

CONTENIDO

1. **PRESENTACION**
2. **REQUISITOS PARA PRESENTACION DE PROYECTOS**
3. **PROCEDIMIENTO PARA APROBACIÓN DE PROYECTOS**
4. **MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE VIABILIZA UN PROYECTO**
5. **SEGUIMIENTO A PROYECTOS VIABILIZADOS**
6. **CONTENIDO BASICO DE LA FICHA INFORMATIVA DEL PROYECTO**
 - 6.1 **PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**
 - 6.2 **INFORMACIÓN BÁSICA**
 - 6.3 **ANÁLISIS POBLACIONAL**
 - 6.4 **ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO**
 - 6.5 **ANÁLISIS DE LA RED DE SERVICIOS**
 - 6.6 **DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA**
 - 6.7 **IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**
 - 6.8 **ANÁLISIS DE OBJETIVOS**
 - 6.9 **OBJETIVOS VS PLANES Y PROGRAMAS**
 - 6.10 **ANÁLISIS TECNICO DE LA ALTERNATIVA DE SOLUCION (DESCRIPCION DEL PROYECTO)**
 - 6.11 **ESTUDIOS DE MERCADO (ANÁLISIS OFERTA Y DEMANDA)**
 - 6.12 **INVERSION Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO**
 - 6.13 **ANEXOS**

DOCUMENTO NO CONTROLADO
ORIGINAL FIRMADO

1. PRESENTACION

La oficina Asesora de planeación del Instituto Departamental de Salud de Nariño, quiere por intermedio de este documento, facilitar a las Empresas Sociales del Estado y a las Instituciones prestadoras de Servicios de la red pública, la presentación de proyectos de inversión pública que contemplen acciones de construcción, ampliación y remodelación de infraestructura física, al igual que dotación o renovación de equipos.

La experiencia vivida en varios años de revisar para concepto técnico los proyectos presentados por los gerentes de ESEs e IPSs, nos permitieron conocer los errores que con mayor frecuencia se incurren y que retrasan la aprobación y ejecución de los proyectos.

Esta metodología promulgada por el IDSN, está en correspondencia con las guías para la formulación de proyectos de salud establecidas por el Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de salud y protección Social, y se deja al alcance de todos los miembros de los equipos de salud y lo que se requiere es entender que al igual que el fenómeno de la salud es multicausal, su solución requiere un enfoque interdisciplinario en el que tanto las disciplinas de la salud como las del área social, deben hacer sus aportes para encontrar soluciones eficientes y eficaces, lo que significa que debe responder a un trabajo de equipo y no solo del Gerente de la institución.

Hacemos alusión primero a los requisitos, para la viabilidad técnica de los proyectos y posteriormente, vamos ilustrando con ejemplos, los diferentes componentes del proyecto.

Confiamos en el buen uso que hagan de este instrumento, reiterando que los funcionarios de la oficina Asesora de Planeación, estamos en disponibilidad para la asesoría que las instituciones requieran.

2. REQUISITOS PARA PRESENTACION DE PROYECTOS

La presentación de los proyectos ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN, ya sean de infraestructura hospitalaria, dotación de equipos, dotación de unidades móviles extramurales o de ambulancias, deben hacerse a través de la Oficina Asesora de Planeación, y contar como mínimo con los siguientes requisitos:

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO					
OFICINA ASESORA DE PLANEACION					
LISTA DE CHEQUEO PARA RADICACION DE PROYECTOS					
No.	DESCRIPCIÓN DE PREREQUISITOS	INFRAESTRUCTURA.	DOTACION EQUIPOS	UNIDAD MOVIL EXTRAMURAL	AMBULANCIA
1	Certificación de cumplimiento de requisitos técnicos y legales del lote (en cumplimiento a la resolución 4445/96 y demás normas que la adicionen o las modifiquen). Certificado de libertad y tradición con vigencia no mayor a tres (3) meses y deberá indicar que la titularidad del predio en el que se pretende adelantar la obra, está a nombre de la ESE/Municipio y no tiene limitaciones a dominio (propiedad legal del lote), Para lotes de territorios colectivos, indígenas o afro debe ampararse su propiedad según reconocimiento de autoridad competente.	√			



GUÍA ELABORACIÓN DE PROYECTOS

CÓDIGO: G-PDSOAP01

VERSIÓN: 07

FECHA: 07-09-2017

Página 3 de 27

2	Certificación de viabilidad de red de servicios (Guía de elaboración de proyectos)	√	√	√	
3	<p>Certificación de viabilidad del Programa médico arquitectónico. Comparativo de la capacidad física actual de la entidad con la capacidad física propuesta, PMA se debe incluir áreas de cada ambiente, servicio por servicio, porcentaje para zonas comunes, circulaciones generales, teniendo en cuenta cada servicio y sus componentes.</p> <p>Diseños arquitectónicos. A escala se sugiere 1:1000 – 1: 125 – 1:75 dependiendo del área, acotados, amoblados y firmados por el profesional responsable, indicando el número de matrícula profesional. Se aclara que los proyectos de remodelación deben incluir dentro de su alcance también, el componente de reforzamiento estructural con los requisitos establecidos para este tipo de proyectos.</p> <p>Planos que incluyan los criterios y aspectos normativos contemplados en la Ley 400 de 1997 y las resoluciones 4445 de 1996, 2003 de 2014, 14861 de 1985 del Ministerio de Salud y Protección Social, así como, al artículo 14 de la Ley 1618 de 2013 y la NSR10, acompañados del certificado emitido por la entidad que presenta el proyecto en el que se señale que los planos cumplen con estas normas.</p>	√			
4	<p>El proyecto cuenta con CDP y/o carta de intención de los aportes locales a los que se comprometen las entidades proponentes que participan en la financiación del mismo.</p> <p>En relación a fuentes de financiamiento del orden nacional referenciarse con la resolución 829 del 2015 y normatividad vigente que la complementa y/o modifique.</p>	√	√	√	√
PRESENTACIÓN REQUISITOS PARA RADICACION DE PROYECTO:					
1	Carta de presentación firmada por el representante legal de la Entidad Territorial o Institución Prestadora de Servicios de Salud.	√	√	√	√
2	Certificación escrita expedida por el Ente territorial, donde se hace constar que el proyecto esta incluido en el Plan de desarrollo Municipal.	√	√	√	√
3	<p>Se encuentra incluido en Plan Bienal de Inversiones del departamento, (aplica para todos los proyectos de infraestructura física, así como los que involucren equipo biomédico para la prestación de servicios de control especial de oferta definidos en el Art 1 de la Resolución 2514 de 2012).</p> <p>De igual manera cuando la dotación de equipos, ambulancias o unidades móviles pretendan financiarse con recursos de regalías, cuentas maestras y rentas cedidas.</p>				

4	Certificado de Registro en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Pública Municipal – BPIM (cuando el proyecto procede de alguna alcaldía municipal o institutos descentralizados del orden municipal, por ejemplo, Empresas Sociales del Estado, Empresas de Servicios Públicos, etc.).	√	√	√	√
5	El proyecto debidamente diligenciado en el formato de metodología General Ajustada – MGA, del Departamento Nacional de Planeación.	√	√	√	√
6	Cronograma de actividades y/o Programación de obra, y flujo de fondos.	√	√	√	√
7	En los términos de la Ley 389 de 1997 y demás normas concordantes y de conformidad con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), Plan Básico de Ordenamiento Territorial (PBOT) y Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT) vigente, se adjunta una Certificación expedida por la Secretaría de Planeación Municipal o quien haga sus veces, donde se haga constar que el lote o el inmueble a intervenir se encuentra localizado en una zona no afectada por amenazas y riesgos de tipo natural y antrópico.	√			
8	Certificado de uso del suelo expedido por la Secretaría Municipal de Planeación o quien haga sus veces de conformidad con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), Plan Básico de Ordenamiento Territorial (PBOT) y Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT) vigente. (Uso institucional).	√			
9	Ficha informativa del proyecto diligenciado. (deberá estar de acuerdo a la información suministrada en RIPS, ASIS, SISPRO, Referencia y contra referencia, BDUA, catastro físico hospitalario)	√	√	√	
10	Localización de las fuentes de materiales y distancia hasta sitio del proyecto.	√			
11	Las especificaciones técnicas de que trata el numeral 1 del artículo 6° del Capítulo I del Título II del presente acuerdo deben contener el listado de la dotación a adquirir clasificada en: equipos biomédicos y dispositivos médicos, mobiliario asistencial, mobiliario administrativo, equipos TIC y equipos industriales de uso hospitalario; y justificación de la necesidad de cada equipo relacionando especificaciones técnicas, cantidades e indicando los servicios y los ambientes donde van a funcionar. Se debe tener en cuenta la normativa vigente para estas tecnologías tales como la Ley 9ª de 1979, el Decreto 1769 de 1994, la Resolución 2400 de 1979, en lo relacionado con los planes de mantenimiento, el Decreto 4725 de 2005, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Anexar inventario de equipos biomédicos actualizado cruzado con catastro físico. firmado por gerente y contador y/o revisor fiscal si aplica. Según anexo 3.		√		
12	Relación de equipos propuestos para adquisición por servicio, ambiente, especificaciones técnicas y demás aspectos exigidos en el formado dispuesto por el Ministerio de Salud.		√		
13	Permiso o certificado de vertimiento de aguas servidas por COORPONARIÑO. (Cuando el proyecto no contemple sistema de alcantarillado.)	√			



