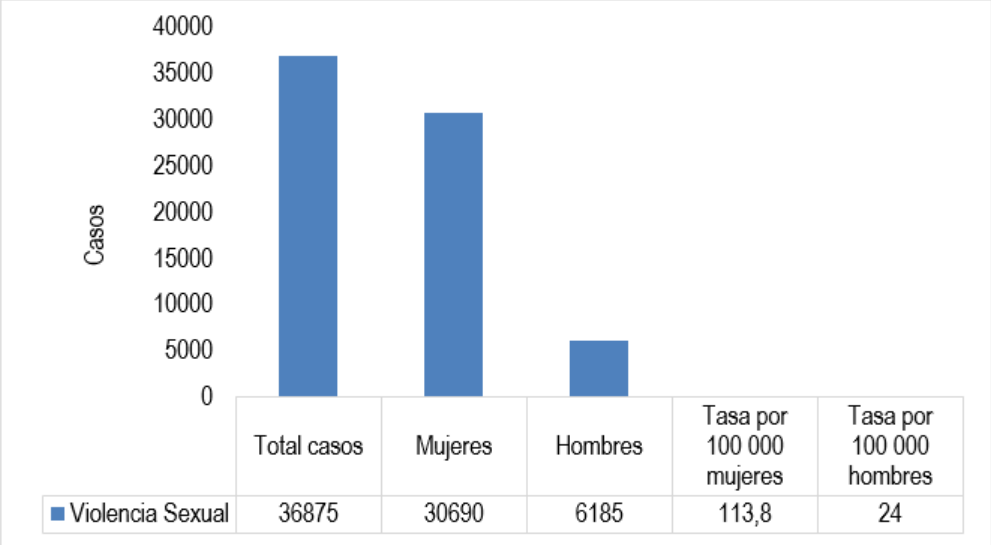
Fuente: Boletín Epidemiológico INS: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Física	97,9	85,3	93,1	108,3	118,9	121,3
Psicológica	16,8	14,8	19,0	24,8	30,8	28,6
Negligencia y abandono	33,4	28,3	31,4	35,4	37,8	41,9
Sexual	52,1	39,8	45,1	61,1	68,7	70,0
Violencia de género e intrafamiliar	200,1	168,1	188,6	229,6	256,1	261,7

Al analizar los casos por sexo, se observa que las mujeres concentran la mayor carga de violencia sexual. Del total de 36.875 casos, 30.690 corresponden a mujeres, lo que equivale al 83,23 %, mientras que 6.185 corresponden a hombres, es decir, el 16,77 %. Esta distribución evidencia una afectación marcadamente mayor en mujeres y muestra una relación aproximada de cinco mujeres víctimas por cada hombre. De manera consistente, la gráfica también indica que la tasa por 100.000 habitantes es considerablemente más alta en mujeres (113,8) que en hombres (24), lo que confirma una mayor intensidad del fenómeno en la población femenina, como se ilustra a continuación. Como se ilustra a continuación:

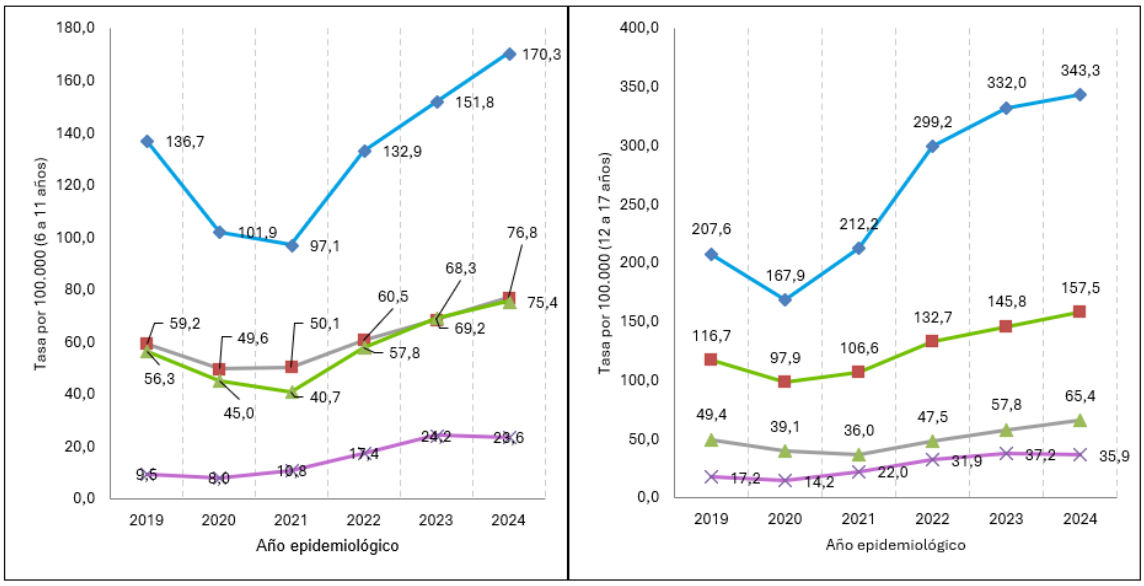
Gráfico 2 Tasa de notificación por 100 000 habitantes de violencia sexual por sexo en Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2024.



Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Al valorar por curso de vida, se encuentra que para los grupos de edad 6 a 11 años y 12 a 17 años la primera causa de violencia es el delito sexual con una tendencia al aumento desde el año 2021. Para el grupo de 6 a 11 años pasa de una tasa de 97.1 por 100.000, a una tasa de 170.3 por 100.000 para el año 2024. Para el grupo de edad de 12 a 17 años, una tasa de 212.3 por 100.000 a una tasa de 300.3 por 100.000 para el año 2024, como se observa a continuación.

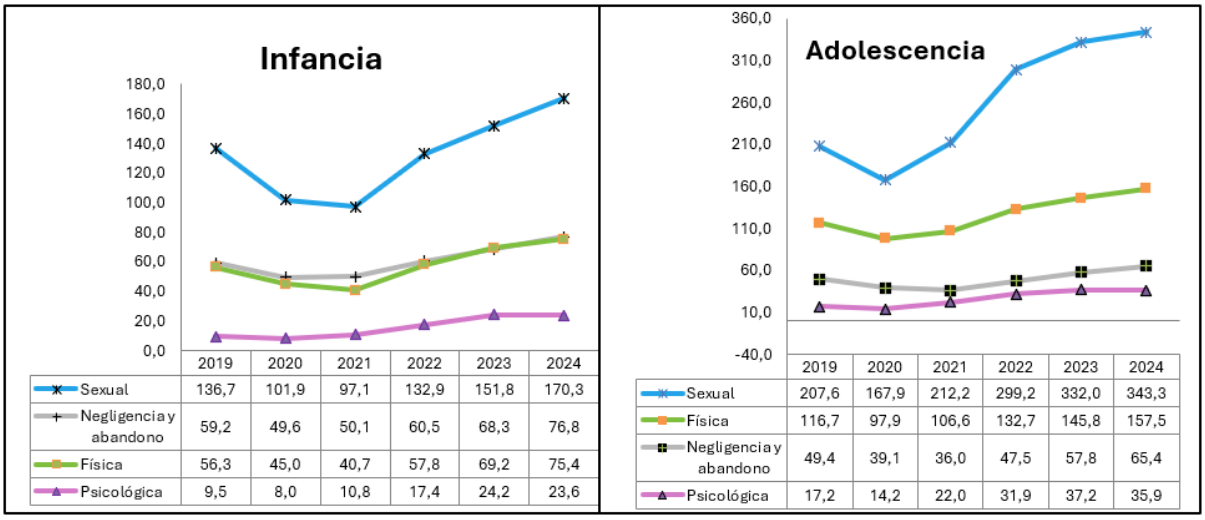
Gráfico 3. Comportamiento de la notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques por agentes químicos según tipo de violencia y etapa del curso de vida, Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2019 a 2024.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.

Así mismo, en los grupos de edad de 0 a 5 años y 18 a 28 años la segunda causa es la violencia sexual, también con una tendencia al aumento desde año 2021, como se observa a continuación.

Gráfico 4. Comportamiento de la notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques por agentes químicos según tipo de violencia y etapa del curso de vida, Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2019 a 2024.



Infancia	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sexual	136,7	101,9	97,1	132,9	151,8	170,3
Negligencia y abandono	59,2	49,6	50,1	60,5	68,3	76,8
Física	56,3	45,0	40,7	57,8	69,2	75,4
Psicológica	9,5	8,0	10,8	17,4	24,2	23,6

Adolescencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sexual	207,6	167,9	212,2	299,2	332,0	343,3
Física	116,7	97,9	106,6	132,7	145,8	157,5
Negligencia y abandono	49,4	39,1	36,0	47,5	57,8	65,4
Psicológica	17,2	14,2	22,0	31,9	37,2	35,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.

Si observamos valores reportados por medicina legal para los años 2024-2025, se observa que para el año 2024 reportan 1.624 exámenes medicolegales por presunto delito sexual, y para el año 2025 reportan 1.453 exámenes medicolegales por presunto delito sexual (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF , 2025). Al comparar la información con los datos reportados en el Registro Único de Víctimas (RUV) y Sivigila, se evidencia un subregistro generalizado de este tipo de violencia en los sistemas de información.

De manera complementaria a las tendencias generales previamente descritas, resulta pertinente incorporar la información reportada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre la variación reciente de los principales contextos de violencia en Colombia. En este marco, la siguiente ilustración permite observar el comportamiento comparado entre enero de 2024 y enero de 2025, evidenciando una reducción en el total de casos registrados y, específicamente, en los exámenes médico-legales por presunto delito sexual. Esta información no modifica la relevancia estructural del problema, pero sí aporta un referente coyuntural útil para interpretar la dinámica reciente de notificación y valoración forense dentro del conjunto de violencias analizadas.

Figura 1. Variación absoluta y porcentual de enero de 2025 respecto a enero de 2024 según contexto de violencia.

Cuadro 2.4
Variación absoluta y porcentual de enero de 2025[pr] respecto a enero de 2024[pr] según contexto de violencia
Colombia
Enero 2024[pr] y 2025[pr]

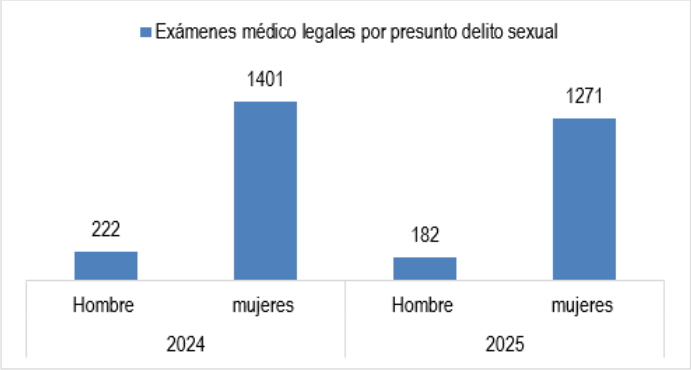
Contexto de violencia	Año 2024[pr]	Año 2025[pr]	Variación absoluta	Variación porcentual %
Lesiones en eventos de transporte	987	953	-34	-3,44%
Lesiones accidentales	121	109	-12	-9,92%
Exámenes médico legales por presunto delito sexual	1.623	1.453	-170	-10,47%
Violencia interpersonal	5.794	4.943	-851	-14,69%
Violencia intrafamiliar	4.532	3.834	-698	-15,40%
Total	**13.057**	**11.292**	**-1.765**	**-13,52%**

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF
Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia - GCERN
Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense - SICLICO
pr: cifra preliminar

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – GCERN.

Este análisis confirma nuevamente que la violencia sexual afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

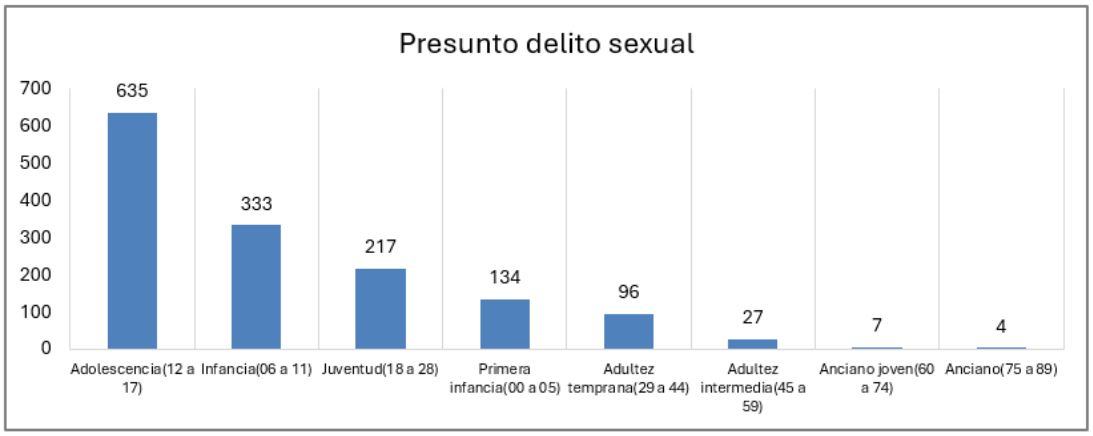
Gráfico 5. Comparativo en cifras de lesiones no fatales por año del hecho y sexo de la víctima, según contexto de violencia.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF, Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – GCERN.

Al analizar por etapas del ciclo vital, se observa que los grupos con mayor proporción de casos son la adolescencia, la infancia y la juventud, tal como lo muestra la ilustración 7 a continuación:

Gráfico 6.Cifras de lesiones no fatales por contexto de violencia, según ciclo vital



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF, Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – GCERN.

Para el 2025 se reportaron un total de 44.850 víctimas de violencia sexual incluidas en el Registro Único de Víctimas-RUV 9. Del total, el 90% son mujeres, el 1.8% población LGBTI, y el 7.9% hombres. Solo el 21% del total de las víctimas de este delito ha recibido indemnización administrativa y, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, solo 4.459 víctimas, es decir el 10%, han sido atendidas en el Programa de Atención Psicosocial.

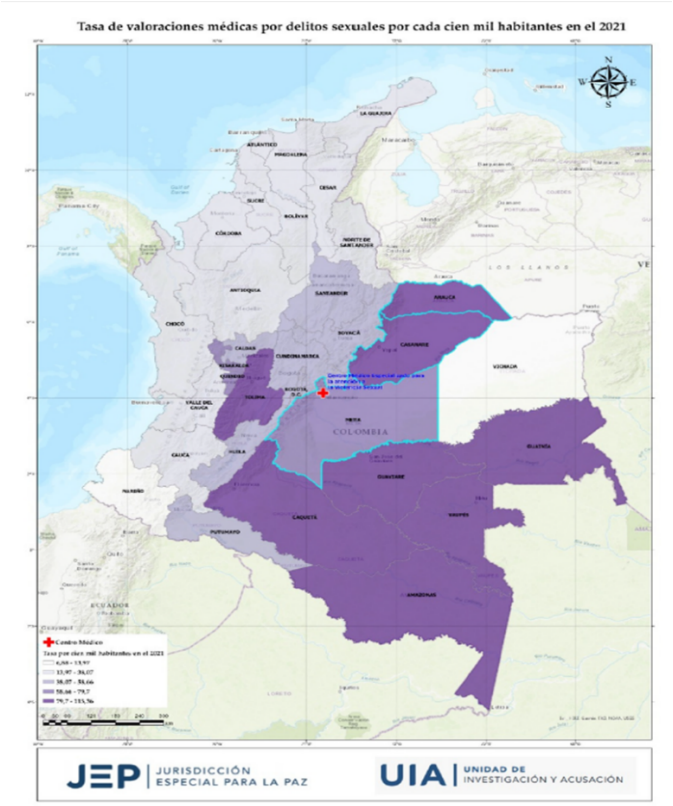
4.1.2. Pertinencia territorial y funcional del Hospital de Paz

A partir de la evidencia expuesta, el Hospital de Paz se proyecta como un nodo complementario de mediana complejidad para el departamento del Meta, con localización en Cumaral y capacidad de articulación subregional en la Orinoquía. En consecuencia, la atención a otros departamentos y su eventual proyección nacional e internacional deben entenderse como un desarrollo progresivo del modelo, y no como la justificación principal del proyecto. Su sustento técnico inmediato radica en las brechas del Meta, en la organización funcional de la red departamental y en la función de desconcentración asistencial que Cumaral puede cumplir dentro del componente complementario.

En este sentido, la pertinencia del proyecto no se limita a incorporar nueva infraestructura, sino a fortalecer la capacidad de respuesta territorial mediante una atención organizada, diferencial y articulada, especialmente en salud materno-infantil y en la atención integral a víctimas de violencia sexual.

La Figura 2 refuerza esta lectura territorial al mostrar que, para 2021, varios departamentos de la región oriental y suroriental del país —incluyendo territorios de la Orinoquía y la Amazonía— registraban tasas relevantes de valoraciones médicas por delitos sexuales por cada 100.000 habitantes. Esto evidencia que la problemática no se concentra exclusivamente en los grandes centros urbanos, sino que también afecta territorios extensos, dispersos y con limitaciones de acceso a servicios especializados. En este contexto, la localización del Hospital de Paz en Cumaral adquiere un valor estratégico, al permitir una mejor accesibilidad, oportunidad y continuidad del cuidado en un corredor donde convergen la carga del problema y las barreras de atención.

Figura 2. Mapa nacional de tasas de valoraciones médicas por delitos sexuales y localización estratégica del Centro Médico, 2021



Fuente: Elaboración institucional de la Unidad de Investigación y Acusación (UIA) de la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), a partir de información sobre tasa de valoraciones médicas por delitos sexuales por cada 100.000 habitantes, 2021[1].

En este contexto, la localización del Hospital de Paz en Cumaral adquiere sentido estratégico, no solo por su capacidad de responder a las brechas del Meta, sino también por su potencial de articulación funcional con una subregión más amplia, caracterizada por alta dispersión geográfica, dependencia de nodos de referencia y necesidad de atención integral para víctimas de violencia sexual, de este modo, el proyecto se sustenta territorialmente como una respuesta complementaria que mejora accesibilidad, oportunidad y continuidad del cuidado en un corredor donde la carga del problema y las barreras de atención convergen de manera significativa. El hospital podrá proyectar servicios de mediana complejidad para una población ampliada de la Orinoquía y territorios cercanos; sin embargo, su sustento técnico inmediato debe centrarse en las brechas del Meta, la red departamental y la función de desconcentración asistencial que puede cumplir Cumaral dentro del componente complementario.

[1] Las zonas que tienen un color morado más fuerte son aquellas que tienen tasas superiores de delitos sexuales según lo reportado por Medicina Legal. Estos departamentos están en el rango más alto (91,70 - 166 por cada 100 mil habitantes en 2023).

El Hospital de Paz es una propuesta para la reparación temprana de las víctimas de violencia sexual porque es un modelo especializado diferente a la oferta institucional existente en el país. Está inspirado en el modelo de atención del Hospital Panzi que desde 1999 ha atendido a más de 50.000 víctimas de violencia sexual con ocasión del conflicto armado en el país (Berg & Mukwege, 2016). Las necesidades urgentes de estas pacientes, que en su gran mayoría son mujeres y niñas, han impulsado al personal del hospital a especializarse para tratar condiciones médicas severas que, por lo general, no son atendidas.

4.2. ANÁLISIS TERRITORIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El Departamento del Meta, ubicado en la región de la Orinoquía colombiana, presenta una dinámica de crecimiento poblacional y expansión territorial que ha incrementado la demanda de servicios de salud, particularmente en municipios intermedios y rurales. Este crecimiento, sumado a las características geográficas y a las condiciones históricas derivadas del conflicto armado, ha generado una presión significativa sobre la red de prestación de servicios de salud, evidenciando limitaciones estructurales en cobertura, capacidad resolutiva y acceso oportuno.

De acuerdo con el DANE, el Meta ha experimentado un crecimiento demográfico sostenido, acompañado de procesos de expansión urbana en municipios cercanos a Villavicencio y de dispersión poblacional en zonas rurales. Esta configuración territorial implica retos importantes para la planeación y prestación de servicios de salud, especialmente en lo relacionado con la cobertura de servicios especializados.

4.2.1. Caracterización territorial del departamento del Meta

Contexto territorial y organización funcional de la red en el Meta

El Meta combina un nodo urbano dominante —Villavicencio— con municipios de alta ruralidad, gran extensión, baja densidad poblacional y barreras de conectividad física. El PTRRM organiza el departamento en dos subredes: Piedemonte y Ariari. La subred Piedemonte reúne la mayor parte de la población y concentra los principales hospitales de referencia; la subred Ariari combina cabeceras intermedias con municipios dispersos, algunos de los cuales incluso dependen de referencias extradepartamentales por proximidad territorial (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020, 2024).

Figura 3. Mapa de municipios del departamento del Meta y localización general del territorio analizado. Adaptado de PTRRM 2020 (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020).

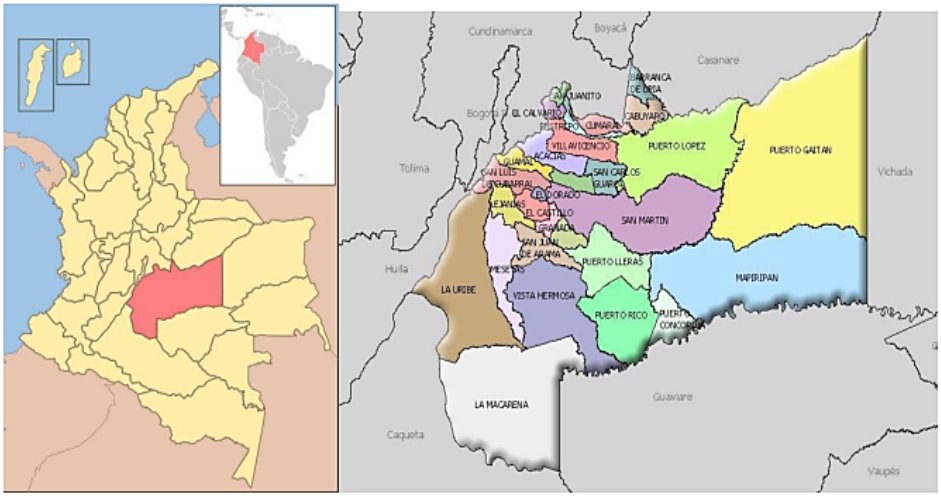


Figura 4. Localización de ESE y puntos de atención en el departamento del Meta. Adaptado de PTRRM 2020 (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020).

