


|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
|  | <b>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD<br/>ECOOPSOS EPS S.A.S.</b> | <b>CODIGO: RC-RED-03-01</b> |
|  | <b>DEPARTAMENTO DE RED DE PRESTADORES</b>                 | <b>VERSION: 01</b>          |
|  | <b>INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTA</b>                      | <b>Página 1 de 2</b>        |

### PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

La EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S, es una sociedad por acciones simplificada, beneficiaria del proceso de escisión adelantado por la COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS EPS – S, dentro del plan de reorganización institucional aprobado por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD a través de la Resolución N° 6200 de 2017, y entró a funcionar desde el 1 de abril de 2018.

ECOOPSOS EPS S.A.S, está facultada para actuar dentro del sistema de seguridad social en salud, como empresa promotora de salud, incluyendo la promoción de la afiliación de los habitantes del país a dicho sistema su ámbito geográfico, administrar el riesgo en salud de sus afiliados y en general, garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan de beneficios de salud a sus usuarios.


### MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención en salud de ECOOPSOS tiene como propósito fundamental modificar e incidir favorablemente en las condiciones de salud de la población afiliada, teniendo en cuenta sus características epidemiológicas, los riesgos en salud (*ambiental, social y biológico*) identificados y la intervención de ellos a través del desarrollo de programas preventivos y estrategias de intervención; la disponibilidad de un plan de beneficios, la planeación de la atención de dichos servicios, la disponibilidad de una red de prestadores y la existencia de procesos de administración, control y seguimiento a la calidad del servicio, de tal forma que se dé respuesta a las necesidades específicas evidenciadas en nuestros afiliados. Lo anterior, puede ser consultado en el <https://ecoopsos.com.co/portafolio/modelo-de-atencion/>


### PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La identidad estratégica (misión), futuro preferido (visión), principios, valores, precepto ético, objetivo estratégicos, políticas, estructura de propiedad, Código de ética y Gobierno, Oficinas Regionales, el control social y la responsabilidad social se pueden visualizar en la página oficial de ECOOPSOS EPS SAS <https://ecoopsos.com.co/plataforma-corporativa/>

| Invitación a presentar oferta  |   |          |                   |
|--------------------------------|---|----------|-------------------|
| Objeto a contratar             | <b>Se solicita ampliación de la red de prestadores que cubra oferta de servicios de albergue en el departamento de Cundinamarca</b> |          |                   |
| Apertura para presentar oferta | 01 de febrero de 2022   |          |                   |
| Modalidad de contrato:         | Evento  |          |                   |
| Régimen al que aplica          | <b>Contributivo</b>   | <b>X</b> | <b>Subsidiado</b> |
|                                |   |          | <b>X</b>          |

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
|  | <b>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD<br/>ECOOPSOS EPS S.A.S.</b> | <b>CODIGO: RC-RED-03-01</b> |
|  | <b>DEPARTAMENTO DE RED DE PRESTADORES</b>                 | <b>VERSION: 01</b>          |
|  | <b>INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTA</b>                      | <b>Página 2 de 2</b>        |

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| Valor del contrato  | <b>\$220.000.000</b>   |                                    |
| Observaciones   | <i>Se debe anexar el portafolio de servicios, listado de CUPS y CUMS propuesto con su respectivo formato el cual se encuentra adjunto.</i> |                                    |
| <b>Programación</b>   |  |                                    |
| <b>Actuaciones del proceso</b>                                  | <b>Fechas</b>  | <b>Medios de publicación</b>       |
| Publicación de invitación                                       | 01/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| Plazo para presentación de ofertas                              | 14/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| Plazo para presentar observaciones                              | 14/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| Respuestas a las observaciones                                  | 15/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| Verificación de oferentes                                       | 21/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta               | 21/02/2022   | gesioncontratacion@ecoopsos.com.co |
| <b>Condiciones generales</b>                                    |  |                                    |
| Vigencia de la oferta:  | 1 año  |                                    |
| Servicios médicos complementarios incluidos en la oferta:       | N/A  |                                    |
| <b>Requisitos mínimos para la presentación de la propuesta.</b> |  |                                    |
| <b>Especificaciones financieras</b>                             |  |                                    |
| Índice de liquidez: Activo corriente/pasivo corriente=          |  |                                    |
| Índice de endeudamiento: Pasivo total/ activo total=            |  |                                    |
| Presupuesto Asignado al contrato                                |  |                                    |
| Inscripción de Cuenta en el ADRES                               |  |                                    |
| Índice de solvencia: Activo total/ pasivo total=                |  |                                    |
| Margen EBITDA: EBITDA/ingresos operacionales=                   |  |                                    |
| Incentivos de pago  |  |                                    |
| <b>Especificaciones salud</b>                                   |  |                                    |
| Modelo de atención  |  |                                    |
| Sistema y operación de referencia y contrarreferencia           |  |                                    |
| Indicadores de calidad y/o resultado                            |  |                                    |
| Oportunidad en la asignación de servicios y/o procedimientos    |  |                                    |
| Oportunidad entrega de medicamentos                             |  |                                    |
| Acceso / registro MIPRES  |  |                                    |
| <b>Especificaciones contratación</b>                            |  |                                    |
| Habilitación  |  |                                    |
| Documentación legal   |  |                                    |
| Oferta completa   |  |                                    |

