

## INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO N° REPORTE DE SEDES EXCLUSIVAS

De conformidad con los requerimientos dentro del proceso de contractual para la prestación de servicios de salud y salud en el trabajo de la población afiliada al Fondo de Prestaciones del Magisterio, se requiere realizar un diligenciamiento de la oferta en el reporte de sedes exclusivas en las diferentes regiones:

Los campos se deben diligenciar de acuerdo con las siguientes instrucciones:

La hoja denominada Reporte de Sedes Exclusivas: corresponde a la disponibilidad de red de insumos a nivel nacional de acuerdo con la Regional, debe indicarse que, en este formato se reporta los puntos de entrega de insumos y los proveedores a reemplazar.

**PERIODICIDAD DE REPORTE.** Mensual.

**CORTE PARA EL REPORTE.** día 30 de cada mes.

### CARACTERISTICAS DEL ARCHIVO:

- A.** En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N- Numérico D-decimal F-Fecha T-Texto con caracteres especiales. Colocar las abreviaturas o Sigla de cada palabra.
- B.** Los nombres de archivos y los datos de estos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- C.** En el archivo la fecha corresponde a formato es numérico y la longitud de la variable debe tener un máximo de 8 caracteres y, de acuerdo con el formato AAAA-MM-DD, dónde: AAAA corresponde al año, MMcorresponde al mes, DD corresponde al día.

### CUERPO DEL FORMATO: (Reporte de Sedes Exclusivas)

- 1. CONTRATISTA PRESTADOR.** Diligencie el nombre del proponente. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales
- 2. DIVISION.** Diligencie la regional para la cual presenta oferta. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

3. **NOMBRE DEL DEPARTAMENTO.** Diligencie el nombre del departamento donde se ubica el proveedor de insumos. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
4. **NO. DE REGISTRO.** Conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Formato Alfanumérico en mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales
5. **NIT IPS.** Conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Formato Alfanumérico en mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales
6. **328 MEDICINA GENERAL.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
7. **334 ODONTOLOGÍA GENERAL.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
8. **312 ENFERMERÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
9. **741 TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
10. **ÁREA DE ASIGNACIÓN DE CITAS.** Registrar Área de Asignación de Citas. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales
11. **ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO.** Registrar Área de Atención al Usuario. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
12. **714 SERVICIO FARMACÉUTICO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
13. **712 TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
14. **320 GINECOBISTECIA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

15. **342 PEDIATRÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
16. **304 CIRUGÍA GENERAL.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
17. **325 MEDICINA FAMILIAR.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
18. **329 MEDICINA INTERNA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
19. **333 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
20. **344 PSICOLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
21. **817 ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
22. **816 ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
23. **915 DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
24. **909 DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS).** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
25. **910 DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS).** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
26. **911 DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

27. **912 DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS).** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
28. **913 DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
29. **914 DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE SENO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales. **908 PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
30. **918 PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
31. **917 PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
32. **302 CARDIOLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
33. **308 DERMATOLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
34. **318 GERIATRÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
35. **330 NEFROLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
36. **345 REUMATOLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
37. **356 OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
38. **332 NEUROLOGÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

39. **345 PSIQUIATRÍA.** Registrar Según Formato SI – NO, En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

40. **TIPO DE SEDE.** según modelo

1. Sede tipo A
2. Sede tipo B
3. Sede tipo C
4. Sede tipo D

Numérico Entero.

41. **MODALIDAD.** Registrar;

1. Extramural
2. Intramural.
3. Domiciliario.
4. Telemedicina.
5. Otro

Formato Numérico Entero.

42. **NÚMERO DE PROMESA DE CONTRATO.** Registrar Número de Promesa de contrato El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma"

43. **TIPO DE CONTRATO.** Registrar Tipo de contrato. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

44. **CAPACIDAD INSTALADA OFERTADA PARA EL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES.** Registrar la Capacidad instalada ofertada de Usuarios para el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles.

45. **FECHA INICIO CONTRATO.** Indique la fecha de inicio del contrato. El tipo de Formato es numérico y la longitud de la variable debe tener un máximo de 8 caracteres y, de acuerdo con el formato AAAA-MM-DD, donde: AAAA corresponde al año en que se realizó la fecha de inicio del contrato, MM corresponde al mes en que se realizó la fecha de inicio del contrato, DD corresponde al día en que se realizó la fecha de inicio del contrato.

46. **FECHA TERMINACIÓN CONTRATO.** Indique la fecha de terminación del contrato. El tipo de Formato es numérico y la longitud de la variable debe tener un máximo de 8 caracteres y, de acuerdo con el formato

AAAA-MM-DD, donde: AAAA corresponde al año en que se realizó la fecha de terminación del contrato, MM corresponde al mes en que se realizó la fecha de terminación del contrato, DD corresponde al día en que se realizó la fecha de terminación del contrato.

47. **VALOR DEL CONTRATO.** Diligencie el valor por el que se encuentra el contrato, si no tenemos el dato se debe diligenciar con la palabra indeterminado. Formato numérico, sin tildes y sin caracteres especiales.
48. **NÚMERO DE USUARIOS.** Registrar Número de Usuarios a Atender. Formato NuméricoEntero
49. **FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL REPS.** Indique en el formato AAAA-MM-DD, la fecha del inicio de la habilitación disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
50. **DIRECCIÓN IPS.** Diligencie la dirección del proveedor. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma".
51. **TELÉFONO IPS.** Diligencie el teléfono del proveedor. El campo puede ser numérico separador guion "-" si es más de un teléfono.
52. **NOMBRE REPRESENTA FECHA DE VENCIMIENTO EN EL REPS.** Indica en el formato AAAA-MM-DD, la fecha de vencimiento de la habilitación disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.,
53. **FOLIO DEL DOCUMENTO DE PRESENTACIÓN DEL SERVICIO EXCLUSIVO.** Indique el folio del documento de prestación del servicio exclusivo en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma".
54. **FOLIO DEL CONTRATO.** Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma".
55. **COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN.** Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma".

Es importante indicar que los campos deben estar diligenciados en conformidad de las instrucciones menciona-

**Oficina Principal**

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10-03

Línea de Atención Nacional: 01 8000 91 90 15

Línea Directa Atención al Cliente: +57 (1) 516 9031

[www.fomag.gov.co](http://www.fomag.gov.co)



La educación  
es de todos

Mineducación

 Fomag

 @FomagOficial

das en el instructivo, la información debe ser veraz y concisa, la ausencia de alguno de los campos o no diligenciamiento adecuado genera una invalidación de la estructura correspondiente y no se continúa en el proceso de evaluación.