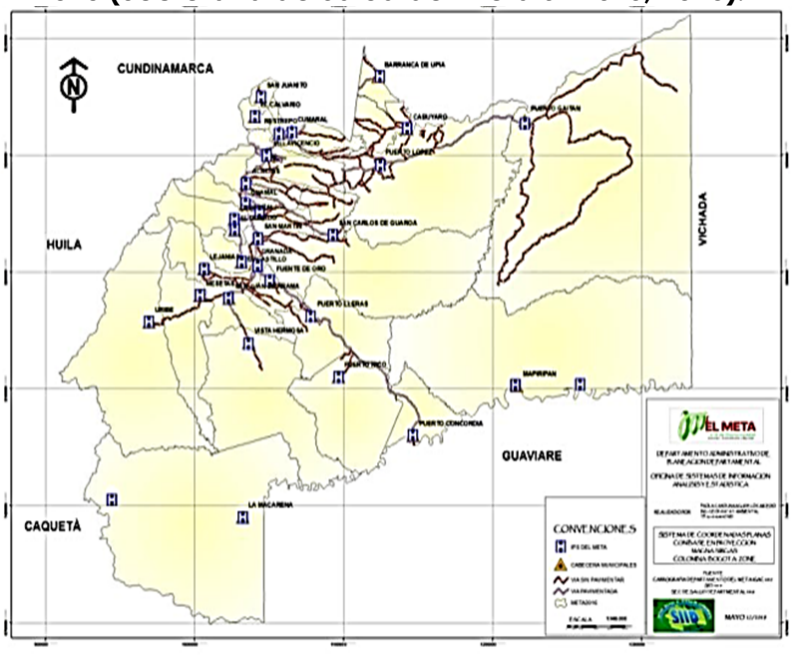


Tabla 1. Organización territorial resumida de las subredes Piedemonte y Ariari

Subred Piedemonte A	Subred Piedemonte B	Subred Ariari A	Subred Ariari B

Villavicencio	El Calvario	Granada	El Dorado
Acacías	San Carlos de Guaroa	Puerto Rico	Vistahermosa
Cumaral	San Juanito	San Martín	Mesetas
Restrepo	Puerto López	Lejanías	San Juan de Arama
Guamal	Puerto Gaitán	Puerto Lleras	La Uribe
Castilla la Nueva	Cabuyaro	El Castillo	Mapiripán
Barranca de Upía		Fuente de Oro	Puerto Concordia
		Cubarral	La Macarena

Esta configuración territorial explica por qué la lectura del sector no puede reducirse a promedios departamentales, un mismo indicador de suficiencia puede ocultar grandes diferencias entre municipios cercanos al eje Villavicencio-Acacías-Cumaral y municipios como Mapiripán, Uribe, La Macarena, Puerto Rico o San Juanito, donde la geografía, la distancia y la infraestructura vial alteran de manera sustantiva el acceso real (DANE, 2025; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020, 2024).

4.2.2. Camas por 1.000 habitantes

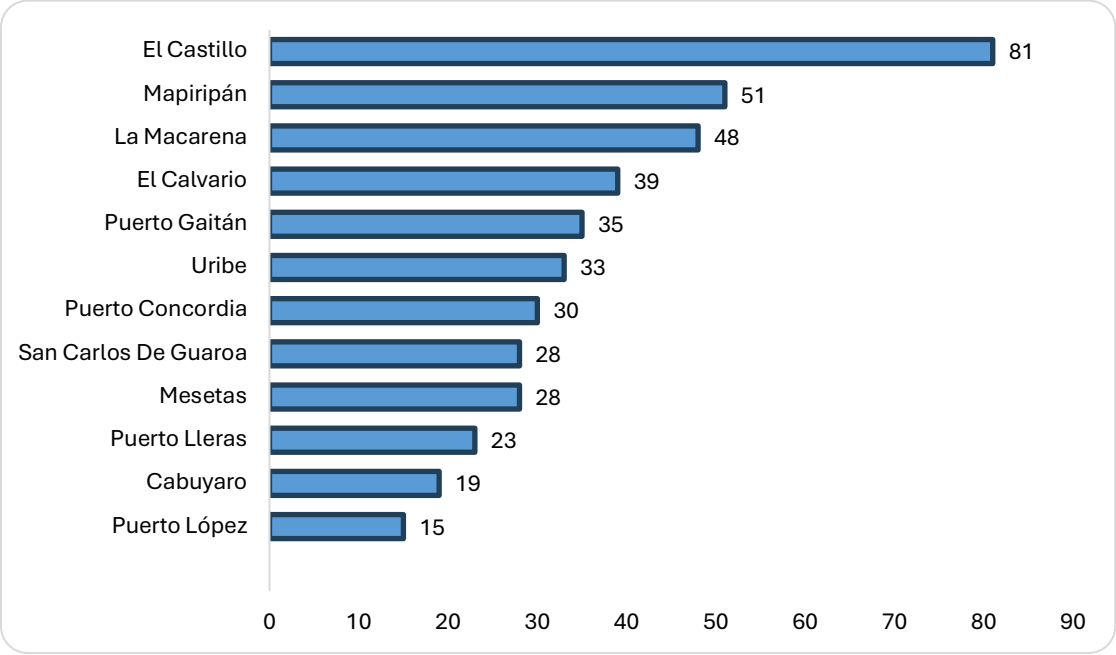
De acuerdo con los Indicadores Básicos de Salud 2025, el departamento del Meta registra una razón de 1,90 camas por 1.000 habitantes, valor que, en apariencia, ubica al territorio en un nivel intermedio de disponibilidad hospitalaria agregada, no obstante, este indicador debe interpretarse con cautela, porque su utilidad es principalmente macro descriptiva y no necesariamente refleja la suficiencia real de la oferta desde la perspectiva territorial, funcional y resolutiva. En efecto, la razón departamental no permite identificar si las camas están distribuidas de manera homogénea, si corresponden a servicios de baja, mediana o alta complejidad, si pertenecen a la red pública o privada, ni si están efectivamente disponibles para la población que las requiere en condiciones de oportunidad y accesibilidad (MSPS, 2025).

La evidencia consolidada para el Meta muestra que el universo consultado en REPS reporta 2161 camas en total; sin embargo, 1.629 camas se concentran en Villavicencio, lo que equivale al 75,4 % del total departamental, mientras que Granada reúne 149 camas. En otras palabras, solo estos dos municipios concentran alrededor del 82,3 % de la capacidad total identificada, dejando al resto del departamento con una disponibilidad mucho menor y fragmentada. Esta estructura revela una alta centralización territorial de la oferta hospitalaria, consistente con el papel de Villavicencio como nodo principal de referencia y de Granada como segundo polo subregional de atención. El indicador departamental promedio oculta una marcada desigualdad

intradepartamental y, por tanto, no puede asumirse como sinónimo de acceso efectivo para todos los municipios del Meta (Secretaría de Salud del Meta, 2026).

La Gráfica 7 permite visualizar de manera sintética esta fuerte concentración territorial de camas en el departamento. La diferencia entre Villavicencio y el resto de municipios no es marginal sino estructural: mientras la capital departamental reúne por sí sola más de las tres cuartas partes de las camas reportadas, los demás municipios presentan volúmenes significativamente menores y dispersos. Esta representación gráfica refuerza la interpretación de que el indicador departamental de camas por 1.000 habitantes oculta una distribución altamente desigual de la oferta. En términos de red, la gráfica evidencia que la capacidad hospitalaria del Meta está organizada alrededor de un nodo dominante y unos nodos secundarios de menor escala, lo que incrementa la dependencia funcional de amplias zonas del territorio respecto de Villavicencio para la resolución de eventos que requieren hospitalización, cuidado intermedio o atención especializada.

Gráfico 7. Municipios con mayor número de camas reportadas en el universo consolidado del borrador base (Secretaría de Salud del Meta, 2026).



Esta concentración adquiere mayor relevancia cuando se relaciona con la geografía departamental y el patrón de asentamiento poblacional. El Meta presenta una extensa ruralidad dispersa, grandes distancias entre cabeceras, heterogeneidad vial y tiempos de desplazamiento prolongados hacia los nodos de referencia. En ese contexto, una cama físicamente existente en Villavicencio no equivale, en términos funcionales, a una cama realmente accesible para población de municipios como La Macarena, Mapiripán,

Puerto Rico, Uribe o Vistahermosa. Por ello, la suficiencia hospitalaria no debe evaluarse solo por el número bruto de camas, sino por su articulación con la red de transporte asistencial, los tiempos de referencia, la continuidad del cuidado y la capacidad del primer y segundo nivel para contener o estabilizar pacientes antes de la remisión.

El PTRRM ya advertía que la organización de la red debía responder a criterios de accesibilidad, racionalidad técnica y funcionamiento en subredes, justamente porque la concentración de servicios de mayor complejidad en pocos nodos genera dependencia estructural del resto del territorio (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2024).

Adicionalmente, el análisis de camas debe diferenciar entre cantidad total y composición de la capacidad instalada. La información histórica del PTRRM evidencia que la red pública departamental no solo tiene menor volumen que la red total, sino que presenta una distribución desigual por tipo de cama. Para 2019, la suma público-privada del departamento mostraba que las camas de adulto y parte del cuidado crítico se concentraban en pocos prestadores y, en varios componentes, con fuerte peso de la red privada, particularmente en Villavicencio. También se observaba concentración de camas psiquiátricas y de farmacodependencia, así como ausencia o disponibilidad muy restringida de algunos servicios especializados, lo cual limita la lectura de "cama" como una unidad homogénea. No es equivalente contar camas generales de hospitalización que disponer de camas obstétricas, pediátricas, de salud mental o de cuidado intensivo/intermedio. En clave de red, la pregunta no es solamente cuántas camas existen, sino qué tipo de eventos pueden resolverse con ellas y en qué territorio (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020).

La Tabla 2 complementa y precisa la lectura de la gráfica al mostrar que la concentración no solo se expresa en número de camas, sino también en el volumen de prestadores, sedes, servicios, salas y ambulancias. Así, Villavicencio no solo concentra camas, sino que también reúne la mayor densidad institucional y de servicios del departamento, consolidándose como el principal nodo de oferta hospitalaria y especializada. Granada aparece como segundo centro de referencia, aunque a una escala muy inferior, mientras que municipios como Acacías, Puerto Gaitán, San Martín, Puerto López, Restrepo y Cumaral muestran capacidades más limitadas y orientadas a resolver una parte del componente primario y complementario básico. En este sentido, la tabla demuestra que la desigualdad no es únicamente cuantitativa sino también funcional, pues los municipios con menor número de camas suelen disponer de una red más reducida en infraestructura y servicios, lo que restringe su autonomía resolutiva y explica la persistencia de remisiones hacia los nodos departamentales de mayor complejidad.

Tabla 1. Diez municipios con mayor capacidad instalada de camas reportadas

Municipio	Prestadores	Sedes	Servicios	Camas	Salas	Ambulancias
Total, general	**926**	**1149**	**4602**	**2161**	**347**	**240**
1. Villavicencio	702	797	3107	1629	238	114
2. Acacías	87	122	388	38	21	7
3. Granada	48	74	305	149	25	10
4. Puerto Gaitán	17	32	167	34	11	50
5. Puerto López	8	18	83	23	6	6
6. San Martín	15	23	74	24	5	3
7. Guamal	5	7	39	10	3	3
8. Restrepo	12	15	38	20	2	1
9. Cumaral	6	11	37	12	4	1
10. Castilla la Nueva	4	8	32	17	3	4

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con corte de abril de 2026, y de los registros técnicos consolidados por la Secretaría de Salud del Meta (2026).

La tabla consolidada de capacidad instalada permite profundizar esta lectura. Municipios como Acacías reportan 38 camas, Puerto Gaitán 34, San Martín 24, Vistahermosa 24, Puerto López 23 y Restrepo 20; en contraste, varios municipios se ubican en rangos mucho menores, entre 7 y 17 camas. Cumaral reporta 12 camas, con 6 prestadores, 11 sedes, 37 servicios, 4 salas y 1 ambulancia, lo cual evidencia una base instalada existente, pero claramente modesta frente a las necesidades de una expansión funcional subregional. En términos comparativos, Cumaral no constituye hoy un nodo mayor de hospitalización ni un centro de alta concentración de camas, por lo que la implantación de nueva oferta hospitalaria en este municipio sí tendría capacidad de modificar materialmente la distribución subregional de servicios, especialmente en el corredor del Piedemonte (Secretaría de Salud del Meta, 2026).

La situación de Cumaral también debe leerse a la luz de la red pública histórica. El PTRRM 2020 reportaba para el centro de atención de Cumaral una capacidad de base compuesta por 2 ambulancias básicas, 2 camas pediátricas, 5 camas de adultos, 1 cama

obstétrica y 1 sala de partos, es decir, una estructura resolutiva propia del componente primario y de baja complejidad, útil para atención inicial, estabilización y eventos de menor severidad, pero insuficiente como plataforma única para resolver la demanda de servicios complementarios o especializados a escala subregional. Esa condición refuerza la tesis de que el territorio no presenta saturación previa de oferta hospitalaria compleja, sino una oportunidad de fortalecimiento estratégico mediante una institución articulada a la red departamental y no aislada de ella (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020).

Desde el punto de vista sanitario, esta evidencia sugiere que el principal problema del Meta no es solo un eventual déficit absoluto de camas, sino una combinación de concentración espacial, dependencia de los nodos de referencia, heterogeneidad por tipo de cama y desbalance entre oferta agregada y accesibilidad efectiva, de hecho, cuando se observan de forma conjunta las barreras de acceso y la necesidad persistente de remisiones, se configura un escenario en el cual la cama existe estadísticamente, pero no siempre está territorialmente próxima, funcionalmente disponible o clínicamente adecuada para la condición del paciente. Por eso, la expansión hospitalaria en el departamento debe evaluarse con criterios de red y no únicamente con metas brutas de capacidad instalada.

Para la estructuración del Hospital de Paz en Cumaral, este hallazgo tiene varias implicaciones técnicas. La primera es que el proyecto se justifica como incremento de camas, que contribuye a la redistribución funcional de oferta complementaria en una zona con baja concentración relativa de capacidad hospitalaria. La segunda es que su diseño debe responder a vacíos específicos del sistema: camas para atención integral materno-infantil, salud mental, hospitalización de mediana complejidad y soporte para víctimas de violencia sexual, evitando duplicar indiscriminadamente camas generales ya existentes en nodos consolidados. La tercera es que el nuevo hospital generará valor sistémico por su integración a la referencia y contrarreferencia departamental, a las rutas de atención y a la lógica de subredes definida en el PTRRM. Bajo esa lógica, Cumaral puede convertirse en un punto de desconcentración asistencial y de fortalecimiento del componente complementario, particularmente para la subregión del Piedemonte y para la respuesta especializada asociada al Hospital de Paz (Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2024; Red de Mujeres Víctimas y Profesionales et al., 2026).

En síntesis, el indicador de 1,90 camas por 1.000 habitantes no debe interpretarse como demostración suficiente de equilibrio hospitalario departamental. La evidencia disponible muestra que el Meta presenta una capacidad instalada agregada relevante pero territorialmente concentrada, con predominio de Villavicencio y, en menor medida, Granada, y con varios municipios que mantienen capacidad limitada para responder localmente a eventos que requieren hospitalización o estabilización compleja. En consecuencia, la discusión sobre nuevas inversiones hospitalarias —y en particular sobre el Hospital de Paz— debe orientarse menos a la cantidad bruta de camas y más a la corrección de asimetrías territoriales, la expansión de oferta resolutiva en puntos estratégicos y la integración funcional de la red.

4.2.3. Nivel de complejidad existente y red hospitalaria

El análisis de complejidad de la red pública del Meta, construido a partir de la consulta al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte del 17 de abril de 2026, identifica 19 sedes públicas clasificadas por nivel de complejidad, de las cuales 15 corresponden al nivel 1 y 4 se asocian al segundo nivel, estas últimas concentradas principalmente en Granada y Villavicencio. Esta distribución confirma que la red pública formalmente clasificada mantiene una estructura fuertemente centralizada, con predominio del primer nivel en los municipios y una capacidad complementaria relativamente restringida en pocos nodos de referencia. A esta lectura se suma la información del PTRRM, que organiza la red departamental sobre una lógica jerárquica y funcional, en la que el componente complementario de mayor complejidad descansa en los hospitales departamentales de Villavicencio y Granada, mientras que Acacías, Puerto López y Puerto Gaitán aparecen como territorios estratégicos para el fortalecimiento o desarrollo de oferta de mediana complejidad, en coherencia con la estructura de subredes propuesta para el departamento (Secretaría de Salud del Meta, 2026; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020, 2024).

La Tabla 3 evidencia con claridad que la red pública clasificada por complejidad no presenta una distribución homogénea en el territorio. Municipios como Villavicencio concentran cinco sedes públicas clasificadas, de las cuales tres son de nivel 1 y dos de nivel 2, mientras que Granada registra tres sedes, con presencia relevante del segundo nivel. En contraste, varios municipios únicamente cuentan con una sede de nivel 1, y otros no registran sedes públicas clasificadas en este corte, como Barranca de Upía, Cumaral, La Macarena, Lejanías, Mapiripán, Puerto Gaitán, Puerto Lleras y Vistahermosa. Esta situación no implica necesariamente ausencia absoluta de prestación, pero sí señala que, desde la perspectiva del registro de complejidad declarado, la capacidad institucional formalmente estructurada es débil o no se encuentra consolidada en esos territorios. En términos de red, ello traduce una alta dependencia de procesos de referencia, transporte asistencial y articulación con nodos externos o subregionales, particularmente en municipios con ruralidad dispersa y barreras geográficas persistentes.

Tabla 2. Distribución de sedes públicas por nivel de complejidad en el Meta, corte abril de 2026

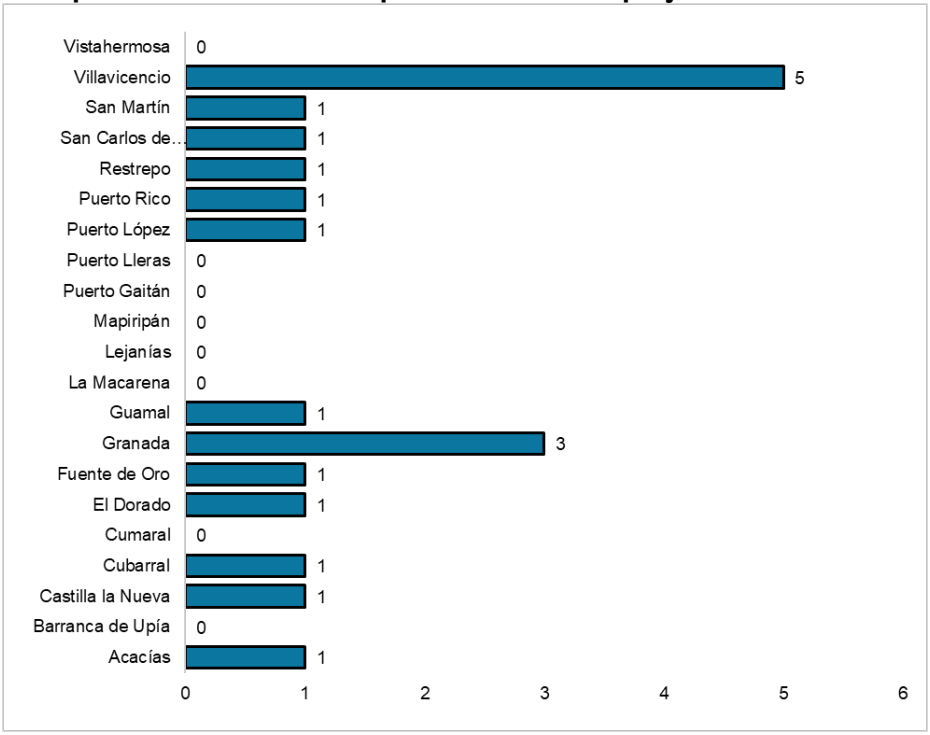
Municipio	Nivel1	Nivel2	Total
Acacías	1	0	1
Barranca de Upía	0	0	0
Castilla la Nueva	1	0	1

Municipio	Nivel1	Nivel2	Total
Cubarral	1	0	1
Cumaral	0	0	0
El Dorado	1	0	1
Fuente de Oro	1	0	1
Granada	1	2	3
Guamal	1	0	1
La Macarena	0	0	0
Lejanías	0	0	0
Mapiripan	0	0	0
Puerto Gaitán	0	0	0
Puerto Lleras	0	0	0
Puerto López	1	0	1
Puerto Rico	1	0	1
Restrepo	1	0	1
San Carlos de Guaroa	1	0	1
San Martín	1	0	1
Villavicencio	3	2	5
Vistahermosa	0	0	0

La Gráfica 8 complementa esta lectura al mostrar de forma visual la marcada concentración de sedes públicas clasificadas en Villavicencio y, en segundo término, en Granada. Mientras la mayoría de los municipios presenta una o ninguna sede clasificada, la capital departamental sobresale como el principal punto de acumulación institucional. La gráfica permite, por tanto, interpretar que la complejidad no está territorialmente

difundida, sino jerarquizada alrededor de pocos centros urbanos con mayor capacidad instalada, talento humano, infraestructura diagnóstica y conectividad, esta concentración es consistente con el funcionamiento real de una red departamental en la que el primer nivel actúa como puerta de entrada, pero la resolución de eventos de mayor complejidad depende de pocos nodos. Desde una perspectiva de planeación, la gráfica describe la distribución e ilustra una asimetría estructural que condiciona la oportunidad de acceso, la continuidad del cuidado y la presión asistencial sobre los centros de referencia.

Gráfico 8. Sedes públicas clasificadas por nivel de complejidad en el Meta.

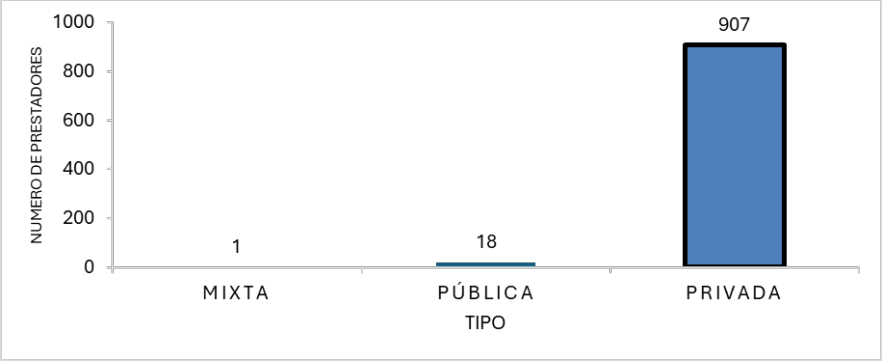


Fuente: Elaboración propia con base en REPS citado por el borrador base (Secretaría de Salud del Meta, 2026).

Ahora bien, una la lectura cartográfica confirma que la red del Meta no puede evaluarse únicamente por número de sedes o prestadores, sino por su articulación territorial y por la capacidad de conectar población dispersa con servicios de mayor complejidad, en municipios del sur, occidente y oriente departamental, las distancias, condiciones viales y dispersión poblacional reducen la accesibilidad efectiva, incluso cuando existe algún punto de atención básico. Por ello, la localización de los nodos de mayor complejidad en Villavicencio y Granada no solo expresa una concentración administrativa, sino una organización espacial que condiciona el comportamiento de remisiones, los tiempos de desplazamiento y la sobrecarga de la red complementaria.

La Gráfica 20. Refuerza esta precisión metodológica al mostrar la distribución de prestadores por naturaleza jurídica en el Meta: 907 privados, 18 públicos y 1 mixto. La imagen es contundente: el sistema departamental está dominado numéricamente por la oferta privada, mientras que la red pública representa una fracción mucho menor del total de prestadores, sin embargo, esa lectura cuantitativa debe matizarse técnicamente, el predominio privado no significa que la red pública sea irrelevante; por el contrario, la red pública concentra funciones estratégicas de referencia, atención de población dispersa, soporte a municipios centralizados, urgencias, internación básica y articulación territorial. La red privada, por su parte, aporta un volumen considerable de servicios ambulatorios, diagnósticos, especializados y de alta complejidad, especialmente en Villavicencio, donde se concentra buena parte del ecosistema prestador departamental. En consecuencia, la relación entre red pública y privada no debe entenderse en términos de sustitución, sino de complementariedad desigual, con una fuerte centralización espacial y funcional.

