

DOCUMENTO DE SELECCIÓN DEFINITIVO PARA LA CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE.

INVITACIÓN PÚBLICA No. 2

“Los documentos que hagan parte del presente proceso de selección serán publicados en la páginas Web: www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co, por lo que será responsabilidad de los participantes conocer de estos a través de este mecanismo interactivo.”

**NOVIEMBRE
2016**

TABLA DE CONTENIDO

RECOMENDACIONES A LOS PARTICIPANTES	7
CAPITULO 1. GENERALIDADES	10
1.1. OBJETO DEL PRESENTE PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA:	10
1.2. ENTIDAD CONTRATANTE	12
1.3. DESTINATARIOS DE LA INVITACIÓN PÚBLICA	12
1.4. CONVOCATORIA VEEDURÍAS CIUDADANAS	12
1.5. DEFENSOR DEL USUARIO DE SALUD DEL MAGISTERIO	12
1.6. FUNDAMENTOS JURÍDICOS.	13
1.6.1. NORMATIVIDAD APLICABLE	15
1.7. DEFINICIONES	16
CAPITULO 2. CONDICIONES DE LA INVITACIÓN PÚBLICA	23
2.1. CRONOGRAMA	23
2.1.1. PUBLICACIÓN	25
2.1.2. CONSULTA Y ENTREGA DEL DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS	25
2.1.3. AUDIENCIA DE ASIGNACIÓN DE LOS RIESGOS	26
2.1.4. MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS	26
2.1.5. APERTURA	27
2.1.6. SOLICITUDES DE ACLARACIÓN	27
2.1.7. PRESENTACIÓN Y ENTREGA DE LAS PROPUESTAS	27
2.1.7.1. VIGENCIA DE LA PROPUESTA	29
2.1.8. PROPUESTAS	30
2.1.9. MODIFICACIÓN	30
2.1.10. RETIRO DE PROPUESTAS	30
2.1.11. INFORMACIÓN DE CARÁCTER RESERVADO	30
2.1.12. AUDIENCIA DE CIERRE Y RECEPCIÓN DE OFERTAS	31
2.1.13. PRORROGA DEL PLAZO DEL CIERRE	32
2.1.14. MODIFICACIONES, ACLARACIONES Y RETIRO DE LAS PROPUESTAS	32
2.1.15. EQUIPO EVALUADOR - VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA OFERTA	32
2.1.16. SUBSANACION DE LAS OFERTAS.	33
2.1.17. FACTORES DEL DESEMPATE DE PROPUESTAS	33
2.1.18. PUBLICIDAD DE LAS EVALUACIONES Y OBSERVACIONES	34
2.1.19. CAUSALES DE RECHAZO	34
2.1.20. TRASLADO DE LAS EVALUACIONES	35
2.2. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	35
2.3. PRESUPUESTO ESTIMADO	36
2.4. FINANCIACIÓN	36
2.5. PLAZO DE EJECUCIÓN	36
3. CAPITULO 3. PROPUESTAS (REQUISITOS HABILITANTES Y DE PONDERACIÓN)	37
3.1. DOCUMENTOS DE CONTENIDO JURÍDICO	37
3.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	37

3.1.2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	37
3.1.3. PROPONENTES PLURALES	37
3.1.4. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA.	39
3.1.5. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE	39
3.1.6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES.	40
3.1.7. CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA	40
3.1.8. CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	40
3.1.9. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	40
3.1.10. REGISTRO EN EL SISTEMA DE SALUD	40
3.2. DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO	41
3.2.1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS AÑO 2015	41
3.2.2. NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS	41
3.2.3. CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	41
3.2.4. FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	42
3.2.5. INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA	42
3.2.6. INDICADORES DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA	42
3.2.7. CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)	43
3.2.8. CERTIFICACIÓN BANCARIA ORIGINAL	43
3.3. DOCUMENTOS DE EXPERIENCIA	43
3.3.1. EXPERIENCIA GENERAL	43
3.3.2. EXPERIENCIA ESPECÍFICA	43
3.3.3. DOCUMENTOS DE SOPORTE	44
3.3.3.1. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	44
3.3.3.2. CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA EN CONTRATOS	44
3.4. REQUISITOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA	45
3.4.1. DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	45
3.4.2. RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA	45
3.4.3. PLATAFORMA TECNOLÓGICA	46
3.5. DOCUMENTOS ECONÓMICOS	46
3.5.1. PROPUESTA ECONÓMICA	46
3.6. FACTORES DE ESCOGENCIA	46
3.6.1. PROPONENTES PLURALES	46
3.6.2. FACTORES DE PONDERACIÓN	46
4. CAPITULO 4. SELECCIÓN DE CONTRATISTAS	50
4.1. ADJUDICACIÓN	50
4.1.1. ADJUDICACIÓN PARCIAL	50
4.2. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO	50
4.3. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	51
4.3.1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	51
4.3.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	51
4.3.3. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	55
4.4. SUSCRIPCIÓN	55
4.4.1. DOCUMENTOS PARA LA SUSCRIPCIÓN	55

4.4.2. PLAZO PARA SUSCRIBIRLO	55
4.4.3. EFECTOS DE NO SUSCRIBIRLO	56
4.4.4. CONDICIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN	56
4.5. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	56
<u>5. CAPITULO 5. CONDICIONES CONTRACTUALES</u>	<u>57</u>
5.1. CUANTÍA INDETERMINADA PERO DETERMINABLE	57
5.2. FORMA DE PAGO	57
5.2.1. UNIDAD DE PAGO	57
5.2.2. AJUSTE ANUAL DE LA UPCM	58
5.4. GARANTÍAS	59
5.4.1. PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO	59
5.4.2. PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO	59
5.4.3. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	60
5.4.4. PÓLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES	60
5.4.5. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA	60
5.4.6. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA	61
5.5. ANÁLISIS DE RIESGOS CONTRACTUALES PREVISIBLES	61
5.6. SUPERVISION DEL CONTRATO	61
5.7. PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO.	61
5.8. TERMINACION DEL CONTRATO.	61
5.9. DE LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	62
<u>ANEXO NO 1. COBERTURA Y PLAN DE BENEFICIOS</u>	<u>63</u>
1. PLAN DE BENEFICIOS DEL MAGISTERIO	63
1.1. EXCLUSIONES	64
1.2. COBERTURA	65
1.2.1. Afiliados al Sistema de Salud del Magisterio	65
1.2.2. Afiliación al Sistema de Salud del Magisterio	65
1.2.3. Registro de beneficiarios en las Entidades Contratistas.	65
1.2.4. Desafiliación y Suspensión	68
1.3. PORTABILIDAD	69
1.4. TRASLADO A OTRA ENTIDAD CONTRATISTA DEL FONDO	70
1.5. DECISIÓN DE CAMBIO DE DEPARTAMENTO O REGIÓN AFILIADOS DE MUNICIPIOS Y CORREGIMIENTOS FRONTERIZOS.	70
<u>ANEXO NO 2. ADMINISTRACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</u>	<u>71</u>
1. ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	71
1.1. GARANTÍA DE ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS. COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE RED DE SERVICIOS, RESPONSABLE DE GARANTIZAR LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD	71
1.2. INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PARA FACILITAR EL APOYO ESPECIALIZADO EN COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS.	72
1.3. EXIGENCIA DE RED ALTERNA DEFINIDA PARA MANEJO DE CONTINGENCIAS EN LA OFERTA DE SERVICIOS	72
2. ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS	72

3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	74
4. GENERALIDADES DE LA CONTRATACIÓN	75
5. INCAPACIDADES	77
5.1. TIPOS DE INCAPACIDADES	77
5.2. LICENCIAS	77
5.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA	77
5.4. COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN	78
5.5. COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.	78
6. TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME	78
6.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS	80
7. INFORMACIÓN ASISTENCIAL –FIAS-	81
8. CALL CENTER	83

ANEXO NO 3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD DEL MAGISTERIO **85**

1. ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL	85
2. GRUPOS DE RIESGO	87
2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	87
2.2. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.	88
2.3. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA ORIENTADOS A LA GESTIÓN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS	88
3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE REDES INTEGRALES DE ATENCIÓN	89
4. ACCESO A LOS SERVICIOS	90
5. SEDES EXCLUSIVAS	92
6. ASIGNACIÓN DE CITAS	93
7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	94
8. TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES AL SERVICIO DE LA ATENCIÓN EN SALUD	95
9. SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL	95
9.1. ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR	96
9.2. ATENCIÓN DOMICILIARIA	97
9.3. ATENCIÓN DE URGENCIAS	97
9.4. TRASLADO DE PACIENTES	98
9.5. SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	99
9.6. ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.	99
9.7. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA	99
9.8. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	99
9.10. SERVICIOS HOSPITALARIOS	100
9.11. SERVICIOS QUIRÚRGICOS	100
9.12. SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	101
9.13. SERVICIOS FARMACÉUTICOS	101
10. GUÍAS DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	102
11. AJUSTE AL MODELO DE ATENCIÓN CON ÉNFASIS EN PRIORIDADES DE MORBILIDAD - PROGRAMA OBLIGATORIO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA TRASTORNOS METABÓLICOS	102

11.1. EL DESARROLLO DE UN MODELO	102
11.2. ANTECEDENTES	102
11.3. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	104
11.4. LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	105
11.5. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD	106
11.5.1. GRUPOS DE RIESGO	106
11.6. ATENCIÓN EN PROGRAMAS	107
11.6.1. PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL POR SÍNDROME METABÓLICO	107
11.7. REQUISITOS HABILITANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE RED DE SERVICIOS	113
11.8. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	115
11.9. OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD	116
11.10. REQUISITOS MINIMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS	118
<u>ANEXO NO 4. FORMULARIOS CONTRACTUALES</u>	119
CARTA DE PRESENTACION DE LA OFERTA	119
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	123
<u>ANEXO NO 5. ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES Y CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL</u>	126
1. ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES.	126
2. PRESTADORES ESPECIALIZADOS EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL	127
<u>ANEXO NO 6. MINUTA DEL CONTRATO</u>	128
<u>ANEXO NO 7. POBLACIÓN POR MUNICIPIOS</u>	134
<u>FORMULARIO NO 1. EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE</u>	156
<u>FORMULARIO NO 2. ACREDITACIÓN CAPACIDAD FINANCIERA Y DE ORGANIZACIÓN</u>	157
<u>FORMULARIO NO 3. RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA EVALUABLE</u>	159
<u>FORMULARIO NO 4. RED DE SERVICIOS COMPLETA</u>	159
<u>FORMULARIO NO 5. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LOS PROPONENTES</u>	159
I) OBLIGACIONES DE LAS PARTES	159
A) OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	159
4.3.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	160
4.3.3. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	163
<u>FORMULARIO NO 6. DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD</u>	165
<u>FORMULARIO NO 7. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN</u>	177

RECOMENDACIONES A LOS PARTICIPANTES

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio se encuentra interesada en recibir propuestas para la **CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE.**

Se realizan las siguientes recomendaciones a los aspirantes que deseen participar en este proceso:

- Leer detenidamente el presente documento, cumplir con las exigencias previstas y tener en cuenta las circunstancias previsibles que tengan incidencia de cualquier manera en la oferta, en el cumplimiento del contrato y/o en los costos derivados de éstos.
- Verificar que no se encuentren dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad o prohibición constitucional o legal para presentar propuestas y contratar.
- Examinar el contenido del documento de selección de contratistas y demás documentos que hacen parte del mismo, así como las normas que regulan el proceso de selección y la prestación del servicio a contratar.
- Adelantar oportunamente los trámites tendientes a la obtención de los documentos que deben allegar con las propuestas y verificar que contienen la información completa que acredita el cumplimiento de los requisitos exigidos en la ley y en el presente documento de selección de contratistas.
- En virtud del principio constitucional y legal de la buena fe, se presume que la información suministrada con la propuesta, y que no sea objeto de prueba documental, es verídica. Cualquier información suministrada por el proponente o cualquiera de los integrantes de personas plurales que no lo sea dará lugar a las acciones y responsabilidades penales, administrativas y civiles establecidas en la Ley.
- Examinar que las fechas de expedición de los documentos solicitados se encuentren dentro de los plazos exigidos
- Suministrar toda la información requerida.
- Diligenciar totalmente los Formatos.
- Aceptar por escrito con la firma del representante legal los compromisos establecidos en cada uno de los anexos que hacen parte integral del presente proceso de selección.
- Presentar las propuestas en los medios requeridos con el correspondiente índice y debidamente foliadas.

- En todas las actuaciones derivadas del presente proceso de invitación pública y del contrato que forma parte del mismo, el proponente obrará con la transparencia y la moralidad que la Constitución Política y las leyes consagran.

En caso que se adviertan hechos o actuaciones presuntamente constitutivos de contravenciones a la ley en el proceso de selección o como consecuencia de éste, se dará aviso a los organismos competentes para que se surtan las investigaciones y acciones legales correspondientes y si a ello hubiere lugar, se impongan las sanciones del caso.

La presentación de la propuesta, por parte del oferente, constituye evidencia de que se estudiaron completamente las especificaciones técnicas, formatos, anexos y demás documentos; que recibió las aclaraciones necesarias sobre las inquietudes o dudas previamente consultadas y que ha aceptado que este documento de selección de contratistas es completo, compatible y adecuado y que ha tenido en cuenta todo lo anterior para definir las obligaciones que se adquieren en virtud del contrato que se celebrará.

Los proponentes por la sola presentación de su propuesta, autorizan a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio a verificar toda la información que en ella suministre.

Será responsabilidad del proponente conocer todas y cada una de las implicaciones que conlleva la presentación de su oferta y, para tal efecto, deberá realizar todas las evaluaciones que sean necesarias para su presentación sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio.

Por la sola presentación de la propuesta se considera que el proponente ha realizado el examen completo de todos los aspectos que inciden y determinan la presentación de la misma.

La exactitud, confiabilidad o integridad de la información que tenga a bien consultar el proponente se encuentra bajo su propia responsabilidad e, igualmente, la interpretación que haga de la información que obtenga a partir de las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia, visita o reunión.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tendrá la obligación de entregar para los fines de presentación y preparación de propuestas para el presente proceso, bien, documentación o manuales asociados a las descripciones y especificaciones técnicas de los servicios a contratar, salvo los que se publiquen en las páginas Web dirección: www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co. En consecuencia, es responsabilidad del proponente, al asumir los deberes de garantía asociados con la prestación de los servicios que se solicitan a través de la presente contratación, conocer plenamente las condiciones técnicas de los servicios a prestar, sin perjuicio de la facultad que asiste a los interesados de solicitar por escrito información puntual que le permita precisar los aspectos que puedan incidir en la formulación de su propuesta.

La presentación de la respectiva propuesta constituye reconocimiento y aceptación por parte del proponente, de que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los representantes, funcionarios, y los asesores externos de aquel, que han apoyado o se encuentran apoyando la estructuración y desarrollo del proceso de selección, no estarán sujetos a responsabilidad alguna presente o futura derivada de la información tenida en cuenta por el proponente para presentar su oferta alusiva al presente documento de selección de contratistas, o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier visita que llegue a ser efectuada, o proporcionada en cualquier otra forma, ya sea verbal o escrita, en relación con la invitación pública, sea o no socio, empleado, agente, representante, asesor o

consultor de cualquiera de ellos, tenga conocimiento o debiera haber tenido conocimiento de error u omisión alguna, o hayan sido responsables de su inclusión u omisión en este documento o en otro documento o declaración.

La recepción del documento de selección de contratistas por cualquier persona, o de cualquier información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita, con respecto a una operación propuesta que involucra a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, no podrá ni deberá considerarse como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, por parte de los funcionarios, asesores, consultores externos o representantes de estos.

Se recomienda al proponente, que obtenga asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, técnica, económica y de cualquier otra naturaleza que considere necesaria para la presentación de una propuesta. El proponente deberá informarse sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección, es decir, la legislación vigente en la República de Colombia y del contrato que se celebrará como consecuencia de la misma.

La circunstancia de que el proponente no haya obtenido toda la información que pueda influir en la determinación de su oferta, no lo eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que le correspondan, ni le dará derecho a reclamaciones, reembolsos, ajustes de ninguna naturaleza o reconocimientos adicionales por parte del contratante, en el caso de que cualquiera de dichas omisiones deriven en posteriores sobrecostos para el contratista.

Como consecuencia de lo anterior, el proponente, al elaborar su propuesta, deberá tener en cuenta que el cálculo de los costos y gastos, cuales quiera que ellos sean, se deberán basar estrictamente en sus propios estudios económicos y en su propias estimaciones.

Cada proponente sufragará todos los costos, tanto directos como indirectos, relacionados con la preparación y presentación de su propuesta, por lo cual la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio no será responsable en ningún caso de dichos costos, cualquiera que sea el resultado del proceso de selección y contratación.

Igualmente, corresponderá al proponente la responsabilidad de determinar, evaluar y asumir los impuestos, tasas y contribuciones, así como los demás costos tributarios y de cualquier otra naturaleza que conlleve la celebración del contrato, para lo cual se recomienda a los proponentes obtener asesoría calificada.

Con las presentes recomendaciones se entiende que el proponente realizó una lectura completa de los estudios previos y del presente documento de selección de contratistas y que acepta todas las condiciones en ellos estipulados.

