

	<b>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD</b>			RC-RED-01-01	
	<b>ECOOPSOS EPS S.A.S.</b>				
	<b>FORMATO DE ANÁLISIS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD</b>				
		Fecha solicitud	17/11/2021		
<b>1.CONDICIONES GENERALES</b>					
<b>1.1 Objeto a contratar</b>					
Tipo de Servicios	Servicios Ambulatorios		Servicios:	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	
Existe red contratada actualmente?	NO		Regional	Norte de Santander	
Caracterización sociodemografica	Afiliados de 60080 con 57.168 para el régimen subsidiado 2,263 para el contributivo. Régimen subsidiado 5896 rural y 51995 zona urbana Régimen contributivo salen 231 zona rural y 2952 zona urbana. La población objeto del régimen subsidiado son 9093 adultos, 13583 niños, 13359 mujeres en edad fértil, otros grupos poblacionales 21856 y para el régimen contributivo		Caracterización epidemiológica	La población objeto de programa de crónicos para norte de Santander están Diabéticos con 409, Hipertensos de 2868 Y Diabéticos -hipertensos un total de 788, pacientes con artritis 49 y pacientes con Enfermedad renal crónica 26.	
Población actual / Dpto / Mpio	60,080		Demanda potencial de servicios (Población)	60,080	
Régimen al que aplica:	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Observaciones:</b>					
Se requiere prestador con operación en los tres municipios de forma que cuente con puntos de dispensación 3 para el municipio de Cucuta, 1 para Ocaña, 1 para los patios donde cuenten con distribución de servicios domiciliarios para dar cumplimiento a la resolución 521 emitida por los entes territoriales y la habilitación de entrega de medicamentos controlados en los 3 municipios.					
<b>2. CAPACIDAD</b>					
<b>2.1 Capacidad técnica - Salud</b>					
Modelo de atención	Definido por la EPS		Análisis de suficiencia de red	Se cuenta con proveedor, sin embargo, se necesita mejorar el resultado de los indicadores que evalúan la atención de la población fortaleciendo la oportunidad en la entrega de los medicamentos.	
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	NO APLICA		Caracterización epidemiológica	La población objeto de programa de crónicos para norte de Santander están Diabéticos con 409, Hipertensos de 2868 Y Diabéticos -hipertensos un total de 788, pacientes con artritis 49 y pacientes con Enfermedad renal crónica 26.	
Ámbito	AMBULATORIO		Duración del contrato	Definido por la EPS	
Modalidad de contratación	EVENTO-CAPITA		Guías de práctica clínica y protocolos	Resolución 1604 de 2013- resolución 521 del 2020	
Ruta integral de atención	Promoción y mantenimiento de la salud		Modelo de adutoría	Definido por la EPS	
<b>Según el servicio, por favor Indique acorde a la normatividad vigente:</b>					
Oportunidad en la asignación de servicios (Incluye programación de cirugías)	NA	Oportunidad de entrega de medicamentos	NA	Acceso / registro MIPRES	NO
Indicadores de calidad y/o resultados	NA				
<b>2.1.1. Nota técnica</b>					
<b>Cualquier otra, que desde el área técnica y según la normatividad se deba tener en cuenta para la contratación de este servicio. (Favor relacionar norma, lineamiento, acuerdo, etc)</b>					
<b>Obligaciones técnicas</b>			<b>Documentos técnicos o plataforma Software (según aplique)</b>		



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

	<b>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD 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/>

<b>Invitación a presentar oferta</b>	
Objeto a contratar	<b>Dispensacion de medicamentos norte de santander</b>
Apertura para presentar oferta	17 de noviembre 2021
Modalidad de contrato:	EVENTO
Régimen al que aplica	<b>Contributivo x</b> <b>Subsidiado x</b>