Gráfico 9. Distribución de prestadores por naturaleza jurídica en el Meta, corte 2026



Fuente: Secretaría de Salud del Meta, 2026

La articulación entre la Tabla 3, el Gráfico 8 y el Gráfico 9 permite una conclusión más robusta sobre la red hospitalaria del Meta. La tabla muestra el número de sedes públicas clasificadas; la gráfica evidencia su concentración en pocos municipios; el mapa explica territorialmente cómo esa estructura se proyecta sobre las subredes y las distancias; y la gráfica de naturaleza jurídica demuestra que la mayor parte del universo prestador es privado. En conjunto, estos elementos confirman que la red hospitalaria del Meta es funcionalmente jerárquica, territorialmente concentrada y metodológicamente dual, en el sentido de que combina una red pública pequeña pero estratégica con una red privada numerosa, especialmente urbana. Esta configuración ayuda a explicar por qué los municipios periféricos dependen de baja complejidad, brigadas, transporte y remisiones, mientras los nodos departamentales absorben la mayor presión asistencial y concentran la oferta resolutiva de segundo y mayor nivel (MSPS, 2026a, 2026b; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020, 2024).

En términos de política pública y planeación de servicios, este hallazgo es particularmente relevante para el Hospital de Paz en Cumaral. La evidencia sugiere que el proyecto no

debe concebirse como una institución aislada, sino como una pieza de reorganización funcional de la red, capaz de fortalecer el componente complementario en una zona donde la clasificación de complejidad pública es limitada y donde la proximidad al corredor del Piedemonte ofrece una ventaja estratégica. La pertinencia del proyecto se incrementa precisamente porque el Meta no cuenta con una distribución equilibrada de complejidad ni con una red suficientemente desconcentrada para atender de forma oportuna las necesidades de salud mental, violencia sexual, atención materno-infantil y hospitalización especializada en todos los territorios. Bajo esta lógica, el Hospital de Paz tendría valor no solo por la oferta que agregue, sino por su capacidad de desconcentrar funciones, mejorar accesibilidad subregional y articularse con los nodos de referencia existentes.

En síntesis, la red hospitalaria del Meta es funcionalmente jerárquica y territorialmente concentrada. La red pública de mayor complejidad depende de pocos nodos; la red privada aporta un volumen mayoritario de prestadores y buena parte de la oferta diagnóstica, ambulatoria y de alta complejidad en Villavicencio; y los municipios periféricos dependen de baja complejidad, brigadas, transporte y remisiones (MSPS, 2026a, 2026b; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2020, 2024).

4.2.4. Capacidad instalada en el Meta

La tabla consolidada del borrador base registra, para el universo consultado, 926 prestadores, 1.149 sedes, 4.602 servicios, 2161 camas, 347 salas y 240 ambulancias. La magnitud agregada es importante, pero la composición espacial vuelve a ser determinante: Villavicencio concentra 797 sedes y 3.107 servicios, seguido a larga distancia por Acacías y Granada. Este patrón revela una estructura radiocéntrica del sistema, con un fuerte núcleo de absorción en la capital departamental (Secretaría de Salud del Meta, 2026).

En términos de gestión de red, el número de ambulancias tampoco puede leerse en abstracto. Puerto Gaitán reporta 50 ambulancias dentro del universo consultado, pero ello no equivale necesariamente a una cobertura suficiente para resolver las barreras territoriales del municipio, dada su gran extensión y dispersión. Del mismo modo, municipios con pocas ambulancias y baja complejidad siguen dependiendo críticamente del tiempo de referencia hacia nodos como Villavicencio, Granada o incluso instituciones extradepartamentales (Secretaría de Salud del Meta, 2026; Secretaría de Salud del Meta & MSPS, 2024).

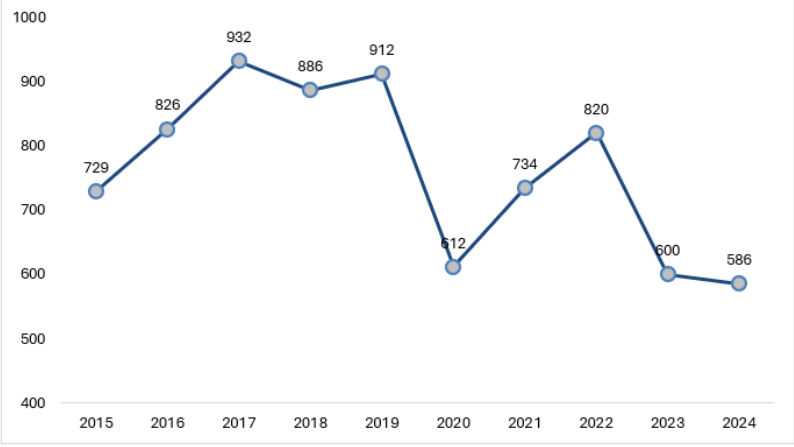
4.2.5. Capacidad de atención en violencia sexual

La evidencia departamental disponible permite afirmar que en el Meta existe una capacidad de respuesta obligatoria frente a la violencia sexual —expresada en la práctica de exámenes medicolegales y en la activación de rutas institucionales mínimas—, pero no una capacidad especializada, homogénea y públicamente cuantificada en todo el territorio. Entre 2015 y 2024 se registraron 7.635 exámenes

medicolegales por presunto delito sexual en el departamento; de ese total, 6.550 correspondieron a mujeres (85,8 %) y 6.736 a menores de 18 años (88,2 %). La concentración territorial también es marcada: Villavicencio aportó 4.212 casos, equivalente al 55,2 % del acumulado departamental, seguido por Acacías (715), Puerto López (465), Granada (321) y Cumaral (214), lo que demuestra que la demanda no se restringe a la capital, sino que también se expresa en municipios intermedios del eje del piedemonte. Estos datos indican que la violencia sexual genera una demanda sostenida de respuesta institucional, pero esa demanda no debe confundirse con la existencia de una red especializada de atención integral con cobertura territorial equilibrada.

El gráfico 21 muestra una serie temporal con un comportamiento fluctuante, pero persistentemente alto. El departamento pasó de 729 exámenes en 2015 a un pico de 932 en 2017, manteniéndose luego en niveles elevados en 2018 (886) y 2019 (912). En 2020 se observa una caída importante hasta 610 casos, seguida de una recuperación parcial en 2021 (734) y 2022 (820), y de una nueva disminución en 2023 (600) y 2024 (586). La lectura técnica de esta tendencia exige prudencia: una reducción del número de exámenes no necesariamente significa menor ocurrencia real de violencia sexual. También puede reflejar barreras de acceso, subregistro, cambios en la denuncia, restricciones de movilidad, afectación institucional por la pandemia y dificultades en la remisión oportuna de víctimas a los servicios forenses. Por ello, la serie debe interpretarse como un indicador de demanda observada por el sistema y no como una medición exhaustiva de incidencia real.

Gráfico 1.Exámenes medicolegales por presunto delito sexual, 2015-2024 (INMLCF, 2024; Secretaría de Salud del Meta, 2026).



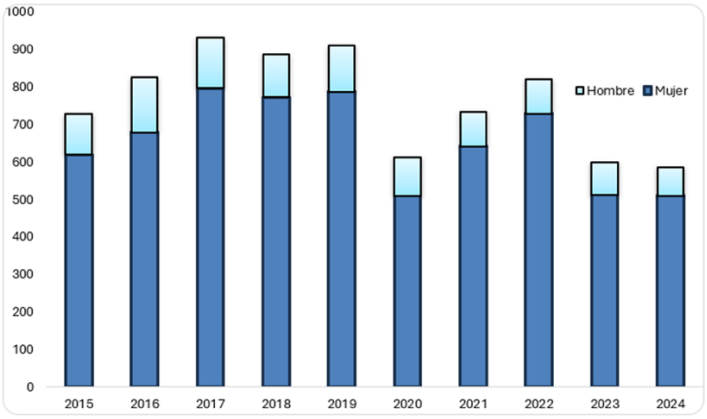
Fuente: construcción propia DPSS- HUSJDMI – equipo técnico a partir de datos: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2024). Exámenes medicolegales por presunto delito sexual. Colombia, años 2015 a 2024 [Conjunto de datos]. Datos Abiertos Colombia. datos.gov.co

Desde una perspectiva epidemiológica e institucional, la serie anual sugiere tres momentos. El primero, entre 2015 y 2019, corresponde a una etapa de alta carga sostenida, con niveles superiores a 800 exámenes en cuatro de cinco años y un máximo en 2017. El segundo, en 2020, marca una ruptura abrupta, muy probablemente asociada a la disrupción sanitaria y administrativa del contexto COVID-19. El tercero, entre 2021 y 2024, expresa una recuperación incompleta: el sistema vuelve a captar más casos que en 2020, pero no retorna a los máximos previos y cierra con una nueva tendencia descendente. Esta dinámica refuerza la hipótesis de que el comportamiento del indicador depende no solo de la violencia ocurrida, sino también de la capacidad del sistema para detectar, recibir, remitir y judicializar los casos. En consecuencia, para la planeación del Hospital de Paz, estos datos no deben leerse como una caída tranquilizadora de la necesidad, sino como evidencia de una demanda persistente y probablemente subestimada.

La Gráfica 22, que distribuye anualmente los exámenes por sexo, confirma que la violencia sexual en el Meta afecta de manera desproporcionada a las mujeres en todos los años del periodo. La participación femenina nunca desciende por debajo de cuatro quintas partes del total anual y en algunos años se aproxima a nueve de cada diez casos observados.

En cifras absolutas, el acumulado de 6.550 mujeres frente a 1.085 hombres evidencia una relación estructuralmente desigual, coherente con la literatura nacional y con la caracterización del delito sexual como una expresión crítica de violencia basada en género. No obstante, el hecho de que exista un número no marginal de casos en hombres también obliga a evitar enfoques exclusivamente excluyentes y a diseñar respuestas institucionales con capacidad de atención diferencial, sensible al sexo, al género y al curso de vida.

Gráfico 2. Distribución anual de exámenes medicolegales por sexo, 2015-2024 (INMLCF, 2024; Secretaría de Salud del Meta, 2026).



Fuente: construcción propia DPSS- HUSJDMI – equipo técnico a partir de datos: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2024). Exámenes medicolegales por

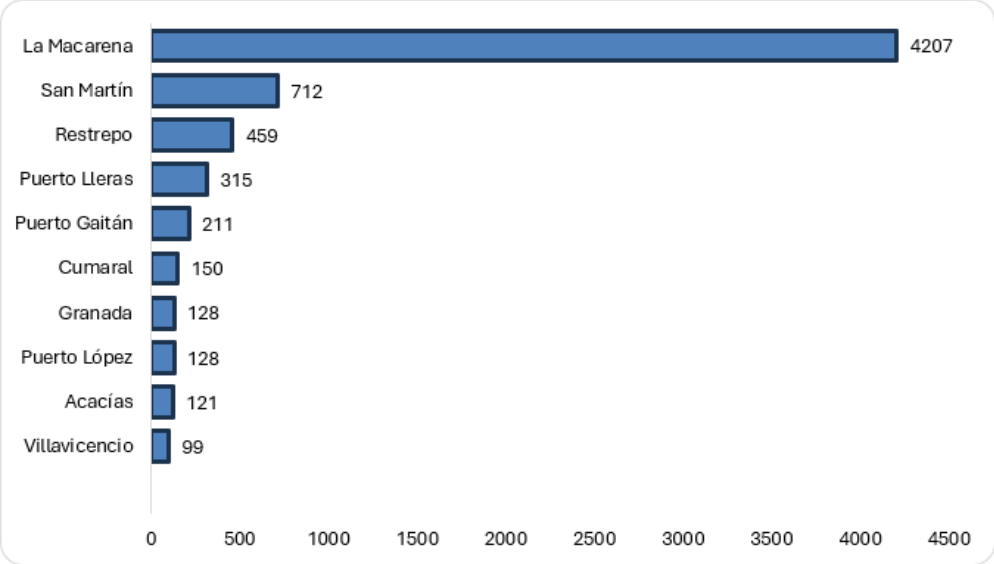
presunto delito sexual. Colombia, años 2015 a 2024 [Conjunto de datos]. Datos Abiertos Colombia. datos.gov.co

La lectura anual por sexo también muestra que la feminización del fenómeno no es episódica, sino constante. En 2017, por ejemplo, de los 932 exámenes, 796 correspondieron a mujeres; en 2022, de 820, 729 fueron en mujeres; y en 2024, aun con menor volumen total, 509 de 586 continuaron correspondiendo a víctimas femeninas. Esta persistencia indica que la carga de atención recae principalmente sobre niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, lo cual tiene implicaciones directas para el modelo de servicios requerido: se necesitan rutas con enfoque de género, atención ginecológica y obstétrica, salud mental especializada, protección psicosocial y articulación efectiva con justicia y protección. La gráfica, por tanto, no solo describe una desigualdad, sino que orienta el tipo de oferta que debe priorizarse.

A ello se suma el dato etario: 88,2 % de los exámenes correspondieron a menores de 18 años, lo que convierte a niños, niñas y adolescentes en el principal grupo afectado. Esta proporción es especialmente crítica porque indica que la violencia sexual atendida por Medicina Legal en el Meta tiene un claro patrón de afectación temprana del curso de vida. Desde el punto de vista sanitario y de derechos, esto obliga a pensar la respuesta institucional más allá de la atención de urgencia, incluyendo prevención secundaria, protección reforzada, intervención familiar, restablecimiento de derechos y continuidad terapéutica. En términos de diseño del Hospital de Paz, la centralidad de población infantil y adolescente justifica la inclusión de componentes pediátricos, psicosociales y de articulación intersectorial con ICBF, Fiscalía y comisarías de familia.

El gráfico 23 otro municipio. Sin embargo, la capital no explica por sí sola todo el fenómeno. Acacías (715), Puerto López (465) y Granada (321) aparecen como núcleos adicionales de carga, mientras que Cumaral (214) ocupa un lugar relevante entre los municipios intermedios. La presencia de este volumen acumulado en Cumaral es particularmente importante para la justificación del Hospital de Paz, porque demuestra que la demanda potencial de atención integral a víctimas no es exclusiva de la capital ni de los grandes nodos históricos de referencia, sino que también se localiza en el corredor del piedemonte, donde convergen accesibilidad relativa, expansión poblacional y necesidad de desconcentrar servicios.

Gráfico 3. Municipios con mayor acumulado 2015-2024 de exámenes medicolegales por presunto delito sexual (INMLCF, 2024; Secretaría de Salud del Meta, 2026).



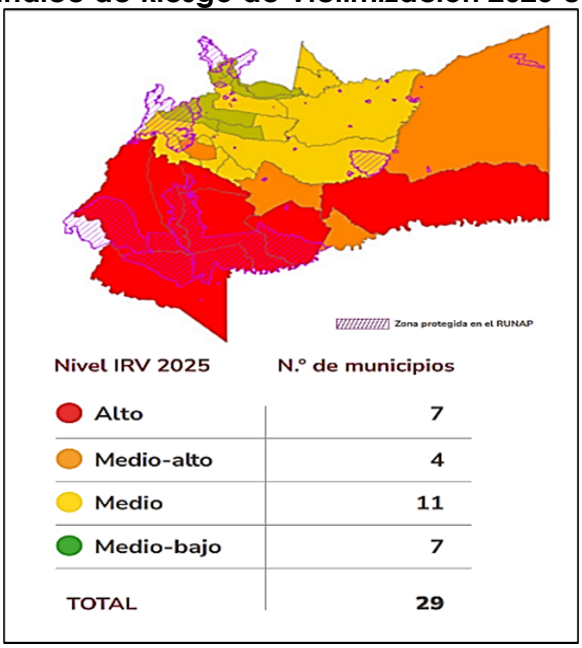
Fuente: construcción propia DPSS- HUSJDMI – equipo técnico a partir de datos: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2024). Exámenes medicolegales por presunto delito sexual. Colombia, años 2015 a 2024 [Conjunto de datos]. Datos Abiertos Colombia. datos.gov.co

La interpretación territorial de la gráfica requiere, sin embargo, una advertencia metodológica. Un mayor número de exámenes en un municipio puede reflejar varias cosas al mismo tiempo: mayor ocurrencia de casos, mayor concentración poblacional, mejor acceso a servicios forenses, capacidad institucional para captar denuncias o recepción de casos remitidos desde otros municipios. En el caso de Villavicencio, su peso probablemente combina todos estos factores, ya que es el principal centro urbano del Meta, concentra población, servicios médicos, fiscalía, medicina legal y rutas institucionales. Por ello, el predominio de la capital no debe leerse exclusivamente como mayor violencia local, sino también como evidencia de centralización del sistema de respuesta. A la inversa, municipios con menores cifras pueden no tener menos violencia real, sino menor capacidad de registro, remisión o acceso. Esta diferencia es central para evitar una lectura simplista del mapa de demanda.

En ese sentido, la comparación entre Villavicencio y municipios como Cumaral, Puerto López o Granada es útil para la planeación sanitaria. Mientras la capital concentra el mayor volumen absoluto, los municipios intermedios revelan que existe una demanda territorialmente distribuida que hoy no necesariamente dispone de una respuesta especializada cercana. Cumaral, con 214 casos acumulados en el periodo, no es un municipio marginal en esta materia; por el contrario, muestra una carga suficiente para justificar la necesidad de fortalecer la respuesta subregional. Esta evidencia se vuelve más relevante cuando se analiza junto con las barreras de acceso, la centralización de camas y la concentración de servicios especializados en Villavicencio.

En síntesis, las tres gráficas convergen en una misma conclusión: el Meta presenta una demanda sostenida, feminizada, predominantemente infantil y territorialmente concentrada de respuesta medicolegal por presunto delito sexual. La serie temporal confirma persistencia del problema; la distribución por sexo muestra una carga estructuralmente mayor en mujeres; y la distribución municipal revela que, aunque Villavicencio es el gran nodo de captación, existen municipios intermedios con una demanda suficientemente relevante como para requerir fortalecimiento institucional propio. Por eso, el principal hallazgo no es únicamente que el sistema produce exámenes medicolegales, sino que esa respuesta sigue siendo reactiva, concentrada y desigual, sin que ello equivalga a una red especializada integral y homogénea en todo el departamento. Para el Proyecto Hospital de Paz, esta evidencia respalda la necesidad de una oferta regional articulada, con enfoque diferencial, capacidad clínica y psicosocial especializada, y ubicación estratégica en el eje del piedemonte para reducir dependencia exclusiva de la capital.

Figura 1. Índice de Riesgo de Victimización 2025 en el Meta



Fuente: Unidad para las Víctimas, 2025; Secretaría de Salud del Meta, 2026

El Índice de Riesgo de Victimización (IRV) 2025 ubica a La Macarena, Mapiripán, Mesetas, Puerto Rico, San Juan de Arama, Uribe y Vistahermosa en categoría de riesgo alto, mientras que Puerto Lleras, Puerto Gaitán, Puerto Concordia y El Castillo se clasifican en riesgo medio alto. En conjunto, estos municipios representan una proporción significativa del territorio departamental y se localizan principalmente en el sur y occidente del Meta, en áreas limítrofes con Huila, Caquetá y Guaviare, caracterizadas por mayores restricciones de acceso, condiciones de ruralidad dispersa y persistencia de factores asociados al conflicto armado.
Esta distribución territorial indica que la necesidad de atención a víctimas no se concentra exclusivamente en los municipios con mayor capacidad instalada, sino que se intensifica en zonas periféricas donde convergen vulnerabilidad social, barreras geográficas y limitada oferta institucional (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2025; Secretaría de Salud del Meta, 2026).

La clasificación de riesgo medio alto en municipios como Puerto Lleras, Puerto Gaitán, Puerto Concordia y El Castillo se explica por la concurrencia de distintos hechos victimizantes, entre ellos violencia sexual, asaltos, despojo de tierras y eventos de violencia masiva, en territorios que históricamente han tenido valor estratégico dentro de las dinámicas del conflicto armado.

En este contexto, el documento departamental resalta que la incidencia de violencia sexual en el Meta fue de 76,7 casos por 100.000 habitantes, con Mapiripán como el municipio con la mayor tasa reportada (173,9 por 100.000 habitantes), lo que confirma que el riesgo no solo es territorialmente diferenciado, sino también especialmente severo en algunos municipios apartados (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2025; Secretaría de Salud del Meta, 2026).

Desde el punto de vista poblacional, la evidencia sugiere una alta incidencia de violencia sexual y de violencia de género en grupos de edad entre los 10 y 24 años, con afectación predominante en mujeres, adolescentes y jóvenes. Esta situación puede estar relacionada con condiciones estructurales de vulnerabilidad, entre ellas pobreza, desigualdad de género, debilidad institucional y menor acceso a mecanismos de protección y denuncia. En consecuencia, el análisis del IRV y de la incidencia de violencia sexual refuerza la necesidad de fortalecer una respuesta territorial diferenciada, con capacidad de atención integral, enfoque de género y priorización de municipios con mayor riesgo y menor accesibilidad efectiva.

En conjunto, la evidencia medicolegal, territorial y de riesgo muestra que la capacidad de atención en violencia sexual en el Meta existe como mandato operativo del sistema, pero no como una oferta especializada, estable y homogéneamente distribuida. La demanda observada se concentra en Villavicencio, aunque los municipios intermedios del piedemonte y varios territorios con IRV alto o medio alto mantienen una exposición relevante sin contar con una infraestructura diferencial claramente identificable para estos eventos. Desde una perspectiva de red, esto sugiere que la respuesta

departamental depende de nodos urbanos con mayor capacidad de captación y de un modelo predominantemente reactivo, por lo que el fortalecimiento de la atención especializada debe orientarse a mejorar accesibilidad subregional, articulación forense, soporte psicosocial y continuidad del cuidado en municipios distintos a la capital.

4.2.6. Atención a víctimas

La atención de las víctimas de violencia sexual en Meta se rige por la normativa nacional (Resolución 459/2012, Ley 1719/2014, Ley 1146/2007, etc.), que obliga a los hospitales a clasificarlas como emergencias médicas. En todo el departamento existen IPS públicas con servicios de urgencias 24/7 (por ejemplo, el Hospital Departamental de Villavicencio y hospitales municipales en Villavicencio, Acacías, Granada, Cumaral, etc.), pero no hay unidades especializadas únicas ni datos oficiales de cuántas camas o personal dedicado dispone cada institución. El Ministerio de Salud define una "ruta de atención integral" intersectorial para violencias de género, vigente también en Meta, aunque no se encontró un protocolo departamental propio. A nivel nacional el INS reportó 13.973 casos de violencia sexual contra mujeres en 2024 (hasta la semana 23), pero no hay cifras públicas desglosadas por municipio en Meta. De lo recabado se advierten importantes brechas: saturación de servicios de urgencias, falta de personal entrenado en la ruta de atención, y dificultades de acceso en zonas rurales.

Entre las iniciativas recientes destaca la implementación del programa PAPSIVI (atención psicosocial a víctimas) en los 29 municipios del Meta y un proyecto de Centro especializado para víctimas de violencia sexual en Villavicencio. Las recomendaciones incluyen fortalecer el personal capacitado (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, forenses), garantizar atención gratuita y expedita según las leyes vigentes, mejorar la recolección de datos institucionales, y avanzar en los proyectos pendientes (centro especializado, ampliación de rutas de atención).

4.2.7. Infraestructura y recursos de salud

Legalmente todas las víctimas de violencia sexual deben ser atendidas de inmediato como urgencias médicas. En Meta los principales centros de atención son el Hospital Departamental de Villavicencio (nivel III) y varios hospitales municipales o ESE con servicios de urgencias (24/7) en sus ciudades cabecera (por ejemplo, Acacías, Granada, Cumaral, Puerto López, Puerto Gaitán, entre otros). No existen Unidades de Atención Integral (UAI) especializadas específicas para violencia sexual en el departamento: la atención médica inicial se presta en los servicios de urgencias generales. La Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud adopta el "Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual", que establece los pasos clínicos y forenses a seguir en los centros de salud. Según la Ley 1146 de 2007, los hospitales públicos y privados están obligados a brindar atención de urgencia e integral gratuita a víctimas (especialmente menores) de agresión sexual, incluyendo examen y tratamiento de ITS/VIH, anticoncepción de emergencia, intervención psicosocial inicial y recolección de evidencias médico-forenses.

