

## INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO No. 11 REPORTE DE RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE SALUD PROPUESTA

De conformidad con los requerimientos dentro del proceso de contractual para la prestación de servicios de salud de la población afiliada al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, se requiere realizar un diligenciamiento de la oferta de servicios que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud. Dicha información deberá ser diligenciada por cada una de las regiones sobre la cual se presenta:

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

1. Se encuentran determinadas dos partes, la primera denominada red, corresponde a la disponibilidad de servicios de salud presentada para la provisión de los servicios de salud, debe indicarse que en este formato solamente se deben diligenciar prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, como reglamentación del componente de habilitación de servicios de salud.
2. La segunda denominada capacidades se refiere a la capacidad de atención de cada uno de los servicios planificada por cada prestador que conforma la red en un periodo de un año, de acuerdo con la población objeto de atención.
3. Los campos a diligenciar por cada hoja son los siguientes:

### REPORTE DE LA RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

- 1 **NOMBRE DEL PROPONENTE:** Diligencie el nombre del proponente.
- 2 **REGION PARA LA QUE OFERTA:** Diligencie la región para la cual presenta oferta
- 3 **DEPARTAMENTO DEL AFILIADO:** Diligencie el nombre del departamento donde se ubica el
  1. afiliado
- 4 **CIUDAD DE ATENCIÓN:** Diligencie el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados, según los puntos de atención definidos por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio para atención de sus usuarios
- 5 **GRUPO SERVICIO:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 6 **CÓDIGO SERVICIO:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

**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)

- 7 **NOMBRE SERVICIO:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 8 **CAPACIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO:** Diligencia y cuantifique la cantidad de afiliados previstos a atender en dicho servicio. Los campos no deben tener valores vacíos o cero si este es el caso no debería incluirse en el formato.
- 9 **POBLACIÓN AFILIADA A LA IPS:** Indique el total de afiliados dentro del punto de atención donde se presenta la propuesta.
- 10 **CODIGO DEPARTAMENTO DEL PRESTADOR:** Diligencie el departamento del prestador, debe ser concordante con los códigos DIVIPOLA que conforman el código del prestador, primeros dos dígitos del código del prestador.
- 11 **NOMBRE DEPARTAMENTO DEL PRESTADOR:** Diligencie el departamento donde está ubicado el prestador
- 12 **CODIGO DEL MUNICIPIO DEL IPS:** Diligencie el municipio del prestador, debe ser concordante con los códigos DIVIPOLA que conforman el código del prestador, primeros 3 dígitos del código del prestador.
- 13 **NOMBRE DEL MUNICIPIO DEL IPS:** Diligencie el nombre del municipio en que está ubicado el prestador
- 14 **CÓDIGO DEL PRESTADOR:** Diligencie el código del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 15 **CÓDIGO DEL PUNTO IPS O SEDE:** Diligencie el código de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 16 **NÚMERO DEL PUNTO IPS O SEDE:** Diligencie el número de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 17 **NOMBRE DE PRESTADOR:** Diligencie el nombre del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 18 **NOMBRE SEDE:** Diligencie el nombre de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 19 **RAZÓN SOCIAL** Diligencie la Razón Social del prestador de servicios de salud, determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- 20 **TIPO DE IDENTIFICACION DEL PRESTADOR:** Diligencie Conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, del Representante Legal (NIT, RUT, CC)
- 21 **NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTAROR:** Diligencia el número de identificación del prestador según el dato anterior

- 22 **COMPLEJIDAD DE SERVICIO CONTRATADO:** Diligencie Seleccione la complejidad que presenta el servicio que fue contratado. Solo acepta valores entre 1 y 3. 1: = Baja 2: = Media 3: = Alta
- 23 **AMBITO:** Diligencie el ámbito 1: = Ambulatorio 2: = Urgencias 3: = Hospitalario 4: = Domiciliario
- 24 **FECHA DE VENCIMIENTO DE LA HABILITACION REPS:** FORMATO AAA-MM-DD
- 25 **FECHA DE INICIO DE LA HABILITACION REPS:** FORMATO AAAA-MM-DD
- 26 **UBICACIÓN, PAGINA O FOLIO DE LA PROMESA DE CONTRATO:** Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
- 27 **UBICACIÓN, PAGINA FOLIO DE LA 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.

Es importante indicar que los campos deben estar diligenciados de conformidad con las instrucciones mencionadas en este instructivo, y 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.