CAPITULO 1. GENERALIDADES

1.1. OBJETO DEL PRESENTE PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA:

La presente invitación pública tiene como objeto la **CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE** bajo la modalidad de capitación para todos los niveles de complejidad, e implicará la obligación de garantizar, directa e indirectamente, la prestación integral del plan de atención en salud del Magisterio; transporte dentro y fuera de la región; actividades de Promoción y Prevención; y componente asistencial de los riesgos laborales, bajo la modalidad de capitación, por regiones, de acuerdo con la siguiente tabla:

REGION	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL	TOTAL GENERAL
1	HUILA	37	12690	12713	13	25416	53049
	TOLIMA	47	12910	14707	16	27633	

2	VALLE DEL CAUCA	42	22182	29694	20	51896	79470
	CAUCA	41	12232	15341	1	27574	

3	NARIÑO	64	16550	17946	2	34498	55595
	CAQUETA	16	6025	5488		11513	
	PUTUMAYO	12	5079	4503	2	9584	

4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	8123	9271	4	17398	

5	CORDOBA	28	23222	18613	5	41840	103607
	SUCRE	26	13117	10497	8	23622	
	BOLIVAR	45	19474	18668	3	38145	

6	MAGDALENA	28	16275	14920	8	31203	83500
	LA GUAJIRA	14	7057	6494	4	13555	
	ATLANTICO	23	20053	17718	21	37792	
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2	304	646		950	

7	NORTE DE SANTANDER	40	13605	13418	9	27032	102790
	SANTANDER	86	21158	23142	32	44332	
	CESAR	25	13685	11639	9	25333	
	ARAUCA	7	3103	2990		6093	

8	ANTIOQUIA	125	42779	57246	24	100049	112625
	CHOCO	31	5301	7274	1	12576	

9	CALDAS	27	8053	12480	3	20536	49541
	QUINDIO	12	4741	6704	14	11459	
	RISARALDA	14	7666	9876	4	17546	

10	CUNDINAMARCA	115	14113	23285	20	37418	140659
	BOGOTA D.C	1	39605	55993	65	95663	
	GUAINIA	1	420	480		900	
	GUAVIARE	4	932	1004	1	1937	
	VAUPES	3	807	436		1243	
	AMAZONAS	6	1157	926		2083	
	VICHADA	4	657	758		1415	

TOTAL PAIS	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL GENERAL
	1090	392845	445221	308	838374

Por otra parte, las actividades derivadas de Promoción y Prevención de Enfermedad General se reconocerán dentro de la cápitation, y se ejecutarán en los términos del Anexo No 3.

La prestación del servicio de salud que se pretende contratar a través del presente Proceso de Selección deberá garantizar las características fundamentales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la atención en salud del Magisterio y también lo establecido en los acuerdos del Consejo Directivo del Fondo, las cuales son entre otras, la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios de salud al usuario que se encuentran definidos en el presente documento de selección de contratistas.

Para ello, los contratistas deberán utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar y asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada. Por lo tanto, el contratista debe responder de manera integral por la administración y prestación de los servicios médicos asistenciales ofertados e incluidos

en este documento de selección de contratistas, y será responsable primario de la atención en salud de los usuarios del servicio.

La cobertura de servicios debe ser ofertada en las áreas geográficas denominadas Regiones, las cuales se encuentran definidas en el presente documento de selección de contratistas, y debe garantizarse, como mínimo, la prestación de Servicios del Primer Nivel de Complejidad en el municipio de residencia del afiliado; los demás niveles de complejidad deberán ser garantizados, incluido el desplazamiento del paciente, el seguimiento de la condición de salud y su contrarreferencia al municipio de origen, dentro o fuera del municipio o la Región, a través de red propia o contratada, de acuerdo con la oferta existente en cada municipio.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, realizará, de manera permanente, el seguimiento a todos los compromisos y obligaciones adquiridas por el contratista en virtud del contrato que se celebre.

1.2. ENTIDAD CONTRATANTE

La sociedad FIDUPREVISORA S.A., es la administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 3º de la Ley 91 de 1989 y en virtud del contrato de Fiducia Mercantil contenido en la Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 del Círculo de Bogotá, prorrogado sucesivamente y a la fecha vigente, y celebrado con la NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

1.3. DESTINATARIOS DE LA INVITACIÓN PÚBLICA

Podrán participar en el presente proceso las personas jurídicas públicas, privadas o mixtas o asociadas en Consorcio o Unión temporal o promesa de sociedad futura, nacionales, clasificadas como INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD y/o CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR que prestan servicios de salud de conformidad con la normatividad expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social, que su objeto las faculte para prestar los servicios a contratar, con capacidad legal y estatutaria para presentar oferta y desarrollar la actividad a contratar, que presenten garantía de seriedad de la oferta y que formulen su propuesta de acuerdo con las condiciones sustanciales establecidas en este documento de selección de contratistas.

1.4. CONVOCATORIA VEEDURÍAS CIUDADANAS

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 850 de 2003, el Artículo 66 de la Ley 80 de 1993 y el Artículo 270 de la Constitución Política de Colombia, se invita a las veedurías ciudadanas a realizar acompañamiento y seguimiento dentro de todas las etapas del presente proceso contractual.

1.5. DEFENSOR DEL USUARIO DE SALUD DEL MAGISTERIO

El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio contará con la figura del Defensor del Usuario de Salud del Magisterio, de conformidad con las funciones, mecanismo de selección, estructura y fuente de financiación que para el efecto establezca el Consejo Directivo.

1.6. FUNDAMENTOS JURÍDICOS.

Dentro de los fines esenciales del Estado, previstos en la Constitución Política, se encuentra el establecido en el Artículo 49 de la Carta, en los siguientes términos:

“(...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad...”).

A su vez, la Ley 1751 de 2015 “Ley Estatutaria del Derecho a la Salud” consagró el derecho autónomo fundamental a la salud, que cobija a todos los ciudadanos del país incluyendo a los afiliados al Fondo.

La Ley 91 de 1989, creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, así:

“(....), como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional (...).”

En tal sentido, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene, de conformidad con el Artículo 5º de la Ley 91 de 1989, entre otras, la función de *“Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales de sus afiliados y beneficiarios, servicios que contratará con entidades públicas y privadas de acuerdo con instrucciones que en ese sentido imparta el Consejo Directivo del Fondo.”*

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, según lo establecido en el numeral 2º del Artículo 7º de la misma ley, tiene la función de *“(...) Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo.”*

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio está integrado por el Ministro de Educación Nacional o el Viceministro quien lo preside; el Ministro

de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; dos representantes del Magisterio designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes, y por la entidad Fiduciaria, el Presidente o su delegado, con voz, pero sin voto.

En desarrollo del Artículo 3° de la Ley 91 de 1989 la NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, en su calidad de Fideicomitente, y FIDUPREVISORA S.A., suscribieron el Contrato de Fiducia Mercantil contenido en la Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 del Circuito de Bogotá, contrato prorrogado varias veces y hoy en día vigente, cuyo objeto es:

“(...) Constituir una Fiducia Mercantil sobre los recursos que integran el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - EL FONDO -, con el fin de que LA FIDUCIARIA los administre, invierta y destine al cumplimiento de los objetivos previstos para EL FONDO, conforme a las instrucciones que le sean impartidas por el Consejo Directivo del mismo.”, y su finalidad la de darle una “(...) eficaz administración de los recursos del FONDO que, a su vez y de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley 91 de 1989, fue creado para el cumplimiento de los objetivos que a continuación se precisan con el fin de que los mismos determinen el alcance de las prestaciones a cargo de la fiduciaria.

(...). Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del FONDO; (...).”

El contrato de fiducia mercantil adicionalmente, en relación con las funciones y obligaciones de las partes relacionadas con las prestaciones médico- asistenciales, señaló en primer término, que el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene la función de analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo; en segundo lugar, determinó que FIDUPREVISORA S.A. tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones:

“(...) Contratar, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el Consejo Directivo del FONDO, en especial, las contenidas en los Acuerdos No. 04 y 13 de 2004 y aquellos que lo modifiquen o sustituyan, las entidades que garantizarán la prestación de los servicios médico - asistenciales del personal docente afiliado al FONDO y su grupo familiar. El Consejo Directivo analizará y recomendará, previo trámite legal y presentación del informe de la FIDUCIARIA, las entidades con las cuales se garantizará la atención de los servicios de salud, velando siempre por la transparencia, economía, objetividad y responsabilidad en los procesos de contratación.”

“Realizar las labores de supervisión de los contratos que celebre para garantizar la prestación de los servicios y las de auditoría de calidad de los servicios de salud (...).”

“Contratar con cargo a los recursos del FONDO, auditorías médicas especializadas externas sobre los prestadores de servicios de salud de cada región (...).”

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 279, estableció que se exceptúan del Sistema Integral de Seguridad Social, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989.

Mediante Acuerdo No. 03 del 22 de febrero de 2016, el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, procedió a subrogar el numeral octavo del Acuerdo No. 1 del 8 de febrero de 2012, el cual estableció que en atención al monto de los recursos y el carácter fundamental del derecho a la salud del que gozan los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus familias, se debe adelantar la selección

de los contratistas que prestarán los servicios de salud mediante un procedimiento público que garantice la libre concurrencia y mediante el cual se escoja a los mejores proponentes con base en factores y criterios objetivos, por lo cual el presente proceso de invitación pública debe fundamentarse y constituir como obligación de las partes la Constitución Nacional, los principios de la Ley 80 de 1.993 y las demás normas que rigen la contratación pública.

Así mismo, mediante Acuerdo No 09 del 29 de Septiembre de 2016, el Consejo Directivo del citado Fondo definió las instrucciones para la nueva contratación de servicios de salud.

1.6.1. **NORMATIVIDAD APLICABLE**

El presente proceso de selección y el contrato que de él se derive, se sujetarán a lo dispuesto en el Acuerdo 03 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

El Acuerdo citado reza que: *“Para garantizar el modelo y el régimen de salud de los maestros, establecido en la Ley 91 de 1989, la contratación se debe fundamentar y constituir como obligación para las partes, en la Constitución Política de 1991, los principios de la Ley 80 de 1993 y en las demás normas que rigen la invitación pública.”*

Para tales efectos se realiza un breve resumen de la normatividad aplicable:

En el año 1990 el Presidente de la República y el Ministro de Educación Nacional suscribieron el contrato de Fiducia Mercantil No. 83 con la Fiduprevisora Ltda., cuyo objeto es *“Constituir una fiducia mercantil sobre los recursos que integran el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en adelante – EL FONDO-, con el fin de que la FIDUCIARIA los administre, invierta y destine al cumplimiento de los objetivos previstos para el FONDO, conforme a las instrucciones que le sean impartidas por el Consejo Directivo del mismo.”*

Que en virtud de la celebración del contrato de fiducia mercantil los recursos del Fondo constituyeron un patrimonio separado según lo consagra el Artículo 1233 del Código de Comercio y asimismo, se transfirió el derecho de dominio de los recursos fideicometidos a la sociedad fiduciaria que los administra con el fin de cumplir los objetivos a los que se afectó el FOMAG, de acuerdo con lo consagrado en el Artículo 1226 del Código de Comercio.

Que, de acuerdo con lo consagrado en el Artículo 15 de la Ley 1150 de 2007, las compañías de seguros y las demás entidades financieras de carácter estatal, no estarán sujetos a las disposiciones del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se regirán por las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a dichas actividades.

Que, la Fiduprevisora S.A. es una sociedad de economía mixta, que tiene el carácter de entidad financiera estatal a la que le aplica el régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, razón por la cual y, de acuerdo con las normas descritas anteriormente, se encuentra exceptuada de la aplicación del Estatuto General de Contratación Pública.

Que, con base en lo expuesto anteriormente, la contratación para el funcionamiento del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio debe regirse por las disposiciones que le son aplicables en materia contractual, ya que la Fiduprevisora S.A como administradora y vocera del FOMAG realiza la contratación para el funcionamiento del Fondo en su nombre y representación.

Que, de acuerdo con el Artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, las entidades no sometidas al estatuto general de contratación de la administración pública deben aplicar en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los Artículos 209 y 267 de la Constitución

Política, respectivamente, según sea el caso y estarán sometidas al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal.

Que, conforme con lo señalado por el artículo anterior, los procesos mediante los cuales se contrata los bienes y servicios necesarios para el funcionamiento del FOMAG deben realizarse respetando los principios de igualdad, moralidad, eficacia, celeridad, imparcialidad, economía y publicidad.

Así las cosas cabe concluir que la FIDUPREVISORA S.A. es una sociedad de economía mixta, que tiene el carácter de entidad financiera estatal a la que se le aplica el régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado en materia de contratación estatal.

El Estatuto General de Contratación Pública no es único ni universal para todas las entidades estatales que manejan recursos públicos, pues el ordenamiento jurídico colombiano establece varias excepciones a dicho estatuto y por esa vía somete a las normas del derecho privado a las entidades estatales que pese a manejar recursos públicos desarrollan su actividad en competencia con el sector privado o público, nacional o internacional.

Por ser la FIDUPREVISORA S.A. una entidad estatal financiera con naturaleza jurídica de sociedad de economía mixta y por serle aplicable el régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, el mismo Estatuto General de Contratación exceptuó su actividad contractual y en consecuencia la misma se rige por las normas del derecho privado. Por lo anterior, no le son aplicables las modalidades de selección de contratistas ni los principios de la contratación pública previstos en la Ley 80 de 1993. No obstante, al no perder la calidad de entidad estatal, en virtud de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007 la actividad contractual de la FIDUPREVISORA S.A. se encuentra sometido a los principios que rigen la función administrativa, los principios de la gestión fiscal y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la ley.

El marco legal del proceso de selección y del contrato que se derive de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por:

- Constitución Política de Colombia
- Ley 1751 de 2015
- Ley 91 de 1989
- Los principios de la Ley 80 de 1993
- Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Código Civil
- Código de Comercio
- Código General del Proceso
- Decretos reglamentarios de salud aplicables al régimen exceptuado de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Acuerdos del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Resoluciones y circulares cuyo destinatario sea el régimen exceptuado de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Manuales de Contratación y de Supervisión e interventoría del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
- Las normas actualmente vigentes que resulten pertinentes de acuerdo con la Ley colombiana, se presumen conocidas por todos los proponentes.

1.7. DEFINICIONES

Incluye una explicación de los conceptos relevantes de la Invitación Pública, para la adecuada interpretación del documento de selección de contratistas. Los términos que no sean expresamente definidos deberán entenderse en su sentido natural y obvio, o el que le confiera el lenguaje técnico de la respectiva ciencia o arte. Cuando la Ley haya definido una expresión, se le dará a ésta su significado legal.

En el presente documento de selección de contratistas se entienden incorporadas, además, aquellas definiciones previstas en las leyes o normas reglamentarias que sean relevantes para este proceso o para los contratos que se deriven.

-ADJUDICATARIO

Será el proponente habilitado y calificado con el mayor puntaje establecido en el documento de selección de contratistas, en cada una de las Regiones, con el cual se celebrará el respectivo contrato.

-AFILIADOS

Son los cotizantes y beneficiarios que tienen derecho a recibir los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud del Magisterio.

-ANEXOS

Es el conjunto de documentos que se adjuntan al presente documento de selección de contratistas y que hacen parte integral del mismo.

-BENEFICIARIOS

Persona(s) que forma(n) parte del grupo familiar del afiliado y que tiene(n) derecho a los servicios de salud en las condiciones y las coberturas contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio, como se especifica en el Anexo No 1.

-CAUSAL DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS

Las causales de rechazo en un proceso de selección son las que se encuentran en el documento de selección de contratistas y las que establece la Ley.

-COBERTURA INTEGRAL

Plan de Atención en Salud para afiliados y beneficiarios del FNPSM, de conformidad con lo establecido en la Ley 91 de 1989 y en los acuerdos vigentes del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que comprende todos los servicios médico asistenciales necesarios para mantener y mejorar su estado de salud, sin limitaciones en el territorio nacional, salvo las exclusiones establecidas en dichos acuerdos, como se especifica en el Anexo No. 1.

-COMITÉS REGIONALES

Instancia establecida en el Decreto 2831 de 2005, integrados por el Secretario de Educación de la respectiva entidad territorial certificada o su delegado; el jefe de personal de la respectiva Secretaría de Educación, o quien haga sus veces; Representante de los rectores de las Instituciones Educativas de la Entidad Territorial certificada; y un representante de la Unión Sindical de Educadores al servicio de la Entidad Territorial con el mayor número de afiliados, cuyas funciones están establecidas en el citado decreto.

-CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (CDFNPSM)

Es la instancia creada por la Ley 91 de 1989, integrada, por (i) El Ministro de Educación Nacional o el Viceministro, quien lo presidirá; (ii) El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; (iii) El Ministro de Trabajo; (iv) Dos representantes del magisterio, designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes y, (v) El Gerente de la Fiduprevisora, con voz pero sin voto, con la finalidad de determinar las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento.

-CONTRATANTE

Es la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

-COTIZANTES

Docentes activos y pensionados, cotizantes del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que tienen derecho a recibir los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio. Incluyen los padres cotizantes que pagan la UPCM adicional.

-CUANTÍA INDETERMINADA PERO DETERMINABLE.

Es la característica del valor del contrato que dada la forma de pago de su remuneración, solo permite determinarlo en el tiempo acumulativamente de acuerdo con el número de afiliados y beneficiarios por atender mes a mes dentro de cada contrato multiplicado por la UPCM respectiva.

-DEPENDENCIA ECONÓMICA

Se entiende cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

-DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

Es el conjunto de normas que rigen el proceso de selección y el futuro contrato.

- EQUIPO EVALUADOR

Son las personas responsables del estudio de las propuestas en sus aspectos jurídicos, financieros y técnicos de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas, que ha sido contratada por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para el efecto.

-FACTOR MAGISTERIO

Es el porcentaje adicional que corresponde a 62.67%, de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ponderada por edad, sexo y región.