Las fuentes oficiales disponibles no detallan el número de camas, ni cuántos médicos, psicólogos, trabajadores sociales o forenses son dedicados específicamente a violencia sexual en Meta. Tampoco se encontraron datos oficiales sobre equipamientos (p. ej. salas de atención psicosocial) ni dotación de unidades móviles. En general se asume que cada IPS con urgencias debe disponer, conforme a la norma, de un equipo básico (médico de urgencias, enfermería) capacitado para aplicar el protocolo de agresión sexual, pero no hay información pública desagregada. Por ejemplo, no existe en Meta una estadística pública de "equipos duplos" ni de comisarías móviles; estas existen en varias ciudades, pero sus alcances y personal exactos no constan en fuentes oficiales.

4.2.8. Cobertura geográfica y temporal

Meta cuenta con 29 municipios, y en principio todas sus cabeceras municipales cuentan con al menos un centro de salud con urgencias habilitado (lo que garantiza cobertura básica). Sin embargo, no hay una lista oficial pública de "municipios con servicio de atención de violencia sexual" ni de los horarios concretos de atención (aunque, en línea con la normativa, las urgencias hospitalarias operan 24 horas al día los 7 días de la semana). El modelo nacional de ruta de atención prevé que la víctima sea recibida inmediatamente en el servicio de urgencias más próximo; en la práctica esto significa que cualquier hospital público o privado del Meta debe activar el protocolo al momento del ingreso de la víctima. No se hallaron cifras oficiales sobre tiempos de espera o tiempos de respuesta en los servicios de urgencia del Meta. De manera general, las instituciones de salud de la red pública (hospitales y clínicas) tienen obligación de articularse con la Policía, ICBF y Fiscalía en el proceso, pero las demoras reales pueden ser mayores por limitaciones de personal o equipos.

4.2.9. Protocolos y guías vigentes

A nivel nacional el principal referente es la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud, que adopta el Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual. Este protocolo define en quince pasos la atención médica, forense y psicosocial (desde la recepción en urgencias hasta el seguimiento post agresión) e incluye, por ejemplo, la profilaxis de ITS/VIH, anticoncepción de emergencia y recolección de evidencias.

Adicionalmente, la Ley 1719 de 2014 decretó la gratuidad y prioridad de la atención a víctimas (incluidas en emergencias médicas), y la Ley 1257 de 2008 obliga a articular sectores (salud, justicia, policía) en las rutas de atención. El Ministerio de Salud también define una Ruta de Atención Integral para víctimas de violencias de género, que enmarca las acciones intersectoriales para protección y recuperación de las víctimas.

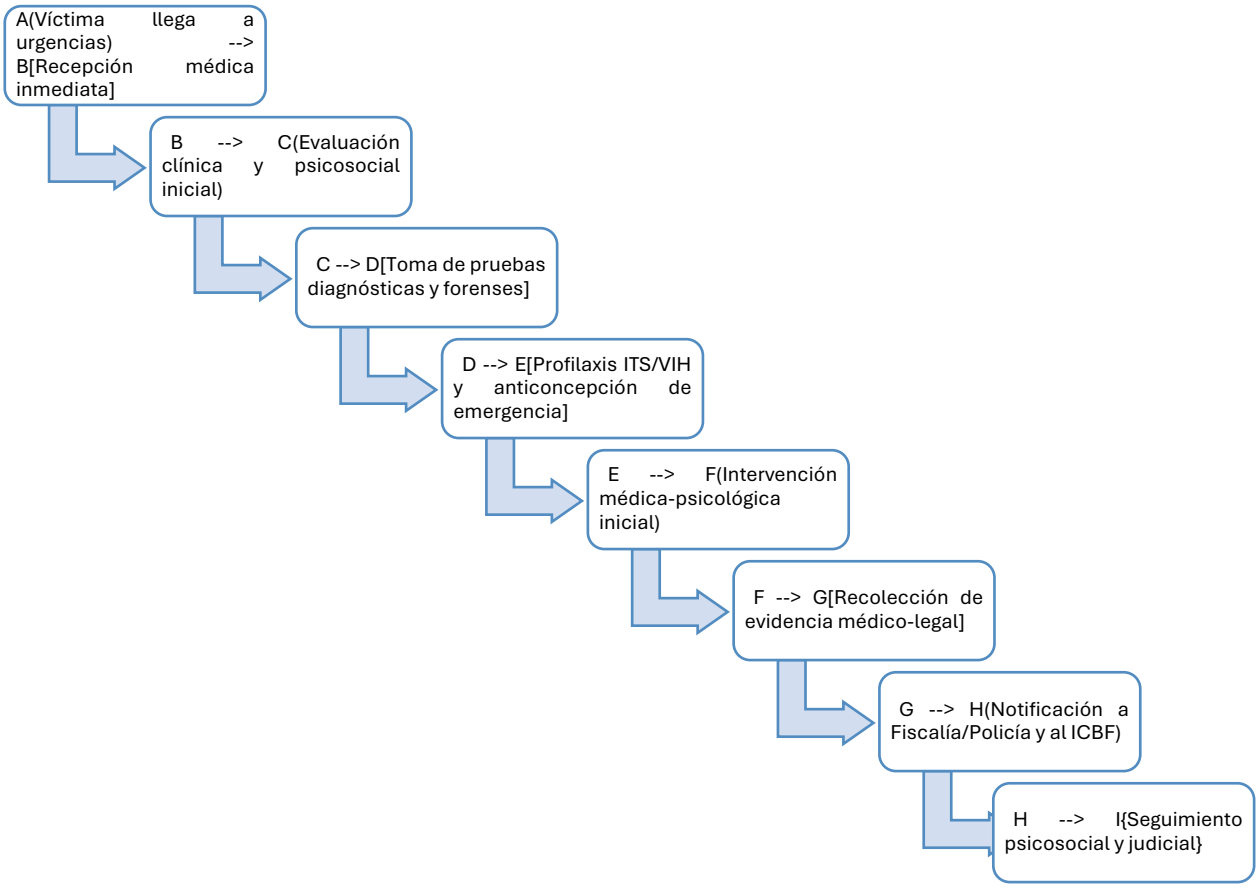
En el ámbito territorial, la Secretaría de Salud del Meta ha incorporado estas normas nacionales. Por ejemplo, la gobernación está ejecutando el Programa PAPSIVI (atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto) en los 29 municipios, lo cual incluye

atención integral de salud mental y física a víctimas (aunque originalmente enfocado en conflicto armado, sirve también para víctimas de violencia sexual).

No se encontró en fuentes oficiales una guía departamental específica de violencia sexual (salvo las normativas nacionales ya mencionadas). En cambio, se han articulado esfuerzos interinstitucionales (Salud, Mujer, Fiscalía, Policía, Defensoría, ICBF) para fortalecer la ruta local. De hecho, recientemente se anunció la construcción de un Centro especializado para víctimas de violencia sexual en Villavicencio, proyecto apoyado por la Jurisdicción Especial para la Paz.

La atención a víctimas se soporta normativamente en la Resolución 0459 de 2012, que define la ruta clínica y de salud pública, y en la Ley 1719 de 2014, que exige acceso prioritario y atención psicosocial sin restricciones económicas ni temporales. Sin embargo, el diagnóstico departamental evidencia que la atención específica a víctimas todavía descansa sobre la red general de urgencias, el soporte psicosocial del PAPSIVI y la articulación con justicia, sin una capacidad pública dedicada y sistemáticamente cuantificada por institución (MSPS, 2012, 2023; Congreso de Colombia, 2014; Secretaría de Salud del Meta, 2026).

Figura 6. Diagrama de flujo esquemático de la ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual (procedimiento nacional adaptado al contexto local).



Fuente: Elaboración propia equipo técnico DPSS -HUSJDMI a partir de la Ruta de la resolución 459 de 2012.

5. PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DEL PROYECTO

El proyecto del Hospital de la Paz responde a una problemática estructural de salud pública y derechos humanos, asociada al déficit histórico en la atención integral a víctimas de violencia sexual en Colombia, particularmente en contextos de conflicto armado y en territorios con limitada capacidad institucional.

Esta problemática no se limita a la ocurrencia del hecho victimizante, sino que se extiende a la insuficiencia de la respuesta estatal, la cual ha sido caracterizada por fragmentación institucional, baja capacidad resolutiva y ausencia de modelos de atención especializados, lo que perpetúa condiciones de vulnerabilidad y revictimización.

5.1. Déficit en la atención integral a víctimas de violencia sexual

La violencia sexual constituye un fenómeno de alta complejidad, con impactos multidimensionales en la salud física, mental, social y económica de las víctimas. Sin embargo, el sistema de salud colombiano no ha logrado estructurar una respuesta integral que aborde de manera simultánea estas dimensiones.

De acuerdo con la Fiscalía General de la Nación y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, existe un subregistro significativo de los casos de violencia sexual, además, se presenta una alta incidencia en zonas rurales y territorios afectados por el conflicto armado y la atención institucional ha sido insuficiente, fragmentada y tardía. Estas condiciones evidencian que la problemática no radica únicamente en la ocurrencia del delito, sino en la incapacidad del sistema para brindar una respuesta adecuada, oportuna y digna.

a. **Naturaleza estructural del problema**

El análisis del concepto técnico de la Unidad de Investigación y Acusación de la JEP permite profundizar en la naturaleza del problema, encontrando que la violencia sexual en el conflicto armado constituye un fenómeno de macro victimización, siendo sus efectos son prolongados y multidimensionales y evidenciando una respuesta institucional históricamente fragmentada y revictimizante. Las consecuencias que afectan a las víctimas incluyen lesiones físicas crónicas, afectaciones reproductivas, enfermedades de transmisión sexual, trauma psicológico complejo, ruptura de vínculos familiares y sociales y la exclusión económica. Estas condiciones requieren una respuesta estructural que actualmente no existe en el sistema de salud convencional.

b. Barreras estructurales del sistema de atención

El sistema de salud y la institucionalidad asociada presentan barreras que impiden una atención integral efectiva, evidenciando un acceso limitado a servicios especializados, puesto que existe escasez de servicios de mediana y alta complejidad en territorios intermedios ya que estos servicios se concentran en las ciudades principales, evidenciando las dificultades geográficas y económicas para acceder a este tipo de servicios.

En el sistema actual, hay una revictimización institucional, ya que las victimas relatar múltiples veces los hechos, transitar por diferentes instituciones sin articulación, además de enfrentar estigmatización y barreras administrativas. En este sentido, la JEP ha señalado que esta fragmentación reproduce dinámicas de revictimización, lo cual resulta incompatible con el principio de centralidad de las víctimas.

Es claro que la atención a víctimas requiere la intervención de múltiples sectores en simultaneidad: salud, justicia y protección social, sin embargo, actualmente no existe

coordinación efectiva interinstitucional, no se propicia la continuidad en la atención y los servicios operan de manera aislada.

Una de las barreras evidentes, es la ausencia de infraestructura especializada, pues no existen dispositivos institucionales diseñados específicamente para la atención integral de víctimas de violencia sexual. La infraestructura existente no responde a las necesidades del problema, no está garantizando la confidencialidad ni la dignidad de las víctimas y no se dan las condiciones adecuadas para los procesos de rehabilitación.

c. Justificación del proyecto como solución estructural

El Hospital de la Paz se plantea como una respuesta directa a esta problemática, en la medida en que introduce un modelo de atención integral (PANZI), articulando las dimensiones de salud, justicia y apoyo social, garantizando la continuidad en la atención integral. Lo anterior, responde a la complejidad del daño y reduce la revictimización.

La JEP establece que este tipo de intervención constituye una medida estructural de rehabilitación en el marco de la reparación integral, orientada a materializar el principio de centralidad de las víctimas.

Desde la perspectiva de justicia transicional, la rehabilitación de las victimas es una obligación del Estado. En consecuencia, la atención en salud forma parte de la reparación integral y requiere un enfoque restaurativo.

El Hospital de la Paz materializa estos principios al atender las consecuencias del daño, restituir capacidades, reconstruir proyectos de vida y contribuir a la no repetición.

5.2. Enfoque diferencial: modelo PANZI

El proyecto del Hospital de la Paz se fundamenta en la implementación de un modelo de atención diferencial integral, basado en la experiencia internacional del modelo PANZI, desarrollado por Denis Mukwege en la República Democrática del Congo. Este modelo ha sido reconocido a nivel global como una respuesta efectiva para la atención de víctimas de violencia sexual en contextos de conflicto armado, al integrar múltiples dimensiones del daño en un solo sistema de atención.

A diferencia de los modelos tradicionales de prestación de servicios de salud, el modelo PANZI no se limita a la atención clínica, sino que se estructura como un enfoque integral de rehabilitación, orientado a restituir la dignidad, la autonomía y el proyecto de vida de las víctimas.

a. Fundamento conceptual del modelo PANZI

El modelo PANZI se basa en la comprensión de que la violencia sexual genera un daño multidimensional que no puede ser abordado desde una perspectiva exclusivamente

médica. En consecuencia, propone un enfoque integral que articula dimensiones físicas, psicológicas, jurídicas y socioeconómicas dentro de un mismo dispositivo institucional.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proyecto del Hospital de la Paz establece, busca implementar este modelo, pues responde a la necesidad de superar la fragmentación de la respuesta estatal y garantiza una atención coherente con el principio de centralidad de las víctimas y con los estándares de justicia restaurativa.

b. Los cuatro pilares del modelo PANZI

El modelo se estructura en cuatro pilares interdependientes, que en conjunto constituyen una estrategia integral de atención:

Pilar 1: Atención médica especializada

Este componente responde a la necesidad de rehabilitación física de las víctimas, incluyendo:

- Tratamiento de lesiones derivadas de violencia sexual
- Atención ginecológica y reproductiva especializada
- Manejo de enfermedades asociadas
- Seguimiento clínico integral

Es importante destacar que, la atención médica debe desarrollarse en condiciones de dignidad, confidencialidad y especialización técnica.

Pilar 2: Atención psicosocial

La violencia sexual genera trauma complejo que requiere intervención especializada. Este pilar incluye:

- Atención psicológica y psiquiátrica
- Procesos de recuperación emocional
- Acompañamiento individual y colectivo
- Prevención de revictimización

Este componente es fundamental, ya que el trauma psicológico incide directamente en la recuperación física y en la capacidad de las víctimas para reintegrarse socialmente.

Pilar 3: Apoyo jurídico

Este pilar garantiza el acceso efectivo a la justicia, mediante:

- Orientación jurídica especializada
- Acompañamiento en procesos judiciales
- Fortalecimiento de capacidades para el ejercicio de derechos

Desde la perspectiva del modelo, el acceso a la justicia tiene un efecto restaurativo, al contribuir a la dignificación de la víctima y a la reconstrucción de su confianza en las instituciones.

Pilar 4: Reintegración socioeconómica

Este componente aborda las consecuencias económicas y sociales del daño brindando:

- Fortalecimiento de capacidades productivas
- Apoyo a la reconstrucción del proyecto de vida
- Promoción de autonomía económica

El modelo reconoce que sin autonomía económica no es posible una recuperación integral ni sostenible.

c. Importancia del modelo en el contexto colombiano

Uno de los elementos más relevantes del modelo PANZI es que sus pilares no operan de manera aislada, sino como un sistema integrado que evita la fragmentación institucional y busca garantizar la continuidad en la atención, lo que permite reducir barreras de acceso y elimina dinámicas de revictimización.

Este enfoque se materializa en el concepto de "One Stop Center", en el cual todos los servicios se prestan en un mismo espacio físico, bajo una lógica de atención centrada en la víctima.

La implementación del modelo PANZI en el proyecto Hospital de la Paz es altamente pertinente debido a que reconoce la dignidad de las víctimas. El modelo sitúa a la víctima como eje central del sistema de atención, en coherencia con el principio de centralidad de las víctimas establecido en el marco de la justicia transicional.
Así mismo, con la implementación de este modelo en el Hospital de la Paz, se espera evita la revictimización al integrar los servicios en un solo entorno, dado que se reduce la repetición del relato, se eliminan barreras institucionales y se garantiza confidencialidad.

El Hospital de la Paz se concibe como la materialización institucional del modelo PANZI en Colombia, lo que implica materializar la existencia de un centro integral de atención a víctimas, en el sentido que el hospital no será una institución de salud convencional,

sino un centro especializado que integra todos los servicios en un solo espacio, convirtiéndose en una Infraestructura diseñada para el modelo de atención especializado, ofreciendo espacios adecuados para atención confidencial, integración de servicios clínicos y psicosociales y condiciones que garanticen dignidad y no revictimización.

Con este proyecto, también se busca propiciar la articulación institucional entre el sistema de salud, sistema de justicia y los programas de apoyo social, brindando una cobertura regional que permita atender población del Meta, la Orinoquía y la Amazonía.
El modelo PANZI, aplicado al Hospital de la Paz, se alinea con los principios de reparación integral, en la medida en que materializa la rehabilitación como derecho, restituye capacidades físicas y emocionales, promueve la autonomía económica, a la vez que contribuye a la no repetición.

En conclusión, es claro que este proyecto no se limita a la construcción de infraestructura, dado que implementa un modelo integral de atención que responde a estándares internacionales y se alinea con principios de justicia restaurativa garantizando la atención digna, integral y especializada.

Tabla 3. Componentes del modelo PANZI y su aplicación en el proyecto

Pilar	Situación actual	Aplicación en el Hospital de la Paz
Médico	Fragmentado	Atención especializada integral
Psicosocial	Limitado	Tratamiento continuo
Jurídico	Parcial	Acompañamiento integral
Socioeconómico	Inexistente	Reintegración estructurada

6. JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD LLAVE EN MANO

A partir del análisis macroeconómico, sectorial, territorial y funcional del proyecto, se identifican riesgos estructurales que afectan la eficiencia, oportunidad y sostenibilidad de los proyectos de infraestructura hospitalaria en Colombia. En este contexto, la selección del esquema de ejecución no es un elemento accesorio, sino una decisión estratégica que incide directamente en la viabilidad del proyecto.

El modelo tradicional de contratación fragmentada, basado en la separación de estudios y diseños, construcción y dotación, ha demostrado limitaciones en términos de coordinación técnica, control de costos y cumplimiento de cronogramas, especialmente en proyectos de alta complejidad como los hospitalarios. En consecuencia, se requiere un esquema que permita integrar estos componentes y mitigar los riesgos identificados.

6.1. Riesgos asociados a esquemas tradicionales de ejecución

El análisis del sector infraestructura y de proyectos hospitalarios permite identificar los siguientes riesgos críticos:

- Fragmentación contractual: Separación entre diseño, obra y dotación, generando multiplicidad de contratos y actores y derivando en una dificultad a la hora de la coordinación técnica, generando incompatibilidades entre diseños y ejecución, dificultades en la integración funcional e incremento en reprocesos.

- Sobrecostos: Variaciones en precios de materiales debido a ajustes derivados de cambios en diseños, además de ineficiencia en la coordinación contractual. En un contexto de rigidez en costos del sector construcción, este riesgo se incrementa significativamente.

- Retrasos en la ejecución: Dependencia entre contratos que pueden generar problemas en la secuencia de ejecución y multiplicar trámites administrativos, afectando directamente la oportunidad en la entrega del proyecto y retrasando la generación de beneficios sociales.

- Desarticulación diseño–obra: La desarticulación genera reprocesos, viendo problemas como fallas en redes técnicas (eléctricas, gases, hidráulicas) que se traducen en ajustes posteriores a alto costoso. En el caso del Hospital de la Paz, este riesgo es aún mayor debido a la necesidad de implementar un modelo integral como el PANZI, que requiere coherencia entre espacios físicos, flujos de atención y servicios.

6.2. Modalidad llave en mano como solución estructural

Frente a los riesgos identificados, la modalidad llave en mano se configura como la alternativa más adecuada para la ejecución del proyecto, en la medida en que permite integrar todas las fases bajo un único esquema contractual y un solo responsable.

La modalidad llave en mano permite agrupar en un solo contrato la etapa pre constructiva (Estudios y diseños) y la construcción de la infraestructura, lo que garantiza coherencia técnica y funcional en todas las etapas. A su vez, se hace una transferencia de riesgos, ya que el contratista asume los riesgos asociados al diseño, la construcción, la integración de componentes y el cumplimiento de cronogramas. Por otra parte, la modalidad permite mayor control de costos, ya que se hace una definición de precio global y se reduce la posibilidad de ajustes presupuestales.

La modalidad de contratación llave en mano, a su vez permite la reducción de tiempos de ejecución, toda vez que elimina procesos secuenciales, permite el desarrollo de actividades en paralelo y existe menor dependencia entre contratos, lo que permite acelerar la entrada en operación del hospital y la generación de beneficios sociales.

La elección de la modalidad llave en mano se fundamenta en las condiciones estructurales del entorno como lo son la limitación de recursos públicos, una necesidad de eficiencia en el gasto y la priorización de proyectos estratégicos.

Es clave destacar la alta complejidad técnica del proyecto hospitalario, que debe integrar múltiples sistemas, además de la alta exigencia normativa y criterios de habilitación, razón por la cual, se requiere una metodología de implementación que permita minimizar riesgos.

a. Relación con la viabilidad del proyecto

Desde la perspectiva de formulación y evaluación de proyectos (MGA/DNP), la modalidad llave en mano contribuye a mejorar la eficiencia en la ejecución, reducir riesgos de implementación, aumentar la probabilidad de cumplimiento de objetivos y garantizar sostenibilidad técnica del proyecto. En consecuencia, la modalidad llave en mano se configura como la alternativa más eficiente, efectiva y viable para la ejecución del proyecto.

Tabla 4. Riesgos vs solución (modalidad llave en mano)

Riesgo identificado	Impacto	Solución con llave en mano
Fragmentación contractual	Alto	Integración total
Sobrecostos	Alto	Precio global
Retrasos	Alto	Ejecución integrada
Desarticulación técnica	Crítico	Diseño y construcción unificados
Fallas en modelo de atención	Crítico	Coherencia funcional

7. CONCLUSIONES ASPECTOS TÉCNICOS GENERALES

El análisis integral desarrollado en el presente estudio de sector, que abarca el entorno macroeconómico, el sector infraestructura, el sistema de salud, el contexto territorial, la problemática específica, el enfoque diferencial y el marco normativo, permite concluir que el proyecto del Hospital de la Paz en Cumaral, Meta constituye una intervención pública altamente pertinente, necesaria y viable desde el punto de vista técnico, económico, social e institucional.

El entorno macroeconómico colombiano para el período 2025–2027 presenta condiciones de estabilidad relativa, caracterizadas por crecimiento moderado, reducción de la inflación y mejora en las condiciones de financiamiento. Sin embargo, este escenario está acompañado de restricciones fiscales estructurales que limitan la disponibilidad de recursos públicos.

En este contexto, la inversión pública debe ser altamente selectiva, priorizando proyectos con alto impacto social, donde se exija eficiencia en la estructuración y ejecución. En este sentido, el proyecto se inserta adecuadamente en este contexto, al responder a criterios de priorización, eficiencia y alto retorno social, lo que fortalece su viabilidad en un entorno fiscal restrictivo.

El análisis sectorial y territorial evidencia la persistencia de brechas significativas en el sistema de salud colombiano, particularmente en cuanto a capacidad instalada en regiones intermedias, oportunidad en la atención y cobertura efectiva en zonas rurales, así como falta de atención integral a poblaciones vulnerables.
En el caso específico del Meta existe concentración de servicios en Villavicencio, no obstante, municipios como Cumaral presentan baja capacidad resolutiva, lo que deriva en remisiones prolongadas y barreras de acceso.

Adicionalmente, se identificó un vacío crítico: La ausencia de infraestructura especializada para la atención integral a víctimas de violencia sexual. El proyecto responde directamente a una brecha estructural del sistema de salud, tanto en términos de capacidad instalada como de enfoque diferencial.