|   |   |                 |              |
|---|---|-----------------|--------------|
|  | EMPRESA PROMOTORA DE SALUD                        |                 | RC-RED-01-01 |
|   | ECOOPSOS EPS S.A.S.                               |                 |              |
|   | FORMATO DE ANÁLISIS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD |                 |              |
|   |   | Fecha solicitud | 10/08/2021   |
| <b>1.CONDICIONES GENERALES</b>  |   |                 |              |

### 1.1 Objeto a contratar

|                                    |  |  |   |
|------------------------------------|--|--|---|
| Tipo de Servicios                  | Servicios Ambulatorios   | Servicios:                                 | Se solicita ampliación de la red de prestadores que cubra oferta de servicios de albergue en el departamento de Cundinamarca  |
| Existe red contratada actualmente? | SI   | Regional                                   | NA  |
| Caracterización sociodemografica   | Ecoopsos EPS SAS cuenta con corte a Enero con 338.481 usuarios afiliados a nivel nacional.                       | Caracterización epidemiológica             | De acuerdo al comportamiento mensual, en promedio al mes se requiere la ubicación de 10 cupos de albergue en la Ciudad de Bogotá, para la atención de los afiliados y sus familiares, quienes asisten en tránsito a citas medicas y/o realización de exámenes de apoyo diagnóstico; así mismo se requieren con el fin de garantizar la atención de usuarios en alta temprana que requieren continuidad de la atención médica y no es posible prestar servicio de PHD. |
| Población actual / Dpto / Mpio     | Poblacion Actual: 338.481<br>Regimen Subsidiado: 323.818<br>Regimen Contributivo: 14.807<br>Otros afiliados: 356 | Demanda potencial de servicios (Población) | 338.481<br>Cualquier afiliado es potencial demandante de servicio de albergue   |
| Régimen al que aplica:             | Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>                  |  |   |

#### Observaciones:

Se requiere Albergue que garantice la estancia de los afiliados y sus familiares, en la ciudad de Bogotá quienes asisten en tránsito desde diferentes municipios de presencia de la EPS a esta ciudad, para realización de apoyos diagnósticos y o a valoraciones medicas especializadas

### 2. CAPACIDAD

#### 2.1 Capacidad técnica - Salud

|  |                                    |  |   |
|--|------------------------------------|--|---|
| Modelo de atención                                   | ECOOPSOS EPS sera el que lo defina | Análisis de suficiencia de red         | Garantizar la prestacion efectiva de servicios de albergue en la ciudad de Bogotá |
| Sistema y operación de referencia y contrareferencia | No aplica                          | Caracterización epidemiológica         | Poblacion Actual Nacional: 338.481  |
| Ámbito   | AMBULATORIO                        | Duración del contrato                  |   |
| Modalidad de contratación                            | EVENTO                             | Guías de práctica clínica y protocolos | No aplica   |
| Ruta integral de atención                            |                                    | Modelo de adutoría                     | Auditoria de calidad. Cumplimiento de estandares minimos de operación             |

#### Según el servicio, por favor Indique acorde a la normatividad vigente:

|  |   |  |    |                          |    |
|--|---|--|----|--------------------------|----|
| Oportunidad en la asignacion de servicios (Incluye programación de cirugías) | Disponibilidad de cupos en el albergue<br>Condiciones de infraestructura<br>Percepción del servicio por | Oportunidad de entrega de medicamentos | na | Acceso / registro MIPRES | na |
| Indicadores de calidad y/o resultados  | Indicadores de percepción de los servicios recibidos en el albergue.                                    |  |    |                          |    |