-FIAS

Formatos Individuales de Atención en Salud

-FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (FNPSM)

Es una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, de acuerdo con lo definido por el Artículo 3° de la Ley 91 de 1989, que para los efectos de este documento de selección de contratistas se identificará como FNPSM.

-GRUPO FAMILIAR

Es el definido en el Anexo No 1.

-INCAPACIDAD PERMANENTE DE LOS HIJOS

Es la incapacidad certificada de los hijos mayores de 26 años, conforme a las normas vigentes sobre la materia.

-LA FIDUCIARIA

Es la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la Cuenta Especial del FNPSM en virtud del contrato de Fiducia Mercantil contenido en la escritura pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 de círculo Bogotá, prorrogado sucesivamente y a la fecha vigente, celebrada con la NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

-LIMITES DE EDAD

25 años hasta el día que cumple 26

-MUNICIPIOS CONURBADOS

Son aquellos municipios que se encuentran cerca al área metropolitana de las principales ciudades del país.

-PADRES COTIZANTES

Son los padres de un docente que desea incluir al Régimen de Excepción a través de un pago de una UPCM adicional, teniendo en cuenta que el docente tiene afiliado a su cónyuge o compañero (a) permanente y/o a los hijos de acuerdo con lo establecido en este documento y los anexos que hacen parte integral del mismo. Para acceder a estos servicios el docente debe surtir el procedimiento establecido para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al FNPSM, según lo establecido por el CDFNPSM.

-PAGINAS WEB

Es la página de FIDUPREVISORA S.A., www.fiduprevisora.com.co, que se utilizará para publicar y dar a conocer a los interesados y participantes en el proceso de selección las actuaciones adelantadas durante el mismo. Esta información será igualmente publicada en la página Web en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales de Magisterio, www.fomag.gov.co y el Sistema Electronico de Contratación Pública www.contratos.gov.co.

-PAGO POR CAPITACIÓN

Es la remuneración de una suma fija mensual que se hace por cada afiliado (cotizante o beneficiario) que tiene derecho a ser atendido con el Plan de Beneficios en Salud del FNPSM, durante el plazo contractual, y que se denomina UPCM.

-PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO

Es el plan que define los servicios de salud con el que se dará atención a los afiliados y beneficiarios del FNPSM, de acuerdo con la Ley y los acuerdos del CDFNPSM.

-PLAN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Acciones y programas desarrollados con el fin de buscar la prevención de la enfermedad y promover la salud de los usuarios del FNPSM, de acuerdo con el marco legal vigente y el documento de selección de contratistas, que el contratista efectuará en cumplimiento de lo establecido en los anexos técnicos.

-PRESTADOR PRIMARIO

En cada municipio, el oferente adjudicatario deberá disponer de al menos una IPS de baja complejidad que garantice la atención básica primaria en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y medicina familiar entre otros, de manera que se garantice la entrada al sistema desde un lugar cercano al sitio de vivienda o trabajo del docente o sus beneficiarios.

-PRESTADOR CONTINGENTE

Corresponde a la red alterna de atención que debe existir para garantizar la atención en salud cuando las IPS contratadas, en la baja, mediana y alta complejidad, no presten los servicios con la oportunidad y accesibilidad debida, para atender a los afiliados.

-PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA

Procedimiento mediante el cual Fidupervisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FNPSM formula públicamente una necesidad de contratación para que, en igualdad de oportunidades, los interesados presenten sus ofertas y se seleccione entre ellas la más favorable. Es de resaltar que en el citado procedimiento se tendrán en cuenta los principios de economía, igualdad, libre concurrencia, transparencia y pluralidad de oferentes.

-PROPONENTE

Es la persona natural o jurídica o el grupo de personas jurídicas y/o naturales, nacionales, asociadas entre sí mediante las figuras de consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura que presenta una oferta para presentar en el proceso de invitación.

-PROPUESTA

Es la oferta presentada a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por los proponentes.

-RED ADICIONAL EXTRAORDINARIA

Corresponde a las instituciones que contrate directamente la FIDUPREVISORA S.A para suplir los servicios no prestados por el contratista.

-RED DE SERVICIOS

Conjunto de unidades prestadoras de servicios de salud ofertadas, interrelacionadas entre sí mediante sistemas de referencia y contra referencia y comunicaciones adecuadas, con las cuales el contratista se obliga contractualmente a suministrar sus servicios a los usuarios, y garantizar las rutas integrales de atención en salud, de acuerdo las normas vigentes sobre la materia (RIAS).

-REGIONES

Son aquellos grupos de departamentos establecidos en este documento de selección de contratistas, dentro de cuya jurisdicción el CONTRATISTA debe ejecutar el objeto contratado.

-REQUISITOS HABILITANTES

Son aquellos requisitos mínimos que miden la capacidad del proponente para participar en el presente proceso de invitación pública como oferente y corresponden a: i) capacidad jurídica, ii) capacidad financiera, iii) experiencia y iv) oferta técnica.

-RIESGO EN SALUD

Es la probabilidad de aumento de frecuencias de uso de los servicios o aumento del costo unitario de los servicios.

-RIESGO FINANCIERO

Es la mayor probabilidad o el inadecuado uso de los recursos disponibles en el contrato por efecto de mayor gasto en salud o mayores gastos administrativos.

-RIESGO OPERATIVO

Es el riesgo generado por la inadecuada gestión administrativa y operativa de las obligaciones contractuales.

-RUTA DE SALUD

Dentro del modelo de atención integral de salud, se garantizará la estructuración de una ruta de salud que busca eliminar barreras de acceso de la población a los servicios de salud. Esto teniendo como al sistema, la atención primaria básica con enfoque de medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. En caso de ser necesario la referencia hacia otros niveles de complejidad, se gestionará por medio de procesos de referencia y contra referencia, descritos en los anexos, apoyándose en un sistema de información en línea que permita monitorear el proceso a la luz de indicadores de calidad.

-SERVICIOS DE SALUD

Se refiere a la integración de infraestructura y procesos tendientes a ofrecer a los afiliados servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad, y recuperación y rehabilitación de la salud en todos sus aspectos y en los diferentes niveles de atención.

-UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL MAGISTERIO (UPCM)

Corresponde, actualmente, a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Contributivo de acuerdo con el grupo etario y la zona geográfica, a la que se le adiciona un

porcentaje fijo de la UPC del Régimen Contributivo, correspondiente a 62,67%, que cubre aquellos aspectos que son inherentes al Régimen de Excepción.

-USUARIO ATENDIDO

Debe entenderse como aquella persona que recibe la prestación de los servicios de salud del Régimen de Excepción.

-VIGENCIA DEL CONTRATO

Corresponde al término comprendido entre la suscripción del contrato que se celebre en desarrollo de este proceso de selección y la fecha de liquidación, diferente del plazo de ejecución del contrato.

CAPITULO 2. CONDICIONES DE LA INVITACIÓN PÚBLICA**2.1. CRONOGRAMA**

ACTIVIDAD	FECHA Y HORA	LUGAR
Publicación del Proyecto de del documento de selección de contratistas y Estudios Previos	11 de Octubre de 2016	Página web: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Recibo de observaciones al proyecto del documento de selección de contratistas	Del 11 al 20 de octubre de 2016	Los interesados en formular observaciones deberán enviarlas al correo electrónico contratacionfomag@fiduprevisora.com.co , o presentarlas mediante escrito en la Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones, Calle 73 No. 10 – 83, Torre C, Piso 6°, Bogotá D.
Respuesta a observaciones y ajuste del documento de selección de contratistas	Hasta el 02 de Noviembre de 2016	Consultar en: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Apertura del proceso y publicación del documento de selección de contratistas definitivo	02 de noviembre de 2016	Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones, Calle 73 No. 10 – 83, Torre C, Piso 6°, Bogotá D. Página web: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Audiencia de Aclaración y de tipificación, estimación y asignación de riesgos previsibles	08 de noviembre de 2016 a las 10:00:00 AM	FIDUPREVISORA S.A calle 72 No. 10 – 03 Piso 6°, Bogotá D.C
Observaciones al documento de selección de contratistas Definitivo	Hasta el 11 de noviembre de 2016	Los interesados en formular observaciones deberán enviarlas al correo electrónico contratacionfomag@fiduprevisora.com.co , o presentarlas

		mediante escrito en la Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones, Calle 73 No. 10 – 83, Torre C, Piso 6°, Bogotá D.
Respuesta a observaciones al documento de selección de contratistas definitivo	Hasta el 21 de Noviembre de 2016	Consultar en: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Plazo para expedir modificaciones al documento de selección de contratistas	Dentro de los 3 días hábiles anteriores al plazo de entrega de propuestas. Del 22 al 24 de noviembre de 2016	Página web: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Cierre del Proceso. Fecha FINAL para presentar propuestas	28 de noviembre de 2016 a las 05:00:00 PM.	FIDUPREVISORA S.A calle 72 No. 10 – 03 Piso 6°, Bogotá D.C
Evaluación de propuestas, verificación de Requisitos habilitantes, requerimientos para subsanar y visita técnica	Hasta el 05 de diciembre de 2016.	Dentro del día hábil siguiente a la recepción de ofertas, durante este tiempo se realizaran los requerimientos a que haya lugar como resultado de las evaluaciones realizadas. FIDUPREVISORA S.A calle 72 No. 10 – 03 Bogotá D.C
Publicación informe de verificación de Requisitos habilitantes y Calificación de propuestas	06 de Diciembre de 2016.	Página web: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Traslado del informe de evaluación	Del 07 al 14 de Diciembre de 2016.	Los interesados en formular observaciones deberán enviarlas al correo electrónico contratacionfomag@fiduprevisora.com.co o presentarlas mediante escrito en la Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones, Calle 73 No. 10 – 83, Torre C, Piso 6°, Bogotá D.C

		El plazo será de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas
Respuesta a observaciones formuladas al informe de evaluación y calificación	Hasta el 19 de diciembre de 2016	Página web del SECOP: www.contratos.gov.co , www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co .
Presentación informe al Consejo Directivo del FPSM	21 de diciembre de 2016.	FIDUPREVISORA S.A calle 72 No. 10 – 03 Bogotá D.C
Audiencia Pública de Adjudicación	23 de diciembre de 2016 a las 09:00:00 AM.	Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones, Calle 73 No. 10 – 83, Torre C, Piso 6°, Bogotá D.
Elaboración y suscripción del contrato	Del 26 al 28 de diciembre de 2016	Vicepresidencia Jurídica de FIDUPREVISORA S.A Calle 72 No. 10 – 03 piso 6° Bogotá D.C
Expedición de pólizas, aprobación de garantías, entrega de pacientes, proceso de EMPALME , que incluye adaptación de instalaciones e inicio de contrato	Del 29 de diciembre de 2016 al 6 de enero de 2017	Vicepresidencia Jurídica de FIDUPREVISORA S.A Calle 72 No. 10 – 03 piso 6° Bogotá D.C

2.1.1. PUBLICACIÓN

La invitación a participar es pública y en consecuencia todos los documentos que hagan parte del presente proceso de selección serán publicados en las páginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co.

2.1.2. CONSULTA Y ENTREGA DEL DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

El proyecto del documento de selección de contratistas será publicado en las páginas web indicadas en el numeral 2.1.1. en las fechas que se señalan en el cronograma definido en el numeral 2.1., período en el cual se reciben observaciones que serán tenidas en cuenta para la versión definitiva de este documento

El documento de selección de contratistas definitivo podrá ser consultado en las páginas web indicadas en el numeral 2.1.1.

Los interesados en este proceso de selección podrán presentar sus comentarios y observaciones, dirigiéndose al correo electrónico contratacionfomag@fiduprevisora.com.co, o

por escrito en la Vicepresidencia Fondos de Prestaciones de FIDUPREVISORA S.A., ubicada en la calle 73 No. 10 – 83 Torre C, Piso 6º, de Bogotá, D.C.

No se exigirá pago de los derechos de participación, y los interesados podrán obtener el documento de selección de contratistas, especificaciones técnicas, anexos y Adendas en las páginas web indicadas, o impresos previa solicitud y pago del valor las copias.

2.1.3. AUDIENCIA DE ASIGNACIÓN DE LOS RIESGOS

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM adelantará una audiencia para analizar la asignación de riesgos, de acuerdo con la fecha y hora fijada en el cronograma.

En caso de surgir dudas en cuanto al documento de selección de contratistas se podrá tratar en esta audiencia y como resultado de lo debatido, la entidad expedirá las modificaciones pertinentes a dicho documento y prorrogará, si fuere el caso.

De lo debatido y aprobado en la audiencia, se levantará un acta firmada por los funcionarios de la Fiduciaria encargados de la diligencia. Como resultado de lo debatido en dicha audiencia y cuando resulte conveniente, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, expedirá las modificaciones pertinentes, mediante adendas, que serán publicadas en las páginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co y reposarán en el expediente respectivo.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, de acuerdo con la complejidad de las preguntas y de los análisis que ameriten las respuestas, se reserva la facultad de emitir las posteriormente a la audiencia, lo que hará por escrito y las publicará en las páginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co.

2.1.4. MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM podrá modificar, de oficio o a solicitud de los interesados, el presente documento de selección de contratistas hasta tres (3) días hábiles anteriores al previsto para el vencimiento del término para la presentación de las propuestas, únicamente mediante ADENDA cuya publicación se realizará en las páginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co, con el fin de velar por el principio de transparencia establecido en la Ley 80 de 1993.

Igualmente, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM contestará todas las solicitudes u observaciones recibidas que den lugar a modificar el presente documento, siempre que la oportunidad en su recepción así lo permita; las que no generen tal modificación se atenderán por escrito que será igualmente publicado en las páginas web www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co.

Con el hecho de la presentación de la propuesta se entenderá que el oferente conoce y acepta la totalidad del presente documento de selección de contratistas, las adendas y aclaraciones efectuadas por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.

2.1.5. APERTURA

La apertura del presente proceso de invitación pública se llevará a cabo en la Vicepresidencia de Fondos de Prestaciones, FIDUPREVISORA S.A. Calle 73 No. 10 - 83 piso 6º, de Bogotá, D.C. en la fecha y hora que indica el cronograma que rige el presente proceso de selección y la misma conlleva a la publicación del documento de selección de contratistas definitivo.

2.1.6. SOLICITUDES DE ACLARACIÓN

Los interesados en el proceso de contratación podrán presentar observaciones al proyecto de documento de selección de contratistas a partir de su publicación en las paginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co, en los términos que se señalan en el cronograma definido en el numeral 2.1..

Una vez la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM dé apertura al proceso de contratación, y publique el documento de selección de contratistas definitivo, los interesados podrán presentar observaciones hasta la fecha prevista en el cronograma que rige el presente proceso de selección.

Recibida la observación al documento de selección de contratistas, la entidad procederá a resolverla por escrito, para lo cual publicará la observación, su respuesta y la respectiva adenda, esta última si hubiere lugar, en la paginas www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co.

Todas las respuestas brindadas a los interesados, y adendas al documento de selección de contratistas, deberán ser tenidas en cuenta para la estructuración de las propuestas.

Las solicitudes de aclaraciones o modificaciones al contenido del presente documento de selección de contratistas y/o su respuesta no producirán efecto suspensivo sobre el plazo de presentación de propuestas.

2.1.7. PRESENTACIÓN Y ENTREGA DE LAS PROPUESTAS

La presentación de la propuesta implica la aceptación y conocimiento de la legislación colombiana sobre los temas objeto del proceso de selección y de todas las condiciones y obligaciones establecidas en el presente documento de selección de contratistas

La oferta deberá presentarse por escrito, en sobre cerrado, radicada en el lugar y fecha señalados en el presente documento de selección de contratistas, en idioma castellano, en original, escrita a máquina y/o computador o en letra imprenta legible, debidamente legajada, foliada en orden consecutivo de abajo hacia arriba en su totalidad, es decir, al índice le corresponderá el número del último folio y firmada, todos los anexos y formularios deben presentarse en físico y por escrito debidamente avalados con la firma del representante legal del proponente.

Si el oferente no la presenta foliada, deberá hacerlo en la misma audiencia de cierre, de no estar presente el proponente, un miembro de la Fiduprevisora S.A deberá hacer la foliación correspondiente en presencia de los asistentes, de ello se dejara constancia en la respectiva acta de cierre. Los documentos que tengan impresa información por ambas caras, deberán ser foliados en cada una de ellas (Certificado de Existencia y Representación Legal etc.).

La propuesta o documentos que la integran y que se presenten en idioma diferente al castellano, serán presentados en su idioma original y en traducción simple al castellano.

La propuesta contendrá un ÍNDICE en el cual se indique de manera sucinta la relación de todos los capítulos, numerales o párrafos que la conforman señalando el número de página en que se encuentra.

No se aceptarán propuestas enviadas por correo, e – mail, fax ni por cualquier otro medio diferente al previsto en el presente documento de selección de contratistas.

La propuesta deberá contener todos los documentos, incluyendo los requisitos habilitantes, y la documentación soporte de los criterios de evaluación.

Las propuestas deberán presentarse por escrito en UN (1) ORIGINAL, DOS (2) copias y una copia en medio magnético, en sobres debidamente cerrados así:

- a) Un (1) sobre que contenga la propuesta ORIGINAL completa, con todos los documentos, anexos y formularios relacionados en el documento de selección de contratistas.
- b) Dos (2) sobres que contengan la PRIMERA y la SEGUNDA COPIA, exactas a la propuesta original.
- c) Una copia en medio magnético.