GUÍA ELABORACIÓN DE PROYECTOS

CÓDIGO: G-PDSOAP01

VERSIÓN: 07

FECHA: 07-09-2017

Página 5 de 27

14	Autorización de concesión de aguas. (Cuando el proyecto así lo requiera).	√			
15	Registro fotográfico del sector a intervenir, resaltando detalles de su entorno, acceso y colindantes.	√			
Presenta el proyecto los siguientes estudios con los soportes correspondientes:					
16	a. Levantamiento topográfico. (fuentes de materiales, redes, afluentes, curvas de nivel, colindantes...)	√			
17	b. Estudios de suelos.	√			
18	c. Diseños estructurales.	√			
19	d. Diseños eléctricos de conformidad a normatividad vigente.	√			
20	e. Diseños de red de datos, voz, video y seguridad, llamado de enfermería, cuando aplique.	√			
21	f. Diseños hidráulicos.(agua caliente cuando aplique, conraincendios)	√			
22	g. Diseños sanitarios.	√			
23	h. Especificaciones técnicas	√			
24	i. Ventilación mecánica, aire acondicionado y red de gases medicinales. (cuando el proyecto lo requiera)	√			
25	j. Memoria de cálculo de cantidades de obra y presupuesto desagregado por componentes, firmado por el profesional responsable, indicando el número de matrícula.	√			
26	Todos los estudios técnicos deben estar debidamente firmados por el profesional competente en cada área, adjuntando copia de la tarjeta profesional.	√	√	√	√
27	En caso de tratarse de un proyecto de construcción, cuenta con disponibilidad de servicios públicos domiciliarios. Para el caso de puestos o centros de salud a construirse en el área rural, donde no cuente sistema de alcantarillado, deberá anexar el diseño del sistema de tratamiento de aguas residuales.	√			
28	Acta de concertación con la comunidad, si trata de un nuevo proyecto de construcción.	√			
29	Sostenibilidad del proyecto (el funcionamiento u operatividad del mismo estará a cargo de la entidad proponente).	√	√	√	√
30	Certificación de presentación de información – Decreto 2193/04 – IDSN.	√	√	√	√
31	Dos (2) Cotizaciones de equipo biomédico, ambulancias y unidades móviles, con especificaciones técnicas correspondientes, y en Entidades debidamente registradas ante Cámara de Comercio para dicho fin. Los equipos biomédicos deben tener correspondencia con la complejidad y características del servicio contenidas en la Resolución 2003 de 2014.		√	√	√
32	Certificado de reporte de información de Referencia y contrarreferencia por parte de la DLS.	√	√	√	√
33	Certificación del estado actual de la red vial secundaria y terciaria de acuerdo al campo de acción de la unidad móvil.			√	
34	Certificación de pertinencia por parte del CRUE.				√
35	Oficio de presentación del proyecto suscrita por el Instituto Departamental de salud de Nariño, Dirigida a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención		√	√	√



GUÍA ELABORACIÓN DE PROYECTOS

CÓDIGO: G-PDSOAP01

VERSIÓN: 07

FECHA: 07-09-2017

Página 6 de 27

Primaria en Salud, especificando nombre del proyecto, valor total, entidades que participan en su cofinanciación, fuentes de financiación y montos respectivos.	√			
---	---	--	--	--

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA PROYECTOS DE REFORZAMIENTO SISMICO ESTRUCTURAL

Además de lo anterior anexar lo siguiente:

Planos de adecuación arquitectónica en la que se incluya la propuesta de reforzamiento estructural. Firmadas por el profesional responsable, indicando el número de matrícula profesional.

Se aclara que los proyectos de reforzamiento estructural deben incluir dentro de su alcance también el componente de adecuación arquitectónica.

Plan de contingencia a implementar en el que se garantice que al momento de la intervención se minimizan los impactos de la misma en la operación de los servicios de salud.

Estudio de vulnerabilidad sísmica estructural en medio magnético, conforme a lo dispuesto en la normativa de sismo resistencia que incluya: memorias de cálculo, planos estructurales de la propuesta de reforzamiento, estudio de patología estructural, estudio de suelos.

Informe de recibo a satisfacción de los estudios de vulnerabilidad firmado por el interventor y/o supervisor.

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA PROYECTOS DE TERMINACION DE OBRAS YA INICIADAS

Además de lo anterior anexar lo siguiente:

Concepto de viabilidad inicial por parte del Ministerio de Salud y Protección Social

Análisis y viabilidad por parte del IDSN del balance de la ejecución física y financiera de las inversiones realizadas, que permitan determinar los costos finales del proyecto.

Certificación del IDSN en la que conste que:

- Estudio y verifico que la obra ya ejecutada por la entidad está conforme al proyecto
- Las cantidades de obra corresponden a lo establecido en el proyecto y a lo contratado
- Los recursos invertidos están acordes a los avances de la obra
- Los informes de interventoría establecen que la obra se ha desarrollado de conformidad con lo contratado.
- La obra ejecutada cumple con las normas que regulan la materia (Resolución 4445 de 1996. 2003 de 2014, NSR 10, RETIE)
- Aprueba el proyecto en lo que falta por ejecutar con sus respectivos soportes
- Aprueba la capacidad instalada final propuesta

Licencia de construcción y disponibilidad de servicios.

De conformidad con la Resolución No. 2514 de 2012, emanada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los proyectos de infraestructura física con valor superior a los mil (1.000) salarios mínimos mensuales vigentes, deben contar con concepto técnico de viabilidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual manera los proyectos de dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud, considerados como de control especial de oferta, para su ejecución, deben contar con concepto técnico de viabilidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De conformidad con la Resolución No 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, se hace necesario tener en cuenta:

- Historia Clínica y Registros: En el caso de empleo de sistemas de información compartidos o de acceso remoto se deberá mantener un sistema de seguridad y control de acceso a la aplicación según tipo de usuario
- Infraestructura: La institución garantiza el suministro permanente de energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según las necesidades del servicio prestado, la disponibilidad tecnológica, suministro de agua, energía eléctrica y sistemas de comunicaciones, de acuerdo con el servicio habilitado

Todos los diseños arquitectónicos deben contar con (localización, plantas, cortes, fachadas, cubiertas y cuadro de áreas)

Los diseños de las redes de voz, datos, video y seguridad deben estar basados en las normas internacionales para redes y cableado así:

Proyectos tendientes a la promoción de la salud, la prevención de enfermedad, gestión de la salud pública, la vigilancia, control y seguimiento de los eventos de interés en salud pública

Concepto técnico de la secretaría de salud o quien haga sus veces en la entidad que presenta el proyecto, en el que se describa el aporte del proyecto a las metas del plan territorial de salud pública; dicho aporte debe ser concordante y complementario con las prioridades definidas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y el diagnóstico PASE. Si se trata de acciones contempladas en la Resolución 518 de 2015, la secretaría departamental o distrital de salud o la entidad competente que haga sus veces, deberá describir la forma en que las acciones complementarán el plan de intervenciones colectivas del territorio.