El Hospital de la Paz presenta una alta pertinencia estratégica, sustentada en:

- Impacto social significativo, asociado a la atención a población altamente vulnerable, reducción de brechas en salud y mejora en acceso y oportunidad
- Enfoque diferencial innovador, en cuanto que se da la implementación del modelo PANZI, permitiendo la atención integral (médica, psicosocial, jurídica y socioeconómica) donde se reduce la revictimización.
- Alineación con política pública, dado que el proyecto se articula con los Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, la Política de víctimas del conflicto armado y los Principios de reparación integral

El proyecto no solo es pertinente, sino estratégico, al contribuir simultáneamente a objetivos de salud, equidad, paz y reparación.

Por último, el análisis del sector infraestructura y de la naturaleza del proyecto evidencia que la modalidad tradicional de ejecución presenta riesgos significativos en términos de fragmentación contractual, sobrecostos, retrasos y desarticulación entre diseño y obra. Frente a estos riesgos, la modalidad llave en mano permite la integración unificada y total del proyecto, haciendo transferencia de riesgos al contratista y reduciendo los tiempos de ejecución. La modalidad llave en mano se configura como la alternativa más eficiente y adecuada para garantizar la correcta ejecución del proyecto.

El Hospital de la Paz en Cumaral no debe entenderse únicamente como un proyecto de infraestructura, sino como un dispositivo institucional de atención integral y una intervención estructural en salud pública que a su vez es una medida concreta de reparación a víctimas.

8. ASPECTOS GENERALES DEL MERCADO

8.1. ASPECTO ECONÓMICO

El presente proceso de contratación se estructura bajo un esquema de ejecución integral para la interventoría técnica, administrativa, jurídica y financiera, en atención a la complejidad técnica del proyecto y a las condiciones del mercado identificadas en el análisis sectorial.

Así mismo, el análisis del mercado evidencia la existencia de oferentes con capacidad para asumir este tipo de contratos, bien sea de manera individual o mediante estructuras plurales, lo cual garantiza condiciones de competencia efectiva, pluralidad de oferentes y eficiencia en el uso de los recursos públicos. En consecuencia, la modalidad seleccionada resulta adecuada desde el punto de vista económico, técnico y contractual, al permitir una mejor asignación de riesgos y una mayor probabilidad de cumplimiento del objeto contractual.

8.1.1. Clasificador de bienes y servicios y sector de la economía

En cuanto a la codificación de bienes y servicios de acuerdo con el Clasificador Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas (UNSPSC), para el presente proceso de contratación se identifican los siguientes códigos, los cuales reflejan la naturaleza integral del proyecto de infraestructura hospitalaria:

Clasificación UNSPSC	Segmento	Familia	Clase	Descripción	Justificación
72121400	72	12	14	Servicios de construcción de edificios públicos especializados	Corresponde al objeto principal del contrato, relacionado con la construcción de infraestructura hospitalaria como edificación pública especializada.
81101500	81	10	15	Ingeniería civil y arquitectura	Incluye actividades de estudios y diseños complementarios, coordinación técnica y

					desarrollo de ingeniería del proyecto.
72101500	72	10	15	Servicios de apoyo para la construcción	Comprende actividades auxiliares y logísticas requeridas durante la ejecución del proyecto.
72141100	72	14	11	Servicios de construcción de obras de urbanización	Incluye obras exteriores, accesos, redes externas y adecuación del entorno hospitalario.
72151200	72	15	12	Servicios de instalación de sistemas eléctricos	Instalación de redes eléctricas, subestaciones y sistemas de respaldo energético.
72151500	72	15	15	Servicios de instalación de sistemas hidráulicos y sanitarios	Comprende redes de agua potable, alcantarillado y sistemas sanitarios.
72151600	72	15	16	Servicios de instalación de sistemas de ventilación, aire acondicionado y climatización	Requerido para áreas hospitalarias que exigen control ambiental especializado.
72151700	72	15	17	Servicios de instalación de sistemas contra incendio	Incluye sistemas de detección, alarma y extinción conforme a normativa.
72151800	72	15	18	Servicios de instalación de sistemas de comunicaciones	Redes de voz, datos y cableado estructurado del hospital.
72154000	72	15	40	Servicios de instalación de ascensores y equipos de elevación	Equipos de transporte vertical indispensables para la operación hospitalaria.
95121700	95	12	17	Edificios y estructuras hospitalarias	Código complementario que representa el resultado final del proyecto (infraestructura hospitalaria), sin que implique cambio en la naturaleza del contrato como obra pública.

La selección de los anteriores códigos se encuentra alineada con el análisis del sector, el comportamiento del mercado proveedor y la estructura del gasto público en infraestructura, permitiendo identificar de manera adecuada los potenciales oferentes y garantizando condiciones de pluralidad y libre concurrencia.

Así mismo, la experiencia exigida a los proponentes se establece en atención a la naturaleza, alcance, complejidad técnica y nivel de criticidad del contrato a celebrar, el cual tiene por objeto la construcción de infraestructura hospitalaria bajo modalidad llave en mano. En este sentido, se requiere que los oferentes acrediten experiencia en la interventoría de proyectos de edificación institucional o de salud que involucren actividades de diseño, construcción, instalación de redes técnicas especializadas y puesta en funcionamiento, garantizando la idoneidad técnica y la capacidad para ejecutar un proyecto con esta tipología y complejidad.

8.1.2 Análisis Macroeconómico

De acuerdo con el informe de Política Monetaria[2] presentado por el Banco de la República en el mes de abril de 2026, se tiene que en el primer trimestre del año la inflación total (5,6 %) y la inflación básica (5,8 %, que excluye alimentos y regulados) aumentaron y se alejaron aún más de la meta del 3 %.

El nuevo pronóstico para diciembre de 2026 indica que la inflación aumentaría al 6,4 % y en 2027 retomaría su convergencia gradual hacia la meta. Como se anticipaba, en el primer trimestre la inflación anual se incrementó, en gran parte por los efectos del fuerte incremento del salario mínimo sobre los precios al consumidor.

Todos los grupos del índice de precios al consumidor (IPC) registraron aumentos en su variación anual, excepto el de regulados, con lo cual la inflación a marzo fue acorde con lo proyectado en enero.

Por componentes, la variación anual de los alimentos fue mayor de lo estimado por el comportamiento de los productos perecederos. En regulados, la variación anual resultó menor que la prevista, debido a reducciones más acentuadas en los precios de la energía, y a caídas no anticipadas en los precios del gas y la gasolina.

En el caso de los bienes, su incremento anual fue algo menor al previsto, debido, en parte, a la suspensión del Decreto de Emergencia Económica, que buscaba elevar el impuesto al valor agregado (IVA) a los licores y cigarrillos, y gracias a una menor tasa de cambio.

[2] Banco de la República. (2026, abril). Informe de Política Monetaria - abril de 2026. https://www.banrep.gov.co/es/publicaciones-investigaciones/informe-politica-monetaria/abril-2026

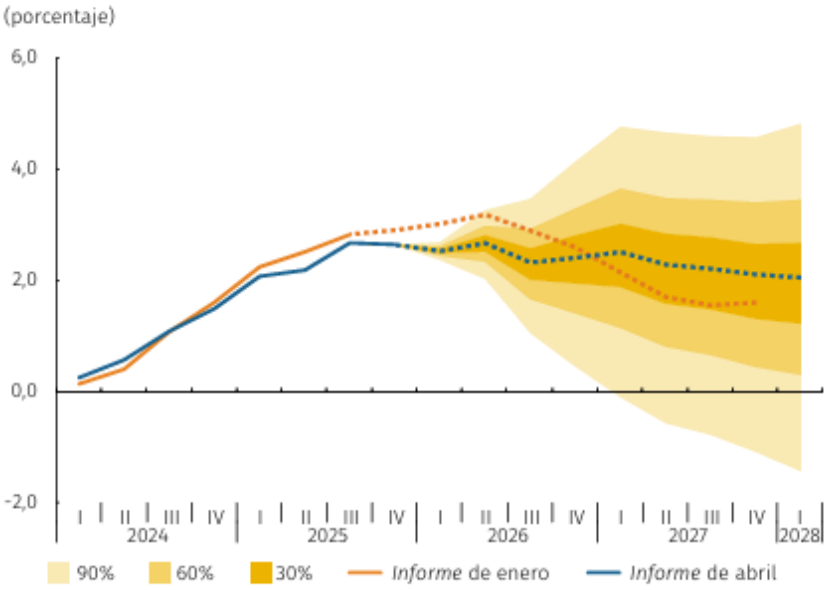
El aumento en el IPC de servicios también fue inferior al proyectado, debido a sorpresas a la baja en los arriendos y por aumentos en las comidas fuera del hogar, que, aunque significativos, fueron menores que los previstos. Esto ocurrió en un contexto en el cual los costos de algunos insumos para los restaurantes, como los servicios de electricidad y gas, han sorprendido a la baja, lo que pudo mitigar el impacto del aumento del salario mínimo y de los alimentos.

Al incorporar estas sorpresas en los pronósticos, la proyección de la inflación total y básica sugieren un sendero estimado de inflación para 2026 y 2027 similar al publicado en el Informe de enero. Frente al Informe anterior, se estima una brecha de tasa de cambio real algo más negativa, con presiones bajistas sobre los precios de origen importado, y una brecha de producto positiva e inferior para la mayor parte de 2026.

El pronóstico supone que no habrá aumentos adicionales en los precios internos de los combustibles y considera una producción de alimentos sin choques significativos de oferta, junto con una política monetaria activa que reacciona para que la inflación retome su convergencia a la meta del 3 %.

Así, para diciembre de 2026 se proyecta que las inflaciones total y básica se sitúen en el 6,4 % y en el 6,3 % (antes 6,3 % para ambas medidas), y para finales de 2027, en el 3,7 % y 3,8 %, respectivamente, sin cambios con respecto al Informe de enero. Estas proyecciones siguen enfrentando una elevada incertidumbre, asociada, principalmente, con la evolución del conflicto en el Medio Oriente y sus efectos sobre los precios internacionales de los bienes básicos y sobre la tasa de cambio; con la magnitud de los efectos del aumento del salario mínimo sobre los precios; con posibles condiciones climáticas adversas, y con los ajustes en los precios de bienes y servicios regulados.

Producto interno bruto, acumulado 4 trimestres[a/, b/, c/]
(variación anual)



a/ El gráfico presenta la distribución de probabilidad del pronóstico y su senda más probable para un horizonte a 8 trimestres. La densidad caracteriza el balance prospectivo de riesgos con áreas del 30%, 60% y 90% de probabilidad alrededor del pronóstico central (moda), mediante la combinación de las densidades del Patacon y el 4GM-LM.
b/ Series desestacionalizadas y ajustadas por efectos calendario.
c/ La distribución de probabilidad corresponde al ejercicio de pronóstico del *Informe* de abril.
Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

Por otra parte, los niveles de demanda interna superiores a la capacidad productiva de la economía, el aumento de las inflaciones total y básica, y unas expectativas de inflación elevadas indican la necesidad de encauzar la tasa de interés real de política monetaria hacia una senda compatible con la convergencia de la inflación a la meta del 3 %. El crecimiento del producto interno bruto (PIB) para finales de 2025 y los indicadores de actividad económica del primer trimestre de 2026 señalan que la expansión económica se habría moderado, aunque los niveles de gasto aún superan aquellos que se consideran sostenibles a largo plazo.

En 2025 el déficit externo como porcentaje del PIB se amplió, después de haberse ajustado en los dos años anteriores. En el mercado laboral, la tasa de desocupación mantiene niveles bajos respecto a su historia y el empleo muestra una tendencia creciente. Las inflaciones total y básica se incrementaron y se mantienen en niveles muy superiores a la meta. Estos comportamientos en la actividad económica, en el mercado laboral y en los precios indican la presencia de excesos de demanda, reflejados en una

brecha de producto positiva. Los pronósticos y expectativas de inflación siguen elevados, afectados por el fuerte incremento de los salarios.

A esto se suman riesgos inflacionarios importantes relacionados con la evolución de las condiciones financieras externas y con las presiones sobre los precios internacionales del gas y del petróleo, en un contexto de deterioro fiscal local. También se añade el aumento de la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno de El Niño hacia finales del año y el riesgo de un desanclaje persistente de las expectativas de inflación.

La perspectiva de un aumento de la inflación en 2026, la presencia de una demanda agregada que supera la capacidad productiva de la economía, y los riesgos al alza sobre la inflación, requieren una postura de la política monetaria que favorezca el retorno de la inflación a una tendencia decreciente y que busque la convergencia hacia la meta del 3 % en los siguientes dos años.

Ahora bien, frente a las proyecciones macroeconómicas plasmadas en el informe del Banco de la República, en cuanto al comportamiento de la inflación se tiene lo siguiente:

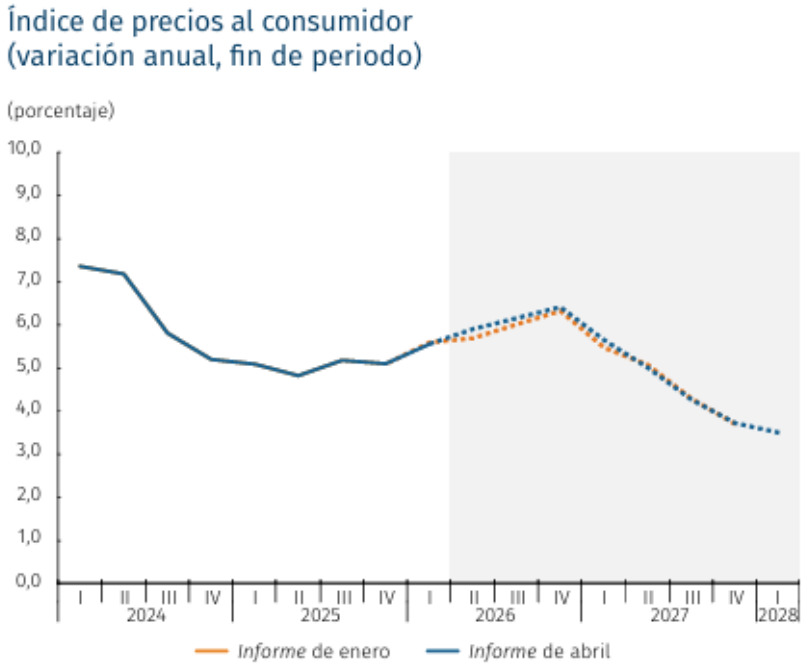
La inflación anual al consumidor continuaría aumentando en lo que resta del año, y a partir de 2027 retomaría una trayectoria de convergencia hacia la meta, como producto, en parte, de las acciones acumuladas de la política monetaria. La persistencia de presiones alcistas sugiriere que las inflaciones total y básica mantendrían una tendencia creciente durante el resto del año. En particular, en los próximos trimestres se espera que ambos indicadores continúen aumentando, como consecuencia de la transmisión del incremento del salario mínimo (23,2 % con auxilio de transporte) a los precios.

Al aumento también contribuiría la demanda agregada, que mantiene niveles crecientes y elevados, reflejados en una brecha del producto que permanecería en terreno positivo en 2026. Frente al Informe de enero, la senda de pronóstico de inflación se revisó ligeramente al alza en 2026 debido a múltiples choques. En primer lugar, los efectos del conflicto en Medio Oriente sobre los precios de algunos productos agropecuarios y sus insumos de producción, y sobre el precio del petróleo, lo que afecta los costos de transporte aéreo y marítimo. En segundo lugar, el choque de oferta transitorio que afectaría los precios de los alimentos en el segundo trimestre de 2026, asociado con algunos bloqueos viales registrados en abril. En tercer lugar, un mayor ajuste en las tarifas de servicios públicos (energía, agua, alcantarillado y recolección de basuras) y la escasez de componentes electrónicos que afectaría el precio de algunos bienes de tecnología. Finalmente, se sumarían los aumentos de los salarios (distintos del mínimo), que han venido siendo mayores a lo proyectado. Cabe mencionar que el pronóstico también incorpora el aumento de los precios de la gasolina realizado en abril (COP 400 por galón) e incrementos futuros en las tarifas de gas.

Estas fuentes alcistas serían parcialmente compensadas por las presiones desinflacionarias provenientes de la tasa de cambio, que se reflejan en una brecha de

tasa de cambio real que ahora se estima más negativa en buena parte del horizonte de pronóstico, en parte como resultado del choque positivo de los términos de intercambio, ya señalado. Es importante resaltar que el escenario central no supone condiciones climáticas adversas, ni cambios adicionales en el precio de la gasolina. Con todo esto, la inflación total anual se situaría en un 6,4 % al cierre de 2026, cifra ligeramente superior al 6,3 %.

Para 2027 se espera que la inflación se reduzca hasta el 3,7 %. La senda de convergencia hacia la meta en 2027 sería consecuencia, en parte, de las acciones acumuladas de la política monetaria, que propenden por la convergencia de la inflación a la meta del 3 %, y de la dilución parcial de los choques de oferta y demanda que estarían afectando algunos precios.



Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

Para la actividad económica, el Banco de la República indica lo siguiente:

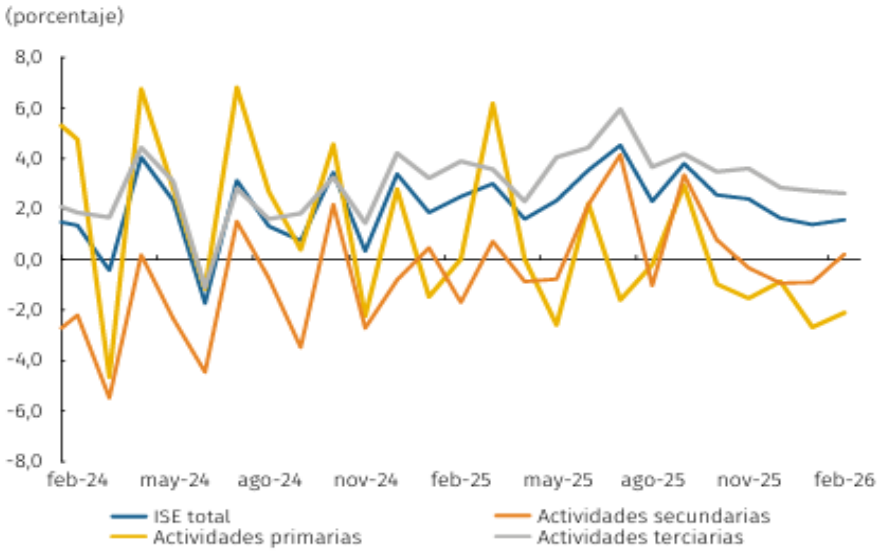
A finales de 2025 y comienzos de 2026 la economía colombiana habría enfrentado diversos choques negativos, que llevaron a una revisión a la baja del pronóstico del crecimiento del PIB para el primer trimestre de 2026. Algunos de estos choques serían transitorios. Los indicadores disponibles sugieren que la actividad económica habría registrado un crecimiento anual del 2,1 %, resultado similar al observado al cierre de 2025

En términos trimestrales, esto equivale a una expansión del 1,5 % (trimestral anualizada: t. a.), de acuerdo con las series desestacionalizadas y ajustadas por efecto calendario (DAEC). Este pronóstico representa una reducción frente a lo estimado en el Informe de enero (3,2 %), explicada, principalmente, por las revisiones históricas realizadas por el DANE sobre los niveles del PIB del año anterior y por los efectos adversos de algunos choques, principalmente de oferta, que habrían afectado el desempeño de varios sectores durante este periodo.

Entre las medidas que respaldan este resultado se destaca el indicador de seguimiento a la economía (ISE), el cual mostró, en el bimestre enero-febrero, un crecimiento anual del 1,5 %, impulsado por el buen comportamiento de las actividades terciarias, en particular la administración pública, la salud y la educación; las actividades artísticas, y el comercio interno. Este resultado contrasta con el débil desempeño de las ramas primarias y secundarias, que continuarían registrando caídas anuales. Cabe señalar que la actividad económica del primer trimestre habría estado afectada por choques, entre los que se cuentan las inundaciones en distintas regiones del país asociadas con el fenómeno de La Niña, la intermitencia en los procesos productivos de algunas plantas industriales y los incrementos en los aranceles de importación desde ciertos países, entre otros factores.

La demanda interna habría continuado expandiéndose durante los primeros meses del año, aunque a un ritmo inferior al observado en gran parte de 2025, como resultado, en buena medida, de un menor crecimiento anual del consumo. En el primer trimestre de 2026 la demanda interna se habría desacelerado anualmente, pero ubicándose por encima del nivel registrado al cierre del año anterior, con un crecimiento anual del 1,9 %. Esta dinámica habría estado explicada, principalmente, por el comportamiento del consumo, el componente de mayor peso dentro de este agregado, cuya variación anual habría sido inferior a la registrada en el cuarto trimestre. La inversión habría continuado retrocediendo en términos anuales, aunque lo habría hecho a un ritmo algo menor que al final de 2025 como resultado, en parte, de una recuperación en los niveles de la inversión fija frente al cuarto trimestre del año anterior.

ISE total y por sectores de actividad[a/, b/]
(variación anual)



a/ Series desestacionalizadas y ajustadas por efectos calendario.
b/ Actividades primarias: agricultura, caza, silvicultura y pesca; y explotación de minas y canteras. Actividades secundarias: industrias manufactureras y construcción. Actividades terciarias: suministro de electricidad, gas y agua; comercio, reparación, transporte y alojamiento; información y comunicaciones; actividades financieras y de seguros; actividades inmobiliarias; actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo; administración pública y defensa, educación y salud; actividades artísticas y de entretenimiento.
Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

El consumo total habría mantenido una dinámica favorable, impulsado por un alto crecimiento del consumo público, mientras que el consumo privado habría continuado desacelerándose. En el primer trimestre el consumo total se habría desacelerado en términos anuales frente al cierre de 2025 al 3,5 %, aunque seguiría siendo un crecimiento superior al del PIB. Este resultado habría obedecido a la desaceleración del consumo privado, cuyo crecimiento anual se estima en un 2,4 %. Se prevé que la mayoría de los componentes del consumo privado haya crecido tanto trimestral como anualmente, siendo los bienes durables y semidurables los más dinámicos, impulsados por el gasto en vehículos, motocicletas, electrodomésticos, equipos de informática, vestuario y calzado.

No obstante, ambos segmentos habrían mostrado disminuciones en su crecimiento anual. El consumo de servicios habría continuado expandiéndose de manera gradual, sostenido, principalmente, por el gasto en entretenimiento y juegos de azar. En contraste, el consumo de bienes no durables habría mostrado un estancamiento frente al año anterior, explicado por una menor oferta de alimentos perecederos, asociada con el comportamiento cíclico de la producción agropecuaria y con las afectaciones

climáticas sobre diversos cultivos. La desaceleración del consumo privado se daría en un contexto de menores contribuciones de factores que impulsaron el ingreso disponible de los hogares durante 2025, como las remesas y el ingreso cafetero, cuyos crecimientos se habrían moderado a comienzos de 2026.

Aun así, el consumo privado seguiría ubicándose en niveles históricamente altos. Por su parte, el consumo público habría registrado un crecimiento anual del 7,3 %, superior al observado al cierre de 2025, consolidándose como el componente más dinámico de la demanda, en un contexto de un déficit fiscal primario históricamente elevado. Este comportamiento incorporaría el gasto asociado con la organización electoral, que habría impulsado este rubro en el primer trimestre y lo haría también en el segundo.

