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

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	MEDICINA GENERAL - ODONTOLOGÍA GENERAL - LABORATORIO CLINICO I, II y III NIVEL - TOMA DE MUESTRA - PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD - SERVICIOS FARMACEUTICO - ULTRASONIDO (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA) GINECOSTETRICIA - DIANOSTICO CARDIOVASCULAR - FISIOTERAPIA TERAPIA RESPIRATORIA - SERVICIO CERVICOUTERINA
Apertura para presentar oferta	6 DE JULIO DE 2021
Modalidad de contrato:	EVENTO
Régimen al que aplica	Contributivo SI Subsidiado SI
Valor del contrato	\$200.000.000
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>

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

Programación		
Actuaciones del proceso	Fechas	Medios de publicación
Publicación de invitación	06/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentación de ofertas	09/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentar observaciones	13/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Respuestas a las observaciones	16/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Verificación de oferentes	21/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta	23/07/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Condiciones generales		
Vigencia de la oferta:	1 año	
Servicios médicos complementarios incluidos en la oferta:	N/A	
Requisitos mínimos para la presentación de la propuesta.		
Especificaciones financieras		
Índice de liquidez: Activo corriente/pasivo corriente= (adjuntar estados financieros 2020)		
Índice de endeudamiento: Pasivo total/ activo total=(adjuntar estados financieros 2020)		
Presupuesto Asignado al contrato=(adjuntar estados financieros 2020)		
Inscripción de Cuenta en el ADRES=(adjuntar estados financieros 2020)		
Índice de solvencia: Activo total/ pasivo total=(adjuntar estados financieros 2020)		
Margen EBITDA: EBITDA/ingresos operacionales= (adjuntar estados financieros 2020)		
Incentivos de pago		
Especificaciones salud		
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		
Especificaciones contratación		
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	01/07/2021
1.CONDICIONES GENERALES			

1.1 Objeto a contratar

Tipo de Servicios	Servicios Ambulatorios	Servicios:	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA GENERAL LABORATORIO CLINICO I, II y III NIVEL TOMA DE MUESTRA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD SERVICIOS FARMACEUTICO ULTRASONIDO (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)
Existe red contratada actualmente?	SI	Regional	Depto de cordoba
Caracterización sociodemografica	Cuenta con 236 afiliados para el régimen subsidiado y 5 para el contributivo, del total de afiliados 116 son mujeres y 125 son hombres, 26 usuarios mayores de 60 años, 68 usuarias en edad fértil y 17 usuarios menores de 5 años.	Caracterización epidemiológica	La primera causa de consulta externa corresponde a Enfermedades Cardiovasculares las cuales se presentaron en mayor proporción en población femenina, respecto a consulta por urgencias la primera casusa de consulta corresponde a Traumatismo, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y la primera
Población actual / Dpto / Mpio	241	Demanda potencial de servicios (Población)	241
Régimen al que aplica:	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones:

Se requiere prestador que oferte servicios de salud de primero y segundo nivel en el mpio, ya que actualmente se cuenta con un prestador pero con varios servicios sin continuidad en la prestación de los servicios.

2. CAPACIDAD

2.1 Capacidad técnica - Salud

Modelo de atención	Si	Análisis de suficiencia de red	El prestador cuenta con un amplio portafolio que permite un manejo integral y oportuno a los
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	Si	Caracterización epidemiológica	La primera causa de consulta externa corresponde a Enfermedades Cardiovasculares las cuales se
Ámbito	Ambulatorio, hospitalario	Duración del contrato	1 año
Modalidad de contratación	Evento	Guías de práctica clínica y protocolos	Si
Ruta integral de atención	No aplica	Modelo de adutoría	Si

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

Oportunidad en la asignación de servicios (Incluye programación de cirugías)	Sin registro	Oportunidad de entrega de medicamentos	Sin registro	Acceso / registro MIPRES	Si
Indicadores de calidad y/o resultados	Sin registro				

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)
Resolución 1552 del 2013	
Resolución 256 del 2016	
Resolución 3100 del 2019	

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	5%	Medicamentos e insumos	Máximo Desviación	15%
-------------------------	-------------------	----	------------------------	-------------------	-----