Los sobres deberán estar cerrados y rotulados de la siguiente manera:

NÚMERO DEL PROCESO

DESTINATARIO

FIDUPREVISORA S.A. COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO - FOMAG
ORIGINAL (Ó PRIMERA, SEGUNDA O TERCERA COPIA)

FECHA:

REGION A OFERTAR:

INFORMACIÓN DEL PROPONENTE

NOMBRE DEL PROPONENTE:

DIRECCIÓN COMERCIAL:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

REPRESENTANTE O APODERADO:

DIRECCIÓN COMERCIAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

La propuesta deberá ir acompañada de toda la documentación solicitada, anexos y demás información necesaria, que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos. El proponente deberá indicar en los anexos todas las respuestas que se solicitan frente a cada requerimiento.

En el presente proceso de selección, todos los documentos que reflejen una manifestación de voluntad del proponente, que requieran exhibir como prueba de ella una firma, ésta debe ser autógrafa, no mecánica. Por lo tanto, carecerán de validez para la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM y se entenderán como NO presentados, aquellos documentos que se presenten con firmas

digitalizadas, escaneadas o superpuestas de cualquier otra forma, excepto aquellos proferidos por las entidades estatales al tenor de la Ley 527 de 1999 y su legislación complementaria.

Cuando exista una duda razonable sobre la legitimidad de las firmas de una persona interviniente en una propuesta, motivada por presentarse obvias diferencias entre las firmas de los documentos presentados en la misma, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM podrá compulsar copias a la Fiscalía General de la Nación.

Es de aclarar que en el evento que un proponente presente oferta para dos (2) regiones, estas deberán ser independientes, aún cuando se repitan los documentos a entregar.

NOTA: No se aceptan propuestas cuya oferta de servicios no cubra el 100% de la región a ofertar o no cubra el 100% de los servicios incluidos en el plan de beneficios del Magisterio, so pena de causal de rechazo.

2.1.7.1. VIGENCIA DE LA PROPUESTA

La propuesta deberá estar vigente por un plazo no menor de ciento veinte (120) días calendario, a partir de la fecha de cierre del proceso de selección, requisito que se entiende cubierto con la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta.

El término de la vigencia de las propuestas podrá ser ampliado hasta en la mitad, esto es, hasta en sesenta (60) días calendarios adicionales, lo cual no implica que la propuesta pueda ser susceptible de ajustes.

Las propuestas deberán ser entregadas hasta el día y la hora fijados para el cierre del proceso de selección. **NO** se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico.

Las propuestas que se presenten después de la fecha y hora fijadas para su entrega, serán consideradas como propuestas extemporáneas y se rechazarán.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM no asumirá ninguna responsabilidad por no tener en cuenta cualquier propuesta que haya sido incorrectamente entregada o identificada.

Salvo lo dispuesto en materia de aclaraciones y las excepciones expresamente señaladas en este documento, las cuales corresponden a los documentos requeridos por el equipo evaluador **NO** se aceptarán documentos presentados con posterioridad a la fecha de cierre del proceso de selección.

En caso de discrepancias entre el original y las copias, o entre el original y el medio magnético si se presenta, prima el contenido de la propuesta original.

Se entenderán presentadas dentro del término aquí previsto, todas las propuestas que se entreguen oportunamente en el lugar indicado anteriormente.

De la diligencia de recepción de propuestas se dejará constancia en un acta, en la cual se relacionarán en orden de llegada las propuestas presentadas, indicando su fecha y hora. Las propuestas y todos los documentos que las acompañen deben entregarse en sobres cerrados a la entidad y sólo hasta cuando se venza el término para su entrega se pueden abrir en acto público, de lo cual se dejará constancia en el acta de cierre para examinar de manera general su contenido.

La entidad dejará constancia en el acta de cierre de las propuestas que no se entreguen en las condiciones indicadas, así como, si alguna de ellas hubiera sido abierta con anterioridad al cierre.

2.1.8. PROPUESTAS

La propuesta presentada deberá contener la totalidad de los documentos solicitados en el presente documento de selección de contratistas, que permitirán habilitar y calificar la propuesta que efectúa.

Una vez entregada la propuesta y vencido el término de presentación de ofertas, el proponente no puede retirar su propuesta, la cual es irrevocable.

Cuando se notifique al proponente que su propuesta ha sido aceptada, éste quedará obligado de acuerdo con el contenido de su propuesta por la aceptación de esta, hasta que se formalice el contrato.

Las propuestas deberán referirse a todos y cada uno de los puntos contenidos en el documento de selección de contratistas y sujetarse a los mismos. Para la elaboración de las propuestas, los proponentes deberán considerar las condiciones de modo, tiempo y lugar necesarias para ejecutar el objeto del contrato, teniendo en cuenta, para el efecto, los requisitos enunciados en el documento de selección de contratistas, y su conocimiento sobre la oferta de servicios, para establecer la red que conforma cada Región.

2.1.9. MODIFICACIÓN

Cuando el proponente quiera adicionar documentos a su oferta, una vez la haya entregado, podrá hacerlo antes del vencimiento del plazo para presentar ofertas, en original y dos (2) copias, en sobres separados marcados de igual forma y con la misma leyenda que los sobres de presentación de la propuesta, adicionándole la leyenda "ANEXO A LA PROPUESTA PRINCIPAL". Los sobres deben ser entregados antes de la fecha y hora límite de cierre del Proceso de Selección y la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM expedirá una constancia de esta circunstancia.

2.1.10. RETIRO DE PROPUESTAS

Los proponentes podrán solicitar por escrito el retiro de sus propuestas antes del cierre del proceso de selección, las cuales serán devueltas sin abrir, en el acto de apertura al representante o a la persona autorizada en forma escrita por este. No habrá retiro parcial de documentos de las propuestas.

2.1.11. INFORMACIÓN DE CARÁCTER RESERVADO

El proponente debe señalar expresamente qué información de la presentada en la propuesta es de carácter reservado, indicando la norma que le otorga tal carácter, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes. En caso de no citarse la norma en la cual sustenta la reserva de dicha información, o no sea procedente, ésta no será considerada como tal.

La información de carácter reservado, deberá ser entregada junto con la propuesta en cuaderno separado, indicando clara y taxativamente ese carácter.

2.1.12. AUDIENCIA DE CIERRE Y RECEPCIÓN DE OFERTAS

El proceso de selección se declarará cerrado en la fecha y hora que indica el cronograma del numeral 2.1. de este documento de selección de contratistas y, en consecuencia, sólo se podrán presentar propuestas hasta dichas fecha y hora, FIDUPREVISORA S.A CALLE 72 No. 10 – 03 PISO 6 TORRE C, en la ciudad de Bogotá, D.C. entregándolas personalmente o por su representante.

Se entiende por hora de cierre, la hora oficial establecida por la Superintendencia de Industria y Comercio tomada de la página www.sic.gov.co o <http://horalegal.sic.gov.co/>.

Es responsabilidad del oferente acudir con la debida antelación al lugar, fecha y hora establecida para el cierre, de acuerdo con el cronograma previsto en el numeral 2.1 de este documento de selección de contratistas. Lo anterior, teniendo en cuenta las medidas de seguridad establecidas en la FIDUPREVISORA S.A para el ingreso a las instalaciones, las cuales son totalmente independientes al proceso de contratación.

El idioma del presente proceso de selección será el castellano y, por lo tanto, se solicita que todos los documentos y certificaciones a los que se refiere el documento de selección de contratistas, emitidos en idioma diferente al castellano, sean presentados en su idioma original y en traducción simple (salvo que se exija expresamente su traducción oficial) al castellano conforme a la normatividad vigente.

No se aceptarán propuestas enviadas por correo, fax, correo electrónico o cintas magnéticas.

Las propuestas que se presenten después de la fecha y hora fijadas para su entrega serán consideradas como propuestas extemporáneas, lo que impide su recepción.

El hecho de que un proponente se encuentre dentro de las instalaciones de la FIDUPREVISORA S.A no lo habilita para que se le reciba la propuesta después de la hora fijada. El proponente deberá presentarse a la FIDUPREVISORA S.A previendo los trámites que debe adelantar para el ingreso. En ningún caso, la FIDUPREVISORA S.A se hará responsable del retraso en la entrada de algún proponente, por lo que es de única y exclusiva responsabilidad de éste, disponer del tiempo necesario para la asistencia oportuna a la diligencia del cierre del presente proceso.

A continuación del cierre del proceso de selección, en el mismo sitio, se procederá en acto público a la apertura de las propuestas. De todo lo ocurrido en el acto se elaborará un acta, la cual será suscrita por los funcionarios autorizados y, si así lo quisieren, por un representante de cada proponente asistente al acto de cierre y publicada en las páginas web indicadas.

En el acta se relacionarán las propuestas recibidas, registrando el nombre del proponente y su representante legal, número de folios y los datos de la garantía de seriedad de la propuesta, en particular el nombre de la compañía de seguros o entidad bancaria que la expide, el monto total amparado y el término de su vigencia.

Las propuestas recibidas antes del día de cierre previsto serán ubicadas en un sitio seguro para garantizar su custodia y para ser trasladadas el día de cierre al sitio indicado para adelantar el proceso de apertura.

Las propuestas que llegaren después de la fecha y hora indicada para el cierre, no se recibirán y serán devueltas al proponente sin abrir.

2.1.13. PRORROGA DEL PLAZO DEL CIERRE

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio podrá prorrogar el plazo del cierre del Proceso de Selección.

2.1.14 MODIFICACIONES, ACLARACIONES Y RETIRO DE LAS PROPUESTAS

Después del cierre del proceso de selección, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio no aceptará propuestas complementarias, modificaciones o adiciones a las mismas. Ningún Proponente podrá retirar su propuesta después del cierre del proceso.

A partir de la fecha y hora de cierre del plazo de la invitación pública, los proponentes no podrán retirar, adicionar o corregir sus propuestas; al tiempo que las propuestas presentadas en forma extemporánea no serán tenidas en cuenta para la evaluación y posterior adjudicación, por lo que se mantendrán en el sobre cerrado en que fueran recibidas.

2.1.15. EQUIPO EVALUADOR - VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA OFERTA

El equipo evaluador que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM conforme para el presente proceso, será responsable de verificar la totalidad de las propuestas presentadas, con sujeción a lo establecido en este documento de selección de contratistas. Por ello, podrá contratar una firma calificadora, la cual realizará la verificación, habilitación y evaluación de las ofertas dentro del término establecido en el cronograma respecto de los requisitos habilitantes correspondientes a la capacidad jurídica, capacidad financiera, capacidad de organización, experiencia y propuesta técnica. Dentro del término legal podrá solicitar a los proponentes las aclaraciones y explicaciones indispensables sobre el contenido de las ofertas, sin que con ello se pueda modificar, mejorar, adicionar o completar los ofrecimientos hechos.

El equipo evaluador verificará el cumplimiento de los requisitos habilitantes exigidos, cuyo cumplimiento deben acreditar los proponentes y deberá calificar, de acuerdo con lo señalado en el presente documento, los requisitos ponderables.

Para efectos de subsanar la falta de presentación de alguno de los documentos exigidos, o para la corrección de los presentados, el proponente dispondrá del término que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM le otorgue en la respectiva comunicación.

El equipo evaluador se reserva el derecho a establecer la veracidad de la información suministrada por los proponentes en los documentos solicitados en el presente proceso de selección, así como la que aporte el oferente cuando ha habido lugar a alguna aclaración, para lo cual con la presentación de la propuesta se entiende otorgada la autorización para hacerlo.

El equipo evaluador, luego de verificar el cumplimiento de los requisitos habilitantes, determinará cuáles proponentes no se encuentran habilitados para participar en el proceso de selección y así lo señalará en el informe preliminar de verificación de requisitos habilitantes.

Los proponentes podrán presentar observaciones frente al informe preliminar de verificación de requisitos habilitantes y calificación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su publicación

Tanto el informe de verificación como el de evaluación serán publicados en la página www.contratos.gov.co, www.fiduprevisora.com.co y www.fomag.gov.co.

2.1.16. SUBSANACION DE LAS OFERTAS.

Los requisitos de las propuestas que no afecten la asignación de puntaje, podrán ser solicitados por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM en cualquier momento, hasta la adjudicación; en virtud de este derecho, los proponentes no podrán modificar, mejorar, adicionar o completar los ofrecimientos realizados.

2.1.17. FACTORES DEL DESEMPATE DE PROPUESTAS

En el evento de presentarse empate entre dos (2) o más ofertas, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM dará aplicación a las siguientes reglas:

En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM escogerá el oferente que tenga el mayor puntaje en el primero de los factores de calificación establecidos en el documento de selección de contratistas del proceso de invitación pública. Si persiste el empate, escogerá al oferente que tenga el mayor puntaje en el segundo de los factores de calificación establecidos en el documento de selección de contratistas del proceso de invitación pública y así sucesivamente hasta agotar la totalidad de los factores de calificación establecidos en el documento de selección de contratistas.

Si persiste el empate, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM debe utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar el oferente favorecido, así:

1. Preferir las ofertas presentada por una Mipyme nacional.
2. Preferir la oferta presentada por un Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura siempre que: (a) esté conformado por al menos una Mipyme nacional que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la Mipyme con aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la Mipyme, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura.
3. Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la Ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el Consorcio, Unión Temporal o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.
4. De persistir el empate, los oferentes sacarán aleatoriamente una balota numerada y éste será su número de identificación en el procedimiento de desempate, en el caso que algún oferente no asista al sorteo, el ordenador de gasto realizará este procedimiento en su lugar dando fe pública los asistentes al sorteo. Acto seguido se ingresan nuevamente las balotas en la bolsa de tela y los oferentes o el ordenador de gasto si es del caso, en orden ascendente a

su número asignado extraerán una balota cada uno, la cual se considerará como eliminada hasta obtener una sola balota dentro de la bolsa de tela que será la seleccionada.

2.1.18. PUBLICIDAD DE LAS EVALUACIONES Y OBSERVACIONES

Si luego de la verificación de los requisitos habilitantes sólo uno de los proponentes resulta habilitado, la entidad continuará con éste la evaluación de los factores ponderables y si está conforme con las exigencias del documento de selección de contratistas y es conveniente para los intereses de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM procederá a su adjudicación, en caso contrario a la declaratoria de desierto del proceso.

La Entidad puede adjudicar el contrato cuando sólo se haya presentado una oferta siempre que cumpla con los requisitos habilitantes exigidos y satisfaga los requisitos del documento de selección de contratistas

Para la adjudicación del presente proceso se requiere que los oferentes superen el 60% del puntaje total de los requerimientos ponderables contenidos en el documento de selección de contratistas del proceso de Invitación Pública, so pena de causal de rechazo.

2.1.19. CAUSALES DE RECHAZO

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, rechazará las propuestas en los siguientes casos:

- a) Cuando el proponente (sea persona jurídica o alguno de los miembros del consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura), se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidades fijadas por la Constitución y las normas aplicables a la invitación pública.
- b) Cuando la oferta esté incompleta en cuanto omita la inclusión de información o de alguno de los documentos necesarios para la comparación objetiva de las propuestas y solicitada su aclaración, no se presente o se presente en forma incompleta, extemporánea o insuficiente las aclaraciones solicitadas dentro del término establecido por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, en los términos que establece la ley y/o el documento de selección de contratistas
- c) Cuando la propuesta se presente en forma subordinada al cumplimiento de cualquier condición, o se presente una vigencia menor a la solicitada en el documento de selección de contratistas.
- d) Cuando no se diligencie o no se cumpla la totalidad de lo solicitado en los anexos técnicos.
- e) No cumplir con el 100% de la Red de Servicios habilitante, incluyendo la alterna, de acuerdo con lo estipulado en el presente documento de selección de contratistas
- f) Cuando se presente más de una oferta para la misma región por un mismo oferente, por sí o por interpuesta persona, en Consorcio y/o Unión Temporal y/o promesa de sociedad futura. La misma restricción se aplicará cuando una persona natural o jurídica sea accionista o tenga participación en cualquier entidad que presente propuesta para la misma región.

- g) Cuando los oferentes no superen el 50% del puntaje total de los requerimientos ponderables contenidos en el documento de selección de contratistas del proceso de Invitación Pública.
- h) Cualquier otra causa de inhabilitación establecida en la ley o en el presente documento de selección de contratistas.
- i) Cuando un proponente o integrante de una propuesta plural se presente para más de dos (2) regiones. La misma restricción se aplicará cuando una persona natural o jurídica sea accionista o tenga participación en cualquier entidad que presente propuesta para más de dos (02) regiones.
- j) Cuando los dictámenes financieros sean negativos o el revisor fiscal se abstenga de generar el dictamen.
- k) Cuando se presenten certificaciones para acreditar la experiencia a las cuales se les haya hecho efectivas las garantías por incumplimiento total o se les haya aplicado la caducidad.
- l) Cuando el proponente presente oferta que no cubra el 100% de la región.

2.1.20. TRASLADO DE LAS EVALUACIONES

Las propuestas y el informe de evaluación de las mismas, permanecerán a disposición de los proponentes para sus observaciones, en la Vicepresidencia de Fondos de Prestaciones.

Así mismo, el Informe de Evaluación podrá ser consultado a través de las páginas Web indicadas, dentro del plazo establecido en el cronograma, por un término de cinco (5) días hábiles.

Dentro del período de publicidad del Informe de Evaluación, se podrán presentar las observaciones al mismo, junto con los soportes que las sustenten, y deben presentarse al correo electrónico: contratacionfomag@fiduprevisora.com.co de FIDUPREVISORA, identificadas así:

Señores:

FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Vicepresidencia Fondos de Prestaciones

Calle 72 No. 10 - 03 Piso 5

Bogotá, D. C.