Respecto al crecimiento de la inversión habría permanecido limitado por el débil desempeño de la inversión en construcción. Durante el primer trimestre la formación bruta de capital fijo se habría situado por encima de los niveles del trimestre anterior, con un crecimiento anual cercano al 2,1 %. Por componentes, la inversión en maquinaria y equipo habría crecido tanto trimestral como anualmente, en línea con el comportamiento de las importaciones de bienes de capital, especialmente las de equipo de transporte y bienes de capital para la industria, según datos preliminares a marzo.

En contraste, la inversión en vivienda habría retrocedido tanto en términos trimestrales como anuales, acorde con los continuos deterioros de las iniciaciones de construcción de edificaciones residenciales y el consecuente menor ritmo de terminación de obras, en un entorno de menor disponibilidad de subsidios para la compra de vivienda, el aumento de las tasas de interés de largo plazo desde principios de 2025 y los mayores desistimientos observados. Para la inversión en otros edificios y estructuras se espera una reducción en niveles, aunque con un crecimiento anual explicado por una baja base de comparación, sin que se anticipe un desempeño sobresaliente de ninguno de sus subcomponentes.

Las obras civiles continuarían limitadas por el segmento vinculado a la minería, pese al aporte de proyectos viales locales y nacionales —entre ellos las vías 5G y el metro de Bogotá— y de las adiciones presupuestales destinadas a mitigar las afectaciones del invierno, principalmente en la costa norte del país. De forma similar, el segmento no residencial habría seguido registrando caídas trimestrales y anuales. Finalmente, la formación bruta de capital total, que incluye la discrepancia estadística y la variación de existencias, habría aumentado de manera significativa en términos trimestrales (18,3 % t. a.), aunque aún mostraría una contracción anual importante (-6,1 %).

8.2. ANÁLISIS DE INDICADORES CAPACIDAD FINANCIERA Y DE CAPACIDAD ORGANIZACIONAL (REQUISITOS HABILITANTES)-CUANDO APLIQUEN:

8.2.1. Índices de capacidad financiera y organizacionales para Interventoría de Obra Pública de Infraestructura Social

Con el objetivo de establecer requisitos mínimos habilitantes de capacidad financiera y organizacional que sean proporcionales a las diferentes condiciones (presupuesto, plazo, etc) de los procesos de selección de concurso de méritos para contratar los servicios de interventoría de obra pública para infraestructura social que adelanten las Entidades, se establecieron indicadores de acuerdo con el presupuesto oficial del proceso de contratación, con base en los siguientes rangos de presupuesto definidos de conformidad con la matriz de experiencia estructurada para la presente versión de los pliegos tipo:

Rango 1		Rango 2	
>0	<1.000	>= 1.000	-

(Cifras expresadas en SMMLV)

De acuerdo con lo anterior, para cada uno de los rangos se establecieron indicadores de capacidad financiera y organizacional los cuales deberán ser solicitados por las Entidades en procesos de contratación de licitación de obra pública de infraestructura de social de acuerdo al rango en el cual se encuentre el presupuesto oficial.

8.2.1.1. Índices de capacidad financiera y organizacionales para Mipyme.

El Proponente persona natural o jurídica que demuestre la condición de Mipyme de conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.2.4.2.4. del Decreto 1082 de 2015, en concordancia con el parágrafo del artículo 2.2.1.13.2.4 del Decreto 1074 de 2015 o las normas que los modifiquen, sustituyan o complementen, probará los siguientes indicadores:

Indicador	Valor concertado Rango 2 >= 1.000
Índice de liquidez	≥ 1,2
Índice de endeudamiento	≤ 0,70
Razón de cobertura de intereses	≥ 1

Indicador	Valor concertado Rango 2 >= 1.000
Capital de trabajo	1.487.931.441
Rentabilidad del patrimonio	≥ 0,03
Rentabilidad del activo	≥ 0,02

Tratándose de Proponente Plurales estos indicadores solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de Mipyme de conformidad con lo previsto en el artículo en el artículo 2.2.1.2.4.2.4. del Decreto 1082 de 2015, o la normas que los modifiquen, sustituyan o complementen, y tienen una participación igual o superior al diez por ciento (10 %) en el Consorcio o en la Unión Temporal.

Para acreditar la calidad de Mipyme el Proponente entregará copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.

8.2.1.2. Índices de capacidad financiera y organizacionales para los demás Proponentes

Los Proponentes que **NO** demuestren la condición de Mipyme de conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.2.4.2.4. del Decreto 1082 de 2015, en concordancia con el parágrafo del artículo 2.2.1.13.2.4 del Decreto 1074 de 2015 o las normas que los modifiquen, sustituyan o complementen, acreditarán los siguientes indicadores:

Indicador	Valor concertado Rango 2
Índice de liquidez	≥ 1,3
Índice de endeudamiento	≤ 0,70
Razón de cobertura de intereses	≥ 1

Indicador	Valor concertado Rango 2
Capital de trabajo	1.487.931.441
Rentabilidad del patrimonio	≥ 0,04
Rentabilidad del activo	≥ 0,03

8.2.2. CAPITAL DE TRABAJO

Para el Proceso de Contratación los Proponentes deberán acreditar:

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

Donde,

CT = Capital de trabajo
AC = Activo corriente
PC = Pasivo corriente
CTd = Capital de Trabajo demandado (requerido) para el proceso que presenta la propuesta

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

$$CT \geq CTd$$

<u>Capital de trabajo demandado (requerido):</u>

La determinación del capital de trabajo demandado (requerido), que es una medición de los recursos que se requieren para apalancar las necesidades contractuales equivalentes a una cantidad (n) de meses, se hará de acuerdo con la siguiente tabla, conforme con el plazo estimado de ejecución del proceso de selección:

Plazo estimado de ejecución del proceso de selección		Meses de apalancamiento
>= (meses)	< (meses)	

12	24	**3**
24	36	**4**
36	48	**5**
48	60	**6**
60	72	**7**
72	84	**8**
84	96	**9**
96	108	**10**
108	120	**11**
120	-	**12**

El cálculo del capital de trabajo demandado se hará de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$CTd = \left(\frac{\text{POE} - \text{Anticipo o Pago anticipado}}{\text{Plazo estimado de ejecución del contrato (en meses)}}\right) * n$$

Donde,

CTd =Capital de Trabajo demandado para el proceso que presenta propuesta
POE = Presupuesto oficial estimado
n= meses de apalancamiento

En tal virtud, el cálculo del CTd se realiza de la siguiente manera:

POE: $13.391.382.966,19
Plazo estimado de ejecución del contrato en meses: 54 meses
n= 6 meses

CTd: 13.391.382.966,19 / 54 * 6
CTd: 1.487.931.441

En ningún caso el capital de trabajo requerido excederá el valor del Presupuesto Oficial.

Siendo Proponente Plural el indicador debe calcularse así:

$$\text{CTproponente plural} = \sum_{i=1}^{n} CT_i$$

Donde n es el número de integrantes del Proponente Plural (Unión Temporal o Consorcio).
Componente 1 del indicadori) (∑ni=1Componente 2 del indicadori) Indicador =(∑i=1nC omponente 1 del indicadori) (∑i=1nComponente 2 del indicadori) *n*
es el número de integrantes del Proponente Plural (Unión Temporal o Consorcio).

9. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Con el propósito de definir las condiciones del mercado y el costo de la necesidad, se procede a ubicar las diferentes fuentes de información, así:

9.1. GASTO HISTÓRICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL FUENTE INTERNA-:

Teniendo en cuenta que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL es una entidad de reciente creación y entrada en operación, a la fecha no cuenta con antecedentes contractuales propios que permitan estructurar un análisis de gasto histórico interno para el objeto del presente proceso.

9.2. GASTO HISTÓRICO-FUENTE EXTERNA:

En consecuencia, y en aplicación de los lineamientos de la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente, se realizó un análisis de procesos contractuales similares a través de la plataforma SECOP II, con el fin de identificar referencias del mercado en proyectos de infraestructura bajo modalidad llave en mano, particularmente en el sector salud.

De manera complementaria y dando aplicación a la Guía para la elaboración de Estudios del Sector generada por la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente, se consultó la herramienta de datos abiertos del SECOP, con el fin de identificar la contratación de proyectos de infraestructura bajo modalidad de licitación pública para obra pública e infraestructura hospitalaria, evidenciando lo siguiente:

Entidad	Referencia del Proceso o número de contrato	Descripción del Procedimiento u objeto	URL Proceso
CENTRAL ADMINISTRATIVA ESPECIALIZADA INGENIEROS	223-CMA-CENACINGENIEROS-2024	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA,	https://www.secop.gov.co/CO1BusinessLine/Tendering/ContractNoticeView/Index?prevCtxLbl=Buscar+procesos&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%

CENAC INGENIEROS		AMBIENTAL, JURIDICA Y CONTABLE PARA EL CONTRATO DE OBRA QUE RESULTE DEL DE LICITACIÓN PUBLICA No. 204-LPOP-CENACINGENIEROS 2024 CUYO OBJETO ES: "LLAVE EN MANO" DE LA EJECUCION DE LAS OBRAS NUEVAS A NIVEL NACIONAL DEL PROYECTO DE ESTUDIOS, DISEÑOS, TRAMITE DE PERMISOS, LICENCIAS, CONSTRUCCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL RANCHO DE TROPA PEQUEÑO (CAP. 330 PERSONAS) DE UN (01) PISO A DESARROLLARSE EN EL BATALLÓN DE INFA	2fCO1BusinessLine%2fTendering%2fContractNoticeManagement%2fIndex&notice=CO1.NTC.6357534
ALCALDÍA MUNICIPIO DE NUQUÍ	MN-CMA- 004 DE 2026	INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, CONTRACTUAL, SOCIAL, AMBIENTAL, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA MN LOP 002 DE 2026 CUYO OBJETO CONSISTE EN "CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE DONDE FUNCIONARÁ EL PROGRAMA CONSTRUYENDO SUEÑOS EN UN TERRITORIO DE PAZ EN EL MUNICIPIO DE NUQUÍ CHOCÓ	https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=26-15-14765542&g-recaptcha-response=0cAFcWeA52P4BBSpv5lwgtGfSPo_qju8vWHH8F3qTJo-bAubBwDseCSXCuakFb3v2a0EJ7QNsYdsNs7-pILpVNsdGXj_RjmPr_7QktqTwiyU4-R-z60VASsUXhKsR71C9AmKK4yU6mnzfJi3mg49Up1hzbSKpZD-UEepk-SnhYaM5Y1OPVeBqNK4Tyi_IDepJLt4I4RRMjj9gdQQO6uy9r_3RFSIf9oRUpaRFEEyIkNUCe8IwwTBA56qXYObbUoG-qqeAnMsGhq8uC2pCBFuNEE-

			ggEVMvdaMUhNshDSSwM0mqihK2R8kselhkyx7GgIIZ4WgYQFA-x1lGndZMMu6vbtyopU8wP-HcgGtkmuWyR3xD-dm2jFqGfxsXLNWQU4JI_3-oH0CcSSs25RHBogchEabXtuCHmJymrIpUayKs5LitqtzBSmFesLPUVV0A5Tfwzyj3LXcGhAC8d781JZQBsYach5hgIMGQdkJTcCvooY4pJ5LsCvcYZ-kFGdNoHYzxF3-0DqMqOrkmsj2sO-ZIB6vtqa-xeIr414EQSApnI48Fw-zhiXuEEfZQaaniRXlToDv9mZdIlcLNSMZams-ClXM4vdu3lE7jDLMQKbXXgiNDcULvMmpP6Km62l7oVPc6dz8hRT21vrCV-Jp7vcIG84bUjE2Mi0sbSq5AcBdZCSheVsJyZ0HAAwJGTxrVOmkf8go2Ru8dNdOg6UwTVsY6ucC9wCEt8RZhX08f4lhM-kdaSzvXMwQkIKrVTe_rIYZugrRhweyTi3uzjbdlTmkK4dIgYgIO_2VMwF3ded7KiAVLLJRg1rygxOx5awJlrJY5mY_F3ZzGeU3F5WxBTvjH50tEh7suEtMAhJP1Pt0xNWWYz1EaOUBuyruIXIVm0RyiaZ83wD8Gvq8n-rfb3SpV7izpCGiYP0VNDDX-9paJ7hUHPZ6h13tZ9MDRgtq_CL9Ms2WInr6l9uJROwyiZx_tD15wN0MbJP_wVQrQLxFG8KMsp_xfnf5bWUmCNj7fsvcK2o2YIn8BPaV_HiYSaUrQR_Aa4OUdlsE_ohRTeoBvvKFw3nZ6X0Awy62FLkNFUeoMO_B7q05bS8I7AvMSOJHhrmBwpVsVuwg3Rwf9BshJwdvGL5uleDFlOlP00h9o_HXHXgnYN3VJS3XFhMH0tSHIII4Yz0x8BMQafe1DiuQuQnP1p-9rSJ-9bVHKNJuNb2y_JFmTcwmT3

			pACM5bn9I-sJdlrGZT8seSGFF1pE-fxxSAX-UFke3sead31f8vJFnlhSCuPXLYTFNuaOo1RAzWkg1iAMmMRrAtBKyU_s_SZPq5Z_NUyqEjEtR4ugIOJyVlSIQQjJT-pLRbnM14ZEPHQnB6rZlb2CFhz8w
ALCALDÍA MUNICIPIO DE CONVENCIÓN	CM-001-2026	INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA EL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES "MEJORAMIENTO Y ADECUACION DEL POLIDEPORTIVO EN EL CORREGIMIENTO DE LA TRINIDAD, MUNICIPIO DE CONVENCION, NORTE DE SANTANDER	https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=26-15-14628425&g-recaptcha-response=0cAFcWeA4ft4NpE_WYOd8z-BHJfvdfcifFTX14vAD-fYB6Od-H-HBKyhj-80lCifd8HRvR7zOnGQkTQXpa_ZATt1_86yQXBfd3u0WvdKzBQtHdwKBhubqXo11vqll7tAck8yWHRTfrTVt60R_fYIcT-Zecd4b3sQRfe8n4J_zlym1mnZR5dphHZEfWy5856EpzxpWsoU8Ev_Zupcn-wnRbaemMRpwitwlzXZhBcEUArlrHTvQvhQCazGaDEP4S34rvkIh-0dRHIs-_KFcRmARd6R3hoEnKOlstBa4wl7JYZ7lfgXo7QoKdHucnm9jRVM0Ds0VBVRbconKyqOhXRqnJfukPXrLep5vml9s4Zo2dpOzacDn7oiW-t2O0E7stKc_6md5R2pHnVXlKwbpolRve3Ro7JC16J842YfLz-3gWMpKkuge67awbPQ9jwC2UE7PgqI9Xu3_VGKnpO87grMKI4cdkWsxHR8lQcqiQcheFIwKwRg6HIU6b8HbEyO_AdmR9-MSlCYrlLvyz-MRAkdZbNNq3HKXYOif7VsQxquA17XaF7W3vzoQOZ2azjENJZR6SmGt3vfiiNcDQ9J8EZkLIdxYDd-QNJhAh2wQqASo4lnpn8yjHeT6bYIx4w9ix5qqKz2mkiAYHxJ

			OI-QAlqZMPgtN0GxpRO8gUmvSGYpOFHoAI9-Rzp3PaJV1mlc-EI8xFj6ugnNK4jdPMEjGty3BISO-tD3oKR2xnzE5uk7pTE6dooUtwHmh9MTjWXrziW0pWDxiB0nX4BzhmX0iyJkIOqCo83xb_1OU8IgMhqGQ04dBw21SiOXZmmj7v5E6IuglElsTi6tLH_7XIoSMRk1xceDDc2JTWGyvZ_CKm3gOikc5zZq0-fNquMsGuXNAI387BsKixDGeZ4Owp

Del análisis de la información disponible en los datos abiertos del SECOP, así como de los procesos de contratación verificados en la plataforma, se concluye que:

- La contratación de interventoría de proyectos de infraestructura se realiza predominantemente mediante la modalidad de concurso de méritos abierto, lo cual resulta consistente con la naturaleza, cuantía y complejidad del presente proceso contractual.
- Las entidades territoriales y nacionales han adelantado procesos comparables en términos de objeto, alcance y modalidad, lo cual permite identificar la existencia de un mercado proveedor activo, con experiencia y capacidad para la ejecución de este tipo de proyectos.
- Los procesos analizados, correspondientes a infraestructura hospitalaria y adecuaciones institucionales, reflejan condiciones de competencia y participación acordes con las prácticas del mercado público, lo que contribuye a validar la estructuración del presente proceso.

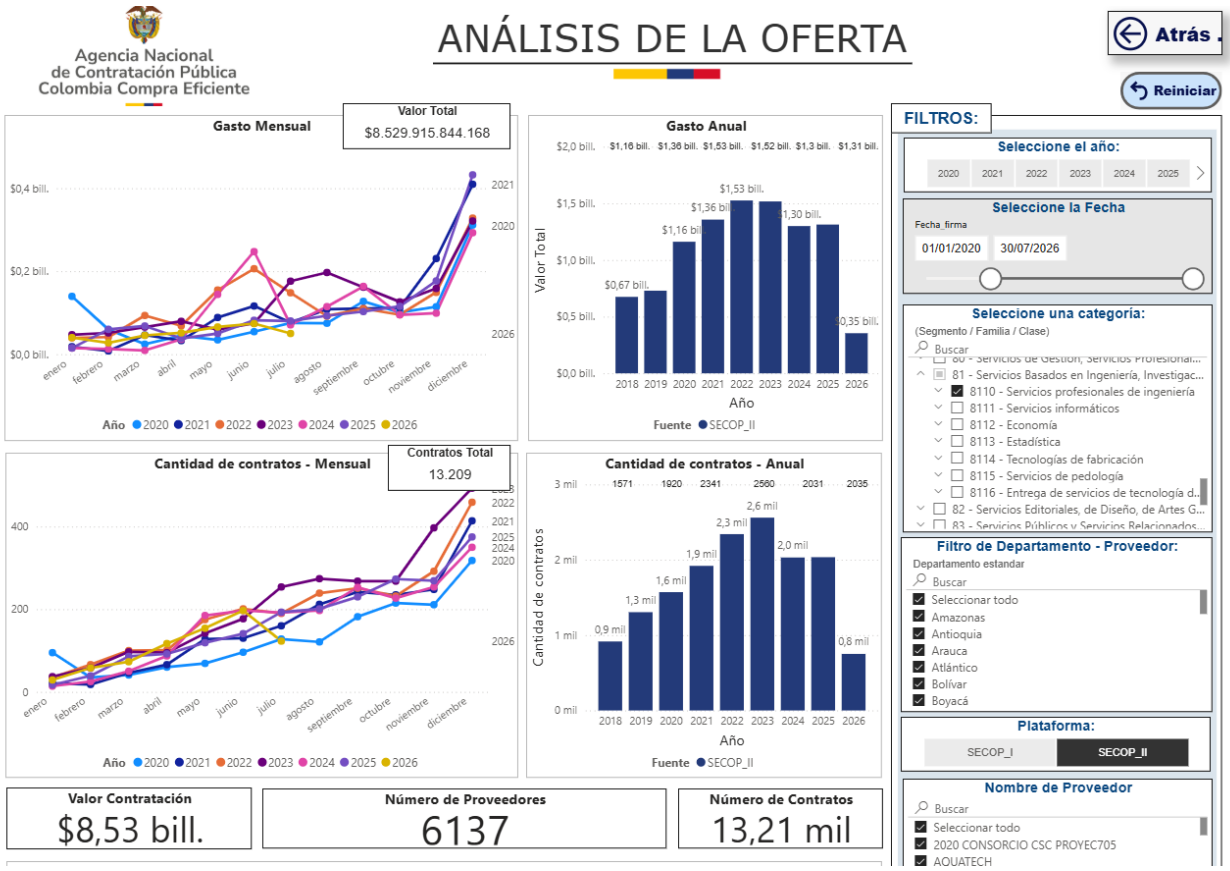
En consecuencia, el análisis de datos abiertos del SECOP complementa el estudio del sector, permitiendo evidenciar la dinámica de la contratación pública en el país y soportar la pertinencia, viabilidad y coherencia del proceso contractual que se pretende adelantar.

9.3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

Para dar inicio al análisis de la oferta el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil consultó la herramienta de análisis de demanda del Modelo de Abastecimiento Estratégico de Colombia Compra Eficiente, desde el año 2020 al 30 de julio del presente año bajo el siguiente código UNSPSC: 81101500 – Servicios Profesionales de Ingeniería para la interventoría del contrato de CONSTRUCCIÓN BAJO LA MODALIDAD LLAVE EN

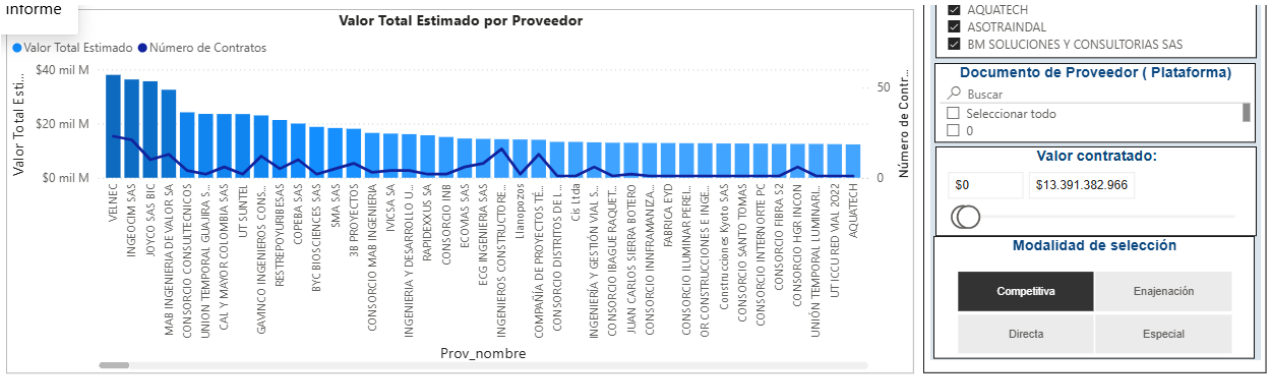
MANO DEL PROYECTO DENOMINADO HOSPITAL DE PAZ EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL EN EL DEPARTAMENTO DEL META del presente proceso de contratación.