ANSI/TIA/EIA-568 A o B, "Norma para construcción comercial de cableado de telecomunicaciones". Esta norma fue desarrollada y aprobada por comités del Instituto Nacional Americano de Normas (ANSI), la Asociación de la Industria de Telecomunicaciones (TIA), y la Asociación de la Industria Electrónica, (EIA) La norma establece criterios técnicos y de rendimiento para diversos componentes y configuraciones de sistemas.

ANSI/EIA/TIA-569, "Norma de construcción comercial para vías y espacios de telecomunicaciones", que proporciona directrices para conformar ubicaciones, áreas, y vías a través de las cuales se instalan los equipos y medios de telecomunicaciones.

ANSI/TIA/EIA-606, "Norma de administración para la infraestructura de telecomunicaciones en edificios comerciales". Proporciona normas para la codificación de colores, etiquetado, y documentación de un sistema de cableado instalado. Seguir esta norma, permite una mejor administración de una red, creando un método de seguimiento de los traslados, cambios y adiciones. Facilita además la localización de fallas, detallando cada cable tendido por características

ANSI/TIA/EIA-607, "Requisitos de aterrizado y protección para telecomunicaciones en edificios comerciales", que dicta prácticas para instalar sistemas de aterrizado que aseguren un nivel confiable de referencia a tierra eléctrica, para todos los equipos.

Para garantizar la prestación de servicios de salud, los sistemas alternos de energía pueden ser de los siguientes tipos:

- Grupos electrógenos (Plantas eléctricas)
- Fuentes de potencia ininterrumpidas. (UPS)
- Bancos de Baterías

Las normas técnicas internacionales aplicables a edificios comerciales son aplicables a edificios públicos y se deben trabajar sobre el criterio de responsabilidad social

Los responsables encargados de los diseños del proyecto deberán ser profesionales debidamente matriculados y que respalden los diseños con su firma.

3. PROCEDIMIENTO PARA APROBACIÓN DE PROYECTOS

El procedimiento para la aprobación de los proyectos radicados ante la oficina de Planeación del Instituto Departamental de Salud de Nariño, es como se detalla a continuación:

1. Una vez surtidos el cumplimiento de los cuatro (4) primeros prerequisites contemplados de la lista de chequeo, el proyecto se entregara a la Oficina Asesora de Planeación al profesional responsable donde se revisara conjuntamente con el proponente los requisitos establecidos y se determinara si es posible o no la radicación del mismo en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental.

Los diseños arquitectónicos deben ser presentados con los rótulos debidamente firmados por los profesionales autorizados y sus correspondientes matrículas. A su vez, deben estar firmados y sellados por el profesional responsable de OAP de IDSN.

Si este cumple con el listado de requerimiento se procede con su revisión documental de los contrario se notificara al proponente para que se realicen los respectivos ajustes.

2. Cuando se trate de proyectos llave en mano o de emergencia, seguir los requisitos establecidos por el Banco de Proyectos de Inversión Departamental.
3. Radicación del proyecto a través del aplicativo del Banco de Proyectos de Inversión Departamental –BPID-, en la oficina Asesora de Planeación, previa verificación de cumplimiento de requisitos.

Si se trata de proyectos financiados con recursos del Sistema General de Regalías, por su grado de complejidad se adelantará un comité técnico de planeación para su correspondiente conocimiento integral del alcance y dimensión del mismo, del cual se levantará el acta respectiva.

4. El proyecto después de formulado por la ESE es entregado al municipio con todos los archivos adjuntos como soporte de la MGA, y a su vez, el municipio debe enviar el proyecto a través de la plataforma MGA WEB al departamento de Nariño. Lo anterior aplica para los prestadores locales y/o municipales.

Los proyectos de los hospitales de mediana y alta complejidad se deben enviar directamente al departamento.

5. Empieza con la entrega del proyecto al profesional encargado de verificar requisitos y registro en el Banco de Proyectos de Inversión del Departamento BPID. Luego de ser radicado se envían los documentos para el estudio al profesional según corresponda :
 - a. En Red de servicios se observa la pertinencia con la Red integrada de servicios del departamento y el análisis del proyecto de infraestructura y dotación de acuerdo a la Guía para la elaboración de proyectos del IDSN.
 - b. Revisión del Programa Medico Arquitectónico

- c. Revisión de estudios estructurales, Hidrosanitarios, Gases y otros
- d. Revisión de estudios eléctricos, de Voz y Datos, revisión de cumplimiento normativo respecto a TICs en infraestructura hospitalaria, según la magnitud del proyecto.
- e. Revisión de equipos industriales y equipos biomédicos.
- f. Revisión de presupuesto, análisis de precios unitarios, programación de obra y flujo de fondos.
- g. Revisión de la MGA según el aplicativo diseñado para el efecto por parte del Departamento Nacional de Planeación – DNP.

Los profesionales tienen ocho (8) días calendario a partir del recibo del proyecto para hacer las observaciones correspondientes. La evidencia de las observaciones debe consignarse dentro del software de proyectos.

Los ajustes a los proyectos que deban adelantar los proponentes de los mismos se realizarán en un tiempo no superior a los diez (10) días calendario siguientes. De no cumplir con este tiempo, **el IDSN emitirá viabilidad desfavorable**. La evidencia de los ajustes debe consignarse dentro del proyecto.

El IDSN tiene cinco (5) días calendario para revisar los ajustes, y de ser pertinente enviar nuevamente a correcciones para lo cual los encargados del proyecto tendrán tres (3) días calendario para realizar los ajustes. Si en el periodo estimado no se cuenta con los ajustes requeridos se **dará viabilidad desfavorable**.

Una vez subsanadas todas las correcciones, en los tres (3) días subsiguientes se hará la revisión final y preparación del informe de viabilidad, certificado de viabilidad y solicitud de registro emitidos por el Banco de proyectos de inversión departamental –BPID–.

En todo caso el tiempo para revisión, ajustes y emisión de viabilidad no podrá superar los treinta (30) días calendario.

Con los conceptos de viabilidad firmados, se entrega copias de estos, a la persona responsable del proyecto o su delegado para radicación del proyecto en la secretaria de planeación departamental (BPID).

De conformidad con la Resolución No. 2514 de 2012 (art. 8º), cuando se trate de proyectos de infraestructura con valor superior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, y de proyectos de dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta, el concepto de viabilidad final lo emite el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto del Instituto departamental de Salud de Nariño. Posteriormente se enviará el proyecto desde el IDSN al Ministerio de Salud y Protección Social.

En el concepto Técnico que emita la Oficina Asesora de Planeación de IDSN, para este tipo de proyectos, deberá precisarse claramente que la viabilidad definitiva la emite el Ministerio de Salud y Protección Social, y que es responsabilidad del proponente del proyecto, hacer la gestión correspondiente para dicho fin.

4. MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE VIABILIZA UN PROYECTO

1. Incumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados.
2. Cuando la información técnica reportada en la ficha informativa del proyecto y MGA no son coherentes y consistentes.

3. No cumplimiento de requisitos legales, de mercado, localización, técnicos, organizacionales, ambientales, comunitarios y financieros.
4. Cuando los objetivos no son coherentes con la necesidad de la institución y el nivel de complejidad de la misma.
5. Cuando existan dudas sobre la originalidad del proyecto y se trate de plagio de documentos de otros entes territoriales; ante estos hechos, se dará conocimiento a las instancias correspondientes.
6. Cuando se incumplan los términos de tiempo y requisitos establecidos en el procedimiento.

5. SEGUIMIENTO A PROYECTOS VIABILIZADOS

El seguimiento de los proyectos está a cargo de los funcionarios asignados por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

El equipo de proyectos de la Oficina Asesora de Planeación de IDSN, selecciona los proyectos que están en proceso de ejecución tanto en infraestructura y dotación según información recepcionada o solicitudes de los responsables, y adelanta visitas de seguimiento a la ejecución de los proyectos de infraestructura y dotación cuando se ameriten.

6. CONTENIDO BASICO DE LA FICHA INFORMATIVA DEL PROYECTO

6.1 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO: (máximo 10 renglones en arial 11)

La ficha informativa inicia con la presentación del proyecto, en la cual es necesario referencia la institución que lo presenta, su ubicación geográfica, la clasificación en red integrada de servicios del prestador de servicios de salud que ejecutará el proyecto (Utilice el documento RED ubicado en la página WEB del IDSN), el código de habilitación...