Ref. Observaciones a la Evaluación del Proceso de invitación Pública No XX

Objeto de la Proceso de Selección: _

2.2. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Los proponentes no podrán encontrarse incurso dentro de alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para contratar a que se refieren la Constitución Política, el Artículo 8° de la Ley 80 de 1993, el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, Artículos 3°, 5° y 90 de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción", el Artículo 2.2.1.1.2.2.8. del Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4° del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000. El proponente declarará en la Carta de Presentación de la propuesta que no se encuentra incurso dentro de dichas inhabilidades e incompatibilidades.

2.3 PRESUPUESTO ESTIMADO

Región	Departamento	TOTAL USUARIOS	UPC PROMEDIO REAL 2016	FACTOR MAGISTERIO INCLUIDO RIESGOS LABORALES	TOTAL 2016	Total valor 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019	TOTAL 2020	VALOR TOTAL DEL CONTRATO ESTIMADO PARA LA REGION
1	HUILA	53049	779330	487.081	1.266.411	67.181.850.401	71.212.761.425	75.485.527.111	80.014.658.737	84.815.538.262	311.528.485.535
	TOLIMA										
2	VALLE DEL CAUCA	79470	779330	487.081	1.266.411	100.641.702.038	106.680.204.160	113.081.016.409	119.865.877.394	127.057.830.038	466.684.928.001
	CAUCA										
3	NARIÑO	55595	779330	487.081	1.266.411	70.406.133.444	74.630.501.450	79.108.331.537	83.854.831.430	88.886.121.315	326.479.785.733
	CAQUETA										
	PUTUMAYO										
4	CASANARE	57538	779330	487.081	1.266.411	72.866.770.503	77.238.776.733	81.873.103.337	86.785.489.537	91.992.618.909	337.889.988.515
	BOYACA										
	META										
5	CORDOBA	103607	779330	487.081	1.266.411	131.209.070.379	139.081.614.601	147.426.511.478	156.272.102.166	165.648.428.296	608.428.656.541
	SUCRE										
	BOLIVAR										
6	MAGDALENA	83500	779330	487.081	1.266.411	105.745.339.375	112.090.059.738	118.815.463.322	125.944.391.121	133.501.054.588	490.350.968.769
	LA GUAJIRA										
	ATLANTICO										
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA										
7	NORTE DE SANTANDER	102790	779330	487.081	1.266.411	130.174.412.388	137.984.877.131	146.263.969.759	155.039.807.944	164.342.196.421	603.630.851.254
	SANTANDER										
	CESAR										
	ARAUCA										
8	ANTIOQUIA	112625	779330	487.081	1.266.411	142.629.567.031	151.187.341.053	160.258.581.516	169.874.096.407	180.066.542.192	661.386.561.168
	CHOCO										
9	CALDAS	49541	779330	487.081	1.266.411	62.739.279.736	66.503.636.520	70.493.854.712	74.723.485.994	79.206.895.154	290.927.872.380
	QUINDIO										
	RISARALDA										
10	CUNDINAMARCA	140659	779330	487.081	1.266.411	178.132.140.014	188.820.068.415	200.149.272.519	212.158.228.871	224.887.722.603	826.015.292.407
	BOGOTA D.C										
	GUAINIA										
	GUAVIARE										
	VAUPES										
	AMAZONAS										
VICHADA											
TOTAL PAIS		838374					1.125.429.841.226	1.192.955.631.700	1.264.532.969.601	1.340.404.947.778	4.923.323.390.305

2.4. FINANCIACIÓN

Para respaldar la contratación se cuenta con recursos del Sistema General de Participación destinados al FNPSM para la vigencia fiscal del 2017, se financiará con los recursos definidos por la Ley, certificados con la disponibilidad presupuestal, anexa, y para las demás vigencias fiscales con los recursos del presupuesto general de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación con destino al FNPSM en cada una de las leyes anuales del Presupuesto General de la Nación o sus adiciones.

2.5. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo para la ejecución del contrato se contará a partir de la suscripción del acta de inicio por un término de cuarenta y ocho (48) meses.

3. CAPITULO 3. PROPUESTAS (REQUISITOS HABILITANTES Y DE PONDERACIÓN)

3.1. DOCUMENTOS DE CONTENIDO JURÍDICO

3.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Anexo N°. 4 “Formularios contractuales” y será suscrita por el representante legal debidamente facultado.

3.1.2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Los proponentes individuales o los integrantes de la propuesta plural, deberán acreditar la constitución con anterioridad a la fecha en la que venza el plazo para la presentación de propuestas dentro del presente proceso de selección conforme a la legislación colombiana y con domicilio en Colombia, las que deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

- a. Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente conforme a la legislación aplicable según la naturaleza jurídica del proponente, con fecha de expedición igual o inferior a treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.
- b. Acreditar un término mínimo de duración remanente de la persona jurídica o de los integrantes de la propuesta plural, de cinco (05) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la prestación de los servicios o de la vigencia del contrato.
- c. Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal y/o suplente para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido (cuando se trate de propuestas plurales se acreditara tal condición de acuerdo con el índice de participación establecido en el documento correspondiente). Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.
- d. Acreditar que el objeto social principal de la sociedad, se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, según el tipo de sociedad comercial que se acredite, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

3.1.3. PROPONENTES PLURALES

Se entenderá por propuesta conjunta, una propuesta presentada en consorcio o unión temporal, o promesa de sociedad futura.

En tal caso se tendrá como proponente, para todos los efectos, el grupo conformado por la pluralidad de personas, y no las personas que lo conforman individualmente consideradas.

Podrán participar consorcios, uniones temporales y promesa de sociedad futura, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Acreditar la existencia del consorcio, de la unión temporal, la manifestación de celebrar promesa futura y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del consorcio, de la unión temporal y la promesa de sociedad futura en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.
- Acreditar un término mínimo de duración del consorcio, de la unión temporal o de la sociedad futura de cinco (5) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la prestación de los servicios o de la vigencia del contrato.
- Acreditar la existencia, representación legal y capacidad jurídica de las personas consorciadas, asociadas en unión temporal y las que conformaran la sociedad futura, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio, la unión temporal y la sociedad futura, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato. Esto para significar que todos los miembros que conforman el Consorcio, la Unión Temporal y la Promesa de sociedad futura deben desarrollar una actividad directamente relacionada con el objeto del proceso.
- Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio, de la unión temporal y de la promesa de sociedad futura, tienen un término mínimo de duración del consorcio, de la unión temporal y de la promesa de sociedad futura de cinco (5) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la prestación del servicio o de la vigencia del contrato.
- La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio, de la Unión Temporal y de la promesa de sociedad futura. Igualmente, deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.
- Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios, de las uniones temporales y de la promesa de sociedad futura, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal o manifestación de promesa sobre la constitución de la sociedad futura, en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.
- Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal o de la promesa de sociedad futura, respecto de las personas jurídicas que se asocien en consorcio o en unión temporal o de la promesa de sociedad futura para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de la presente documento de selección de contratistas

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (consorcio o unión temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 7° de la Ley 80 de 1993. En cualquier caso, se verificará que todos los miembros del Consorcio o la Unión Temporal desarrollen la actividad directamente relacionada con el objeto del proceso

3.1.4. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA.

Esta garantía deberá constituirse por el 5% del valor total de la propuesta, correspondiente al presupuesto estimado de la región objeto de oferta, su vigencia se extenderá desde el momento de la presentación de la oferta hasta la aprobación de la garantía de cumplimiento del contrato.

La garantía de seriedad de la oferta cubrirá la sanción derivada del incumplimiento del ofrecimiento, en los siguientes eventos, así:

1. La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta cuando el plazo para la adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prórroga sea inferior a cuatro (4) meses.
2. El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.
3. La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
4. La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

Para que ampare la seriedad del ofrecimiento, a favor de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM (NIT. 860.525.148-5), con una vigencia que se extenderá desde el momento de la fecha de cierre de la contratación, o de su prórroga si la hay, hasta la aprobación de la garantía que ampara los riesgos propios de la etapa contractual.

Cuando la propuesta se presente en Consorcio o Unión Temporal, la póliza deberá tomarse a nombre del consorcio o de la unión temporal, según el caso, con la indicación de cada uno de sus integrantes (no a nombre de sus representantes legales), y deberá expresar claramente que será exigible por su valor total ante el incumplimiento en que incurran cualquiera de los integrantes del grupo proponente, en todo o en parte. De igual manera, deberá establecer el porcentaje de participación de cada uno de sus integrantes conforme al acta de constitución.

El proponente acepta que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM le solicite ampliar el término de vigencia de la garantía de seriedad de la oferta, previo requerimiento por escrito de la contratante.

El pago de la garantía de seriedad de la oferta, cuando ésta se haga exigible, tiene el carácter de indemnización, excepto cuando haya renuencia para la firma del contrato sin justa causa por parte del proponente seleccionado, evento en el cual la póliza se hará exigible, y se entiende sin perjuicio del derecho que le asiste a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, de exigir por los medios reconocidos en Colombia la indemnización de los perjuicios que con dicho incumplimiento se le hayan causado o se le llegaren a causar.

3.1.5. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE

De conformidad con lo previsto en el Artículo 94 del Decreto-Ley 0019 de 2012, y con el fin de verificar los antecedentes judiciales del oferente (representante legal de persona jurídica o proponente plural), la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, realizará e imprimirá la consulta de los antecedentes judiciales a través del mecanismo en línea que cree el Gobierno Nacional para el efecto. La consulta deberá ser realizada por el Equipo Evaluador y en caso que el representante legal de la persona jurídica o de la propuesta plural, según el caso, registre

antecedentes judiciales consistentes en sentencia judicial condenatoria con pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, el proponente será rechazado.

3.1.6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES.

El proponente deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, y/o de contador público certificado, según resulte aplicable, en la cual se verifique el pago de los aportes parafiscales.

Para el caso de que la oferta sea presentada por un proponente plural, cada uno de sus miembros deberá presentar la certificación correspondiente.

La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad.

Nota 1: En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1828 de 2013, norma modificada por los Decretos 3048 del 27 de diciembre de 2013 y 014 del 09 de enero de 2014, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, verificará el cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y Cajas de Compensación. En caso de no estar obligado al pago de parafiscales deberá manifestarlo bajo la gravedad de juramento.

3.1.7. CERTIFICACIÓN RESPONSABILIDADES FISCALES DE LA CONTRALORÍA

Al tenor del Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, y la Resolución No. 5149 de 2000, el oferente con su propuesta deberá certificar que no se encuentra reportado en el Boletín de Responsables Fiscales expedido por la Contraloría General de la República del respectivo trimestre, previo a la presentación de la oferta. En caso de ofertas conjuntas, deberá allegarse el de los representantes legales de cada uno de los integrantes de las sociedades que la conforman y del representante legal de la propuesta plural.

3.1.8. CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

El proponente deberá allegar junto con su oferta los antecedentes disciplinarios del representante legal, expedidos por la Procuraduría General de la Nación; en caso de ofertas conjuntas, deberá allegarse el de los representantes legales de cada uno de las sociedades que la conforman y del representante legal de la propuesta plural.

3.1.9. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA

Del oferente o representante legal o apoderado, según corresponda.

3.1.10. REGISTRO EN EL SISTEMA DE SALUD

El proponente o los integrantes del oferente plural que sean IPS y/o CAJAS DE COMPENSACIÓN deben adjuntar copia del formulario mediante el cual acreditan su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud registrado ante la Dirección Territorial de Salud respectiva, así como copia del formulario o formularios de novedades reportadas hasta la fecha de cierre del presente proceso. La habilitación debe tener al menos una antigüedad de tres (3) años.

Dichos formularios deberán reflejar la fecha de presentación, el código de prestador otorgado por la autoridad competente al momento de su inscripción, tipo de prestador, tipo de novedad a reportar, los servicios de salud declarados y el nivel de complejidad en el cual serán ofertados. En caso de que la visita de verificación de las condiciones de habilitación de los

servicios de salud a prestar haya sido efectuada, deberá adjuntarse el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente.

La habilitación establecida en el presente numeral deberá mantenerse durante toda la ejecución del contrato, y será verificable por el Contratante en cualquier momento de la ejecución del contrato.

NOTA: Los documentos habilitantes requeridos en el numeral 3.1 del presente documento, serán verificados para los proponentes y para sus representantes legales principales y suplentes de cada una de las personas (naturales o jurídicas) que conforman la propuesta plural.

3.2. DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO

3.2.1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS AÑO 2015

A efectos de evaluar los indicadores de capacidad financiera y organizacional, los estados financieros deben contener: **En el Balance General: Activo corriente, activo total, pasivo corriente, pasivo total y patrimonio. En el Estado de Resultados: Utilidad Operacional, Gastos de Intereses.**

Proponentes Nacionales: Los proponentes nacionales deben presentar el Balance General y Estado de Resultados, a 31 de Diciembre de 2015; debidamente firmados por el Representante Legal y Contador Público bajo cuya responsabilidad se hubieren elaborado, según lo establecido en el Artículo 37 de la Ley 222 de 1995.

Proponentes Plurales: En el caso de ofertas presentadas por unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura, cada integrante del proponente plural, debe presentar sus respectivos estados financieros con el lleno de los mismos requisitos.

3.2.2. NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS

Las notas explicativas de los estados financieros, cuyo texto es parte integral de los mismos. Con respecto a la nota explicativa de LOS GASTOS FINANCIEROS se debe especificar los GASTOS DE INTERESES.

3.2.3. CERTIFICACIÓN Y DICTAMEN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

El documento mediante el cual el representante legal y el contador certifican que los estados financieros remitidos a la entidad cumplen lo dispuesto en el Artículo 37 de la Ley 222 de 1995, debe estar suscrito adicionalmente por el revisor fiscal que los dictamina en cumplimiento del Artículo 38 ibidem.

De acuerdo con lo dispuesto en los Artículos 37 y 38 de la Ley 222 de 1995, quien certifica los estados financieros, no puede dictaminar los mismos.

En concordancia con lo referido en el inciso anterior, los estados financieros deben ser dictaminados por el revisor fiscal; si el ente no se encuentra obligado a tener revisor fiscal, serán dictaminados por un contador público independiente. Circular Externa 030 de Junio 1998 J.C.C.

El dictamen a los estados financieros será analizado y verificado, así:

- Dictamen Limpio: Se acepta.
- Dictamen con Salvedades: Se acepta, cuando las salvedades no tengan relación directa o incidencia, respecto de la propuesta presentada.
- Dictamen Negativo: No se acepta y genera rechazo de la propuesta.
- Abstención de Dictamen: No se acepta y genera rechazo de la propuesta.

3.2.4. FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

- Tarjeta Profesional del Contador Público - Revisor Fiscal.
- Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Contador Público - Revisor Fiscal, emitido por la Junta Central de Contadores, la fecha de expedición no debe ser superior a tres (3) meses, contados a la fecha de cierre del proceso.

3.2.5. INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA

Los indicadores de capacidad financiera buscan establecer unas condiciones mínimas que reflejen la salud financiera de los proponentes a través de su solvencia, liquidez y endeudamiento. Estas condiciones muestran la aptitud del proponente para cumplir oportuna y cabalmente el objeto del contrato.

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores para cada proponente:

Índice de Liquidez = Activo Corriente / Pasivo Corriente, el cual determina la capacidad que tiene un proponente para cumplir con sus obligaciones de corto plazo. A mayor índice de liquidez, menor es la probabilidad de que el proponente incumpla sus obligaciones de corto plazo.

Índice de Endeudamiento = Pasivo Total / Activo Total, el cual determina el grado de endeudamiento en la estructura de financiación (pasivos y patrimonio) del proponente. A mayor índice de endeudamiento, mayor es la probabilidad del proponente de no poder cumplir con sus pasivos.

3.2.6. INDICADORES DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA

Rentabilidad sobre patrimonio: Utilidad Operacional / Patrimonio, el cual determina la rentabilidad del Patrimonio del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el patrimonio. A mayor rentabilidad sobre el patrimonio, mayor es la rentabilidad de los accionistas y mejor la capacidad organizacional del proponente.

Rentabilidad sobre activos: Utilidad Operacional / Activo Total, el cual determina la rentabilidad de los Activos del proponente, es decir, la capacidad de generación de utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. A mayor rentabilidad sobre activos, mayor es la rentabilidad del negocio y mejor la capacidad organizacional del proponente. Este indicador debe ser siempre menor o igual que el de rentabilidad sobre patrimonio.

Con el fin de ser habilitado financieramente en el presente proceso de selección, los oferentes deben cumplir con los siguientes indicadores financieros:

Indicador	Valor Mínimo
Índice de Liquidez	1.30
Índice de Endeudamiento	Menor o igual a 72.5%

Rentabilidad del Activo	Mayor o igual a 0
Rentabilidad del Patrimonio	Mayor o igual a 0

NOTA 1: Cuando el índice de liquidez sea menor a 1.3 se computará el “índice ajustado de liquidez” (es igual al índice de liquidez menos la provisión de cartera dividida por el pasivo total), si este índice ajustado es mayor a 0.6 se habilita.

NOTA 2: Cuando se trate de propuestas plurales los indicadores financieros se calcularán utilizando el promedio ponderado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes.

NOTA 3: El proponente o los integrantes de la propuesta plural, deberán presentar por escrito paz y salvo expedido por todas y cada una de las IPS que conforman la red ofertada con corte al 31 de marzo de 2016.

3.2.7. CERTIFICADO DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)

El oferente adjudicatario deberá presentar para la realización del contrato El Registro Único Tributario - RUT, expedido por la DIAN, debe estar actualizado, según la Resolución 000139 del 21 de Noviembre de 2012 “Por la cual la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, adopta la Clasificación de Actividades Económicas – CIIU revisión 4 adaptada para Colombia”.