	<b>EMPRESA PROMOTORA DE SALUD 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>\$200.000.000</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	17/11/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentación de ofertas	20/11/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentar observaciones	27/11/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Respuestas a las observaciones	03/12/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Verificación de oferentes	06/12/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta	13/12/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
<b>Condiciones generales</b>		
Vigencia de la oferta:	1 mes	
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= Remisión de los estados financiero (2020)		
Índice de endeudamiento: Pasivo total/ activo total= Remisión de los estados financiero (2020)		
Presupuesto Asignado al contrato= Remisión de los estados financiero (2020)		
Inscripción de Cuenta en el ADRES= Remisión de los estados financiero (2020)		
Índice de solvencia: Activo total/ pasivo total= Remisión de los estados financiero (2020)		
Margen EBITDA: EBITDA/ingresos operacionales= Remisión de los estados financiero (2020)		
Incentivos de pago= Remisión de los estados financiero (2020)		
<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 ECOOPSOS EPS S.A.S.  
LISTA DE CHEQUEO SOPORTES LEGALES**

LISTA DE CHEQUEO SOPORTES LEGALES - 21042020

NOMBRE DE PROVEEDOR				
TIPO DE ENTIDAD		PÚBLICA:		
VIGENCIA		CONTRATO No.		
OBJETO DEL CONTRATO	MEDICAMENTOS - INSUMOS - TECNOLOGIAS EN SALUD	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/0 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 bien o producto 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 responsabilidad civil extracontractual con fecha vigente expedida por la aseguradora.	TODO TIPO		
	11. 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		
	12. 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		
	13. 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		
	14. Certificación cuenta Bancaria.	TODO TIPO		
	15. Balance y estados financieros del año inmediatamente anterior al de iniciar contratación.	TODO TIPO		

<b>SOPORTES TÉCNICOS</b>	16. Acta de inspección vigilancia y control higiénico sanitaria a establecimientos farmacéuticos emtidia por la Secretaría Departamental o Municipal de Salud.	TODO TIPO	
	17. Resolución del Fondo Nacional de Estupefacientes o Entidad competente para Compra, distribución, y dispensación de Medicamnetos Controlados y Monopolio del Estado (Sí aplica).	TODO TIPO	
	18. Portafolios de medicamentos, inusmos y/o tecnologías en salud.	TODO TIPO	
	19. Certificación de buenas prácticas del servicio farmacéutico.	TODO TIPO	
	20. Copia de la Resolución y recibidos de consignación de liquidación de la tasa anual que deben pagar la IPS a la súper intendencia nacional de salud.(Sí aplica).	TODO TIPO	
	21. Registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). (Si aplica)	TODO TIPO	
	22. Modelo de atención.	TODO TIPO	
	23. Modelo de atención para coronavirus COVID - 19.	TODO TIPO	
	24. Certificación y/o aprobación comercialización de insumos médicos y/o tecnologías en salud. (Sí aplica)	TODO TIPO	
	25. Acta de inspección técnico sanitaria para establecimientos en los que se produce el suministro de oxígeno. (Sí aplica)	TODO TIPO	
	26. Indicadores (Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2016)	TODO TIPO	
27. Listado Código Único de Medicamentos en Salud (CUMS); según formato único de excel remitido por parte de la EPS	TODO TIPO		
<b>REVISIÓN INTERNA</b>		<b>Última revisión</b>	<b>Persona que realizó</b>
Acta de negociación			
Seguimiento semestral supervisor contractual			
Seguimiento auditoria médica			
Certificaciones capita			
Modificatorios (adiciones, prorrogas, otro si modificatorios, etc..)			
Certificación SARLAFT (de implementación y cumplimiento de la norma)			
Revisión mensual Red de prestadores			
	<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>FIRMA</b>	
<b>RECIBIDO</b>			
<b>VERIFICADO</b>			
<b>APROBADO</b>			

**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: Apellidos: 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, trasferencias, 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)

**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 (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA 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 (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA 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 (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO	DIRECCION	

DOCUMENTACION RELACIONADA 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 (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA 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 FUNCIONARIO (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
CORREO ELECTRONICO CALL CENTER REMISION DE PACIENTES (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA 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 FUNCIONARIO (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA 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 (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
DIRECCION PARA ENVIO DOCUMENTACION RELACIONADA ESPECIFICAMENTE CON EL AREA	DIRECCION	
	MUNICIPIO	
	DEPARTAMENTO	
NUMERO TELEFONO ATENCION DE USUARIO-ASIGNACION DE 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: \_\_