Ejemplo: La ESE Centro de Salud XXXX presenta el proyecto XXXX ante el IDSN, La ESE está ubicada en el municipio de XXXXX, al Centro Occidente del Departamento de Nariño, limita con los siguientes municipios al norte XXX, etc., dista a la ciudad capital a XXX kilómetros, según documento red la ESE se clasifica como una institución Tipo XXX, servicios debidamente habilitados según código XXXXX

6.2 INFORMACIÓN BÁSICA

MUNICIPIO	
NIT MUNICIPIO	
ENTIDAD PROPONENTE	
NIT ENTIDAD PROPONENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PROPONENTE	
CEDULA	
CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	
NOMBRE DEL PROYECTO	
VALOR TOTAL DEL PROYECTO	
FUENTES DE FINANCIACION	NACION: DEPARTAMENTO: MUNICIPIO: ESE O IPS: REGALIAS: OTROS:

VALOR INTERVENTORIA	Infraestructura: Dotación:
PROBLEMA A RESOLVER	
OBJETIVO CENTRAL DEL PROYECTO:	
POBLACION BENEFICIARIA	
USUARIOS REGIMEN CONTRIBUTIVO	EPS1: EPS2: EPS3:
USUARIOS REGIMEN SUBSIDIADO	EPS1: EPS2: EPS3:

6.3 ANALISIS POBLACIONAL

De conformidad a la clasificación de la población objetivo, hacer el análisis poblacional correspondiente, en el cual se precise cuales los grupos poblacionales afectados o que serán sujeto de especial atención por parte del proyecto.

(0 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 59 años, Mayor de 60 años)

6.4 ANALISIS DE LA RED DE SERVICIOS:

Hay necesidad de precisar la conformación de la Red interna de servicios de salud del municipio o subregión (número de unidades de atención, ubicación de cada una de ellas, (rural, urbana), población que atiende cada unidad). Si se cuenta con la información relacionar otros prestadores diferentes de la red pública.

PORTAFOLIO Y COMPLEMENTARIEDAD DE SERVICIOS:

ESE - IPS	PORTAFOLIO DE SERVICIOS	LOCALIZACIÓN	HORAS DE SERVICIO	DE	POBLACION BENEFICIARIA
Hospital _____					
Centro de Salud _____					
Puesto de salud _____					
Grupo extramural					

Describa como se adelanta la complementariedad de servicios de salud, de acuerdo al grado de complejidad, en la subregión y el Departamento. Que servicios se están complementando, Instituciones donde complementan servicios, Número de remisiones, (consulta externa, urgencias) y causas principales de remisión, situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia.

Ejemplo: La E.S.E complementa sus servicios con la red pública, principalmente, en la atención de urgencias, y apoyo diagnóstico, en primer lugar está el Hospital San José de Túquerres, seguido del Civil de Ipiales y en tercer lugar el hospital Departamental y San Pedro de la ciudad de Pasto, promedio mensual se presentan 225 remisiones, priorizadas así: Apoyo Diagnostico (RX) 45,

Ginecología 20, Traumatología 20, Urología 4, Medicina Interna 5; El proceso de referencia y contrarreferencia está en etapa de implementación y ajuste, teniendo como meta al finalizar vigencia, la evaluación y elaboración del plan de mejoramiento para las situaciones negativas encontradas.

6.5 DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA

Máximo tres páginas. La información debe presentarse de manera clara, precisa, coherente con el título y con los objetivos. (El valor de la información no depende de su cantidad... "lo bueno, si es breve, es dos veces bueno...")

Incluir la siguiente información sobre el problema:

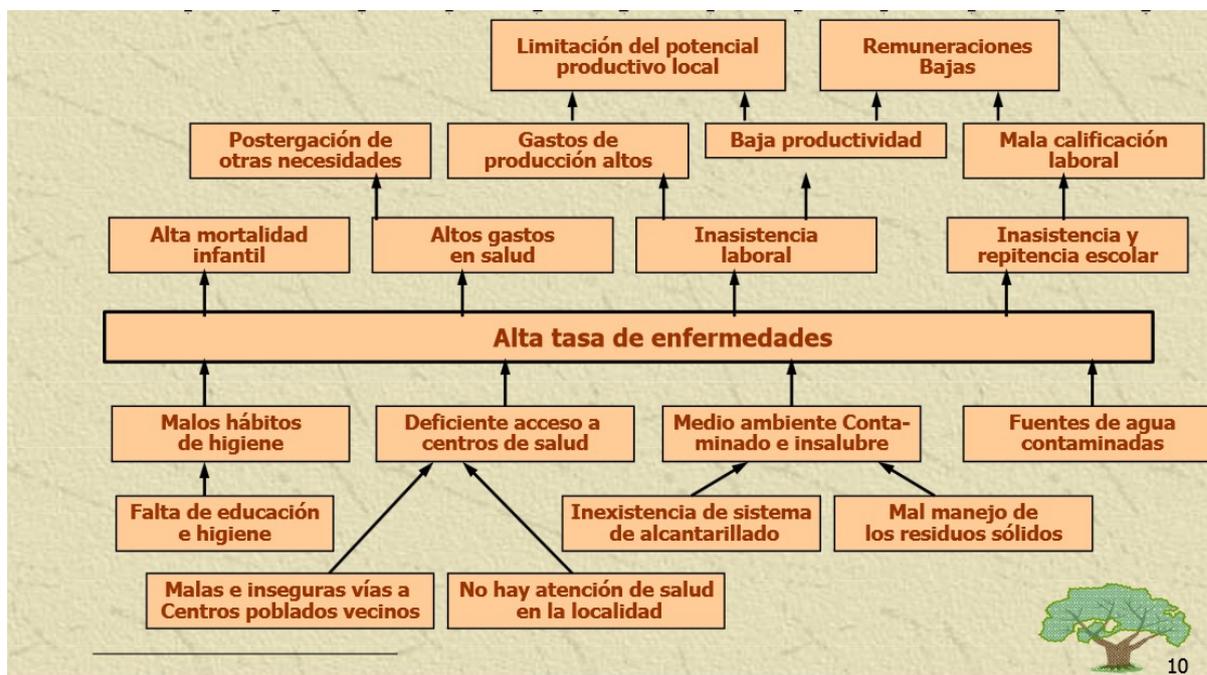
- ¿En qué consiste el problema?
- ¿Cuáles son los elementos esenciales del problema?
- ¿Cuáles son las causas? (Árbol de problemas, espina de pescado...)
- ¿Para quién(es) es problema? (¿A quiénes afecta?)
- ¿Por qué es problema? (¿Qué consecuencias desfavorables tiene?)
- ¿Cuál es la magnitud del problema? (¿Qué tan grave o intenso es?)
- ¿Qué consecuencias se pueden esperar, de no resolverlo?
- ¿Cuál es la localización de la población afectada? ¿Cuál es el área geográfica sobre la cual tiene influencia el problema identificado?
- ¿Cuáles son los antecedentes sobre cómo ha evolucionado el problema? y ¿qué intentos de solución se han presentado anteriormente?
- ¿Se cuenta con toda la información suficiente acerca del problema?
- ¿Cuáles son las principales dificultades para enfrentar el problema?

Un problema de salud se puede detectar por diferentes tipos de información, como perfiles epidemiológicos, condiciones de morbimortalidad y factores de riesgo. El municipio donde se presenta el problema tiene un plan municipal de salud, se debe consultar el diagnóstico y los indicadores allí contenidos, con el objeto de describir el problema de salud.

Una forma de identificar los principales problemas de salud es la siguiente:

- Listar las principales causas de mortalidad, enfermedades de notificación obligatoria y morbilidad, y su frecuencia. La información se puede tomar del Sistema de Información de Salud de las instituciones de Salud del municipio. Por ejemplo, se pueden escoger las diez causas más importantes de cada uno.
- Ordenar las causas anteriores según su frecuencia, descartando las que estén repetidas (presentes en morbilidad y mortalidad, por ejemplo). Si están repetidas, se deja aquélla con la frecuencia mayor.
- Seleccionar las que se piensan solucionar, y priorizarlas según grupos etáreos.
- Identificar los sectores que tienen responsabilidad directa o indirecta con dichas causas (salud, transporte, educación, servicios públicos, etc.).
- Reclasificar las causas según la responsabilidad directa o indirecta.