3.2.8. CERTIFICACIÓN BANCARIA ORIGINAL

El oferente adjudicatario deberá presentar para la realización del contrato certificación bancaria expedida por la respectiva entidad financiera en **ORIGINAL**, con fecha no superior a 30 días antes de la suscripción del contrato, en la cual se identifique el nombre o razón social e identificación (NIT, CC, CE) del beneficiario proponente, identificación y número de la cuenta donde se abonarán los pagos.

En el evento de ser un consorcio o unión temporal se deberá presentar la certificación correspondiente al único número de cuenta bancaria, avalada por los integrantes de la unión temporal o consorcio. Lo anterior, teniendo en cuenta que el sistema integrado de información financiera – SIIF, solo permite escoger una cuenta bancaria para registrar la obligación y orden de pago.

NOTA: Los documentos habilitantes requeridos en el numeral 3.2 del presente documento, serán verificados para cada una de las personas (naturales o jurídicas) que conforman la propuesta plural.

3.3. DOCUMENTOS DE EXPERIENCIA

3.3.1. EXPERIENCIA GENERAL

La experiencia general se verificará por la antigüedad en la actividad de prestación de servicios de salud, por lo cual el proponente debe acreditar:

- Para los proponentes y los conformantes de la propuesta plural deben haber sido habilitados para la prestación de servicio de salud como mínimo tres (3) años antes de la fecha de apertura del presente proceso.

3.3.2. EXPERIENCIA ESPECÍFICA

Para los proponentes y los conformantes de la propuesta plural, la experiencia específica se acreditará en el territorio nacional, con Certificación de Contratos en el consolidado de los últimos cinco (05) años; mediante el diligenciamiento del Formulario No 1 “Experiencia habilitante del proponente”, cuyo valor sea como mínimo equivalente al treinta por ciento (30%) del presupuesto anual del primer año para la región a ofertar; mediante el diligenciamiento del formulario mencionado anteriormente.

Las certificaciones deben cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Objeto: Prestación de servicios de salud
- b) Plazo de ejecución: Mínimo tres (03) meses por contrato
- c) Ejecución: Más del 50% del contrato principal a la fecha de la certificación
- e) Forma de remuneración: Cualquier forma de pago

Cuando se presente la propuesta plural, la experiencia se verificará de acuerdo con el porcentaje de participación de los miembros en la misma.

Nota 1: No se admitirá para acreditación de experiencia, certificaciones a las cuales se les haya hecho efectivas las garantías por incumplimiento total o se les haya aplicado la caducidad.

Nota 2: No se podrá contabilizar doblemente la experiencia en prestación de servicios cuando correspondan a los mismos servicios de salud prestados a una misma población dentro de un mismo periodo de tiempo.

3.3.3. DOCUMENTOS DE SOPORTE

3.3.3.1. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Se debe diligenciar el Formulario No 1 “Experiencia habilitante del proponente”, por medio del cual se acredita la experiencia, firmado por el representante legal o apoderado del proponente. Este formulario se suscribirá bajo la gravedad de juramento que se entenderá prestado con la respectiva firma, la cual debe ser consistente con la estampada en el documento de identificación, para ser aceptable el formulario.

3.3.3.2. CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA EN CONTRATOS

Cada una de las experiencias relacionadas, deberá adjuntar la respectiva certificación, la que debe incluir la siguiente información:

- Nombre del contratante
- Nombre del contratista
- Identificación del contrato
- Fecha de suscripción
- Objeto
- Alcance u obligaciones
- Fecha de iniciación de actividades
- Los Niveles de Atención incluidos
- Servicios de salud prestados
- Forma de remuneración o pago.
- Fecha de terminación
- Porcentaje (%) de participación en caso de consorcios o uniones temporales

- Fecha de la certificación
- Calificación del servicio (bueno o excelente)

En ausencia de certificación, es aceptable el acta de entrega y/o el acta de liquidación del contrato, las cuales deberán incluir los datos solicitados en la certificación.

En caso necesario, con el fin de complementar los datos solicitados podrá anexar copia de los contratos y señalar en ellos los datos que pretenden acreditar.

Las certificaciones deberán venir suscritas por el representante legal del contratante, o funcionario competente para ello. Se deberá anexar el documento que acredite la representación legal de la Entidad o la competencia para expedir la certificación.

En el caso que la certificación sea expedida por personas de derecho privado, además de las certificaciones y documentos soportes anexados deberán adjuntar el contrato respectivo que se relacione con la certificación de experiencia acreditada.

La no presentación de los soportes correspondientes a un contrato o la ausencia de los datos necesarios para evaluarlo dará lugar a que dicho contrato no se considere para la acreditación de la experiencia específica.

Una vez confirmado el cumplimiento de las condiciones requeridas en este documento, la propuesta se tendrá como HABILITADA para participar en la calificación de la propuesta.

3.4. REQUISITOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA

Los siguientes requisitos serán de ofrecimiento obligatorio y no se podrán complementar, modificar o mejorar en el curso de su evaluación, razón por la cual serán inmodificables:

3.4.1. DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Como parte de su propuesta el proponente declarará su compromiso de cumplir la totalidad de las obligaciones establecidas en los **Anexos Técnicos y Operativos No 1, 2, 3 y 5**, del presente documento, sin perjuicio de las que se establecen en el numeral 4.3.1 y 4.3.2 del presente documento de selección de contratistas, avalados con la firma del representante legal, en el cual indique que acepta y cumple en los términos establecidos en el Formulario No 5 del presente documento de selección de contratistas.

3.4.2. RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA

El proponente debe acreditar la oferta de una red de servicios superior a la mínima exigida en los términos del Anexo No. 3 del presente documento de selección de contratistas, para lo cual debe presentar el Formulario No. 3 en el que se señale las correspondientes IPS que forman la Red de Servicios de Salud en cada uno de los municipios de la región que ofrece, con el detalle de los servicios de salud e, igualmente, los servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico y otros servicios complementarios ofertados.

Todos los servicios deben venir acompañados de los soportes documentales, que se indican en el citado formulario.

Igualmente, todas las IPS de la red deben estar habilitadas de conformidad con el Sistema Único de Habilitación contemplado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia.

El proponente debe diligenciar el formulario tanto para la red principal como para la red alterna ofertadas.

3.4.3. PLATAFORMA TECNOLÓGICA

El oferente deberá acreditar el licenciamiento y las funcionalidades exigidas en el Formulario No 6 “Disponibilidad de Sistemas de Información para la gestión del riesgo y la prestación de servicios de salud con calidad”, el cual debe ser suscrito por el proponente, mediante el cual manifieste el compromiso de implementar los requerimientos expresados en el Anexo No. 3, en el acápite denominado “REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN” del documento de selección de contratistas, en caso de ser adjudicatario del presente proceso de invitación pública.

3.5. DOCUMENTOS ECONÓMICOS

3.5.1. Propuesta económica

El proponente debe manifestar que acepta la forma de pago indicada en el presente documento de selección de contratistas, y que su ingreso lo constituye únicamente los valores pactados en el contrato, por lo cual con la presentación de la propuesta declara conocer y aceptar la remuneración que está establecida.

En caso que el consorcio o unión temporal sea adjudicatario de la contratación, procederá a abrir una única cuenta a nombre del consorcio o de la unión temporal y presentará la certificación de la misma como requisito previo a la suscripción del contrato. Así mismo, adquirirá un Número de Identificación Tributaria (NIT) y allegará la respectiva certificación, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación de la adjudicación.

3.6. FACTORES DE ESCOGENCIA

3.6.1. PROPONENTES PLURALES

La verificación de los requisitos habilitantes se realizará con base en el porcentaje de participación que el proponente acredite en el documento de conformación del oferente plural.

Por lo cual, cada uno de los integrantes del oferente aporta al valor total de cada componente del indicador y de la experiencia de acuerdo con su participación en la figura del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura).

3.6.2. FACTORES DE PONDERACIÓN

Los proponentes habilitados en todos los aspectos tendrán derecho a que sus propuestas sean calificadas, lo cual se hará con base en aspectos de calidad del servicio de conformidad con la siguiente distribución para cada departamento y la calificación final tomará en cuenta el promedio ponderado por población afiliada:

FACTORES DE ESCOGENCIA		PUNTAJE MAXIMO
IPS ACREDITADAS	El proponente que presente dentro de su red de servicios de salud en la región a ofertar el mayor número de IPS acreditadas, obtendrá 200 puntos y los demás	200

	<p>proponentes puntaje proporcional y descendente, que se establecerán mediante regla de tres.</p> <p>NOTA: No se asigna puntaje como IPS acreditadas, aquellas que no oferten al menos el 50% del portafolio de servicios habilitado para los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio.</p>	
RED DE SERVICIOS PRINCIPAL	<p>La red de servicios se calificará por departamento, con la sumatoria de la red de segundo y tercer nivel de complejidad ofrecida. La calificación se hará por cada sede de IPS presentada como parte de la red.</p> <p>La sede de la IPS debe haber comprometido en documento escrito con el proponente la totalidad de los servicios habilitados en la sede o tan sólo algunos servicios de las IPS para conformar la red. Los servicios comprometidos en el documento serán los únicos puntuables.</p> <p>Los servicios comprometidos serán puntuables sólo si están debidamente inscritos en el REPS.</p> <p>Se puntuará de la siguiente manera:</p> <p>Tres puntos por cada cama hospitalaria ofrecida en cuidados intensivos, adultos o niños, unidad de quemados adultos o niños.</p> <p>Dos puntos por cada cama hospitalaria ofrecida en todos los demás servicios.</p> <p>Tres puntos por cada servicio quirúrgico habilitado en tercer nivel de complejidad</p> <p>Dos puntos por cada servicio quirúrgico habilitado en segundo nivel de complejidad</p> <p>Tres puntos por cada servicio especializado en consulta externa de tercer nivel de complejidad</p> <p>Dos puntos por cada servicio especializado en consulta externa de segundo nivel de complejidad.</p> <p>Tres puntos por cada servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de tercer nivel de complejidad</p> <p>Dos puntos por cada servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de segundo nivel de complejidad.</p> <p>La puntuación obtenida por la totalidad de las sedes de IPS ofrecidas en el departamento de segundo y tercer nivel de complejidad será sumada para obtener un puntaje total en el departamento.</p>	400

	<p>Los puntajes de cada proponente en el departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursó) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 400 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional y descendente según regla de tres.</p> <p>Finalmente, la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Red Principal.</p>	
RED DE SERVICIOS ALTERNA	<p>Para la red alterna se utilizará el mismo método de calificación, previa comprobación de su no repetición con la red principal.</p> <p>Los puntajes de cada proponente en el departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursó) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 200 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional y descendente según regla de tres.</p> <p>Finalmente, la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Red Alterna.</p>	200
PUNTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CADA DEPARTAMENTO	<p>Se calificará de la siguiente manera:</p> <p>La red de farmacias ambulatorias ofrecida se calificará por la sumatoria de los puntos de dispensación ofrecidos en cada departamento.</p> <p>Los puntos de dispensación ambulatorios regulares, que entreguen medicamentos para la mayoría de los tratamientos se calificarán con un punto. Los puntos de dispensación que entreguen al menos el 90% de los medicamentos considerados de alto costo, medicamentos no POS y medicamentos especiales para enfermedades huérfanas, se calificarán con tres puntos.</p> <p>Finalmente, la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem puntos de dispensación.</p> <p>Si se ofrece servicio de dispensación domiciliaria en el departamento se especificará por cada municipio ofrecido y puntuará cinco puntos en ciudades de más de 100.000 habitantes, tres puntos en ciudades entre 20.000 y 100.000 habitantes y un punto en los municipios menores de 20.000 habitantes.</p> <p>Los puntajes de cada proponente obtenidos en el</p>	200

	<p>departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursa) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 200 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional y descendente según regla de tres.</p> <p>Finalmente la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Servicios Farmacéuticos.</p>	
TOTAL		1.000

Nota:

1. El instrumento para la calificación de la habilitación es el **REPS** (registro especial de prestadores de servicios)
2. La calificación se hará por regla de tres proporcionalmente.

4. CAPITULO 4. SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

4.1. ADJUDICACIÓN

El plazo para la adjudicación del presente proceso de selección se hará el día y la hora fijada en el cronograma del presente documento, para la realización de la Audiencia Pública de Adjudicación.

La decisión que corresponda, derivada del presente proceso de selección, se informará en audiencia pública, previa recomendación del CDFNPSM.

Como es deber de los proponentes mantenerse informados de las actuaciones en desarrollo del proceso, la fecha de la audiencia de adjudicación podrá ser consultada por medio de Internet en las páginas Web habilitadas para la publicidad del proceso de selección.

La adjudicación se realizará a favor de los proponentes de acuerdo con las recomendaciones del CDFNPSM, una vez sea informado de los resultados finales de la evaluación de propuestas.

Un proponente o integrante de una propuesta plural solo se puede presentar máximo a dos (2) regiones, so pena de causal de rechazo.

La adjudicación se hará al proponente que haya presentado la mejor propuesta, es decir, la que haya obtenido el mayor puntaje en las calificaciones para la región a la cual se está presentando.

El término para adjudicar podrá prorrogarse con no menos de tres días de antelación a la fecha antes de su vencimiento hasta en la mitad del mismo, siempre que las necesidades de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, lo requieran.

Dicha prórroga se comunicará por escrito a quienes oportunamente hayan presentado propuestas.

4.1.1. ADJUDICACIÓN PARCIAL

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM realizará la adjudicación por regiones, de conformidad con la metodología adoptada en el documento de selección de contratistas del presente proceso de selección.

4.2. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO

La declaratoria de desierto del proceso de selección en una región únicamente se dará por los motivos o causas que impidan la escogencia objetiva del contratista y lo hará señalando en forma expresa y detallada las razones que han conducido a esa decisión.

El presente proceso de selección podrá declararse desierto en los siguientes casos:

- Cuando ninguna de las propuestas quede habilitada.
- Cuando ningún proponente obtenga un puntaje igual o mayor a 500 puntos
- Cuando no se presente ninguna propuesta.

En todos los casos de declaratoria de desierto del proceso de selección, deberá hacerse explícita la causa o motivo que haga recomendable tal decisión.

La declaratoria de desierto puede versar sobre la totalidad o alguna de las Regiones en que se ha dividido el territorio Nacional.

4.3. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

4.3.1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental, así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.
2. Cumplir con los requisitos habilitantes de orden jurídico, técnico, económico y financiero, así como los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato.
3. Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia para atender sus obligaciones, de acuerdo con la metodología que para el efecto defina la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.
4. En caso de cualquier novedad o anomalía, reportar la situación de manera inmediata al funcionario encargado de la supervisión del contrato.
5. Colaborar con la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para que el objeto del contrato se cumpla y que los servicios prestados sean de la mejor calidad y se presten con la oportunidad requerida.
6. **Facilitar las actividades administrativas, logísticas, de desplazamiento y las requeridas en general para el cumplimiento de sus obligaciones, la de su personal directo y subcontratistas, en el objeto del presente pliego, en especial lo relacionado con capacitaciones.**
7. Acatar las instrucciones y observaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por conducto del supervisor del contrato o quien este designe.

4.3.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

➤ OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SALUD

1. Garantizar a los afiliados del FNPSM los beneficios del Plan de salud del Magisterio, en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.
2. Garantizar el traslado de los pacientes remitidos a otros municipios en los términos establecidos en el Anexo No 1 y 3 del presente documento de selección de contratistas.
3. Responder de manera integral por el manejo del riesgo en salud y la garantía de los servicios de salud incluidos en el contrato.
4. Implementar mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia de pacientes, ajustados a las normas que regulan la materia, con

mecanismos ágiles, oportunos, apoyados en plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados.

5. Garantizar la atención de los principales riesgos de salud que afectan a los afiliados del Magisterio a través de programas que permitan la estandarización de intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamentos o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de las competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones.
6. Cumplir con oportunidad en la atención efectiva de los servicios de salud en los términos señalados en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.

➤ **OBLIGACIONES OPERATIVAS**

1. De conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social de sus trabajadores y exigir igual condición a sus contratistas, para cada pago.
2. Garantizar la permanencia e idoneidad de las personas responsables de la ejecución del contrato y demás obligaciones que se generen en la ejecución del mismo.
3. Utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar.
4. Implementar en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A.
5. Organizar y mantener operativa la red de Instituciones Prestadoras de Servicios, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, de conformidad con la oferta aprobada, así como la organización de las Rutas Integrales de Atención en salud, para garantizar en cada uno de los municipios la atención de los afiliados del Magisterio y su tránsito por la red hacia los distintos niveles de complejidad en función de las necesidades de salud de cada afiliado, de acuerdo con los requisitos mínimos de oferta de servicios según tamaño del municipio, establecidos en el documento de selección de contratistas.
6. Organizar y mantener una red alterna para todos los servicios, incluidos los de apoyo diagnóstico y terapéutico, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.
7. Crear y mantener en operación, como instancia administrativa, una Coordinación a nivel de cada departamento, responsable de la organización y administración de la red de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.
8. Crear y mantener en operación como instancia una Coordinación de la red de Servicios a nivel regional, responsable de la organización y administración de la red de servicios de tercer nivel de complejidad.
9. Garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas.

