

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO No. 16 SEDES EXCLUSIVAS (PONDERABLES)

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 Sociales del Magisterio, se requiere realizar un diligenciamiento 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:

- a) **NOMBRE DEL OFERENTE:** Diligencie el nombre del proponente.
- b) **REGIÓN:** Diligencie la región para la cual presenta oferta
- c) **NOMBRE DEL DEPARTAMENTO:** Diligencie el nombre del departamento donde se ubica el afiliado
- d) **NOMBRE DEL MUNICIPIO:** Diligencia 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
- e) **NÚMERO DEL REGISTRO ESPECIAL:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- f) **NIT IPS:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- g) **NOMBRE DEL PRESTADOR:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- h) **NOMBRE DE LA SEDE:** Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS
- i) **RAZON SOCIAL:** Diligencie la Razón Social del prestador de servicios de salud, determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- j) **COLUMNAS J, K y L:** Diligencie con un SÍ O NO de acuerdo al requerimiento
- k) **COLUMNAS J, K y L:** Diligencie con un SÍ O NO de acuerdo al requerimiento
- l) **COLUMNAS J, K y L:** Diligencie con un SÍ O NO de acuerdo al requerimiento
- m) **FECHA INICIO DEL CONTRATO:** Diligencie la fecha Inicial del contrato de la sede Exclusiva
- n) **FECHA TERMINACION DEL CONTRATO:** Diligencie la fecha de terminación del contrato de la sede Exclusiva
- o) **FECHA DE INSCRIPCION EN EL REPS:** Diligencie la fecha de inscripción en el REPS de la IPS de la sede exclusiva
- p) **DIRECCION IPS:** Diligencie la Dirección de la IPD

- q) **TELEFONO DE LA IPS:** Diligencie el Teléfono de la IPS
- r) **NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL IPS:** Diligencie el Nombre del representante legal de la IPS según registro en Cámara de Comercio.
- s) **FECHA DE VENCIMIENTO EN EL REPS:** FORMATO AAA-MM-DD
- t) **UBICACIÓN, PÁGINA O FOLIO DE LA CARTA DE INTENCIÓN:** Indique la ubicación, página o folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
- u) **UBICACIÓN, PÁGINA O FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN:** Indique la ubicación, página o 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.