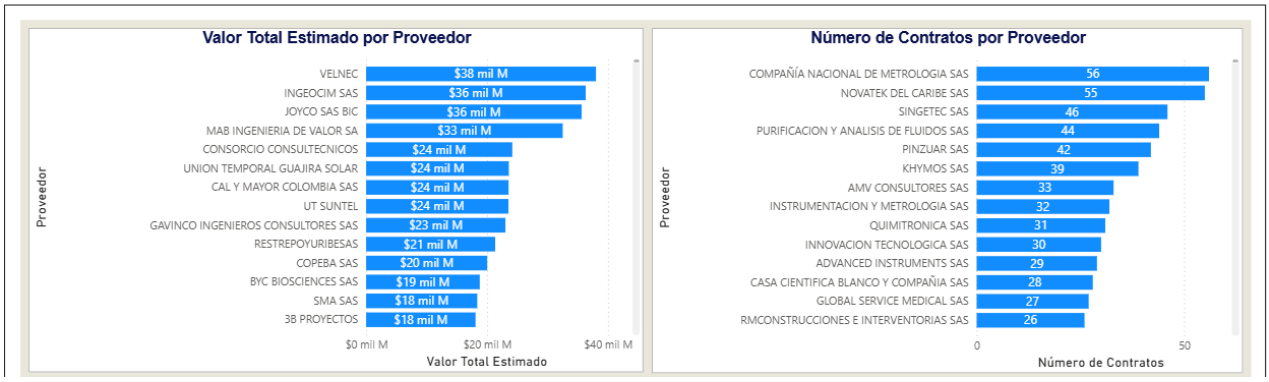
Una vez realizada la consulta en el Modelo de Abastecimiento Estratégico dispuesto por la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente y aplicando los filtros correspondientes de valor estimado de la contratación de la interventoría por la suma de $13.391 millones, en el rango histórico del periodo 2020 – 2026 y con modalidad de selección competitiva, la herramienta arroja los siguientes resultados desde la oferta:



Un gasto mensual total por la suma de $8.53 billones, un gasto anual agregado en la vigencia 2022 como el de mayor valor por 1.53 billones y un número de contratos de 13.210 siendo la vigencia 2023 la de mayor número de contratos con 2.560

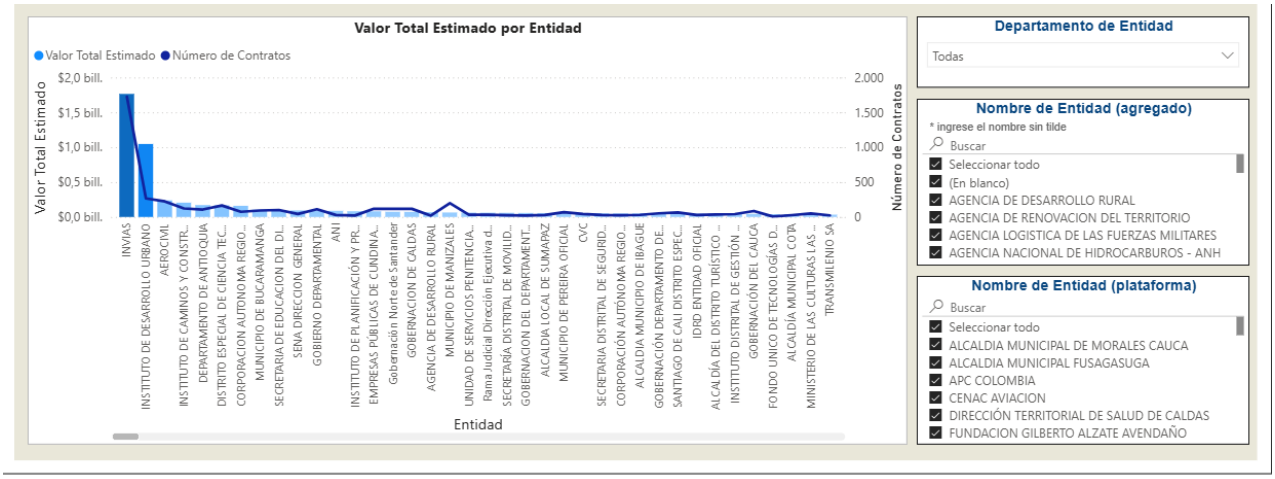
Frente al valor total estimado por proveedor en el periodo observado, se tiene que por valor estimado y número de contratos se tiene el siguiente resultado:





Por valor total estimado por proveedor la firma VELNEC es la que, por valor ocupa el primer lugar con 38.026 millones y por número de contratos por proveedor, la firma Compañía Nacional de Metrología SAS con 56 contratos.

En cuanto al valor total estimado por entidad, el INVIAS con un valor de 1.7 billones y 1724 contratos ocupa el primer lugar luego de los filtros realizados.



Finalmente, para el periodo 2020 – 2026 el agregado por valor y número de contratos de servicios profesionales de ingeniería es el siguiente:

Comportamiento contratación por bienes y servicios de UNSPSC

Año	2025		2026		Total		
Clasificador de Bienes y Servicios - Familia	Participación	Contratos	Valor	Participación	Contratos	Valor	Participación
8110 - Servicios profesionales de ingeniería	27 15,40%	751	$354.202.026.594	4,15%	13209	$8.529.915.844.168	100,00%
811015 - Ingeniería civil	52 9,73%	570	$282.006.870.287	3,31%	8696	$5.920.714.476.819	69,41%
811016 - Ingeniería mecánica	25 0,22%	9	$8.155.817.450	0,10%	260	$132.632.397.544	1,55%
811017 - Ingeniería eléctrica y electrónica	01 0,97%	124	$28.687.854.664	0,34%	2871	$781.119.149.162	9,16%
811018 - Ingeniería química	14 0,00%	1	$61.200.000	0,00%	50	$4.541.420.650	0,05%
811019 - Ingeniería de petróleos y gas	00 0,00%				6	$724.741.800	0,01%
811020 - Ingeniería de minas					3	$713.173.094	0,01%
811021 - Ingeniería de océanos	09 0,08%				2	$6.996.356.627	0,08%
811022 - Ingeniería de transporte	15 4,16%	37	$32.831.775.760	0,38%	1103	$1.557.793.346.588	18,26%
811023 - Ingeniería aeronáutica					9	$10.562.884.770	0,12%
811024 - Ingeniería de transmisión de energía eléctrica	44 0,01%				30	$20.227.481.107	0,24%
811025 - Servicios de permisos					13	$284.478.639	0,00%
811026 - Servicios de muestreo	98 0,05%	5	$91.899.005	0,00%	53	$16.786.544.438	0,20%
811027 - Servicios de diseño e ingeniería de sistemas instrumentados de control	69 0,16%	5	$2.366.609.428	0,03%	113	$76.819.392.930	0,90%
Total	27 15,40%	751	$354.202.026.594	4,15%	13209	$8.529.915.844.168	100,00%

Como conclusión del análisis de la oferta, es posible concluir que en el mercado existen proveedores de los servicios clasificados bajo el código UNSPSC: 81101500.

Análisis Macroeconómico

De acuerdo con el informe de Política Monetaria presentado por el Banco de la República en el mes de abril de 2026, se tiene que en el primer trimestre del año la inflación total (5,6 %) y la inflación básica (5,8 %, que excluye alimentos y regulados) aumentaron y se alejaron aún más de la meta del 3 %.

El nuevo pronóstico para diciembre de 2026 indica que la inflación aumentaría al 6,4 % y en 2027 retomaría su convergencia gradual hacia la meta. Como se anticipaba, en el primer trimestre la inflación anual se incrementó, en gran parte por los efectos del fuerte incremento del salario mínimo sobre los precios al consumidor.

Todos los grupos del índice de precios al consumidor (IPC) registraron aumentos en su variación anual, excepto el de regulados, con lo cual la inflación a marzo fue acorde con lo proyectado en enero.

Por componentes, la variación anual de los alimentos fue mayor de lo estimado por el comportamiento de los productos perecederos. En regulados, la variación anual resultó menor que la prevista, debido a reducciones más acentuadas en los precios de la energía, y a caídas no anticipadas en los precios del gas y la gasolina.
En el caso de los bienes, su incremento anual fue algo menor al previsto, debido, en parte, a la suspensión del Decreto de Emergencia Económica, que buscaba elevar el impuesto al valor agregado (IVA) a los licores y cigarrillos, y gracias a una menor tasa de cambio.

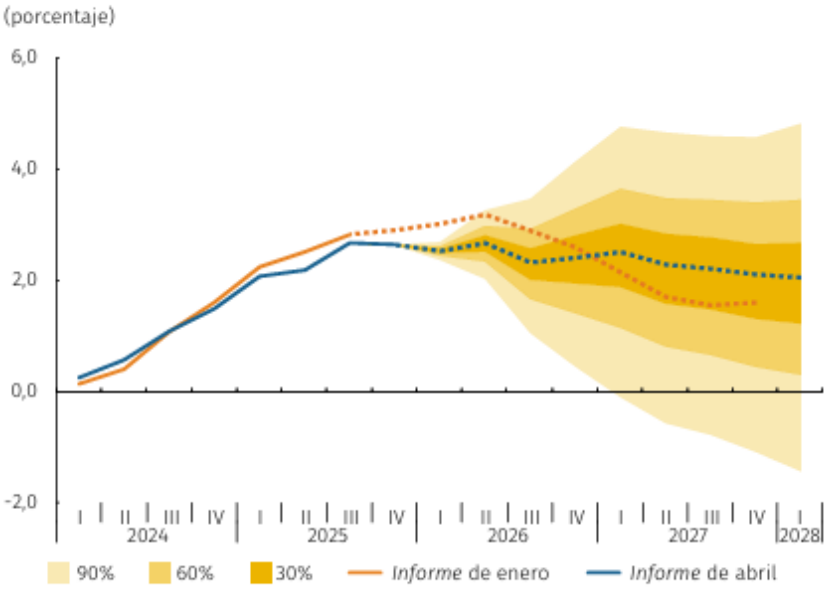
El aumento en el IPC de servicios también fue inferior al proyectado, debido a sorpresas a la baja en los arriendos y por aumentos en las comidas fuera del hogar, que, aunque significativos, fueron menores que los previstos. Esto ocurrió en un contexto en el cual los costos de algunos insumos para los restaurantes, como los servicios de electricidad y gas, han sorprendido a la baja, lo que pudo mitigar el impacto del aumento del salario mínimo y de los alimentos.

Al incorporar estas sorpresas en los pronósticos, la proyección de la inflación total y básica sugieren un sendero estimado de inflación para 2026 y 2027 similar al publicado en el Informe de enero. Frente al Informe anterior, se estima una brecha de tasa de cambio real algo más negativa, con presiones bajistas sobre los precios de origen importado, y una brecha de producto positiva e inferior para la mayor parte de 2026.

El pronóstico supone que no habrá aumentos adicionales en los precios internos de los combustibles y considera una producción de alimentos sin choques significativos de oferta, junto con una política monetaria activa que reacciona para que la inflación retome su convergencia a la meta del 3 %.

Así, para diciembre de 2026 se proyecta que las inflaciones total y básica se sitúen en el 6,4 % y en el 6,3 % (antes 6,3 % para ambas medidas), y para finales de 2027, en el 3,7 % y 3,8 %, respectivamente, sin cambios con respecto al Informe de enero. Estas proyecciones siguen enfrentando una elevada incertidumbre, asociada, principalmente, con la evolución del conflicto en el Medio Oriente y sus efectos sobre los precios internacionales de los bienes básicos y sobre la tasa de cambio; con la magnitud de los efectos del aumento del salario mínimo sobre los precios; con posibles condiciones climáticas adversas, y con los ajustes en los precios de bienes y servicios regulados.

Producto interno bruto, acumulado 4 trimestres[a/, b/, c/]
(variación anual)



a/ El gráfico presenta la distribución de probabilidad del pronóstico y su senda más probable para un horizonte a 8 trimestres. La densidad caracteriza el balance prospectivo de riesgos con áreas del 30%, 60% y 90% de probabilidad alrededor del pronóstico central (moda), mediante la combinación de las densidades del Patacon y el 4GM-LM.
b/ Series desestacionalizadas y ajustadas por efectos calendario.
c/ La distribución de probabilidad corresponde al ejercicio de pronóstico del *Informe* de abril.
Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

Por otra parte, los niveles de demanda interna superiores a la capacidad productiva de la economía, el aumento de las inflaciones total y básica, y unas expectativas de inflación elevadas indican la necesidad de encauzar la tasa de interés real de política monetaria hacia una senda compatible con la convergencia de la inflación a la meta del 3 %. El crecimiento del producto interno bruto (PIB) para finales de 2025 y los indicadores de actividad económica del primer trimestre de 2026 señalan que la expansión económica se habría moderado, aunque los niveles de gasto aún superan aquellos que se consideran sostenibles a largo plazo.

En 2025 el déficit externo como porcentaje del PIB se amplió, después de haberse ajustado en los dos años anteriores. En el mercado laboral, la tasa de desocupación mantiene niveles bajos respecto a su historia y el empleo muestra una tendencia creciente. Las inflaciones total y básica se incrementaron y se mantienen en niveles muy superiores a la meta. Estos comportamientos en la actividad económica, en el mercado laboral y en los precios indican la presencia de excesos de demanda, reflejados en una

brecha de producto positiva. Los pronósticos y expectativas de inflación siguen elevados, afectados por el fuerte incremento de los salarios.

A esto se suman riesgos inflacionarios importantes relacionados con la evolución de las condiciones financieras externas y con las presiones sobre los precios internacionales del gas y del petróleo, en un contexto de deterioro fiscal local. También se añade el aumento de la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno de El Niño hacia finales del año y el riesgo de un desanclaje persistente de las expectativas de inflación.

La perspectiva de un aumento de la inflación en 2026, la presencia de una demanda agregada que supera la capacidad productiva de la economía, y los riesgos al alza sobre la inflación, requieren una postura de la política monetaria que favorezca el retorno de la inflación a una tendencia decreciente y que busque la convergencia hacia la meta del 3 % en los siguientes dos años.

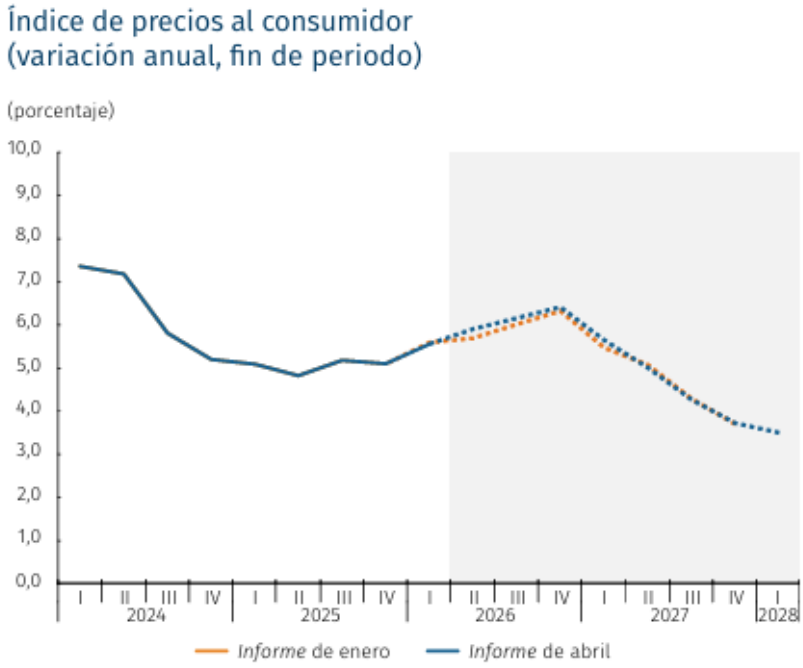
Ahora bien, frente a las proyecciones macroeconómicas plasmadas en el informe del Banco de la República, en cuanto al comportamiento de la inflación se tiene lo siguiente: La inflación anual al consumidor continuaría aumentando en lo que resta del año, y a partir de 2027 retomaría una trayectoria de convergencia hacia la meta, como producto, en parte, de las acciones acumuladas de la política monetaria. La persistencia de presiones alcistas sugiriere que las inflaciones total y básica mantendrían una tendencia creciente durante el resto del año. En particular, en los próximos trimestres se espera que ambos indicadores continúen aumentando, como consecuencia de la transmisión del incremento del salario mínimo (23,2 % con auxilio de transporte) a los precios.

Al aumento también contribuiría la demanda agregada, que mantiene niveles crecientes y elevados, reflejados en una brecha del producto que permanecería en terreno positivo en 2026. Frente al Informe de enero, la senda de pronóstico de inflación se revisó ligeramente al alza en 2026 debido a múltiples choques. En primer lugar, los efectos del conflicto en Medio Oriente sobre los precios de algunos productos agropecuarios y sus insumos de producción, y sobre el precio del petróleo, lo que afecta los costos de transporte aéreo y marítimo. En segundo lugar, el choque de oferta transitorio que afectaría los precios de los alimentos en el segundo trimestre de 2026, asociado con algunos bloqueos viales registrados en abril. En tercer lugar, un mayor ajuste en las tarifas de servicios públicos (energía, agua, alcantarillado y recolección de basuras) y la escasez de componentes electrónicos que afectaría el precio de algunos bienes de tecnología. Finalmente, se sumarían los aumentos de los salarios (distintos del mínimo), que han venido siendo mayores a lo proyectado. Cabe mencionar que el pronóstico también incorpora el aumento de los precios de la gasolina realizado en abril (COP 400 por galón) e incrementos futuros en las tarifas de gas.

Estas fuentes alcistas serían parcialmente compensadas por las presiones desinflacionarias provenientes de la tasa de cambio, que se reflejan en una brecha de tasa de cambio real que ahora se estima más negativa en buena parte del horizonte de

pronóstico, en parte como resultado del choque positivo de los términos de intercambio, ya señalado. Es importante resaltar que el escenario central no supone condiciones climáticas adversas, ni cambios adicionales en el precio de la gasolina. Con todo esto, la inflación total anual se situaría en un 6,4 % al cierre de 2026, cifra ligeramente superior al 6,3 %.

Para 2027 se espera que la inflación se reduzca hasta el 3,7 %. La senda de convergencia hacia la meta en 2027 sería consecuencia, en parte, de las acciones acumuladas de la política monetaria, que propenden por la convergencia de la inflación a la meta del 3 %, y de la dilución parcial de los choques de oferta y demanda que estarían afectando algunos precios.



Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

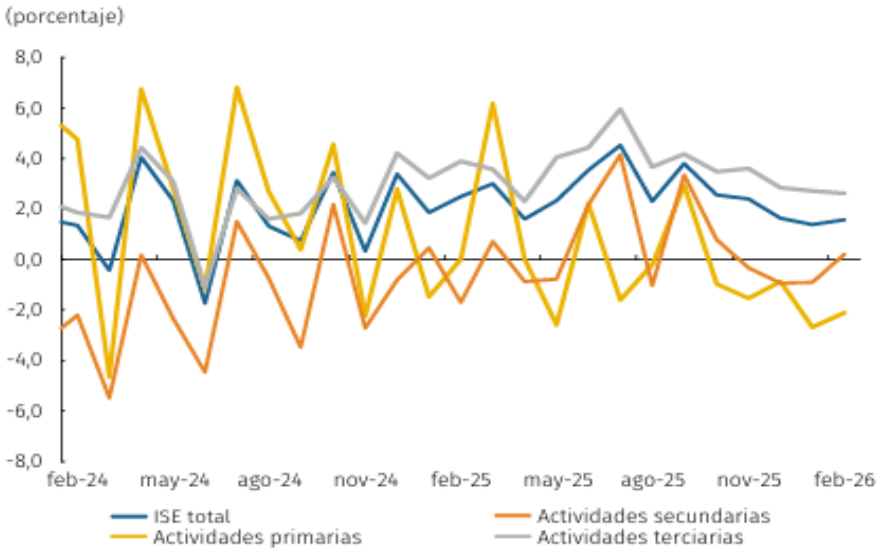
Para la actividad económica, el Banco de la República indica lo siguiente:
A finales de 2025 y comienzos de 2026 la economía colombiana habría enfrentado diversos choques negativos, que llevaron a una revisión a la baja del pronóstico del crecimiento del PIB para el primer trimestre de 2026. Algunos de estos choques serían transitorios. Los indicadores disponibles sugieren que la actividad económica habría registrado un crecimiento anual del 2,1 %, resultado similar al observado al cierre de 2025 En términos trimestrales, esto equivale a una expansión del 1,5 % (trimestral anualizada: t. a.), de acuerdo con las series desestacionalizadas y ajustadas por efecto calendario (DAEC). Este pronóstico representa una reducción frente a lo estimado en el Informe de enero (3,2 %), explicada, principalmente, por las revisiones históricas realizadas por el

DANE sobre los niveles del PIB del año anterior y por los efectos adversos de algunos choques, principalmente de oferta, que habrían afectado el desempeño de varios sectores durante este periodo.

Entre las medidas que respaldan este resultado se destaca el indicador de seguimiento a la economía (ISE), el cual mostró, en el bimestre enero-febrero, un crecimiento anual del 1,5 %, impulsado por el buen comportamiento de las actividades terciarias, en particular la administración pública, la salud y la educación; las actividades artísticas, y el comercio interno. Este resultado contrasta con el débil desempeño de las ramas primarias y secundarias, que continuarían registrando caídas anuales. Cabe señalar que la actividad económica del primer trimestre habría estado afectada por choques, entre los que se cuentan las inundaciones en distintas regiones del país asociadas con el fenómeno de La Niña, la intermitencia en los procesos productivos de algunas plantas industriales y los incrementos en los aranceles de importación desde ciertos países, entre otros factores.

La demanda interna habría continuado expandiéndose durante los primeros meses del año, aunque a un ritmo inferior al observado en gran parte de 2025, como resultado, en buena medida, de un menor crecimiento anual del consumo. En el primer trimestre de 2026 la demanda interna se habría desacelerado anualmente, pero ubicándose por encima del nivel registrado al cierre del año anterior, con un crecimiento anual del 1,9 %. Esta dinámica habría estado explicada, principalmente, por el comportamiento del consumo, el componente de mayor peso dentro de este agregado, cuya variación anual habría sido inferior a la registrada en el cuarto trimestre. La inversión habría continuado retrocediendo en términos anuales, aunque lo habría hecho a un ritmo algo menor que al final de 2025 como resultado, en parte, de una recuperación en los niveles de la inversión fija frente al cuarto trimestre del año anterior.

ISE total y por sectores de actividad[a/, b/]
(variación anual)



a/ Series desestacionalizadas y ajustadas por efectos calendario.
b/ Actividades primarias: agricultura, caza, silvicultura y pesca; y explotación de minas y canteras. Actividades secundarias: industrias manufactureras y construcción. Actividades terciarias: suministro de electricidad, gas y agua; comercio, reparación, transporte y alojamiento; información y comunicaciones; actividades financieras y de seguros; actividades inmobiliarias; actividades profesionales, científicas y técnicas; actividades de servicios administrativos y de apoyo; administración pública y defensa, educación y salud; actividades artísticas y de entretenimiento.
Fuente: DANE; cálculos y proyecciones del Banco de la República.

El consumo total habría mantenido una dinámica favorable, impulsado por un alto crecimiento del consumo público, mientras que el consumo privado habría continuado desacelerándose. En el primer trimestre el consumo total se habría desacelerado en términos anuales frente al cierre de 2025 al 3,5 %, aunque seguiría siendo un crecimiento superior al del PIB. Este resultado habría obedecido a la desaceleración del consumo privado, cuyo crecimiento anual se estima en un 2,4 %. Se prevé que la mayoría de los componentes del consumo privado haya crecido tanto trimestral como anualmente, siendo los bienes durables y semidurables los más dinámicos, impulsados por el gasto en vehículos, motocicletas, electrodomésticos, equipos de informática, vestuario y calzado.

No obstante, ambos segmentos habrían mostrado disminuciones en su crecimiento anual. El consumo de servicios habría continuado expandiéndose de manera gradual, sostenido, principalmente, por el gasto en entretenimiento y juegos de azar. En contraste, el consumo de bienes no durables habría mostrado un estancamiento frente al año anterior, explicado por una menor oferta de alimentos perecederos, asociada con el comportamiento cíclico de la producción agropecuaria y con las afectaciones

climáticas sobre diversos cultivos. La desaceleración del consumo privado se daría en un contexto de menores contribuciones de factores que impulsaron el ingreso disponible de los hogares durante 2025, como las remesas y el ingreso cafetero, cuyos crecimientos se habrían moderado a comienzos de 2026.

Aun así, el consumo privado seguiría ubicándose en niveles históricamente altos. Por su parte, el consumo público habría registrado un crecimiento anual del 7,3 %, superior al observado al cierre de 2025, consolidándose como el componente más dinámico de la demanda, en un contexto de un déficit fiscal primario históricamente elevado. Este comportamiento incorporaría el gasto asociado con la organización electoral, que habría impulsado este rubro en el primer trimestre y lo haría también en el segundo.

Respecto al crecimiento de la inversión habría permanecido limitado por el débil desempeño de la inversión en construcción. Durante el primer trimestre la formación bruta de capital fijo se habría situado por encima de los niveles del trimestre anterior, con un crecimiento anual cercano al 2,1 %. Por componentes, la inversión en maquinaria y equipo habría crecido tanto trimestral como anualmente, en línea con el comportamiento de las importaciones de bienes de capital, especialmente las de equipo de transporte y bienes de capital para la industria, según datos preliminares a marzo.

