	<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 PBS Y NO PBS AMBULATORIOS Y PARA EGRESO HOSPITALARIO</b>
Apertura para presentar oferta	15/04/2021
Modalidad de contrato:	EVENTO
Régimen al que aplica	<b>Contributivo SI      Subsidiado SI</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		
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	15/04/2021	Plataforma EAPB
Plazo para presentación de ofertas	23/04/2021	Correo electrónico
Plazo para presentar observaciones	26/04/2021	Correo electrónico
Respuestas a las observaciones	27/04/2021	Correo electrónico
Verificación de oferentes	29/05/2021	Correo electrónico
Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta	05/05/2021	Correo electrónico
<b>Condiciones generales</b>		
Vigencia de la oferta:	6 meses	
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 (Adjuntar estados financieros 2020)		
<b>Especificaciones salud</b>		
Modelo de atención (Definido por EAPB)		
Sistema y operación de referencia y contrarreferencia(Definido por EAPB)		
Indicadores de calidad y/o resultado(Definido por EAPB)		
Oportunidad en la asignación de servicios y/o procedimientos (Normatividad vigente)		
Oportunidad entrega de medicamentos(Normatividad vigente)		
Acceso / registro MIPRES (Según aplique - Normatividad vigente)		
<b>Especificaciones contratación</b>		
Habilitación (Constancia de habilitación) Res 3100 de 2019)		
Documentación legal (Ver lista de chequeo).		
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	07/04/2021
<b>1.CONDICIONES GENERALES</b>			

### 1.1 Objeto a contratar

Tipo de Servicios	Medicamentos	Servicios:	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS AMBULATORIOS Y PARA EGRESO HOSPITALARIO
Existe red contratada actualmente?	SI	Regional	NORTE DE SANTANDER - ANTIOQUIA - BOYACA - CUNDINAMARCA - META - CORDOBA - HUILA - TOLIMA
Caracterización sociodemografica	La Entidad cuenta con 317.106 afiliados para el régimen subsidiado y 12.799 para el contributivo, del total de afiliados 165.302 son mujeres y 164.603 son hombres, 59.793 usuarios mayores de 60 años, 85.439 usuarias en edad fértil y 19.754 usuarios menores de 5 años.	Caracterización epidemiológica	Se presnetta la necesidad, teniendo en cuenta que: - A la fecha se cuenta con un 99% de cumplimiento en la oportunidad de entrega de medicamentos PBS, así mismo se evidencia un incremento en la interposicion de PQR relacionadas con la entrega de medicamentos e insumos, locual genera desviacion del comportamiento esperado para la entidad. - La primera causa de morbilidad en el ámbito ambulatorio y de hospitalización corresponde a las enfermedades cardiovasculares. Se requiere fortalecer control de la enfermedad por HTA y DM, dado que para el año 2020 se evidencia que el 47.53% en usuarios con diagnóstico de DM con resultado de Hemoglobina Glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses, el 60.27% de pacientes hipertensos menores de 60 años están controlados, el 63.16 % de pacientes hipertensos mayores de 60 años están controlados.
Población actual / Dpto / Mpio	329.905 - RS (317.106) - RC (12.799)	Demanda potencial de servicios (Población)	329.905 HTA ( 20.332 ) - DM (2.127) - HTA/DM (4.690) - >60
Régimen al que aplica:	Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>		

#### Observaciones:

Se requiere fortalecer la oportunidad en la entrega d emedicamentos a través de la activación de mecanismo excepcional y garantía en la entrega de medicamentos pBS y no PBS, a nivel nacional haciendoénfasis en los departamentos de Antioquia, norte de santander., ESTO TENIENDO EN CUENTA EL COMPORTAMIENTO DE LA ENTIDAD EN RELACION DED PROCESOS JURIDICOS Y PQR interpuestas por los afiliados durante la vigencia 2021.

### 2. CAPACIDAD

#### 2.1 Capacidad técnica - Salud

Modelo de atención	Definido por la EPS	Análisis de suficiencia de red	S e cuenta con proveedor en la zona sien embargo debemos contar con un profeedor con la capacidad de dispensacion y entrega a domicilio en los municipios y veredas como parte de la medica excepcional y la contingencia por COVID 19 permitiendo mejorar la oportunidad de la entrega
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	Definido por la EPS	Caracterización epidemiológica	Se presnetta la necesidad, teniendo en cuenta que: - A la fecha se cuenta con un 99% de cumplimiento en la oportunidad de entrega de medicamentos PBS, así mismo se evidencia un incremento en la interposicion de PQR relacionadas con la entrega de medicamentos e insumos, locual genera desviacion del comportamiento esperado para la entidad. - La primera causa de morbilidad en el ámbito ambulatorio y de hospitalización corresponde a las enfermedades cardiovasculares. Se requiere fortalecer control de la enfermedad por HTA y DM, dado que para el año 2020 se evidencia que el 47.53% en usuarios con diagnóstico de DM con resultado de Hemoglobina Glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses, el 60.27% de pacientes hipertensos menores de 60 años están controlados, el 63.16 % de pacientes hipertensos mayores de 60 años están controlados.
Ámbito	AMBULATORIO	Duración del contrato	1 AÑO (PRORROGABLE)
Modalidad de contratación	EVENTO	Guías de práctica clínica y protocolos	Resolucion 1403 de 2007: Manual de condiciones esenciales y procedimientos del Servicio Farmacéutico.
Ruta integral de atención	NA	Modelo de adutoría	Modelo de auditoria de calidad definido por la EPS

#### 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	maximo 48 horas desde la generacion del pendiente	Acceso / registro MIPRES	SI
Indicadores de calidad y/o resultados	Entrega completa: 100% Entrega Oportuna: < 48 horas				

#### 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)
Resolucion 1604 de 2013	RC definidos prola entidad

#### 2.1.2. Estudio de Costos

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

Costos por actividad	Máxima Descapitalización	no	Medicamentos e insumos	Máxima Descapitalización	15%
----------------------	--------------------------	----	------------------------	--------------------------	-----

otro	Máximo Desviación	0%	Cual?
<b>2.2 Capacidad financiera</b>			
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	\$xxxxxxxxx	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)	
<b>2.3 Capacidad Jurídica</b>			
Tipo de naturaleza	Privada Pública Mixta	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de entidad Jurídica Natural
			<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
El proponente deberá cumplir con los siguientes requisitos			
<b>2.3.1 Constancia de habilitación de servicios habilitados</b>			
<b>2.3.2 Certificado de experiencia</b>			
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, malo</i> ) i). Firma de la persona que expide la certificación.			
<b>2.3.3 Representante legal no debe estar inhabilitado para contratar.</b>			
El proponente no deberá estar incurso en ninguna causal de inhabilidad o conflicto de intereses.			
Todos los proponentes deberán aportar los documentos de constitución y acreditar el cumplimiento de los requisitos que se detallan a continuación:			
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.			
<b>6. Garantías</b>			
El proponente tomará a su costa, cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país y autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, aceptable para ECOOPSOS. Dicha garantía es:  A. Póliza de seriedad de la oferta.			



**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 emitida 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 Medicamentos Controlados y Monopolio del Estado (Sí aplica).	TODO TIPO	
	18. Portafolios de medicamentos, insumos 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). (Sí 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 técnica 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	

**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: \_\_