#### 2.1.1. Nota técnica

Cualquier otra, que desde el area técnica y según la normatividad se deba tener en cuenta para la contratación de este servicio. (Favor relacionar norma, lineamiento, acuerdo, etc)

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Obligaciones técnicas | Documentos técnicos o plataforma Software (según aplique) |
|-----------------------|---|

|   |  |
|---|--|
| Disponibilidad de Móviles (terrestres y aéreas, acorde a la normatividad) | Plataforma para registro de Historias clínicas |
| Call center   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

### 2.1.2. Estudio de Costos

Relacione el % Máximo viable para la negociación de tarifas a tener en cuenta en la contratación

|                         |                   |    |                        |                   |    |
|-------------------------|-------------------|----|------------------------|-------------------|----|
| Servicios por actividad | Máximo Desviación | 1% | Medicamentos e insumos | Máximo Desviación | 2% |
| Servicios por paquete   | Máximo Desviación | 1% | Ambulancias            | Máximo Desviación | 0% |
| otro                    | Máximo Desviación | 1% | Cual?                  |                   |    |

### 2.2 Capacidad financiera

|  |              |  |  |
|--|--------------|--|--|
| Indice de liquidez: Activo corriente/pasivo corriente= |              | Indice de solvencia: Activo total/ pasivo total= |  |
| Indice de endeudamiento: Pasivo total/ activo total=   |              | Margen EBITDA: ebitda/ingresos operacionales=    |  |
| Valor asignado al contrato                             | \$XXXXXXXXXX | Defina incentivos de pago                        |  |
| Inscripción de cuenta en la ADRES                      |              |  |  |

La información debe corresponder al periodo inmediatamente anterior o último año fiscal.

| Obligaciones financieras | Documentos financieros o plataforma Software (según aplique) |
|--------------------------|--|
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |

### 2.3 Capacidad Jurídica

|                    |         |                                     |                 |          |                                     |
|--------------------|---------|-------------------------------------|-----------------|----------|-------------------------------------|
| Tipo de naturaleza | Privada | <input checked="" type="checkbox"/> | Tipo de entidad | Jurídica | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                    | Pública | <input checked="" type="checkbox"/> |                 | Natural  | <input type="checkbox"/>            |
|                    | Mixta   | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |          |                                     |

El proponente deberá cumplir con los siguientes requisitos

#### 2.3.1 Constancia de habilitación de servicios habilitados

#### 2.3.2 Certificado de experiencia

El proponente deberá acreditar mediante certificaciones que posee experiencia mínima con 2 contratos ejecutados y terminados cuyos objetos coincidan con el objeto de la oferta, siempre y cuando el tiempo de habilitación supere el año de otorgamiento

Cada certificación deberá contener la siguiente información:

- Nombre de la entidad o persona contratante que certifica, dirección y teléfono.
- Nombre del proponente o contratista a quien se le expide la certificación.
- Objeto del contrato, el cual debe comprender actividades relacionadas con el objeto a contratar
- Valor total del contrato.
- Para los contratos ejecutados en unión temporal se debe especificar el porcentaje de participación.
- Fecha de inicio del contrato o de suscripción del contrato.
- Plazo de ejecución y fecha de terminación.
- Calificación de los servicios prestados (*excelente, bueno, regula, malo*)
- Firma de la persona que expide la certificación.

#### 2.3.3 Representante legal no debe estar inhabilitado para contratar.

El proponente no deberá estar incurso en ninguna causal de inhabilidad o conflicto de intereses.

Todos los proponentes deberán aportar los documentos de constitución y acreditar el cumplimiento de los requisitos que se detallan a continuación:

- Formato diligenciado de datos de ENTIDAD y sus áreas firmado por el Representante Legal
- Formato SARLAFT diligenciado y firmado por el representante Legal con huella,
- Certificado de existencia y representación legal vigente o el que haga sus veces, no mayor 30 días de expedición
- Copia del acta de nombramiento del representante legal (Aplica entidades públicas).
- Copia del acta de posesión del representante legal (Aplica entidades públicas).
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal
- Certificado de antecedentes fiscales y disciplinarios no mayor a 30 días, tanto para el representante legal y como de la persona jurídica.
- Certificado antecedentes judiciales del representante legal. (no mayor a 30 días).
- Registro único tributario.
- Póliza de responsabilidad civil vigente expedida por la aseguradora.