Servicios por paquete	Máximo Desviación	5%	Ambulancias	Máximo Desviación	5%
otro	Máximo Desviación	5%	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 type="checkbox"/>		Natural	<input type="checkbox"/>
	Mixta	<input 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					
<p>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</p> <p>Cada certificación deberá contener la siguiente información:</p> <p>a). Nombre de la entidad o persona contratante que certifica, dirección y teléfono.</p> <p>b). Nombre del proponente o contratista a quien se le expide la certificación.</p> <p>c). Objeto del contrato, el cual debe comprender actividades relacionadas con el objeto a contratar</p> <p>d). Valor total del contrato.</p> <p>e). Para los contratos ejecutados en unión temporal se debe especificar el porcentaje de participación.</p> <p>f). Fecha de inicio del contrato o de suscripción del contrato.</p> <p>g). Plazo de ejecución y fecha de terminación.</p> <p>h). Calificación de los servicios prestados (<i>excelente, bueno, regula, malo</i>)</p> <p>i). Firma de la persona que expide la certificación.</p>					
2.3.3 Representante legal no debe estar inhabilitado para contratar.					
El proponente no deberá estar incurso en ninguna causal de inhabilitación o conflicto de intereses.					
<p>Todos los proponentes deberán aportar los documentos de constitución y acreditar el cumplimiento de los requisitos que se detallan a continuación:</p> <p>a). Formato diligenciado de datos de ENTIDAD y sus áreas firmado por el Representante Legal</p> <p>b). Formato SARLAFT diligenciado y firmado por el representante Legal con huella,</p> <p>c). Certificado de existencia y representación legal vigente o el que haga sus veces, no mayor 30 días de expedición</p> <p>d). Copia del acta de nombramiento del representante legal (Aplica entidades públicas).</p> <p>e). Copia del acta de posesión del representante legal (Aplica entidades públicas).</p> <p>f). Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal</p> <p>g). Certificado de antecedentes fiscales y disciplinarios no mayor a 30 días). tanto para el representante legal y como de la persona jurídica.</p> <p>h). Certificado antecedentes judiciales del representante legal. (no mayor a 30 días).</p> <p>i). Registro único tributario.</p> <p>j). Póliza de responsabilidad civil vigente expedida por la aseguradora.</p>					



EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S.
LISTA DE CHEQUEO SOPORTES LEGALES

LISTA DE CHEQUEO SOPORTES LEGALES - 23122020

NOMBRE DE LA IPS				
TIPO DE ENTIDAD	PRIVADA:		PÚBLICA:	
VIGENCIA			CONTRATO No.	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		EVENTO:	CAPITA:
ITEMS	SOPORTE		ENTIDAD	ENTREGADO
DOCUMENTACIÓN LEGAL GENERAL	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 responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales 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	

SOPORTES TÉCNICOS	17. Registros de Habilitación y/o Copia Formulario de inscripción, certificado de inscripción y constancia de renovación de la inscripción actualizada de todas las sedes.	TODO TIPO	
	18. Portafolios de servicios- incluyendo descripción de capacidad instalada que la IPS dispone frente a servicios ofertados.	TODO TIPO	
	19. Manual de referencia y contrarreferencia de atención al usuario (Sí aplica).	TODO TIPO	
	20. Modelo de atención.	TODO TIPO	
	21. Modelo de atención para coronavirus COVID - 19.	TODO TIPO	
	22. Copia de la Resolución y recibidos de consignación de liquidación de la tasa anual que deben pagar la IPS a la Superintendencia nacional de salud (Sí aplica).	TODO TIPO	
	23. Copia reporte de envío exitoso de la Circular única ante la Superintendencia nacional de salud.	TODO TIPO	
	24. Contrato y documentación legal de Interdependencia (Si aplica)	TODO TIPO	
	25. Indicadores (Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2016)	TODO TIPO	
	26. Listado Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS); según formato único de excel remitido por parte de la EPS.	TODO TIPO	
REVISIÓN INTERNA		Última revisión	
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			

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA	Persona que realizo
RECIBIDO			
VERIFICADO			
APROBADO			

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:		
REPRESENTANTE LEGAL	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

DILIGENCIE POR FAVOR LOS SIGUIENTES DATOS O MARQUELOS CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		
<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.		
DIRECCION	MUNICIPIO	TELEFONO DEL PUNTO

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: __