	<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	Toma de Muestra ante de las 6 horas Levantamiento de Cadaver por COVID -19 Certificado de defeuncion	
Apertura para presentar oferta	1 DE JUNIO DE 2021	
Modalidad de contrato:	EVENTO	
Régimen al que aplica	<b>Contributivo SI</b>	<b>Subsidiado SI</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>

	<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>

Publicación de invitación	01/06/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentación de ofertas	09/06/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentar observaciones	13/06/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Respuestas a las observaciones	16/06/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Verificación de oferentes	21/06/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta	23/06/2021	gestioncontratacion@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= (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		
<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		

	<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	07/06/2021
<b>1.CONDICIONES GENERALES</b>			

**1.1 Objeto a contratar**

Tipo de Servicios	Otros	Servicios:	Toma de Muestra ante de las 6 horas Levantamiento de Cadaver por COVID -19 Certificado de defuncion
Existe red contratada actualmente?	SI	Regional	Antioquia - Boyaca - Cundinamarca - Meta - Cordoba - Huila - Tolima
Caracterización sociodemografica	ECOOPSOS EPS SAS cuenta con 260.439 afiliados para el régimen subsidiado 260.384 y 55 para el contributivo, del total de afiliados 130.607 son mujeres y 129.832 son hombres	Caracterización epidemiológica	Se han descrito cerca de 20347 casos por SARS -CoV2 ,con cerca de 175 muertes asociadas , de los cuales son hombres 104 y mujeres 71; A continuacion se desagrega por Departamento:  Antioquia: 20 Boyaca:9 Cundinamarca:103 Huila: 21 Meta:1 Tolima:21
Población actual / Dpto / Mpio	Poblacion Actual:260.384 Regimen Subsidiado: 260.384 Regimen Contributivo:55	Demanda potencial de servicios (Población)	260.384
Régimen al que aplica:	<b>Contributivo</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Subsidiado</b> <input checked="" type="checkbox"/>		

**Observaciones:**

Se requiere prestador con operación en los Departamentos ya anteriormente expuesto que cuente con la suficiente oportunidad para el proceso de levatamiento de cadaver por COVID -19, capacidad detécnica y profesional para prestar los servicios , que cuente con experiencia en la prestación de servicios intramural, extramural.

La prestación del servicio estara sujeto a la necesidad manifestada por el grupo familiar; la cual puede encontrarse en dos escenario 1) Caso Confirmado 2) Caso Sospechoso

Se debe garantizar la toma antes de 6 Horas, levantamiento del cadaver y el acta de defuncion.

**2. CAPACIDAD**
**2.1 Capacidad técnica - Salud**

Modelo de atención	ECOOPSOS EPS sera el que lo defina	Análisis de suficiencia de red	Se cuenta con el prestador en la zona, sin embargo debemos mejorar los tiempos de oportunidad y disponibilidad por tal motivo debemos aumentar los proveedores para así cumplir con lo normativo.,
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	NA	Caracterización epidemiológica	Se han descrito cerca de 20347 casos por SARS -CoV2 ,con cerca de 175 muertes asociadas , de los cuales son hombres 104 y mujeres 71; A continuacion se desagrega por Departamento:  Antioquia: 20 Boyaca:9 Cundinamarca:103 Huila: 21 Meta:1 Tolima:21
Ámbito	AMBULATORIO	Duración del contrato	1 año
Modalidad de contratación	EVENTO	Guías de práctica clínica y protocolos	Lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Proteccion social de Junio del 2020 "Orientacion para el manejo, Traslado y Disposicion final de Cadaveres por SARS -COV-2 (COVID-19)"
Ruta integral de atención	N/A	Modelo de adutoría	ECOOPSOS EPS sera el que lo defina

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

Oportunidad en la asignación de servicios (Incluye programación de cirugías)	N/A	Oportunidad de entrega de medicamentos	N/A	Acceso / registro MIPRES	N/A
Indicadores de calidad y/o resultados	Oportunidad en la toma de muestras covid pos mortem : 6 Horas por hisopado nasofaríngeo y muestras de sangre de cavidad cardiaca en todos los casos de muertes con sospecha de SARS-COV-2 (COVID19)				

**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)**



- 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.

NOMBRE DE LA IPS				
TIPO DE ENTIDAD	PRIVADA:		PÚBLICA:	
VIGENCIA			CONTRATO No.	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		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 responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales con fecha vigente expedida por la aseguradora.		TODO TIPO	
	9. 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	
	10. 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	
	11. 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	
	12. Certificación cuenta Bancaria.		TODO TIPO	

<b>SOPORTES TÉCNICOS</b>	13. 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	
	14. Portafolios de servicios- incluyendo descripción de capacidad instalada que la IPS dispone frente a servicios ofertados.	TODO TIPO	
	15. Manual de referencia y contrarreferencia de atención al usuario (Si aplica).	TODO TIPO	
	16. Modelo de atención para coronavirus COVID - 19.	TODO TIPO	
	17. Contrato y documentación legal de Interdependencia (Si aplica)	TODO TIPO	
	18. Indicadores ( <i>Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2016</i> )	TODO TIPO	
	18. Certificado de habilitación y/o permiso para el procesamiento de pruebas por parte del INS.	TODO TIPO	

	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA	FECHA
<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>