### 3. Criterios de evaluación de la oferta

#### 3.1. Dirección salud

| NOMBRE DE PROVEEDOR                |   |  |                 |  |              |  |
|------------------------------------|---|--|-----------------|--|--------------|--|
| TIPO DE ENTIDAD                    | PRIVADA:  |  | PÚBLICA:        |  |              |  |
| VIGENCIA                           |   |  |                 |  | CONTRATO No. |  |
| OBJETO DEL CONTRATO                | ALBERGUE  |  | EVENTO:         |  | CAPITA:      |  |
| ITEMS                              | SOPORTE   |  | ENTIDAD         |  | ENTREGADO    |  |
| <b>DOCUMENTACIÓN LEGAL GENERAL</b> | 1. Formato diligenciado de datos de ENTIDAD y sus áreas firmado por el Representante Legal.   |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 2. Formato de vinculación diligenciado de SARLAFT, firmado por el Representante Legal con huella.   |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 3. Certificado de Existencia y representación legal vigente y/O Personería Jurídica según les aplique, no mayor 30 días de expedición.  |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 4. Copia del Acta de nombramiento del Representante Legal.  |  | ENTIDAD PÚBLICA |  |              |  |
|                                    | 5. Copia del Acta de posesión del Representante Legal.  |  | ENTIDAD PÚBLICA |  |              |  |
|                                    | 6. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal.  |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 7. Registro Único Tributario (RUT), Vigencia a partir de 1 de febrero de 2013.  |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 8. Póliza de calidad del servicio con fecha vigente expedida por la aseguradora.  |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 9. Póliza de cumplimiento contractual con fecha vigente expedida por la aseguradora.  |  | ENTIDAD PRIVADA |  |              |  |
|                                    | 10. Póliza de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones con fecha vigente expedida por la aseguradora.  |  | ENTIDAD PRIVADA |  |              |  |
|                                    | 11. Póliza de responsabilidad civil extracontractual con fecha vigente expedida por la aseguradora.   |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 12. Autorización de la asamblea general, junta de socios u órgano competente en caso de que las facultades del representante legal estén limitadas en la cuantía de los contratos, o no se encuentren específicas en el documento de constitución. (Sí aplica). |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 13. Certificado de antecedentes fiscales y disciplinarios (Para el momento de firma del Representante legal de la EPS, no debe ser mayor a 30 días). tanto para el representante legal y como de la persona jurídica.   |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 14. Certificado Antecedentes Judiciales del representante legal y como de la persona jurídica. (Para el momento de firma del Representante legal de la EPS, no debe ser mayor a 30 días).   |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 15. Certificación cuenta Bancaria.  |  | TODO TIPO       |  |              |  |
|                                    | 16. Balance y estados financieros del año inmediatamente anterior al de iniciar contratación.   |  | TODO TIPO       |  |              |  |

|                          |  |           |  |
|--------------------------|--|-----------|--|
| <b>SOPORTES TÉCNICOS</b> | 17. Registro Nacional de Turismo (RNT)   | TODO TIPO |  |
|                          | 18. Portafolios de servicios.  | TODO TIPO |  |
|                          | 18.1. Suficiencia y/o Capacidad instalada del albergue.                              | TODO TIPO |  |
|                          | 19. Modelo de atención   | TODO TIPO |  |
|                          | 20. Certificado de bomberos, control de plagas, tanques y manipulacion de alimentos. | TODO TIPO |  |

|                   | <b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
|-------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| <b>RECIBIDO</b>   |                           |              |              |
| <b>VERIFICADO</b> |                           |              |              |
| <b>APROBADO</b>   |                           |              |              |

