

	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	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. VALORACIÓN INTERCONSULTA PSIQUIATRIA	
Apertura para presentar oferta	05/10/2021	
Modalidad de contrato:	EVENTO	
Régimen al que aplica	Contributivo SI	Subsidiado SI
Valor del contrato	\$500.000.000,00	
Observaciones	Se debe anexar el portafolio de servicios, listado de CUPS y CUMS propuesto con su respectivo formato el cual se encuentra adjunto.	

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

Programación		
Actuaciones del proceso	Fechas	Medios de publicación
Publicación de invitación	05/10/2021	Plataforma EAPB
Plazo para presentación de ofertas	06/10/2021	Correo electrónico
Plazo para presentar observaciones	06/10/2021	Correo electrónico
Respuestas a las observaciones	07/10/2021	Correo electrónico
Verificación de oferentes	08/10/2021	Correo electrónico
Comunicación de aceptación o rechazo de la oferta	08/10/2021	Correo electrónico
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 (Adjuntar estados financieros 2020)		
Especificaciones salud		
Modelo de atención: Definido por la EPS		
Sistema y operación de referencia y contrarreferencia: Definido por la EPS		
Indicadores de calidad y/o resultado : *Atención de urgencias de acuerdo a Triage. *No de horas para aceptación de los pacientes en trámite de referencia *Indicadores de calidad de la atención hospitalaria (Caída de pacientes, Suicidio de pacientes internados, Fuga de pacientes, IAAS)		
Oportunidad en la asignación de servicios y/o procedimientos: *Oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada (30 días) *Indicador de oportunidad de referencia de pacientes		
Oportunidad entrega de medicamentos: N/A		
Acceso / registro MIPRES: SI: debe contar con desarrollo que permita programar las entregas y adelantar los procesos d entrega y facturación		
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
	ECOOPSOS EPS S.A.S.		
	FORMATO DE ANÁLISIS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD		
		Fecha solicitud	05/10/2021
1.CONDICIONES GENERALES			

1.1 Objeto a contratar

Tipo de Servicios	Servicios Hospitalarios	Servicios:	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. VALORACIÓN INTERCONSULTA PSIQUIATRIA
Existe red contratada actualmente?	No	Regional	CUNDINAMARCA - BOYACA - ANTIOQUIA
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,	Caracterización epidemiológica	Durante los ultimos 3 meses las IPS de la red han notificado 121 tramites de referencia para atención de pacientes para atención en salud mental dado la incidencia de enfermedades mentales que requieren atención hospitalaria, de estos 63
Población actual / Dpto / Mpio	CUNDINAMARCA - BOYACA - ANTIOQUIA	Demanda potencial de servicios (Población)	138,582
Régimen al que aplica:	Contributivo ☒ Subsidiado ☒		

Observaciones:

--

2. CAPACIDAD

2.1 Capacidad técnica - Salud

Modelo de atención	Definido por la EPS	Análisis de suficiencia de red	Se cuenta en el departamento de Cundinamarca con red para la atención de pacientes psiquiatricos,
Sistema y operación de referencia y contrareferencia	Si	Caracterización epidemiológica	Las enfermedades del sistema circulatorio, aunque están por debajo de la tasa departamental, se
Ámbito	Ambulatorio	Duración del contrato	1 año
Modalidad de contratación	evento	Guías de práctica clínica y protocolos	Si
Ruta integral de atención	NA	Modelo de adutoría	Si

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

Oportunidad en la asignación de servicios (Incluye programación de cirugías)	*Oportunidad en la asignación de citas de medicina	Oportunidad de entrega de medicamentos	Si	Acceso / registro MIPRES	Si: debe contar con desarrollo que permita programar las entregas y adelantar los
Indicadores de calidad y/o resultados	Atención de urgencias de acuerdo a triage. No de horas para aceptación de los pacientes en trámite de referencia Indicadores de calidad de la atención hospitalaria (Caida de pacientes, Suicidio de pacientes internados, Fuga de pacientes, IAC)				

2.1.1. Nota técnica

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

Obligaciones técnicas	Documentos técnicos o plataforma Software (según aplique)
Resolución 3047 de 2008	

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	\$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 ☐	Tipo de entidad	Jurídica ☒ Natural ☐
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.			

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 auditoría 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		
TIPO DE REGIMEN	REGIMEN COMUN	
	REGIMEN SIMPLIFICADO	
	ESTATAL	
	GRAN CONTRIBUYENTE	
	OTRO CUAL? MENCIONELO	
NIT (por favor colocar digito de verificación)		
RAZON SOCIAL		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL		
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL y MUNICIPIO DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO		
NUMERO DE CELULAR Y FIJO REPRESENTANTE LEGAL		
CORREO ELECTRONICO GERENCIA (preferiblemente correos corporativos y no personales o de cuentas diferentes)		
CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL GENERAL		
TIPO DE ENTIDAD	PUBLICA	
	PRIVADA	
	MIXTA	
	UNION TEMPORAL	
	OTRO CUAL? MENCIONELO	
DIRECCION		
TELEFONO		
DEPARTAMENTO UBICACIÓN IPS		
MUNICIPIO UBICACION IPS		
AUTORRETENEDOR	SI	
	NO	
CUENTA BANCARIA	Tipo de Cuenta	
	Número de Cuenta	
	Entidad Financiera	

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: __