El siguiente es un ejemplo, que sirve como referencia, para determinar el árbol de problemas:



Fuente: DNP

Una vez que se ha identificado el problema de salud, se deben buscar sus causas. Entre ellas pueden estar: baja cobertura de los servicios de salud, ineficiencias de recurso humano o de los equipos disponibles, altos costos relativos del servicio (dependiendo del nivel de ingresos de la población), altos costos y tiempos de viaje hasta el lugar de atención, factores culturales, aspectos relacionados con otros sectores, etc.

6.6 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

La definición correcta del problema es un requisito para resolverlo.

Este enunciado suena como una perogrullada; sin embargo muchas de las "soluciones" que fracasan lo hacen porque parten de errores, confusiones o visiones superficiales del problema que pretendían resolver. La práctica obliga a aceptar que un mal planteamiento del problema conduce con frecuencia al fracaso.

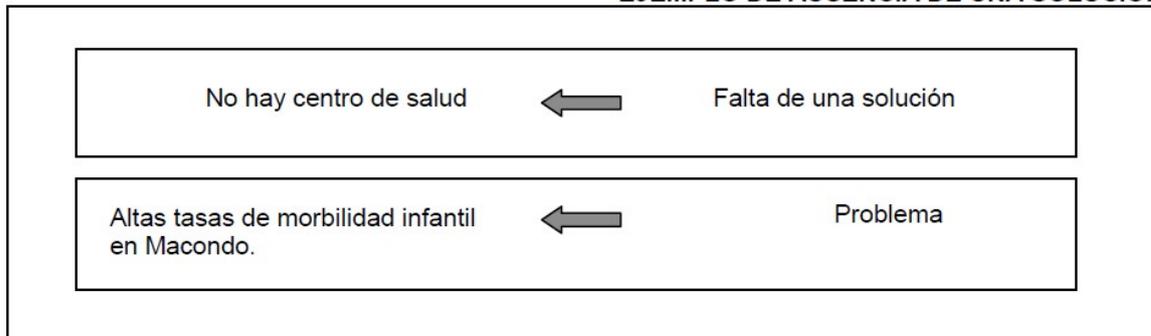
Formalmente un problema se expresa como una situación desfavorable que demanda intervención y que se escribe como una oración con sentido completo, donde se da clara cuenta *del hecho identificado y de su consecuencia desfavorable*; este último aspecto es esencial para que los demás puedan comprender por qué el evento es realmente considerado como problema. Un problema está bien formulado cuando los demás pueden identificar claramente por qué es desfavorable.

Los problemas no deben expresarse como la falta de una solución; esta forma de plantear problemas es un error muy común que genera visiones simplistas de la situación, perpetúa soluciones cuya utilidad puede haber desaparecido, y bloquea la búsqueda creativa de otras opciones.

No confundir el problema con la ausencia de una solución. No es lo mismo decir falta un hospital (falta de solución), que decir que existen "Altas tasas de morbilidad" en un área específica (problema).

El problema no es que "no exista un puente". El problema es: "se quiere pasar el río y no se puede". El puente no es más que una de las posibles soluciones y no necesariamente la mejor.

EJEMPLO DE AUSENCIA DE UNA SOLUCIÓN



Fuente: Departamento Nacional de Planeación de Colombia. Serie de Metodología BPPIN (2000).

Se deben identificar los problemas existentes y no situaciones posibles, imaginadas o futuras.

El Enfoque de Riesgo es un conjunto de principios éticos, conceptuales y procedimentales, propuestos por la epidemiología para facilitar la administración de los problemas de salud. El enfoque de riesgo propone que, aun existiendo suficientes recursos, el analista debe valorar los problemas a intervenir y atender inicialmente los de mayor importancia.

La formulación de cada **problema específico** debe cumplir con los siguientes requisitos formales:

- Debe expresar una situación existente
- Debe formularse en una oración corta con sujeto, verbo y predicado
- Debe ser claramente comprensible
- Debe contribuir de manera importante a la aparición del problema principal
- Debe estar expresada en términos operativos

Con base al análisis anterior define en máximo tres (3) renglones cual es el problema.

Por ejemplo: Los usuarios de la ESE San Martín, del municipio de la Paz, no acceden con facilidad a los servicios de consulta externa.

6.7 ANALISIS DE OBJETIVOS

A partir del análisis de la situación actual (problema o necesidad) y con base en las capacidades reales de la institución ejecutora del proyecto, se debe proponer la situación esperada, la que se visualiza en la formulación del objetivo general y los objetivos específicos del proyecto.

Lo que en el árbol de problemas se denominó como causa, en el árbol de objetivos se llama medios u objetivos específicos.

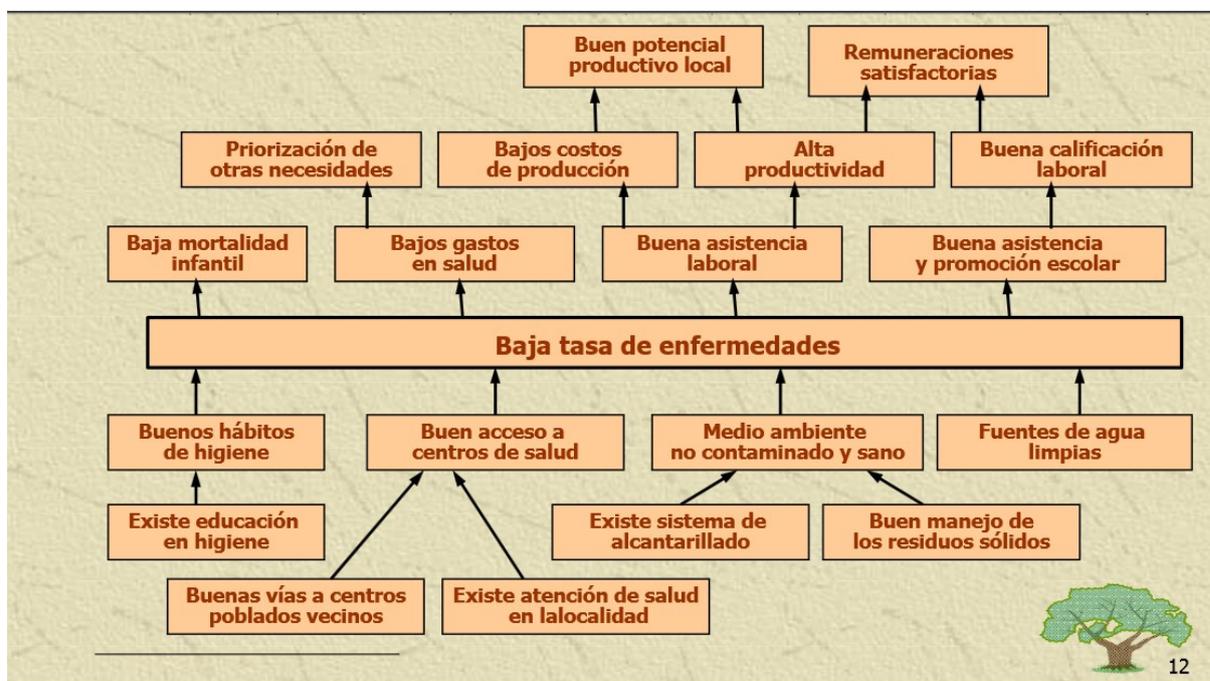
En esta etapa del procedimiento:

- Se describe la situación futura que será alcanzada mediante la solución de los problemas.
- Se identifican posibles alternativas para el proyecto.

El árbol de objetivos debe ser la versión en positivo del árbol de problemas.

- Lo que en el árbol de problemas se denominó como **causa**, en el árbol de objetivos se llama **medios** y luego toma el nombre de **objetivos específicos**.

- Lo que en el árbol de problemas eran **efectos**, en el árbol de objetivos se convierten en **finés**.
- Lo que en el árbol de problemas era el **problema principal**, se vuelve el **objetivo general**.



