	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	Vacunación del programa Ampliado de Inmunizaciones (Domiciliaria/extramural Urbana) Vacunación del programa Ampliado de Inmunizaciones (Domiciliaria/extramural Rural)
Apertura para presentar oferta	02/11/2021
Modalidad de contrato:	EVENTO
Régimen al que aplica	Contributivo: X Subsidiado: X

	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

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>	
Programación		
Actuaciones del proceso	Fechas	Medios de publicación
Publicación de invitación	02/11/2021	gestioncontratacion@ecoopsos.com.co
Plazo para presentación de ofertas	12/11/2021	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
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	martes, 2 de noviembre de 2021
1.CONDICIONES GENERALES			

1.1 Objeto a contratar

Tipo de Servicios	Servicios Ambulatorios	Servicios: Atencion integral programa Reumatología	Vacunación del programa Ampliado de Inmunizaciones (Domiciliaria/extramural Urbana) Vacunación del programa Ampliado de Inmunizaciones (Domiciliaria/extramural Rural)
Existe red contratada actualmente?	NO	Regional	Norte de Santander
Caracterización sociodemografica	Vacunacion extramural	Caracterización epidemiológica	Poblacion objeto del municipio de cucuta la cual reuquiere de carácter urgente atencion extramural para mejorar la accesibilidad del servicio el cumplimiento con ente territorial y la disminucion de la morbilidad en la poblacion infantil - Indicadores por debajo del cumplimiento establecido
Población actual / Dpto / Mpio	59130	Demanda potencial de servicios (Población)	59,130
Régimen al que aplica:	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones:

La población no esta accediendo a la vacunacion intramural por diferentes causas como alta demanda- tiempos de atencion- desplazamiento-miedo a la pandemia por lo cual los indicadores de cumplimiento de la vacunacion se encuentran por debajo del 50% de cumplimiento , lo que requiere estrategias de busqueda y canalizacion de los usuarios de caracter urgente, sumado a esto la presion ejercida por el ente territorial en el cumplimiento .

2. CAPACIDAD

2.1 Capacidad técnica - Salud

Modelo de atención	SI	Análisis de suficiencia de red	El prestador cuenta con la suficiencia de red y la capacidad instalada en su recurso humano entrenado para la oferta del servicios con oportunidad. La IPS cumple con lo establecido en la resolución 3100 de 2019, infraestructura y condiciones físicas, suficiencia de red, plan de capacitación anual y entrenamiento periódico del personal, manejo de cadena de frío, dotación y mantenimiento, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros clínicos (Instrumentos de registros establecidos bajo los lineamientos del MSPS, registro nominal de la información del PAI y carnets de atención). Así mismo, realiza evaluación periódica de la adherencia.
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	NO APLICA	Caracterización epidemiológica	Poblacion con necesidad de vacunacion extramural
Ámbito	EXTRAMURAL	Duración del contrato	1 año
Modalidad de contratación	Evento	Guías de práctica clínica y protocolos	SI
Ruta integral de atención	SI	Modelo de auditoría	Auditoria de Calidad

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

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				

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)
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES –PAI NACIONAL” BPIN 2018011000202, vigente hasta el año 2022	
Adoptar y adaptar los lineamientos para la Gestión y Administración del PAI 2021.	
Adoptar y adaptar la normatividad nacional vigente que aplique al programa de acuerdo a su competencia	
Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para las jornadas nacionales de vacunación propuestas desde el nivel nacional. (enero, abril (SVA), julio, octubre) y demás lineamientos técnicos que expida el PAI y el MSPS que apliquen al programa.	
Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de la campaña de vacunación de alta calidad contra el sarampión y la rubeola vacunación	
Cumplir con los planes de control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles.	
Dar cumplimiento al Sistema de Vigilancia de Salud Pública (Decreto 780 de 2016, Título 8 Capitulo 1 Capitulo 1), notificación para ESAVI (ficha 298 SIVIGILA), Protocolo de ESAVI Grave (INS) y lo contemplado en el Manual Técnico Administrativo del PAI en el componente de Vigilancia en Salud Pública	
Dar cumplimiento a las indicaciones contenidas en el Manual Técnico y Administrativo del PAI para complementar la gestión del programa	
Dar cumplimiento a los lineamientos generales para el PAI en el contexto de la pandemia del COVID-19, Colombia 2020”, disponible en el siguiente enlace:	
Dar cumplimiento a la Circular No 044 del 19 de noviembre de 2013 del MSPS, por la cual se definen los “lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del sistema de información nominal del PAI y demás normas que se adicionen con respecto al sistema de información.	
Realizar seguimiento al cumplimiento del Decreto 2287 de 2003 – Verificación del carnet de salud infantil como requisito de ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar y demás normas nacionales que garanticen la atención de la población vulnerable.	
Ofertar el servicio de vacunación de manera gratuita para todos los usuarios del territorio nacional, dando cumplimiento a las normas vigentes	

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		Medicamentos e insumos	Máximo Desviación	
Servicios por paquete	Máximo Desviación		Ambulancias	Máximo Desviación	
otro	Máximo Desviación		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			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 Pública Mixta	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de entidad Jurídica Natural	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <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					
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: a). Nombre de la entidad o persona contratante que certifica, dirección y teléfono. b). Nombre del proponente o contratista a quien se le expide la certificación. c). Objeto del contrato, el cual debe comprender actividades relacionadas con el objeto a contratar d). Valor total del contrato. e). Para los contratos ejecutados en unión temporal se debe especificar el porcentaje de participación. f). Fecha de inicio del contrato o de suscripción del contrato. g). Plazo de ejecución y fecha de terminación. h). Calificación de los servicios prestados (<i>excelente, bueno, regula, mala</i>) i). 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 inhabilitación 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:					
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 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.					



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 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: __

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)