	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	PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR TIPO EXTRAMURAL (UNIDAD MOVIL)
Apertura para presentar oferta	15/04/2021
Modalidad de contrato:	EVENTO
Régimen al que aplica	Contributivo SI Subsidiado SI

	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	\$500.000.000,00	
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	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
Condiciones generales		
Vigencia de la oferta:	6 meses	
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 (Adjuntar estados financieros 2020)		
Especificaciones salud		
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)		
Especificaciones contratación		
Habilitación (Constancia de habilitación) Res 3100 de 2019)		
Documentación legal (Ver lista de chequeo).		
Oferta completa		

	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD		RC-RED-01-01
	ECOPOSOS EPS S.A.S.		
FORMATO DE ANALISIS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD			
	Fecha solicitud	07/04/2021	
1.CONDICIONES GENERALES			

1.1 Objeto a contratar

Tipo de Servicios	Unidad movil	Servicios:	Prestación Extramural por Unidad Movil para: Citologías Mamografías Toma de paracéntricos (hemoglobina glicosilada, glicemia, creatinina, perfil lipídico, prueba rápida para VIH, rápida para sífilis, toma de PCR para Covid, toma de antígeno para COVID) Consulta por Medicina General Consulta por Enfermería Consulta por Odontología Aplicación de fluor
Existe red contratada actualmente?	SI	Regional	NORTE DE SANTANDER - ANTIOQUIA - BOYACA - CUNDINAMARCA - META - CORDOBA - HUILA - TOLIMA
Caracterización sociodemográfica	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	Soporta la necesidad de prestador en terminos de salud-enfermedad: - 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. - Las ITS con efectos de transmisión vertical y de alto impacto en la población materno-perinatal son la infección por Sífilis y VIH. Se hace necesario el tamizaje preventivo: la tasa de incidencia de Sífilis Congénita registrada (acumulada) corresponde a 7.11 casos por cada 1000 nacidos vivos, la cual es resultado de un numerador de 33 casos y un denominador de 4583 nacidos vivos y 60 mortinatos. Es necesario aumentar la cobertura de actividades de salud oral, específicamente consulta y aplicación de fluor, dado que presentan coberturas inferiores al 60%. - Es necesario aumentar la cobertura de actividades de tamizaje de cáncer de mama y citología, con el fin de diagnosticar tempranamente estas enfermedades impactando así los indicadores de mortalidad en la población femenina, donde el ca de mama y ca de cervix son los de mayor prevalencia. Para Diciembre de 2020, se logró una cobertura acumulada del 28.62% (n=21243) de tamización con CCU para mujeres entre los 25 a 69 años, la cuales objeto de mejora al no cumplir la meta establecida. Así mismo, se logró una cobertura acumulada del 71.19% (n=20636) de tamización con mamografía para mujeres entre los 50 y 69 años, la cuales objeto de mejora al no cumplir la meta establecida. - Se han presentado 4035 casos por SARS -CoV2(1810 en hombres y 2225 en mujeres) ,con 237 muertes asociadas. Se requiere tamizaje diagnóstico en el marco PRAAS, para aumentar tasa de testeo por encima de 88.9 por 1000 afiliados.
Población actual / Dpto / Mpio	329.905 - RS (317.106) - RC (12.799)	Demanda potencial de servicios (Población)	329.905
Régimen al que aplica:	Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones:

Se requiere prestador con operación en los Departamentos descritos que preste servicios ya referidos, los cuales apoyan la gestión de la Entidad frente a la Detección temprana de enfermedades de alto impacto y atención de mujeres en edad fértil, gestantes, hipertensos y diabéticos. El test con prueba sdgnosticas foraltece la confirmacion diagnostica y el tratamiento portuno, indicadores que son de medicion por entidades de vigilancia y control. Es necesario que la Unidad Movil cuente con la capacidad técnica y profesional para prestar los servicios en áreas rurales y rurales dispersas, que cuente con experiencia en la prestación de servicios bajo la modalidad solicitada con EPS de regimen subsidiado y contributivo, y bajo el cronograma definido por la EPS.