Para construir el árbol de objetivos hay que desarrollar los siguientes pasos:

1. Formular todas las condiciones negativas del árbol de problemas redactadas en forma de condiciones positivas que son deseables y realizables en la práctica. La formulación debe hacerse usando como palabra inicial, verbos fuertes en infinitivo, por ejemplo: aumentar, mejorar, disminuir, entre otros.
2. Verificar las relaciones medios – fines establecidas para garantizar la lógica e integridad del esquema.
3. Si es necesario:
 - Se Modifican las frases existentes.
 - Se añaden frases nuevas en el contexto de las relaciones medios - fines.
 - Se eliminan objetivos que no sean efectivos o necesarios.

El planteamiento de los objetivos debe coincidir con las capacidades reales del proyecto y responder al cuánto, al cómo y al cuándo, para lo cual se requiere la definición de metas. Estas deben ser alcanzables, medibles y delimitadas en el tiempo.

La formulación de los objetivos debe incluir indicadores. En la definición de los indicadores se deben considerar como mínimo las siguientes variables: el nombre del indicador, la categoría, la fórmula, la unidad de medida y la descripción. Además, se debe presentar el valor del indicador en la situación actual. Los indicadores más adecuados para este tipo de proyectos son los de morbi-mortalidad.

6.8 RELACION DEL OBJETIVO DEL PROYECTO CON PLANES Y PROGRAMAS

El objetivo del proyecto debe estar enmarcado dentro de los planes o programas de carácter sectorial, municipal, departamental o nacional.

	GUÍA ELABORACIÓN DE PROYECTOS		
	CÓDIGO: G-PDSOAP01	VERSIÓN: 07	FECHA: 07-09-2017

A continuación, se presenta un ejemplo de la forma de diligenciarlo:

EJE	EQUIDAD E INCLUSION SOCIAL				
PROGRAMA:	Salud con equidad				
SUBPROGRAMA	Gestión de Autoridad sanitaria				
OBJETIVO GENERAL:	Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las y los nariñenses, bajo los principios de intersectorialidad y complementariedad.				
OBJETIVO ESPECIFICO:	Mejorar la calidad de la atención en salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS.				
Indicador	Tipo de meta	Descripción de la meta	Meta Cuatrenio	Línea base	Meta con proyecto
% de prestadores de servicios de salud cumpliendo con los estándares de habilitación	Resultado	Garantizada la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad y humanización con enfoque diferencial y preferente	90%	70%	80%
% de autorizaciones de servicios de salud de manera oportuna	Producto	Incrementado el acceso a los servicios de salud de la población pobre no afiliada, en situación de desplazamiento y/o población especial	79%	70%	75%
% de satisfacción de los usuarios	Producto	Fortalecida la medición de la satisfacción en los servicios de salud de la población objeto.	80%	60%	70%
Nº de proyectos gestionados y/o cofinanciados	Producto	Gestionados y/o cofinanciados proyectos estratégicos de impacto subregional para mejoramiento de infraestructura y prestación de servicios en hospitales e IPS según indicadores y concertación en cada subregión.	5	--	1

Tenga en cuenta los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 1446 de 2006, o acto administrativo que la complemente o modifique.

6.9 ANALISIS TECNICO DEL PROYECTO: (Por etapas o construcción total)

a) describa el proyecto médico arquitectónico, (área de construcción, servicios a construir en dicha área), o equipos que se van a dotar en cada servicio.

Ejemplo de infraestructura: Sala de observación con un área de 234 m²: cuenta con 3 Camillas observación mujeres, 3 camillas observación hombres, 3 camillas observación pediátrica, Un consultorio de procedimientos para paciente en sala de observación. Etc., etc.

Ejemplo en caso de dotación: SALA DE OBSERVACIÓN: 3 equipos de toma de signos vitales, 2 básculas de peso adulto y pediátrico, etc.

CAPACIDAD INSTALADA

REPS	SIHO

Para los proyectos de infraestructura es necesario incluir el programa médico arquitectónico actual y con proyecto. Por ejemplo:

La información contenida en el siguiente cuadro debe estar acorde al catastro físico hospitalario

SERVICIO	AMBIENTE	Área actual	Área con proyecto	Área de circulación actual	Área de circulación con proyecto
AMBULATORIOS	Oficina programas extramurales (Promoción y Prevención)				
AMBULATORIOS	Recepción, Información, Admisiones.				
AMBULATORIOS	Sala de espera odontología				
AMBULATORIOS	Consultorio 1 odontológico (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Consultorio 2 odontológico (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Consultorio 3 odontológico (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Consultorio 4 odontológico (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Área de esterilización para odontológica.				
AMBULATORIOS	Área de RX periapical (Odontología)				
AMBULATORIOS	Sala de espera medicina general				
AMBULATORIOS	Consultorios de Medicina General (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Consultorios de Medicina Especializada (Con Baño) (Ginecología)				

AMBULATORIOS	Consultorios de Medicina Especializada (Con Baño)(Pediatria)				
AMBULATORIOS	Consultorio de Enfermería (Curaciones e Infectología) (Con Lavamanos)				
AMBULATORIOS	Oficina atención al usuario.				
AMBULATORIOS	Área para la disposición y manejo de elementos de aseo.				
AMBULATORIOS	Baños personal Hombres.				
AMBULATORIOS	Baños personal Mujeres.				
AMBULATORIOS	Baños para publico Hombres. (Condiciones de accesibilidad)				
AMBULATORIOS	Baños para publico Mujeres (condiciones de accesibilidad).				
AMBULATORIOS	Circulaciones 30%				
AMBULATORIOS	Recepción-Información				
AMBULATORIOS	Comprobación de derechos, Pago cuotas moderadoras				
AMBULATORIOS	Sala de Espera				
AMBULATORIOS	Área de Camillas y Sillas de ruedas				
AMBULATORIOS	Consultorio triage Urgencias (Con Baño y disponibilidad de oxígeno)				
AMBULATORIOS	Consultorios Urgencias (Con Baño y disponibilidad de oxígeno)				

ESPECIFICACIONES TECNICAS O CARACTERISTICAS DE LOS EQUIPOS

- Tamaño (con unidades)

- Peso (con unidades)
- Material
- Accesorios
- Parámetros de medición con unidades (equipos como monitores)
- Fuente de energía (eléctrico, gas, presión)
- Acabados (muebles y enceres)
- Medidas (largo, ancho, profundo)
- Tipo de Baterías Capacidad en horas
- Capacidad
- Precisión
- modos de medición (si aplica)
- modos de control (si aplica)
- Alarmas (si aplica)
- Concordancia con las áreas y especificaciones técnicas solicitadas en resolución 2003 de 2014

Ejemplo

MONITOR DE SIGNOS VITALES	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Monitor con pantalla de 8.4 pulgadas como mínimo 2.-Pantalla policromatica (color): Tecnología LCD de matriz activa o TFT 3.-Protección contra descarga de desfibrilador 4.- Al menos 3 curvas simultaneas 5.- ECG que permite en pantalla el despliegue numérico de al menos 1 curva, a elegir entre 3 derivaciones o mas con precisión de +/- 1 bpm 6.- Cuenta con pletismografía, frecuencia respiratoria (precisión de +/- 2 rpm), saturación de oxígeno (precisión de +/- 2 %), presión no invasiva (Sistólica, diastolica y media, precisión de +/- 5 mmHg), temperatura (precisión de +/- 2 °C) 7.- tiene alarmas audibles y visibles con limites superior e inferior de los siguientes parámetros: Saturación de oxigeno, frecuencia cardiaca, presión arterial no invasiva, temperatura, frecuencia respiratoria. 8.-Alarma de Apnea 9.- con silenciador de alarmas 10.- peso no mayor a 6 Kg incluyendo la batería 11.- Modos para toma de presión: Manual y automática a diferentes intervalos de tiempo 12.- Cuenta con modo Adulto, pediátrico y neonatal. 13.- Accesorios: Cable de poder, sensores tipo dedal adulto y pediátrico, sensor de temperatura, brazalete adulto y pediátrico, manguera con conector para los brazaletes, cable de paciente para ECG de al menos 3 puntas, batería recargable. 14.-Duración de la batería de 4 a 8 horas 15.- Voltaje dentro del rango 110 a 127 V/60Hz , en cumplimiento de normas IEC 60601
----------------------------------	---

Los valores de las cotizaciones deben ser acordes con los valores del mercado.