En contraste, la inversión en vivienda habría retrocedido tanto en términos trimestrales como anuales, acorde con los continuos deterioros de las iniciaciones de construcción de edificaciones residenciales y el consecuente menor ritmo de terminación de obras, en un entorno de menor disponibilidad de subsidios para la compra de vivienda, el aumento de las tasas de interés de largo plazo desde principios de 2025 y los mayores desistimientos observados. Para la inversión en otros edificios y estructuras se espera una reducción en niveles, aunque con un crecimiento anual explicado por una baja base de comparación, sin que se anticipe un desempeño sobresaliente de ninguno de sus subcomponentes.

Las obras civiles continuarían limitadas por el segmento vinculado a la minería, pese al aporte de proyectos viales locales y nacionales —entre ellos las vías 5G y el metro de Bogotá— y de las adiciones presupuestales destinadas a mitigar las afectaciones del invierno, principalmente en la costa norte del país. De forma similar, el segmento no residencial habría seguido registrando caídas trimestrales y anuales. Finalmente, la formación bruta de capital total, que incluye la discrepancia estadística y la variación de existencias, habría aumentado de manera significativa en términos trimestrales (18,3 % t. a.), aunque aún mostraría una contracción anual importante (-6,1 %).

8.5. ESTUDIO DE MERCADO

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, efectuó el análisis de precios basado en la RESOLUCIÓN NÚMERO 004 DEL 30 DE OCTUBRE DE 2025 "Por medio de la cual se establecen los parámetros de referencia para verificar la idoneidad y fijar los honorarios en el marco de los contratos de prestación de servicios profesionales y de

apoyo a la gestión en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil para la vigencia 2025", sobre los cuales se determinó el valor de los honorarios de los profesionales que el presupuesto de la Interventoría requiere, de tal manera que se pudo determinar que cuenta con el sustento y los soportes requeridos.

A continuación, se presentan los ítems solicitados, su unidad de medida, cantidad y valores cotizados por cada una de las firmas antes mencionadas así:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL
DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y PATRIMONIO
SUBDIRECCIÓN INFRAESTRUCTURA
CONCURSO DE MÉRITOS

OBJETO

"Contratar la interventoría integral técnica, administrativa, financiera, contable, jurídica, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo (SST) al contrato cuyo objeto es CONSTRUCCIÓN BAJO LA MODALIDAD LLAVE EN MANO DEL PROYECTO DENOMINADO "HOSPITAL DE PAZ" EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL EN EL DEPARTAMENTO DEL META"

PRESUPUESTO OFICIAL INTERVENTORÍA

COMPONENTE 1: PRESUPUESTO INTERVENTORÍA ESTUDIOS Y DISEÑOS

					PLAZO TOTAL (MESES)	12
ITEM	CANT. (1)	CARGO / OFICIO,	SUELDO Y/O JORNAL MENSUAL ($) (2)	Porcentaje de Participación (3)	PARTICIPACIÓN TOTAL (mes) (4)	VALOR PARCIAL ($) (1)*((2)*(3))*(4) = (5)
GRUPO 1 - COSTOS DIRECTOS DE PERSONAL						
	PERSONAL DIRECTIVO, PROFESIONAL Y DE APOYO					
	1	Director de Interventoría de la consultoría	$ 14.183.397,00	30%	12,00	$ 51.060.229,20
	1	Coordinador general de estudios y diseños	$ 13.646.920,00	50%	12,00	$ 81.881.520,00
	1	Arquitecto líder hospitalario	$ 10.366.349,00	70%	12,00	$ 87.077.331,60
	1	Coordinador BIM / BIM Manager	$ 10.366.349,00	70%	12,00	$ 87.077.331,60
	1	Profesional de apoyo administrativo y documental	$ 5.396.971,00	100%	12,00	$ 64.763.652,00
	1	Secretaria o Asistente administrativo	$ 2.648.387,00	50%	12,00	$ 15.890.322,00
	1	Mensajero	$ 2.376.375,00	50%	12,00	$ 14.258.250,00
	1	Contador	$ 5.396.971,00	40%	12,00	$ 25.905.460,80
	1	Asesor Jurídico	$ 10.051.349,00	40%	12,00	$ 48.246.475,20
	1	Auxiliar Contable	$ 2.648.387,00	50%	12,00	$ 15.890.322,00
	1	Trabajador social	$ 5.396.971,00	10%	12,00	$ 6.476.365,20
	1	Arquitecto urbanista o urban designer.	$ 10.366.349,00	15%	12,00	$ 18.659.428,20
	1	Seguridad humana y accecibilidad	$ 8.939.551,00	10%	12,00	$ 10.727.461,20
	1	Ingeniero topográfico.	$ 5.396.971,00	5%	12,00	$ 3.238.182,60
	1	Especialista en geotecnia.	$ 10.051.349,00	5%	12,00	$ 6.030.809,40
	1	Especialista en Diseño estructural	$ 13.646.920,00	35%	12,00	$ 57.317.064,00
1	1	Profesional en arqueología.	$ 8.939.551,00	3%	12,00	$ 3.218.238,36
	1	Especialista de Redes Eléctricas.	$ 13.646.920,00	35%	12,00	$ 57.317.064,00
	1	Especialista de Redes Voz y Datos, Seguridad y Control.	$ 10.051.349,00	15%	12,00	$ 18.092.428,20
	1	Especialista de redes Hidro Sanitarias - Red Contra Incendio.	$ 10.366.349,00	30%	12,00	$ 37.318.856,40
	1	Especialista de Redes Gases Medicinales.	$ 10.366.349,00	20%	12,00	$ 24.879.237,60
	1	Especialista de Sistemas de Aire Acondicionado y Sistemas de Ventilacion Mecanica (HVAC)	$ 10.366.349,00	15%	12,00	$ 18.659.428,20
	1	Especialista verificador de condiciones de habilitación.	$ 10.366.349,00	5%	12,00	$ 6.219.809,40
	1	Especialista en Radiofísica / Física médica.	$ 10.366.349,00	2%	12,00	$ 2.487.923,76
	1	Biomédico.	$ 10.051.349,00	10%	12,00	$ 12.061.618,80
	1	Profesional Ambiental.	$ 5.396.971,00	15%	12,00	$ 9.714.547,80
	1	Diseñador señalética y Orientación.	$ 5.396.971,00	10%	12,00	$ 6.476.365,20
	1	Especialista en Tráfico Vertical.	$ 8.939.551,00	2%	12,00	$ 2.145.492,24
	1	Especialista en Redes de Gas Natural.	$ 10.366.349,00	5%	12,00	$ 6.219.809,40
	1	Especialista en Acústica Arquitectónica.	$ 10.366.349,00	5%	12,00	$ 6.219.809,40
	1	Profesional en costos, presupuestos y programación de obra.	$ 10.366.349,00	30%	12,00	$ 37.318.856,40
	1	Profesional Gestión de Riesgo.	$ 8.939.551,00	5%	12,00	$ 5.363.730,60
	1	Profesional sostenibilidad.	$ 8.939.551,00	10%	12,00	$ 10.727.461,20
	1	Especialista en diseño geométrico de vías	$ 10.366.349,00	10%	12,00	$ 12.439.618,80
SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL - GRUPO 1 = (A)						$ 871.380.500,76
FACTOR MULTIPLICADOR = (B)						1,86
TOTAL COSTOS DE PERSONAL = (A) * (B) = (C)						$ 1.618.647.139,83

COMPONENTE 2: TRÁMITES LICENCIAS Y PERMISOS

					PLAZO TOTAL (MESES)	6
ITEM	CANT. (1)	CARGO / OFICIO,	SUELDO Y/O JORNAL MENSUAL (2)	Porcentaje de Participación (3)	PARTICIPACIÓN TOTAL (mes) (4)	VALOR PARCIAL ($) (1)*((2)*(3))*(4) = (5)
GRUPO 3 - COSTOS DIRECTOS DE PERSONAL						
	PERSONAL DIRECTIVO, PROFESIONAL Y DE APOYO					
3	1	Director de Interventoría de la consultoría	$ 14.183.397,00	20%	6,00	$ 17.020.076,40
	1	Coordinador general de estudios y diseños	$ 13.646.920,00	25%	6,00	$ 20.470.380,00
	1	Profesional de apoyo administrativo y documental	$ 5.396.971,00	100%	6,00	$ 32.381.826,00
	1	Secretaria o Asistente administrativo	$ 2.648.387,00	50%	6,00	$ 7.945.161,00
	1	Contador	$ 5.396.971,00	40%	6,00	$ 12.952.730,40
	1	Asesor Jurídico	$ 10.051.349,00	40%	6,00	$ 24.123.237,60
	1	Auxiliar Contable	$ 2.648.387,00	50%	6,00	$ 7.945.161,00
SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL - GRUPO 3 = (E)						$ 122.838.572,40
FACTOR MULTIPLICADOR = (B)						1,86
TOTAL COSTOS DE PERSONAL = (E) * (B) = (F)						$ 228.180.804,71

GRUPO 4 - OTROS COSTOS DIRECTOS

ITEM	CANT. (6)	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR PARCIAL ($)	VALOR TOTAL ($)
	OTROS COSTOS DIRECTOS					
4	1	Viáticos Director, Especialistas y otros profesionales (Incluye hospedaje, alimentación y desplazamientos)	GL	1	$ 120.000.000,00	$ 120.000.000,00
	1	Transportes Aéreos Director, Especialistas y otros profesionales (S/Comprobante Pago y Pasabordo)				
	1	Otros transportes (s/comprobante) (vehículo/día, vehículo/mes (incluye conductor, combustible y/o peajes para uso exclusivo de la zona del proyecto)				
	1	Edición de Informes (Semanales, mensuales, presentaciones y/o ejecutivo, incluye archivos magnéticos)				
	1	Estudios técnicos adicionales y/o complementarios y/o trabajos de campo particulares				

TOTAL OTROS COSTOS DIRECTOS = (G)	$ 120.000.000,00
COSTO BÁSICO = (C) + (D) + (F) + (G) = (H)	$ 1.966.827.944,54
IVA = 19% * (H) = (I)	$ 373.697.309,46
COSTO TOTAL INTERVENTORÍA ESTUDIOS Y DISEÑOS (J) = (H) + (I)	$ 2.340.525.254,00

NOTA: 2. La fase preconstructiva contempla dos etapas: Etapa de estudios y diseños con duración de 12 meses y Etapa de Trámites, licencias y permisos con duración de 6 meses, para un total de 18 meses para la Fase preconstructiva

COMPONENTE 3: PRESUPUESTO INTERVENTORÍA DE OBRA

PLAZO TOTAL (MESES): 36

ITEM	CANTIDAD	PERSONAL CALIFICADO DE OBRA	DEDICACIÓN (% MES)	PARTICIPACION (MESES)	VR. SALARIO MENSUAL ($)	VALOR PARCIAL ($)
5	1	Director de Interventoria.	30%	36	$ 14.183.397,00	$ 153.180.687,60
6	1	Subdirector de Interventoría.	100%	36	$ 13.646.920,00	$ 491.289.120,00
7	1	Ingeniero Civil Residente de interventoria	100%	36	$ 5.396.971,00	$ 194.290.956,00
8	1	Especialista Estructural.	50%	36	$ 13.646.920,00	$ 245.644.560,00
9	1	Especialista en geotecnia	5%	36	$ 10.051.349,00	$ 18.092.428,20
10	1	Profesional en arqueologia.	2%	36	$ 8.939.551,00	$ 6.436.476,72
11	1	Especialista de Redes Eléctricas e Iluminación.	50%	36	$ 13.646.920,00	$ 245.644.560,00
12	1	Especialista de Redes Voz y Datos, Seguridad y Control.	50%	36	$ 10.051.349,00	$ 180.924.282,00
13	1	Especialista de redes Hidro Sanitarias - Red Contra Incendio y gas.	50%	36	$ 10.366.349,00	$ 186.594.282,00
14	1	Especialista de Redes Gases Medicinales.	20%	36	$ 10.366.349,00	$ 74.637.712,80
15	1	Especialista Sistemas de Aire Acondicionado y Sistemas de Ventilación Mecánica.	20%	36	$ 10.366.349,00	$ 74.637.712,80
16	1	Especialista verificador de condiciones de habilitación.	5%	36	$ 10.366.349,00	$ 18.659.428,20
17	1	Especialista en Radiofisica / Física médica.	2%	36	$ 10.366.349,00	$ 7.463.771,28
18	1	Arquitecto Residente de interventoria	100%	36	$ 5.396.971,00	$ 194.290.956,00
19	1	Profesional en costos, presupuestos y programación de obra.	100%	36	$ 10.366.349,00	$ 373.188.564,00
20	1	Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo.	100%	36	$ 9.254.551,00	$ 333.163.836,00
21	1	Coordinador BIM / BIM Manager.	100%	36	$ 10.366.349,00	$ 373.188.564,00
22	1	Trabajador social.	10%	36	$ 5.396.971,00	$ 19.429.095,60
23	1	Ingeniero topográfico.	5%	36	$ 5.396.971,00	$ 9.714.547,80
24	1	Profesional Ambiental.	80%	36	$ 5.396.971,00	$ 155.432.764,80
25	1	Especialista en Acústica Arquitectónica.	5%	36	$ 10.366.349,00	$ 18.659.428,20
26	1	Especialista en diseño geométrico de vías	5%	36	$ 10.366.349,00	$ 18.659.428,20
27	1	Arquitecto urbanista o urban designer.	5%	36	$ 10.366.349,00	$ 18.659.428,20
					SUB TOTAL (1)	$ 3.411.882.590,40

ITEM	CANTIDAD	PERSONAL ADMINISTRATIVO	DEDICACIÓN (% MES)	PARTICIPACION (MESES)	VR. SALARIO MENSUAL	VALOR PARCIAL ($)
28	1	Secretario	100%	36	$ 2.648.387,00	$ 95.341.932,00
29	1	Mensajero	100%	36	$ 2.376.375,00	$ 85.549.500,00
30	1	Contador	40%	36	$ 5.396.971,00	$ 77.716.382,40
31	1	Asesor Juridico	40%	36	$ 10.051.349,00	$ 144.739.425,60
32	1	Auxiliar contable	100%	36	$ 2.648.387,00	$ 95.341.932,00
33	1	Conductor	100%	36	$ 2.887.110,00	$ 103.935.960,00
					SUB TOTAL (2)	$ 602.625.132,00
					SUBTOTAL COSTOS DE PERSONAL = SUB TOTAL (1) +(2) = (K)	$ 4.014.507.722,40
					FACTOR MULTIPLICADOR = (B)	1,86
					TOTAL COSTOS DE PERSONAL = (K) * (B) = (L)	$ 7.457.214.657,67

ITEM	COSTOS DIRECTOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR PARCIAL ($)	VALOR TOTAL ($)
34	Papelería, copias, informes, planos etc	GL	$ 1,00	$ 954.630.122,00	$ 954.630.122,00
35	Software (8 licencias office, 3 licencias autocad, 8 antivirus)				
36	Combo hardware (8 pc´s, 1 impresora)				
37	Combo mobiliario y útiles de escritorio (8 escritorios, 1 mesa impresora, 1 archivador, 1 cafetera, 1 Microondas).				
38	Costos de Oficina Central				
39	Transportes y viaticos (terrestres, mensajería)				
				SUB TOTAL (M)	$ 954.630.122,00

ITEM	ENSAYOS Y LABORATORIOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR PARCIAL ($)	VALOR TOTAL ($)
40	(MONTO AGOTABLE) **Ensayos de Laboratorio y Control de Calidad** (* Ensayos de Geotecnia, Suelos y Cimentaciones: *Granulometría por tamizado, Límites de Atterberg (Líquido y Plástico), Humedad Natural, Proctor Modificado, (Relación de Soporte de California), Análisis Químico de Suelos, Densidades de campo.* * Ensayos de Concretos: *Asentamiento o "Slump", Resistencia a la Compresión de Cilindros, Módulo de Elasticidad, Extracción y ensayo de núcleos, Densidad de concretos especiales.* * Ensayos de Acero de Refuerzo y Estructural: *Ensayo a Tensión de barras corrugadas, Ensayo de Doblado, Soldaduras en Acero Estructural (END - Ensayos No Destructivos).* * Ensayos de Mampostería: *Resistencia a la compresión de unidades de mampostería (Ladrillo/Bloque), Tasa de Absorción de Agua, Resistencia a compresión de prismas de mampostería, Resistencia a compresión de cubos de mortero de pega y secado.* * Pruebas Especiales In-Situ: *Pruebas de Estanqueidad, Pruebas de Presión y Hermeticidad de Gases Medicinales, Medición de Resistividad del Terreno y Puestas a Tierra (RETIE)*).	GL	1	$ 390.000.000,00	$ 390.000.000,00
				SUB TOTAL (N)	$ 390.000.000,00
				COSTO TOTAL (SIN IVA) (O) = (L)+(M)+(N)	$ 8.801.844.779,67
				IVA = 19% * (O) = (P)	$ 1.672.350.508,14
				COSTO TOTAL INTERVENTORÍA DE OBRA (Q) = (O)+(P)	$ 10.474.195.287,81
				COSTO TOTAL INTERVENTORIA (R) = (J) + (Q)	$ 12.814.720.541,81

ITEM	COSTOS DE LEGALIZACIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR PARCIAL ($)	VALOR TOTAL ($)
41	Estampilla pro cultura municipal: 1.5%, Póliza de Cumplimiento: 1%, Póliza de calidad de servicio: 1%, Póliza de pagos de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales: 1%, Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual: 0,5% (los costos de legalización se aplica al costo total de la Interventoría)	GL	1	$ 576.662.424,38	$ 576.662.424,38
				SUB TOTAL (S)	$ 576.662.424,38
				COSTO TOTAL (T) = (R) + (S)	$ 13.391.382.966,19

NOTA 3. El valor considerado de Factor Multiplicador (1,86) es el valor máximo permitido

9.4. CONCEPTOS DE GASTO ECONOMICO

Para la estructuración del presupuesto oficial del proceso se identificaron los siguientes conceptos de gasto:

9.4.1. Las áreas deben incluir los costos directos, indirectos o los que apliquen y la justificación de la definición de los presupuestos oficiales con precios unitarios o globales y de los factores multiplicadores, si aplican

Costo Directo: Corresponde a todos los gastos que se pueden asociar de manera inmediata con la ejecución física de la obra como son, materiales, mano de obra, equipos y maquinaria, transporte y equipos

Costo Indirecto: Corresponde a los gastos necesarios para administrar, controlar y apoyar la ejecución del proyecto, pero que no quedan incorporados físicamente en la obra, como administración (costos indirectos administrativos), imprevistos (riesgos y contingencias) y utilidad (ganancia del contratista).

El presupuesto oficial se definió bajo la sumatoria de actividades de estudios y diseños y ejecución de obra con precios globales bajo la figura de contrato Llave en Mano, teniendo en cuenta que el alcance contractual corresponde a una solución integral que

comprende suministro de bienes y prestación de servicios especializados, los cuales no son susceptibles de desagregación independiente para efectos contractuales.

9.4.1. Impuestos, tasas y contribuciones

En la estimación del presupuesto oficial se tuvieron en cuenta los impuestos y contribuciones aplicables, entre ellos el impuesto sobre las ventas – IVA, de conformidad con la naturaleza de los bienes y servicios a suministrar, así como los demás tributos a los que haya lugar conforme a la normatividad vigente.

9.5. JUSTIFICACIÓN FACTOR MULTIPLICADOR

El Factor multiplicador analizado por parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil contempla Prestaciones sociales y aportes parafiscales, administración y costos directos de manera discriminada, donde se determinó en 1,86 como Factor multiplicador.

Se resalta que los gastos de legalización se incluyen en el presupuesto de interventoría.

FACTOR MULTIPLICADOR CONSULTORIA E INTERVENTORIA	
"Contratar la interventoría técnica, administrativa, financiera, contable, jurídica, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo (SST) al contrato cuyo objeto es CONSTRUCCIÓN BAJO LA MODALIDAD LLAVE EN MANO DEL PROYECTO DENOMINADO "HOSPITAL DE PAZ" EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL EN EL DEPARTAMENTO DEL META"	
A. SALARIO	**100,00%**
B. PRESTACIONES SOCIALES Y APORTES PARAFISCALES	**46,86%**
Cesantías	8,33%
Intereses sobre cesantías	1,00%
Vacaciones	4,17%
Prima anual	8,33%
Subsidio familiar	4,00%
Pensiones	12,00%
Dotación	0,30%
Riesgos Profesionales Personal en obra	6,96%
Riesgos Profesionales Personal en oficina	0,52%
Auxilio de Transporte personal sueldo < 2 smmlv	0,25%
Otros (exámenes de ingreso, ausencias justificadas, Indemnizaciones, etc.)	1,00%
C. ADMINISTRACION Y COSTOS INDIRECTOS	**7,94%**
Asesoría legal, tributaria y médica	1,47%
Personal profesional y Administrativo no facturado	2,00%
Gastos de representación	1,00%
Gastos e intereses bancarios	2,00%
Salarios y Prestaciones No Reembolsables	1,47%
E. SUMA (A + B + C)	**154,80%**
F. HONORARIOS (Utilidad del Consultor) = 20% sobre E	**30,96%**
TOTAL FACTOR MULTIPLICADOR (E + F)	**185,76%**
PORCENTAJE FACTOR MULTIPLICADOR	**1,86**

10. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE MERCADO:

Por lo anterior, se concluye que el presupuesto oficial estimado para el proceso de selección es hasta por la suma de TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON DIECINUEVE CENTAVOS M/CTE ($13.391.382.966,19) en donde se contemplan, costos directos, indirectos, impuestos, y todos los conceptos de gasto que apliquen.

La adjudicación del proceso se deberá realizar **por el valor ofertado (X) marque con una x.**

Con base en el análisis realizado se concluye que:

● El presupuesto oficial estimado se encuentra alineado con los precios reales del mercado para este tipo procesos de Interventoría.

Finalmente, teniendo en cuenta que el alcance contractual corresponde a un conjunto de servicios definidos previamente por la Entidad, la adjudicación del presente proceso se realizará por el valor total ofertado.

En consecuencia, el presupuesto oficial se determinó con base en el análisis de precios basado en la RESOLUCIÓN NÚMERO 004 DEL 30 DE OCTUBRE DE 2025 "Por medio de la cual se establecen los parámetros de referencia para verificar la idoneidad y fijar los honorarios en el marco de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil para la vigencia 2025", sobre los cuales se determinó el valor de los honorarios de los profesionales que el presupuesto de la Interventoría requiere, de tal manera que se pudo determinar que cuenta con el sustento y los soportes requeridos.

Fecha de emisión: Agosto/ 2026

Digitally signed by Judy Lorena Parra Ordoñez

JUDY LORENA PARRA ORDOÑEZ
Directora de Infraestructura y Patrimonio
Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno

Reviso y aprobó: Geovanny Rojas/ subdirector de Infraestructura DIP HUSJDMI
Elaboró aspectos económicos: Daniel Morales Ramírez / Contratista DIP HUSJDMI
Proyecto aspectos técnicos: Johana Milena Páez – Ingeniera contratista
Revisó aspectos jurídicos: Valeria Campos Guzmán – Abogada contratista

Referencias bibliográficas

Banco de la República. (2025). Informe de Política Monetaria.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Firma de escritura de donación del lote para construcción de Hospital de la Paz en Meta.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Resolución 485 de 2025.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2025c). Resolución 1519 de 2025.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2025d). Resolución 1633 de 2025.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2025e). Informe de gestión 2024.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). PSSP03 Emisión de concepto técnico de viabilidad.