10. Garantizar el funcionamiento y operación de sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades mayores de 50.000 habitantes y capitales de departamento, con las condiciones de servicios establecidas en el documento de selección de contratistas.
11. Presentar mensualmente la información establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fiduprevisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud.
12. Contar con solución de software que soporte el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolide las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas.
13. Implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un único Call Center por región con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud y ubicación de la red de servicios. El Call Center deberá tener un sistema para verificar la trazabilidad de la atención prestada, de conformidad a lo establecido en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.
14. Facilitar la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.
15. Implementar estrategias de promoción y apoyo de la participación ciudadana y del ejercicio del control social en salud, incluido el Defensor del Usuario de Salud del Magisterio, facilitando la entrega de la información que permita el ejercicio de su labor, salvo reservas legales.
16. Suministrar información y brindar el apoyo necesario a la supervisión, interventorias, auditorias o misiones especiales que delegue la Fiduprevisora S.A.
17. Efectuar los reportes de información a los organismos de control competentes que así lo soliciten.
18. Asistir obligatoriamente y sin excepción a todos los Comités Regionales de Prestaciones Sociales que se lleven a cabo en los departamentos que compongan la región, en los términos de la convocatoria que realice el Ente Territorial Certificado en Educación, mediante la designación de un funcionario que cuente con poder de decisión.
19. Garantizar la puesta en marcha y operación de las sedes exclusivas y administrativas en los términos y condiciones establecidos en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.

➤ **OBLIGACIONES FINANCIERAS**

1. Mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una reserva técnica equivalente a la sumatoria de dos (2) UPCM mensuales por todos sus afiliados de conformidad con el valor estimado del contrato.
2. Pagar oportunamente a las IPS, proveedores y otros servicios subcontratados que tengan relación directa con el objeto contractual, en los términos señalados en los Artículos 56 y 57 Ley 1438 de 2011.
3. Asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada.

➤ **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES**

1. Recibir y enviar a su equipo interdisciplinario de calificación, los reportes o avisos de los eventos ocurridos (accidentes o enfermedades) o las solicitudes que sean direccionadas por la Fiduprevisora.
2. Orientar o direccionar ante entidades de salud, diferentes niveles y servicios, especialidades, según pertinencia o lo requerido del caso.

3. Realizar el seguimiento de la condición de salud del trabajador, durante las etapas de tratamiento, recuperación y rehabilitación a través de la supervisión o auditoría médica
4. Emitir las recomendaciones médicas específicas y orientar las actividades de rehabilitación integral.
5. Expedir por parte de los médicos tratantes o que atienden el caso, las incapacidades temporales que sean requeridas.
6. Aportar a los responsables de la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral, información de salud, previo consentimiento informado, según se requiera en el caso.
7. Realizar la remisión al equipo interdisciplinario, para calificación de origen, cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento, en los términos dispuestos en la normatividad vigente.
8. Generar las altas médicas que correspondan, por intermedio de los médicos tratantes.
9. Brindar información de pronóstico, rehabilitación, y expedir los demás certificados que sean requeridos para los trámites de calificación y para la emisión de recomendaciones médico laborales.
10. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

➤ **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (PCL)**

1. Conformar, de manera directa o subcontratado, un equipo interdisciplinario para calificar el origen y/o pérdida de la capacidad laboral de los afiliados y beneficiarios del FNPSM, que lo requieran para los objetivos definidos legalmente y que deberán cumplir los requisitos de conformación establecidos en el Anexo 5 del presente documento.
2. Coordinar y supervisar los trámites requeridos y la gestión realizada por el equipo interdisciplinario de calificación y garantizar el cumplimiento de sus funciones legales y las dispuestas en el presente documento.
3. Iniciar la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, según los términos y tiempos definidos en la reglamentación vigente, según corresponda.
4. Solicitar la documentación necesaria para la calificación de origen o pérdida de capacidad laboral a las entidades pertinentes según lo dispuesto en la reglamentación vigente.
5. Realizar las pruebas complementarias y las valoraciones especializadas que sean requeridas por el equipo interdisciplinario, para el proceso de calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral.
6. Realizar la valoración por el médico laboral de la persona sujeto de calificación y solicitud de valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera.
7. Tramitar la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.
8. Notificar el dictamen con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial certificada en educación y entregar copia a la Fiduprevisora S.A.
9. Enviar el caso, por intermedio de su equipo interdisciplinario, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez y hacer el recobro de gastos correspondientes, si se generaran en este proceso.
10. Recibir información del proceso de resolución de controversias en Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
11. Recepcionar los dictámenes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
12. Acreditar en la periodicidad y términos definidos en la reglamentación vigente, la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años para su inscripción como beneficios en este Régimen Excepcional.

13. Enviar la documentación que Fiduprevisora S.A. requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
14. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

4.3.3. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

La Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, se obliga a:

1. Efectuar los pagos del contrato dentro del plazo establecido en el presente documento.
2. Prestar toda la colaboración al CONTRATISTA para que el objeto del contrato se desarrolle de conformidad con los terminos del presente documento.
3. Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones pertinentes que el CONTRATISTA le formule en desarrollo de la ejecución del objeto del contrato.
4. Las demás que se encuentren contempladas en el documento de selección de contratistas, así como las que por la naturaleza del contrato deban cumplirse en atención a las normas que rigen la materia y además las que se deriven de la suscripción del presente contrato.

4.4. SUSCRIPCIÓN

4.4.1. DOCUMENTOS PARA LA SUSCRIPCIÓN

Para la elaboración del contrato, el proponente favorecido deberá presentar los documentos actualizados que le requiera la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha del requerimiento, entre otros:

- Para un consorcio o unión temporal, deberá acreditar la inscripción en el Registro Único Tributario - RUT y el Número de Identificación Tributaria (NIT) del consorcio o la unión temporal.
- Certificado del cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, cuando a ello haya lugar.
- Formato Único de Hoja de Vida para Personas Jurídicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, para proponentes individuales y para cada uno de los miembros de un Consorcio o unión temporal.

4.4.2. PLAZO PARA SUSCRIBIRLO

El contrato deberá suscribirse dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la adjudicación.

Este plazo puede ampliarse antes de su vencimiento si la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM lo considera procedente, sin que pueda exceder el término de vigencia de la oferta.

4.4.3. EFECTOS DE NO SUSCRIBIRLO

Si el adjudicatario injustificadamente no suscribiere el contrato correspondiente dentro del plazo fijado, la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM hará efectiva la garantía constituida para responder por la seriedad de la oferta, sin menoscabo de las acciones legales conducentes al reconocimiento de perjuicios causados no cubiertos por el valor de la garantía y podrá, previo concepto del CDFNPSM, optar por: abrir un nuevo proceso o adjudicar dentro de los quince (15) días calendarios siguientes al proponente calificado en el siguiente lugar.

4.4.4. CONDICIONES PARA LA SUSCRIPCIÓN

El contrato será firmado por el representante legal del proponente seleccionado o su apoderado.

4.5. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN

El contrato se entiende perfeccionado una vez suscrito por las partes. El contrato requiere para su ejecución de la aprobación de la garantía única por parte de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM y la expedición del registro presupuestal.

5. CAPITULO 5. CONDICIONES CONTRACTUALES

Las condiciones contractuales se establecen en la minuta indicativa del contrato que se incluye en el Anexo del presente documento de selección de contratistas

La condición indicativa supone la posibilidad de introducirle modificaciones a la minuta cuando se observe que hay discrepancias en la formulación o interpretación sobre derechos u obligaciones de las partes o sus alcances, para darle el sentido pretendido de conformidad con el conjunto integral del documento de selección de contratistas o que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM establezca la conveniencia de introducirle ajustes o cambios en los términos contractuales, siempre que dichas modificaciones no impliquen alteración de los elementos esenciales del contrato.

5.1. CUANTÍA INDETERMINADA PERO DETERMINABLE

Para todos los efectos legales y fiscales y dada la modalidad de contratación y de las formas de reconocimiento y pago, los contratos a celebrarse serán de cuantía indeterminada pero determinable, de acuerdo con el número de afiliados registrados por los contratistas a FIDUPREVISORA S.A., multiplicado por las UPCM respectivas.

5.2. FORMA DE PAGO

5.2.1. UNIDAD DE PAGO

Corresponde al valor que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM pagará a cada contratista por cada usuario, cotizante o beneficiario, de acuerdo con la región geográfica, el grupo etario y el género, con el fin de que le sean brindados la totalidad de los servicios del Plan de Salud. Este valor denominado UPCM (Unidad de Pago por Capitación del Magisterio) resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{UPCM} = \text{UPC}_{EZ} + 62,67\% \text{ UPC}_{EZ}$$

La UPCM corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas más un plus o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 62,67% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.

Donde:

UPCM = Unidad de Pago por Capitación del Magisterio

UPC = Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo

e = Grupo etario (Subíndice). Grupo de personas clasificados por rango de edades que comparten similares características epidemiológicas, uso de los servicios de salud y los costos respectivos, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia, la cual constituye una de las variables para ajustar el riesgo de la UPC.

Z = Zona Geográfica (Subíndice). Conjunto de municipios y Distritos que comparten características similares de oferta de servicios, de dispersión de la población, geográficas y de

infraestructura vial, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual constituye una de las variables para justificar el riesgo de la UPC.

La UPCM se dividirá en 12 mensualidades de igual valor, que se pagan anticipadamente los primeros diez (10) días de cada mes.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo de acuerdo con la normatividad actual vigente, la FIDUPREVISORA podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al Proveedor. Igualmente, por excepción, podrá realizar pagos directos cuando se demuestre afectación del servicio por mora de más de ciento ochenta (180) días en el pago a los prestadores.

5.2.2. AJUSTE ANUAL DE LA UPCM

La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del régimen contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje por inclusión de tecnologías en el POS, salvo aquel porcentaje que corresponda a inclusión en el POS de nuevas tecnologías en salud no consideradas en el plus del Magisterio, según el estudio financiero que sustenta el Acuerdo 009 de 2.016, en razón a que no han sido objeto de recobro al FOSIGA, con corte a 31 de diciembre de 2015.

5.3. SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE RIESGO PARA EVENTOS DE ALTO COSTO

Del valor total de la UPCM a reconocer a cada contratista se le podrá descontar un porcentaje con el fin de crear y mantener en operación un Fondo para Distribución de Riesgo para proteger financieramente a los contratistas de las desviaciones de riesgo, Fondo que reconocerá todos aquellos eventos (tratamiento-patología-paciente-año) que superen los CIENTO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000,00).

El descuento inicial que realizará Fiduprevisora S.A. para constituir el Fondo será del 4% de la UPCM calculada mes a mes y este valor se ajustará semestralmente, en función a la siniestralidad registrada de estos casos. El Fondo de Distribución de Riesgos pagará el exceso de costo de cualquier "tratamiento paciente año por una patología determinada", sobre los CIENTO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000,00) y el contratista solo cubrirá hasta dicho valor.

El Sistema de Distribución de Riesgos cubre el exceso de costo por tratamientos-paciente-año de cualquier patología, incluidas las enfermedades raras, es decir que no se limita a las enfermedades de alto costo definidas en el SGSSS.

Para efectos de determinar los valores a reconocer en exceso de los CIENTO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000,00) se tendrá en cuenta el límite de precios máximos de medicamentos de alto costo reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En principio, las reclamaciones deben presentarse y reconocerse a las tarifas pactadas y pagadas por el contratista a las respectivas IPS. Se aplicará ajuste del valor de la reclamación en los casos que la Auditoría encuentre que las tarifas de la cuenta están más de un 10% por encima de las tarifas promedio contratadas por estos servicios, medicamentos o insumos.

Cuando el gasto de un paciente por el tratamiento de una patología haya superado los DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$200.000.000,00) en un semestre, el contratista podrá hacer un primer recobro y realizará el segundo -si el tratamiento continúa-, al completar el año desde el inicio del tratamiento. El periodo semestral o anual de tratamiento, para efectos

del cálculo, inicia el mismo día que inicia el tratamiento del paciente, o el día que el paciente es asumido por el contratista si venía ya en tratamiento por otro contratista o es un nuevo afiliado.

El recobro debe hacerse por cada caso individual, una vez se cumpla el año de tratamiento de un paciente por una patología y sus complicaciones y se observe que haya superado los 100 millones de pesos, pero se establece adicionalmente que, si en un semestre el caso individual ya supera los 200 millones de pesos, puede solicitarse el primer reembolso del excedente de 100 millones gastado, y al completar el año de tratamiento puede plantearse un nuevo reembolso para cubrir la totalidad del gasto por el tratamiento de una patología paciente que haya superado los 100 millones de pesos.

El recobro no puede incluir otros servicios prestados al paciente por causas distintas, generales o no relacionadas con el tratamiento de la patología que origina el alto costo y sus complicaciones directas, lo que se evidenciará en la historia clínica. Fiduprevisora S.A. aplicará auditoría de costos y auditoría médica a cada caso que se recobre al Fondo de Distribución de Riesgo.

El contratista dispondrá de un término de 90 días, a partir de finalizada la ejecución del contrato para presentar recobros por este concepto, con el objeto de permitir la liquidación del Fondo de Redistribución.

El Sistema de Distribución de Riesgo es un sistema de aporte y redistribución, que incluye a todos los afiliados del Magisterio y se alimenta de cada UPCM. Si restan excedentes de la operación del Fondo al término de la ejecución del contrato, se devuelven igual y proporcionalmente a los contratistas, en función del número de afiliados. Si se presenta déficit al final de la operación, se descontará igualmente por igual valor a todos los contratistas, en función del número de afiliados.

Es un Fondo de Distribución de Riesgo, por lo que su ingreso y gasto deberán ser iguales al final del periodo contractual, por lo que el tope máximo o mínimo a descontar sobre la UPCM cada semestre, a partir del 4% inicial, dependerá de la experiencia de reclamaciones de los contratistas, para que el Fondo siempre tenga capacidad de cubrir todas los recobros presentados. Lo que hayan aportado los contratistas, en porcentaje sobre las UPCM recibidas, más los rendimientos financieros del Fondo, deben igualar, al finalizar el contrato, el valor que haya reintegrado el Fondo a los contratistas por casos que superan el valor de 100.000.000 de pesos.

5.4. GARANTÍAS

El CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el contrato, mediante la constitución de póliza(s) con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con matriz aprobada por la Superintendencia Financiera, y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes la fecha de perfeccionamiento del contrato, de una garantía única, que ampare los riesgos que a continuación se mencionan:

5.4.1. PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO

El CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 10% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

5.4.2. PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO

El CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 2.5% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

5.4.3. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

El CONTRATISTA deberá constituir esta póliza con el amparo a terceros derivada de la ejecución directa del contrato o a través de sus subcontratistas, equivalente al 5% del valor del contrato y el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) SMMLV y la vigencia de esta garantía deberá ser igual al plazo de ejecución del contrato.

5.4.4. PÓLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES

El CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato, vigente por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más.

5.4.5. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

El CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato y la vigencia de esta garantía deberá ser igual al plazo de ejecución del contrato.

Las vigencias de todos los amparos deberán ajustarse a las fechas de suscripción del contrato, y de la terminación del plazo de ejecución del mismo, según sea el caso. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al CONTRATISTA de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.

El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan.

Si el CONTRATISTA no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición de la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM y a cuenta del CONTRATISTA quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente a la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del contratista.

En la garantía debe quedar expresamente consignado que se ampara el cumplimiento del contrato.

Estos mecanismos de cobertura son requeridos por la FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo del contratista frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

5.4.6. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA

Cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual.

El contratista deberá mantener indemne a la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones propias de éste, y que se originen como consecuencia de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

5.5. ANÁLISIS DE RIESGOS CONTRACTUALES PREVISIBLES

El documento contentivo de análisis de riesgos contractuales previsibles se publicará como anexo en excel concomitante con el presente documento de selección de contratistas.

5.6. SUPERVISION DEL CONTRATO

La supervisión del presente contrato estará a cargo de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, quién para efectos de su labor podrá contratar firmas externas que apoyen esta actividad de acuerdo con el esquema de supervisión aprobado por el CDFNPSM.

5.7. PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO.

Si el servicio que fuera a garantizar el derecho fundamental a la salud no se presta oportunamente por el CONTRATISTA al usuario, conforme a los tiempos de respuesta efectiva dispuestos en el acápite denominado OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD consagrado en el Anexo 3 del presente documento de selección de contratistas, con la red propia o con la red alterna, la FIDUPREVISORA S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM autorizará la prestación del servicio de salud no prestado a una entidad de salud previamente determinada por dicha entidad y los costos que se originen por dicho evento se deducirán de las facturas presentadas por el CONTRATISTA para su pago, en el mes siguiente.

Para la aplicación del mecanismo por parte de los usuarios se requiere reportar la negación del servicio en los casos que corresponda, y la respectiva notificación a la FIDUPREVISORA S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, para gestionar la prestación en la red adicional extraordinaria autorizada por la Fiduprevisora S.A.

5.8. TERMINACION DEL CONTRATO.

Las partes autorizan la terminación del contrato y, en ejercicio de la autonomía de la voluntad, se conviene que recíprocamente se autorice decidir la terminación del contrato cuando se configure una de las siguientes causales:

- A.** El no pago oportuno del valor de las facturas presentadas por el CONTRATISTA a la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM en aquellos rubros que no hayan sido objeto de glosas

- B.** El no pago oportuno por la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM de los rubros objeto de glosa cuando estas no prosperan.
- C.** Cuando el valor descontado con ocasión de la aplicación del procedimiento extraordinario para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, sea igual o exceda del 5% del valor total de la facturación mensual por tres (3) meses consecutivos o no, durante el periodo de un (1) año calendario.
- D.** No mantener por parte del CONTRATISTA los aspectos ofrecidos en su oferta que corresponden a los requisitos habilitantes y de ponderación, durante toda la ejecución del contrato.

5.9. DE LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

El contrato sera liquidado en los cuatro (4) meses posteriores a la terminación del contrato.

1. Plan de Beneficios del Magisterio

Se refiere a las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para la atención integral en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud, independientemente del origen la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad y de atención y organizados en servicios que cumplan como mínimo con los estándares básicos de estructura y de procesos, y cuenten con las tecnologías disponibles en el país que no se encuentren en estado de experimentación.