2. CAPACIDAD
2.1 Capacidad técnica - Salud

Modelo de atención	El Definido por la EPS	Análisis de suficiencia de red	Se cuenta con prestadores intramurales y extramurales con la capacidad de atención de los afiliados en el territorio nacional, sin embargo para facilitar el despasamiento de la población, y mejorar la demanda inducida a los servicios de salud se hace necesario contar con prestadores adicionales que pueda movilizar el equipo de salud a estas poblaciones.
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	N/A	Caracterización epidemiológica	Soporta la necesidad de prestador en terminos de salud-enfermedad: - 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. - Las ITS con efectos de transmisión vertical y de alto impacto en la población materno-perinatal son la infección por Sífilis y VIH. Se hace necesario el tamizaje preventivo: la tasa de incidencia de Sífilis Congénita registrada (acumulada) corresponde a 7.11 casos por cada 1000 nacidos vivos, la cual es resultado de un numerador de 33 casos y un denominador de 4583 nacidos vivos y 60 mortinatos. Es necesario aumentar la cobertura de actividades de salud oral, específicamente consulta y aplicación de fluor, dado que presentan coberturas inferiores al 60%. - Es necesario aumentar la cobertura de actividades de tamizaje de cáncer de mama y citología, con el fin de diagnosticar tempranamente estas enfermedades impactando así los indicadores de mortalidad en la población femenina, donde el ca de mama y ca de cervix son los de mayor prevalencia. Para Diciembre de 2020, se logró una cobertura acumulada del 28.62% (n=21243) de tamización con CCU para mujeres entre los 25 a 69 años, la cuales objeto de mejora al no cumplir la meta establecida. Así mismo, se logró una cobertura acumulada del 71.19% (n=20636) de tamización con mamografía para mujeres entre los 50 y 69 años, la cuales objeto de mejora al no cumplir la meta establecida. - Se han presentado 4035 casos por SARS -CoV2(1810 en hombres y 2225 en mujeres) ,con 237 muertes asociadas. Se requiere tamizaje diagnóstico en el marco PRAAS, para aumentar tasa de testeo por encima de 88.9 por 1000 afiliados.
Ámbito	AMBULATORIO	Duración del contrato	
Modalidad de contratación	EVENTO	Guías de práctica clínica y protocolos	Resolucion 3280 (RIAS) Mantenimiento y promocion de la salud - Riesgo Cardiovascular
Ruta integral de atención	Resolucion 3280 (RIAS) Mantenimiento y promocion de la salud - Riesgo Cardiovascular	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	N/A	Acceso / registro MIPRES	NO
Indicadores de calidad y/o resultados	Segun la meta establecida para la jornada de salud Oportunidad en el procesamiento de muestras covid: PCR: maximo 3 días desde la toma hasta al entrega de resultado, Antígeno: maximo 30 minutos desde la toma hasta la entrega del resultado.				

2.1.1. Nota técnica

Cualquier otra, que desde el área técnica y según la normatividad se deba tener en cuenta para la contratación de este servicio. (Favor relacionar norma, lineamiento, acuerdo, etc)

Obligaciones técnicas	Documentos técnicos o plataforma Software (según aplique)
Reporte de Anexo Técnico de la Resolución 4505 de 2012	Página web de la entidad
Reporte de actividades realizadas en estructuras definidas por la EPS	Registros de Calidad e instructivo definidos por la entidad

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	0%	Medicamentos e insumos	Máximo Desviación	0%
Servicios por paquete	Máximo Desviación	0%	Ambulancias	Máximo Desviación	0%
otro	Máximo Desviación	3%	Cual? UNIDAD MOVIL		
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 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					
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, malo</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 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.					
6. Garantías					
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 - 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/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 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. (Si 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 (Si 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 (Si 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		

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: __