De las dos cotizaciones que se solicitan se tendrá en cuenta para el proyecto la de menor valor siempre y cuando estas cumplan con las especificaciones técnicas y no deben pasar de 90 días de vigencia.

No especificar marcas ni modelos

Para cambio de tecnología se debe anexar registro fotográfico o de video de estado de equipos a reemplazar

Se debe tener en cuenta la normatividad vigente relacionada a condiciones técnicas para la destinación de los recursos de proyectos

Se debe entregar inventario de los equipos biomédicos existentes donde incluya nombre, marca, modelo, serie, especificaciones, número de registro INVIMA entre otros, (ANEXO 3). Este inventario debe ser realizado por un ingeniero biomédico debidamente inscrito en INVIMA.

6.10 ESTUDIO DE MERCADO (ANÁLISIS OFERTA Y DEMANDA)

El estudio de mercado consiste en realizar las investigaciones sobre el comportamiento de la oferta, la demanda y los precios, tanto de los productos y/o servicios que se generarían con el proyecto como de los insumos necesarios para la producción del servicio o bien que se proponga en cada una de las alternativas en consideración.

Para este estudio se debe contar con los datos notificados en Decreto 2193 del 2004, al revisar los datos estos deben coincidir con lo reportado por el municipio.

Por lo tanto, en el estudio de mercado es importante analizar para la preparación de las alternativas de solución, lo referente a la demanda y la oferta de servicios o bienes necesarios, actualmente, y proyectarlos en un período de tiempo igual o superior al horizonte de evaluación de las alternativas de solución por cuanto se constituye en el insumo para determinar el tamaño del proyecto el cual debe estar asociado a la solución parcial o integral del problema o necesidad previamente identificados.

Se deben trabajar dos aspectos, principalmente:

a). El consumidor y las demandas del mercado (población objetivo) actuales y proyectadas de cada una de las alternativas de solución.

El análisis del consumidor (población objetivo) tiene por fin caracterizar a los consumidores actuales y potenciales, identificando sus preferencias, hábitos de consumo, motivaciones.

Este análisis pretende cuantificar el volumen de servicios y bienes que el consumidor (población objetivo) podría recibir o adquirir con la ejecución de cada una de las alternativas de solución en análisis.

b). La competencia y las ofertas del mercado (Estado) actuales y proyectadas, de cada una de las alternativas de solución. El estudio de competencia hace referencia a la estrategia comercial. Es necesario conocer las fortalezas y debilidades de la competencia, para aprovechar sus ventajas y sus desventajas.

En este estudio se analizará:

- La demanda de servicios o bienes de la sociedad.
- La oferta de servicios o bienes del estado.
- Los precios de los productos y/o servicios asociados a la alternativa en la etapa de operación y mantenimiento.

Para el análisis de producción de servicios puede tener en cuenta los reportes de Decreto 2193 de 2004, RIPS, entre otros. Si son necesarios análisis más profundos, se realizará la consulta directa al consumidor y a sea a través de la observación directa o la utilización de una encuesta o cualquier otro medio probado de análisis.

Para el cálculo de demanda puede tener en cuenta las frecuencias de uso de La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI-, Organización Mundial de la Salud –OMS-, lo establecido en la Resolución No. 5261 de 1994, entre otros.

Recuerde que el estudio de mercado es la base fundamental, para definir **el programa médico arquitectónico** de su proyecto de infraestructura, el que a su vez será el insumo principal para definir diseños arquitectónicos, y con ellos los estudios complementarios.

6.11. SOPORTE Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO.

El estudio financiero busca consolidar la información sobre beneficios y/o ingresos y costos, de las diferentes alternativas de solución al problema o necesidad identificados

Los objetivos del estudio financiero son:

- Ordenar y sistematizar la información de carácter monetario recopilada en todos los estudios.
- Complementar la información para la evaluación de las alternativas.
- Dar una idea clara sobre la óptima estructura financiera del proyecto.
- Establecer en forma clara los beneficios y/o ingresos de operación y los costos de inversión y de operación del proyecto.
- El análisis de ingresos y/o beneficios y valores monetarios, permitirá determinar la viabilidad financiera y económica en cada una de las alternativas.

Para determinar los costos de preinversión, inversión y de operación, se definen tres elementos:

- **Actividades:** acciones necesarias dentro de un proyecto que utiliza recursos e insumos.
- **Componentes:** resultados específicos de una o varias actividades, expresado como trabajo terminado.
- **Productos:** bienes o servicios que genera el proyecto (mayor cantidad, calidad o eficiencia).



Para la elaboración del presupuesto de cada una de las alternativas se debe tener en cuenta lo descrito en el estudio técnico en relación con las características técnicas y definir los siguientes aspectos:

- Componentes del gasto.
- Actividades y características.

- Insumos.
- Unidad de medida.
- Cantidad.
- Valor unitario y total por los conceptos de: mano de obra, materiales, servicios, activos fijos entre otros, discriminando los valores de los servicios o bienes para cada periodo de estudio.

Incluir cuadro de presupuesto.

Costos de operación y mantenimiento:



TIPO	Descripción	Cant.	Valor mes	Valor año
Mano de obra calificada asistencial.	Medico			
	Odontólogo			
	Bacteriólogo			
	Enfermera			
	Auxiliar de enfermería			
Mano de obra calificada de apoyo	Gerente			
	Subgerente			
	Tesorero			
	Facturador			
	Auxiliar Administrativo			
	Contador			
	Servicios aseo			
	Servicios de vigilancia			
Materiales y suministros	Medicamentos			
	Otros insumos médicos			

IDENTIFICACION Y VALORACION DE BENEFICIOS

Los productos que se obtienen con los proyectos generan beneficios para la población objetivo, estos se presentan bajo la forma del problema resuelto o la necesidad satisfecha. Sólo se deben incluir los beneficios que se obtienen y que están representados en:

- Incremento en la disponibilidad de servicios y bienes.
- Ahorro de recursos por una mayor eficiencia en la producción de servicios o bienes.
- Aumento en la calidad de servicios o bienes.

Los ingresos más relevantes que se consideran en el proyecto son aquéllos que se derivan del servicio prestado o de la venta del servicio o bien que producirá el proyecto, además se deben involucrar los ingresos por concepto de venta de activos, por venta de subproductos o productos de desecho que genere el proyecto.



GUÍA ELABORACIÓN DE PROYECTOS

CÓDIGO: G-PDSOAP01

VERSIÓN: 07

FECHA: 07-09-2017

Página 23 de 27

Un ejemplo de cuantificación y valoración de beneficios:

Ahorro en tiempos de viaje: los usuarios por día se ahorran media hora por día a un valor de \$1500 (0,5* número de usuarios por año por 360 días). En el tercer año, los usuarios ahorrarán 250 horas por un valor unitario de \$1,50 para un valor total de \$375 para ese año (2010). En el cuarto año, los usuarios ahorrarán 350 horas por un valor unitario de \$1,50 para un valor total de \$525 para ese año (2010).

El valor total de los ingresos y beneficios es: \$2.596.864,00 para el primer año, \$3.895.296,00 para el segundo año, \$8.335.167,00 para el tercer año y \$8.393.983,67 para el cuarto año.

PROYECCION DE INGRESOS Y BENEFICIOS

Incluir cuadro de proyección de ingresos y/o beneficios generados por el proyecto

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA PRESENTACION DEL PROYECTO

Elaboró: EQUIPO DE TRABAJO Proyectos	Revisó: ALVARO ALVAREZ ERASO Profesional Especializado	Aprobó: OMAR MORENO JARAMILLO Jefe Oficina de Planeación
Firma	Firma	Firma
Fecha: 05-09-2017	Fecha: 06-09-2017	Fecha: 07-09-2017

ANEXO 1

CLASIFICACION PARA ANALISIS POBLACIONAL

Para efectos de la descripción y cuantificación de la población afectada del proyecto se puede utilizar una de las clasificaciones que se describe a continuación:

- Concentrada o dispersa
- En condiciones socio-económicas especiales (según ingresos y condiciones de vida)
- Grupos etáreos (edad) y sexo
- Minorías étnicas

POBLACION CONCENTRADA Y DISPERSA

- Población concentrada: rural o urbana reunida en poblados de más de 2000 habitantes.
- Población dispersa: centros poblados de menos de 2000 habitantes o que no estén concentrados (vivienda rural, veredas, etc.)