**FORMATO DE DATOS IPS Y PROVEEDORES**

| <b>DILIGENCIE POR FAVOR LOS SIGUIENTES DATOS O MARQUELOS CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA</b>                          |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <i>TIPO DE REGIMEN</i>  | <i>REGIMEN COMUN</i>         |  |
|   | <i>REGIMEN SIMPLIFICADO</i>  |  |
|   | <i>ESTATAL</i>               |  |
|   | <i>GRAN CONTRUBIYENTE</i>    |  |
|   | <i>OTRO CUAL? MENCIONELO</i> |  |
| <i>NIT (por favor colocar digito de verificación)</i>   |                              |  |
| <i>RAZON SOCIAL</i>   |                              |  |
| <i>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL</i>   |                              |  |
| <i>NUMERO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL y MUNICIPIO DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO</i>                   |                              |  |
| <i>NUMERO DE CELULAR Y FIJO REPRESENTANTE LEGAL</i>   |                              |  |
| <i>CORREO ELECTRONICO GERENCIA (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)</i> |                              |  |
| <i>CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL GENERAL</i>   |                              |  |
| <i>TIPO DE ENTIDAD</i>  | <i>PUBLICA</i>               |  |
|   | <i>PRIVADA</i>               |  |
|   | <i>MIXTA</i>                 |  |
|   | <i>UNION TEMPORAL</i>        |  |
|   | <i>OTRO CUAL? MENCIONELO</i> |  |
| <i>DIRECCION</i>  |                              |  |
| <i>TELEFONO</i>   |                              |  |
| <i>DEPARTAMENTO UBICACIÓN IPS</i>   |                              |  |
| <i>MUNICIPIO UBICACION IPS</i>  |                              |  |
| <i>AUTORRETENEDOR</i>   | <i>SI</i>                    |  |
|   | <i>NO</i>                    |  |
| <i>CUENTA BANCARIA</i>  | <i>Tipo de Cuenta</i>        |  |
|   | <i>Número de Cuenta</i>      |  |
|   | <i>Entidad Financiera</i>    |  |

**INFORMACION POR AREAS DE SU INSTITUCION**

**AREA DE CONTRATACION Y/O MERCADEO** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |              |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION  |              |  |
| NUMERO DE CELULAR  |              |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |              |  |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA                     | DIRECCION    |  |
|  | MUNICIPIO    |  |
|  | DEPARTAMENTO |  |

**AREA FINANCIERA** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |              |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION  |              |  |
| NUMERO DE CELULAR  |              |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |              |  |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA                     | DIRECCION    |  |
|  | MUNICIPIO    |  |
|  | DEPARTAMENTO |  |

**AREA DE CUENTAS MEDICAS Y/o FACTURACION** (Radicación- facturación- notificación de glosas-ect) (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |           |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION  |           |  |
| NUMERO DE CELULAR  |           |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |           |  |
| DIRECCION PARA ENVIO   | DIRECCION |  |



|  |              |  |
|--|--------------|--|
| DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA | MUNICIPIO    |  |
|  | DEPARTAMENTO |  |

**AREA DE ASEGURAMIENTO O BASE DE DATOS** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |              |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION  |              |  |
| NUMERO DE CELULAR  |              |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |              |  |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA                     | DIRECCION    |  |
|  | MUNICIPIO    |  |
|  | DEPARTAMENTO |  |

**AREA DE REFERENCIA O CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS  |              |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION   |              |  |
| NUMERO DE CELULAR   |              |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>FUNCIONARIO (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)                          |              |  |
| CORREO ELECTRONICO CALL<br>CENTER REMISION DE PACIENTES<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |              |  |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA  | DIRECCION    |  |
|   | MUNICIPIO    |  |
|   | DEPARTAMENTO |  |

**AREA DE PQR (PETICIÓN QUEJAS Y RECLAMOS)** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |              |  |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION  |              |  |
| NUMERO DE CELULAR  |              |  |
| CORREO ELECTRONICO<br>FUNCIONARIO (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes) |              |  |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA                                 | DIRECCION    |  |
|  | MUNICIPIO    |  |
|  | DEPARTAMENTO |  |

