Bogotá D.C., XX de XXXXX de 2019.

Doctor

**MAURICIO IREGUI TARQUINO**

Gerente

**CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2019**

E S D

**Referencia:** Oferta para la prestación de servicios de salud para la Población Privada de la Libertad (PPL).

XXXXXXXXXX, identificado con la cédula de ciudadanía No. XXXXX, actuando en calidad de representante legal de XXXXXXX., identificado con el Nit. XXXXXX, conforme consta en el certificado de existencia y representación legal o el acto administrativo equivalente que se anexa al presente escrito, con fundamento en lo establecido en el artículo 845 y siguientes del Código de Comercio, presento oferta irrevocable para la prestación de servicios de salud a la Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC, con los recursos técnicos, científicos *y* administrativos propios, en la sede de la IPS, en los siguientes términos:

**Servicios habilitados en la siguiente estructura extraída del REPS:**

Tabla 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Departamento** | **Nombre Municipio** | **Código**  **Habilitación** | **Nombre de**  **Sede** | **Código Servicio** | **Nombre del**  **Servicio** | **Fecha de Corte REPS** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Códigos CUPS a ofertar acorde con los servicios habilitados:**

***Modalidad de prestación de servicio por Evento***

**Anexo Resolución 5851 DE 2018**

Tabla 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código CUPS** | **Descripción** | **Tarifario (Años) y Descuento** | **Valores** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Procedimientos en cráneo, cerebro y meninges cerebrales | Ej. SOAT 2019 menos el 20%. | $ xxxxxxxx |
|  | Incisión de cráneo (punciones en cráneo) | Ej. SOAT 2019 menos el 20%. |  |
|  | Punciones en cisterna | Ej. SOAT 2019 menos el 20%. |  |
|  | Punción cisternal, vía lateral | Ej. Propia |  |
|  | Punción cisternal, vía medial | Ej. Propia |  |
|  | Punción cisternal |  |  |

Se precisa que se deben relacionar los servicios que con fecha a la presentación de la oferta se prestaran a la PPL.

**Tarifas Evento**

Tabla 3

| **Tarifario** | **Marque con X el tarifario con el cual hace la oferta económica** | **Porcentaje de descuento sobre el tarifario** | **Observaciones** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ISS 2001** | **NA** | **NA** | **-** |
| **Decreto 2423 de 1996-SOAT vigente a la fecha de prestación del servicio.** | **x** | **Ej. -20%** | **-** |
| **Tarifas propias** | **x** | **0** | **Ej. Tarifas propias para ayudas diagnósticas.** |

**Acto administrativo que define las tarifas propias (si aplica)**

Tabla 4

|  |  |
| --- | --- |
| **Insumo** | **Oferta Económica** |
| **Medicamentos e insumos.** | **Describir de forma breve.** |
| **Oxigeno litro.** | **$** |
| **Material de osteosíntesis.** | **Describir de forma breve.** |

**Si no oferta servicios por conjunto integral de atención favor eliminar la tabla 5.**

**Oferta acorde con los servicios habilitados:**

***Modalidad de prestación de servicio por conjunto integral de atención***

Tabla 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código del conjunto integral de atención** | **Denominación del conjunto integral de atención** | **Códigos CUPS del conjunto integral de atención** | **Valor unitario del conjunto integral de atención** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Los servicios de salud autorizados y efectivamente prestados, serán reconocidos dentro de los sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de radicación de la factura y acepto el descuento del veinte por ciento (20%) sobre el valor de la misma.

Para el efecto, adjunto a la propuesta los siguientes documentos:

| No. | **DOCUMENTOS** |
| --- | --- |
| **1** | **Oferta:**  - Portafolio de servicios.  - Oferta de Servicios y Propuesta económica, **firmada por el Representante Legal**, con vigencia de 90 días.  - Códigos CUPS y CUM ofertados, en archivo ejecutable Excel “Estructura para Tarifas”  - Tarifas de eventos y/o conjunto integral de atención. (Si no se encuentra en el tarifario SOAT).  - Archivo con las Tarifas Ofertadas |
| **2** | **REPRESENTACIÓN LEGAL**  **- Para Empresas.** Certificado de existencia y Representación Legal (Cámara de Comercio) con vigencia inferior a 30 días  **- Para Empresas Sociales del Estado.** Acto Administrativo de creación de la ESE.  - **Fundaciones y Entidades Sin Ánimo de Lucro**. Adicional a la Cámara de Comercio (en los casos requeridos por ley), certificación de la Superintendencia de la Economía Solidaria o entidad correspondiente (Ente Territorial – Secretaría de Salud), y acta de constitución con sus respectivas modificaciones donde se registran los miembros y el representante legal. |
| **3** | **IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**  **- Para empresas:** Fotocopia de la cédula del Representante Legal al 150%.  **- Para Empresas Sociales del Estado.** Acto Administrativo de nombramiento, acta de posesión del gerente de la ESE y Fotocopia de la cédula.  - **Fundaciones y Entidades Sin Ánimo de Lucro**. Documento de identidad de todos los integrantes conforme a lo registrado en el acta de constitución y sus modificaciones. |
| **4** | Fotocopia del registro único tributario (RUT). |
| **5** | Certificación del representante legal y/o revisor fiscal, en la que se acredite el cumplimiento de las obligaciones con los sistemas de seguridad social en salud, riesgos profesionales y aportes a las Cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) de sus empleados. Parafiscales del mes inmediatamente anterior |
| **6** | Certificación Bancaria con vigencia no mayor a 30 días |
| **7** | Formulario de proveedores firmado por el Representante Legal, con vigencia inferior a 30 días |
| **8** | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales vigente, con el comprobante o certificación de pago expedida por la aseguradora.(en caso de resultar seleccionado, para las IPS privadas se requerirá para la firma del contrato póliza de cumplimiento y calidad además de la de RC Clínicas y Hospitales) |

**Se deben adjuntar al presente documento, los archivos anteriormente descritos. Los documentos de los numerales 1, 5, 6 y 7 NO deben tener una vigencia superior a 30 días. La póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales se debe encontrar vigente.**

La presente oferta tiene un tiempo de validez de tres (3) meses para la aceptación y surte efectos durante la vigencia de la misma, la ejecución del contrato, en el evento de ser suscrito, hasta su terminación.

De ser aceptada la oferta me comprometo a adelantar todas las diligencias y a presentar toda la documentación requerida para formalizar el acuerdo de voluntades, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes.

**NOTIFICACIONES**

Recibiré notificaciones en la XXXXXXXXXXXXX, de la ciudad de XXXX y en el correo electrónico XXXXXXXXXXX. Adicionalmente podemos ser contactados en las líneas XXXXXXX, XXXXXX, XXXXXX.

Cordialmente,

XXXXXXXXXXXXXXXXX

Representante Legal

XXXXXXXXXXXXXXXXXX