POBLACION EN CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS ESPECIALES

Esta clasificación busca conocer la población que enfrenta problemas de pobreza de diversos orígenes, que no les permite vivir con un mínimo grado de bienestar.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): criterio basado en los indicadores de pobreza adoptados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) para reconocer la población con mayores necesidades:

- * Hogares en viviendas físicas inadecuadas o con materiales de construcción frágiles
- * Hogares en viviendas sin servicios públicos
- * Hogares con hacinamiento crítico o en viviendas con más de tres personas por habitación
- * Hogares con alta dependencia económica
- * Hogares con ausentismo escolar

Pobreza: se consideran en situación de Pobreza (P) los hogares que no pueden satisfacer al menos una de las necesidades calificadas como NBI.

Miseria: se consideran en situación de Miseria (M) los hogares que no pueden satisfacer más de una de las necesidades calificadas como NBI.

El registro de estos datos se puede encontrar en el DANE, entidad encargada de recolectar y analizar esta información para cada municipio.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS (EDAD) Y GENERO (SEXO)

En cada edad existen problemas de salud específicos o áreas de interés especial para el futuro desarrollo. Como una primera aproximación a la solución de los problemas de salud se definen tres grupos de edad que, por sus características, se identifican con los programas que normalmente se preparan para resolver la problemática específica de cada uno de esos grupos.

Grupos etáreos:

- * De 0 a 1 año: grupo de recién nacidos que merecen atención especial a través de programas de prevención: vacunación y nutrición.
- * De 1 a 14 años: grupo de niños y adolescentes, cuyos programas son especialmente de prevención y promoción: vacunación, nutrición y odontológicos.
- * De 15 años a 59 años: grupo en el que se encuentran adolescentes, personas maduras y cuya problemática es variada. Presentan problemas de drogadicción, accidentalidad, morbilidad, etc., los cuales se combaten mediante la combinación de todos los programas propuestos.

* Mayores de 60 años: grupo de personas de la tercera edad y ancianos. Presentan problemas especiales de enfermedades crónicas y degenerativas, demencia senil, alcoholismo, etc., los cuales se enfrentan mediante la combinación de todos los programas propuestos.

Los proyectos dirigidos a la totalidad de la población serán los que cubren la suma de los grupos de "0 a 1 año" más "1 a 14 años" más "15 a 59 años" y los "Mayores de 60 años".

Género (Sexo): en este grupo se tiene especial interés en las mujeres que se encuentran en edad reproductiva: mujeres que tienen de 15 a 44 años. Se dirigen a la solución de sus problemas programas de promoción o prevención, los proyectos de infraestructura y dotación en el ambiente sala de partos.

POBLACION DE MINORIAS ETNICAS

Por lo general son grupos que se encuentran en zonas apartadas de Colombia, que presentan los mayores índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Pobreza y Miseria (PM). Poseen una cultura de la salud diferente a la del resto de la población del país. En Colombia se consideran minorías a dos grupos étnicos: los indígenas y los negros, en ciertas zonas.

Cada proyecto estará directamente influenciado por el tipo de población que atenderá: las necesidades, características y problemas de salud específicos del grupo de personas que se quiere modificar con la ejecución de un proyecto determinado.

ANEXO 2

ELABORAR UN DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

METODOLOGIA

I. MAPEO DE RIESGO

- Identificar geográficamente los grupos de población donde se concentran los riesgos.
- Facilitar la inversión social para que sea coherente con las demandas reales.
- Monitorear las acciones realizadas.

INFORMACION

Población

- Pirámide poblacional para el municipio

Mortalidad

- Tasas de Mortalidad general infantil y materna (Tendencia para el municipio y para el último año disponible)
- Tasas de Mortalidad por edad y sexo para el municipio
- Estructura de la mortalidad por causas para grupos de edad programáticos y por sexo para el municipio
 - * Razón de mortalidad hombre/mujer por encima de la del país 1.6 hombres: por 1 mujer.
 - * Mortalidad proporcional por causas ordenadas por frecuencia para el total de muertes y por grupos de edad, para el municipio.
 - * Contar con información de patologías trazadoras tales como homicidios, diarrea, neumonía, cáncer de cérvix, cardiovasculares, enfermedad hipertensiva e inmunoprevenibles. Mapeo de acuerdo con esta clasificación.
- * De acuerdo con la estructura de la mortalidad a 10 causas señalar las causas evitables o la proporción de evitabilidad de cada una.

Morbilidad

Por Consulta:

- 10 Primeras Causas por grupos de edad y sexo. (Orden, distribución proporcional)

- * Se elaboraron tablas que incluyen las 10 primeras causas de morbi-mortalidad para este año incluyendo orden, distribución proporcional y tasas. Esto con el fin de visualizar la capacidad resolutoria de la consulta para evitar la hospitalización y la muerte para las diferentes patologías.

Por Egresos Hospitalarios:

- 10 Primeras Causas por grupos de edad y sexo. (Orden, distribución proporcional)
- Tendencia de las coberturas vacúnales.

RESULTADOS

Las causas de morbimortalidad a vigilar se señalan para los diferentes grupos de edad.

- Menores de 5 años
 - * Mortalidad y morbilidad hospitalaria por **afecciones anóxicas e hipóxicas del feto y del recién nacido**, porque permite evaluar la capacidad de respuesta de los servicios de atención materna y perinatal en términos de los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles para esta atención.
 - * Mortalidad y morbilidad hospitalaria por **enfermedad diarreica aguda**. A pesar de la disminución del riesgo de morir por esta causa, persiste entre las cinco primeras causas de muerte, hospitalización y consulta, en este grupo de edad en casi la totalidad de los departamentos, reflejando condiciones de infraestructura sanitaria y de la capacidad de apropiación por parte de la comunidad de la rehidratación oral. La presencia del Cólera como causa de morbimortalidad en algunos departamentos como el Cauca y Magdalena entre otros, merecen especial atención.
 - * **Infección respiratoria aguda** como causa de hospitalización, consulta y muerte es uno de los problemas de salud más susceptibles de intervenciones por los servicios de salud. Desaparecer la Neumonía como causa de muerte presente actualmente en más del 80% de los departamentos, en las primeras 10 causas, debe constituirse en un propósito de los departamentos y municipios.
 - * La **desnutrición** como causa directa de muerte.
 - * Las **malformaciones congénitas** que en Colombia es la quinta causa de muerte en menores de un año, requieren de la identificación y el control de los factores de riesgo asociados para las diferentes áreas.
 - * La **mortalidad por accidentes** en este grupo reflejan las condiciones de abandono, inseguridad, maltrato al menor, tipo de lugar de vivienda, disponibilidad de espacios recreativos, entre otros que deben ser atendidas.
 - * Las **coberturas vacunales** deben vigilarse para mantenerse e incrementarse, ya que su impacto se está viendo reflejado en la no aparición de muertes y de egresos por inmunoprevenibles.
- De 5 a 14 años
 - * **Mortalidad por homicidio.**
 - * **Embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones en adolescentes.**
 - * **Paludismo.**
- De 15 a 44 años
 - * **Muertes violentas.**
 - * **Mortalidad materna y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.**
 - * Enfermedades cardio y cerebrovasculares, específicamente el **infarto agudo de Miocardio.**
 - * **Cáncer de cuello uterino** el cual puede ser detectado precozmente y existen métodos de tratamiento efectivos. Este problema refleja también condiciones socioculturales y de acceso a los servicios de salud. Departamentos como Amazonas y el Quindío lo registran como séptima y octava causa de muerte respectivamente en este grupo de edad.
 - * **Mortalidad por Tuberculosis** que se presenta entre las diez primeras causas en algunos de los departamentos de los territorios nacionales.
- Mayores de 45 años
 - * **Mortalidad por Cáncer**, específicamente de pulmón, gástrico.
 - * **Infarto agudo de Miocardio y Enfermedad hipertensiva.**