**AREA DE ATENCION AL USUARIO -SERVICIO AMBULATORIO** (Datos contacto o responsable del área, coordinador- Director)

|   |                  |                           |
|---|------------------|---------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS  |                  |                           |
| TELEFONO FIJO Y EXTENSION   |                  |                           |
| NUMERO DE CELULAR   |                  |                           |
| CORREO ELECTRONICO<br>(preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)                      |                  |                           |
| DIRECCION PARA ENVIO<br>DOCUMENTACION RELACIONADA<br>ESPECIFICAMENTE CON EL AREA  | DIRECCION        |                           |
|   | MUNICIPIO        |                           |
|   | DEPARTAMENTO     |                           |
| NUMERO TELEFONO ATENCION<br>DE USUARIO-ASIGNACION DE<br>CITAS MEDICAS (Decreto 019)                                       |                  |                           |
| DIRECCIONES DE LAS SEDES DE ATENCION DE USUARIOS (CENTRO DE SALUD – CONSULTORIOS- ECT-)Puntos de atención medica directa. |                  |                           |
| <b>DIRECCION</b>  | <b>MUNICIPIO</b> | <b>TELEFONO DEL PUNTO</b> |
|   |                  |                           |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Como Representante Legal de la Institución, certifico que la información antes reportada es verídica y corresponde a los datos de nuestra Institución.*

***Firma Representante Legal***

Fecha de diligenciamiento:

Día: \_\_ Mes: \_\_ Año: \_\_

**FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACIÓN DE CLIENTE PERSONA JURIDICA**


(Por favor diligencie en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras) Todos los campos de este formato son de carácter obligatorio, sino cuenta con algún dato, por favor diligencie "no informa" o "no aplica" en el campo respectivo según sea el caso

**IDENTIFICACIÓN**

|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
| Nombre o razón social:  |   | NIT:  |                      |
| E-mail para notificaciones:   |   | Ciudad:   |                      |
| Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> | Teléfono móvil:   |   | Teléfono fijo:       |
| Dirección/ Domicilio principal:   |   | Ciudad:   |                      |
| Fecha de Constitución de la Empresa: DD MM AÑO  | Retefuente: No retiene <input type="checkbox"/> Retiene <input type="checkbox"/> Autorretenedor <input type="checkbox"/>  |   |                      |
| Código CIU:   | Actividad económica:  |   |                      |
| No. Empleados:  | Obligaciones Financieras: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |   |                      |
| ¿La empresa tiene Revisor Fiscal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                         | Nombres:<br>Apellidos:<br>No del doc. de Identidad P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Lugar de Expedición: |   |                      |
| <b>REPRESENTANTE LEGAL</b>  | Primer Apellido:  |   |                      |
|   | Segundo Apellido:   |   |                      |
|   | Nombre(s):  |   |                      |
|   | No. del doc. de identidad:  | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | No.:                 |
|   | Lugar de expedición:  |   | Fecha de expedición: |
| Nacionalidad:   | Fecha de nacimiento:  | Lugar de nacimiento:  |                      |

**IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DE MÁS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL**

(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

| Denominación social o nombre completo | Tipo de identificación   | No. de identificación | % de participación |
|---------------------------------------|--|-----------------------|--------------------|
|                                       | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                       |                    |
|                                       | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                       |                    |
|                                       | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                       |                    |
|                                       | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                       |                    |
|                                       | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                       |                    |

**OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza operaciones internacionales? Sí  No  ¿Cuál? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, transferencias, etc.)

¿La Empresa es Sucursal, Filial o Subsidiaria de otra Empresa en USA? Sí  No

Nombre Casa Matriz o Filial: País/Estado: Ciudad:

Dirección Casa Matriz o Filial:

¿Empresa sujeta a tributación fiscal en USA?:

No. TIN (Tax Identification Number):

¿Empresa cotiza en bolsa? Sí  No  ¿Cuál?

**DECLARACIONES**

**Declaración voluntaria de origen de fondos:** Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con ECOOPSOS EPS SAS o cualquiera de las sociedades pertenecientes a su grupo empresarial, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la sociedad que represento, los demás representantes legales de la misma ni sus accionistas, actualmente nos encontramos incluidos en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no hemos sido vinculados a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no hemos sido condenados, y no se ha emitido en nuestra contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

ESPACIO PARA HUELLA

Firma representante legal

Fecha de Diligenciamiento:

Día: \_\_ Mes: \_\_ Año: \_\_

**VERIFICACIÓN**

(para uso exclusivo de ECOOPSOS EPS SAS)

|  |        |         |
|--|--------|---------|
| Hora:  | Fecha: | Ciudad: |
| Nombre del funcionario responsable:  |        |         |
| P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.:   |        |         |
| Firma:   |        |         |
| Cargo:   |        |         |
| Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |        |         |
| Consulta en listas No. _____   |        |         |

**OBSERVACIONES**

(para uso exclusivo de ECOOPSOS EPS SAS)