El plan de salud para los afiliados y beneficiarios es integral y será prestado por el proponente a quien se le asigne el contrato desde el día de su inicio, según lo determine la fecha de vigencia del contrato. En este plan de beneficios no aplican preexistencias, períodos de carencia, copagos, cuotas moderadoras, o exclusiones distintas a las expresadas explícitamente.

Para los efectos del contrato se entenderá que todo aquello que no esté tipificado explícitamente como una exclusión se entenderá cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio, siempre en cumplimiento de lo dispuesto por las normas que rigen al Régimen de Excepción.

Los beneficios del Plan serán provistos en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.

El Plan de beneficios garantiza la atención ambulatoria y hospitalaria en los distintos nivel de complejidad de la red de servicios, la atención de urgencias en todo el territorio nacional, el traslado de los pacientes y la atención domiciliaria, que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales.

Los contratistas deberán garantizar igualmente la atención médica necesaria en las afectaciones de la salud originados en accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Los **traslados** de los pacientes están a cargo del prestador y tiene el objetivo de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención y se dan como consecuencia de las remisiones que haga el médico tratante del prestador.

Para los casos de servicios ambulatorios, que por indicación del médico tratante perteneciente a la red ofertada por el contratista no amerite traslado en ambulancia a otro municipio, éste se hará por medio de transporte terrestre, fluvial o aéreo suministrado por el contratista, ida y vuelta.

El contratista no asumirá los costos de traslados de pacientes en el caso de requerir servicios ambulatorios en los siguientes casos, salvo que el médico señale la necesidad de transporte en ambulancia.

- Dentro del municipio de origen.
- Entre los municipios conurbados, las áreas metropolitanas y la capital; o cuando el costo

del transporte sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por trayecto.

Para los afiliados en poblaciones dispersas se reconocerá el costo del transporte terrestre, fluvial o aéreo, incluso dentro del mismo municipio, para acudir a los servicios tanto básicos como especializados, cuando este transporte regularmente cueste más de un (1) salario mínimo diario, con el fin de suprimir dicha barrera de acceso a los servicios de salud.

En los casos de menores de quince (15) años o personas en alto grado de discapacidad, que requieran de la compañía de un familiar, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar y el costo será asumido por la entidad.

Cuando un afiliado, por distancia o disponibilidad horaria de la oficina administrativa del contratista no pueda hacer el requerimiento del costo de transporte público colectivo con la debida anticipación tendrá derecho a solicitar posteriormente el reembolso de los gastos de transporte según el procedimiento establecido por la sociedad Fiduprevisora S.A.

1.1. Exclusiones

Se consideran exclusiones aquellos procedimientos no contemplados dentro del plan de atención de este régimen de excepción y que se describen a continuación.

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad o la grave afectación estética por trauma o cirugía mayor.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente.
- Se excluyen tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tratamientos de ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos,. Los anti-solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.
- No se reconocerán servicios por fuera del ámbito de la salud salvo algunos servicios complementarios y necesarios para el adecuado acceso a los servicios como el caso del transporte.
- Calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos y las toallas higiénicas.
- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido.

1.2. Cobertura

1.2.1. Afiliados al Sistema de Salud del Magisterio

Cotizantes:

- a) Los docentes, de conformidad con la información oficial de la nómina de maestros reportada por las Secretarías de Educación a Fiduprevisora S.A.,.
- b) Los docentes pensionados, de conformidad con la nómina de pensionados del FNPSM reportada por Fiduprevisora S.A..
- c) Los padres de un docente que desea incluir al Régimen de Excepción a través de un pago de una UPCM adicional, teniendo en cuenta que el docente tiene afiliado a su cónyuge o compañero (a) permanente y/o a los hijos de acuerdo con lo establecido por el CDFNPSM. Para acceder a estos servicios el docente debe surtir el procedimiento establecido por Fiduprevisora S.A. para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al FNPSM.

Beneficiarios:

- a) El cónyuge o compañero permanente del afiliado, sin discriminación de sexo o género.
- b) Los hijos del afiliado hasta el día que cumplan los 26 años que dependan económicamente del cotizante.
- c) Los hijos del cotizante, sin límite de edad, cuando se haya certificado su incapacidad permanente y la dependencia económica del cotizante. Esta certificación podrá tener vigencia por los 4 años del contrato, siempre y cuando se indique que la patología es irreversible.
- d) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del cotizante, incluyendo los de parejas del mismo sexo, que cumplan lo establecido en los numerales b) y c)
- e) Los nietos del docente hasta los primeros treinta días de nacido, si la madre es hija beneficiaria del cotizante.
- f) Los padres del docente sin beneficiarios, cuando dependan económicamente de este.

1.2.2. Afiliación al Sistema de Salud del Magisterio

Fiduprevisora S.A. es la única entidad competente para incluir o excluir un afiliado en el Aseguramiento en Salud del régimen exceptuado del Magisterio y, por tanto, con competencia para decidir por que ciudadanos responde el FNPSM, de acuerdo con las normas legales y los Acuerdos del CDFNPSM sobre cobertura de beneficiarios del Régimen.

Para este efecto, la Fiduprevisora S.A. se apoyará en convenios con la Registraduría y el FOSYGA (multi-afiliación) y contará con una base de datos permanentemente actualizada, la que comunicará con periodicidad mensual a los contratistas.

Los Contratistas podrán apoyar esta función únicamente en la tarea de remitir los documentos de nuevos beneficiarios que solicitan la inclusión, de conformidad con los derechos establecidos, pero su aceptación como beneficiario e inclusión en la base de datos será competencia exclusiva de Fiduprevisora S.A. El contratista debe planear e implementar, en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

1.2.3. Registro de beneficiarios en las Entidades Contratistas.

Fiduprevisora S.A una vez celebrado los contratos remitirá a cada contratista el listado de los

afiliados activos. El contratista debe planear e implementar, en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la inscripción de nuevos beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios, para lo cual se soportará principalmente con:

- La reproducción del formulario de registro de información de usuarios diseñado por fiduprevisora S.A estará a cargo de la entidad contratista.
- Mecanismos de divulgación ágiles y efectivos entre la población afiliada, a fin de promover la inscripción de todos los usuarios con derecho.
- Disponer de áreas administrativas específicas y de personal responsable y capacitado para ejercer estas funciones
- Mecanismos ágiles y efectivos entre la red de prestadores y la entidad contratista, con el fin de reportar las novedades ocurridas y garantizar la oportuna prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Mecanismos que faciliten la inclusión de beneficiarios con derechos y la exclusión de beneficiarios sin derecho, entre la red subcontratada y el contratista. Para tal fin, es necesario diseñar alertas en el procedimiento de la entidad para reconocer casos especiales como el retiro de beneficiarios mayores de 26 años.

El proceso de inscripción no generará costos, entendiéndose que este proceso es diferente al de afiliación al FNPSM, que sólo se hará efectiva con la aceptación de Fiduprevisora S.A. y la inclusión en la base de datos de afiliados.

Las certificaciones que cualquier usuario solicite sobre aspectos relacionados con la inscripción, deberán ser expedidas por el contratista sin costo alguno para el solicitante por una vez por semestre.

Una vez la entidad contratista ha efectuado la inscripción del beneficiario, deberá remitir en un plazo no mayor a cinco días calendario a Fiduprevisora S.A, en medio electrónico, los soportes respectivos a efectos de que ésta genere la Afiliación del beneficiario, de manera oficial, lo incluya en la Base de Datos Única del Magisterio y pueda reconocer la UPCM al contratista con lo cual se garantice la prestación del servicio en adelante.

Requisitos para la Inscripción de Beneficiarios

La inscripción del beneficiario al servicio de salud requiere, en todos los casos, el diligenciamiento por parte del afiliado de un formulario de inscripción. El oferente a quien le sea adjudicado el contrato, deberá realizar la inscripción de los nuevos beneficiarios de los servicios de salud y remitir a Fiduprevisora S.A. el formulario y los documentos soporte necesarios durante los cinco (5) días siguientes al diligenciamiento del formulario de inscripción.

Igualmente. el afiliado o beneficiario debe presentar la siguiente documentación que acredita las condiciones legales para su inscripción:

- ✓ **Para acreditar la calidad de cónyuge del afiliado:**
 - Registro civil del matrimonio,
 - Documento de identificación vigente,
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora.
- ✓ **Para acreditar la calidad de Compañero(a) permanente del afiliado:**
 - Documento de identificación vigente,
 - Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente.
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

- ✓ **Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años de edad:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco. El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años.

- ✓ **Para acreditar la calidad de padres:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco.
 - Cédula de ciudadanía vigente.
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

- ✓ **Para hijos entre 19 y 25 años:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco
 - Cédula de ciudadanía vigente.
 - Los hijos entre 18 y 25 años no requerirán acreditar la calidad de estudiantes, pero deberán presentar anualmente la declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

- ✓ **Para acreditar nietos una vez cumplan los 30 días de nacidos:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco
 - Custodia donde un juez de familia o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar le otorgue al docente el cuidado total del menor.

- ✓ **Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años:**
 - Certificación anual expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de 2014 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen, o sentencia de interdicción judicial.

Para todos los efectos, la entrega de los documentos anteriormente relacionados es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales. Fiduprevisora S.A. reconocerá a los beneficiarios que acrediten los documentos exigidos partiendo de la buena fe. No obstante, podrá investigar la veracidad de los mismos cuando tenga bases para dudar de su veracidad. La falsedad decidida por autoridad judicial en cualquiera de los documentos aportados será suficiente para suspender la afiliación, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.

En todo caso se entenderá afiliado y con derecho a la prestación de servicios únicamente a partir de la afiliación reconocida y efectuada por Fiduprevisora S.A, previa la inscripción y verificación del cumplimiento de requisitos documentales referidos por la entidad contratista.

Se entiende por hijos lo que determine la Ley. Se entiende por compañero o compañera permanente lo que establezca la Ley

Cuando el cónyuge del docente haya decidido permanecer afiliado al régimen contributivo o a otro régimen exceptuado y por tanto no ingresar al régimen exceptuado del magisterio, los hijos propios de dicho cónyuge podrán ser afiliados como beneficiarios en el grupo familiar del docente.

En los casos en que los cónyuges y o compañeros permanentes sean trabajadores activos afiliados a otro régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud y decidan ejercer su derecho de afiliarse al régimen exceptuado del Magisterio, deberán cumplir con la notificación al patrono para hacer efectiva esta afiliación, cotizando al FOSYGA y suspendiendo la cotización a la EPS correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Artículo 14 del Decreto 057 de 2015.

Se atenderán aquellas personas que por disposición del juez de tutela se le deban prestar los

servicios médicos asistenciales como beneficiarios de los docentes activos y pensionados del FNPSM.

El plan de beneficios que deberá brindar EL CONTRATISTA a las personas que por disposición del juez de tutela se le deban prestar los servicios médico asistenciales como beneficiarios de los docentes activos y pensionados del FNPSM, será el mismo definido para los beneficiarios y la cancelación por la prestación de estos servicios se realizará de acuerdo con el valor de la UPC promedio por grupo etario más el valor del plus vigente.

Para los hijos beneficiarios de docentes activos y/o pensionados se establece que:

- Tiene 18 años, hasta el día que cumple 19 años.
- Tiene 25 años hasta el día que cumple 26.

Para los hijos beneficiarios de pensión de sustitución se establece:

- Tienen cobertura hasta el día que cumplen 25 años.

1.2.4. Desafiliación y Suspensión

El contratista deberá planificar e implementar:

- Mecanismos de divulgación ágiles y efectivos entre los Usuarios inscritos a fin de dar a conocer los eventos y causas que generan la desafiliación o suspensión de todos los usuarios con derecho.
- Áreas administrativas específicas y personal responsable y capacitado para ejercer estas funciones
- Mecanismos ágiles y efectivos entre las unidades prestadoras y la entidad contratista para la entrega periódica de bases de datos y de novedades, con el fin de mantener una información actualizada de la desvinculación o suspensión de los afiliados y sus beneficiarios, así como de la reactivación por cesación de las causas que generaron la suspensión.

1.2.4.1. Desafiliación o pérdida de la calidad de Beneficiario

Es el evento en que el docente queda desvinculado en forma temporal o definitiva de la nómina de Magisterio, o en el que uno o todos los beneficiarios cubiertos dentro del plan de beneficios del régimen de excepción, pierde la calidad de beneficiario.

Cuando el docente se retira en forma temporal o definitiva de la nómina del Magisterio, por causa distinta a haber adquirido el derecho a la pensión, por perder su calidad de afiliado al FNPSM, dejará de estar afiliado y por tanto. Dejará de ser reportado a la entidad contratista una vez transcurran tres (3) meses a partir del momento en que cesa su vinculación laboral con la entidad nominadora o contratante.

Durante el primer mes de ese lapso de tiempo, se le garantizará la atención integral, en los dos meses siguientes se le garantizará la atención de urgencias y la atención integral relacionada con enfermedades crónicas y programas especiales, si está inscrito en ellos.

A los beneficiarios se les garantizará atención integral, hasta un mes después de la desvinculación del cotizante. En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta un (1) mes después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio.

Cuando se compruebe por la entidad contratista la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, el usuario que con conocimiento de su deber de información sobre este hecho no lo hizo oportunamente al contratista, este último solicitará a Fiduprevisora S.A. el procedimiento de desvinculación correspondiente, que se hará efectiva previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación.

1.2.4.2. Suspensión

Es el periodo durante el cual Fiduprevisora S.A. desactiva del sistema de salud a un usuario, previa la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

Para el Afiliado: Por comisiones no remuneradas como docente.

Vinculación de Nuevos Docentes Nombrados por la Secretaría de Educación

Cuando las Secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas que conforman una de las regiones vinculen a un nuevo docente afiliado al fiduprevisora S.A el pago al Contratista por el primer mes se hará a prorrata de los días en que el docente estuvo efectivamente vinculado.

Archivo

Con el fin de unificar el archivo físico de los documentos de acreditación de derechos, éste se debe llevar en carpetas por cada docente con su grupo familiar, y en sitios adecuados cumpliendo las normas de Archivo General de la Nación.

1.3. Portabilidad

Un afiliado al Sistema de Salud del Magisterio podrá recibir el servicio en cualquier parte del territorio nacional. Para garantizar la “portabilidad” del seguro de salud se deben contemplar varias situaciones.

En primer lugar, será suficiente la cédula de ciudadanía para demandar servicios, sobre la seguridad que proporciona una base de datos de afiliados en línea fácilmente consultable en todo el país.

Atención de urgencia en todo el territorio nacional, garantizada en cualquier IPS del país con base en la legislación vigente, pero complementada con la rápida identificación del afiliado del magisterio para decidir si es necesaria una remisión a una clínica de la red de prestadores del magisterio.

Desplazamiento programado a otra región del país por periodo superior a dos semanas e inferior a seis meses, por razones familiares o de otra índole que requiera garantizar la continuidad del tratamiento. En este caso, todos los contratistas deben facilitar carta remisoría al prestador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el periodo solicitado, no mayor de seis meses, y envíe al contratista remitente la cuenta de cobro respectiva, que deberá cancelarse en el término de 30 días. En caso de no recibir el pago en el término establecido el contratista de una región que prestó el servicio solicitado a un afiliado de otra región por el plazo determinado, podrá exigir a Fiduprevisora S.A. el pago, quien lo realizará después de una verificación de su pertinencia y descontará el monto pagado al contratista que ordenó el servicio por el periodo solicitado.

Desplazamiento programado por tiempo mayor de seis meses. En este caso se solicitará a Fiduprevisora el cambio del afiliado a otra región con su correspondiente per cápita. De todas maneras, la entidad contratista de la cual se traslade el docente será responsable de garantizar la prestación del servicio de salud, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la nueva entidad.

1.4. Traslado a Otra Entidad contratista del Fondo

En el caso que el docente pensionado o sus beneficiarios, o beneficiarios del docente activo, cambien de domicilio a otra Región en la que preste servicios otro contratista, se autorizará el cambio de inmediato.

El traslado de docentes activos únicamente se llevará a cabo por novedad de las Secretarías de Educación igualmente en los casos de desplazamientos forzosos o amenazados. En todo caso la opción escogida por el docente activo o pensionado, no obliga a acudir a sus beneficiarios al mismo contratista que presta servicios al afiliado, siempre y cuando un motivo mayor lleve al beneficiario a residir por fuera de la Región origen del cotizante.

Para el traslado de beneficiarios a una región diferente a la del docente, es el contratista donde se encuentra afiliado el beneficiario quien debe hacer llegar la solicitud de traslado a Fiduprevisora S.A, previa solicitud del docente. El traslado tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente a la aprobación de la solicitud por parte de Fiduprevisora S.A., cuando el contratista que lo recibe encuentre el correspondiente ingreso o activación en la base de datos de su región.

1.5. Decisión de cambio de departamento o región afiliados de municipios y corregimientos fronterizos.

Dado que razones geográficas y de configuración de las comunicaciones y rutas de atención en salud, hacen que los afiliados de un municipio o corregimiento fronterizo les resulte más adecuado integrarse a la red de servicios de un departamento vecino, de su misma región o de otra región, los afiliados de dicho municipio o corregimiento deben presentar por una sola vez en los primeros seis (06) meses contados a partir del inicio del proceso, solicitud formal a Fiduprevisora S.A. para ser atendidos definitivamente por la red del departamento vecino a la que pueden acceder con mayor facilidad.

Fiduprevisora S.A. comprobará que esta decisión es colectiva (75% de los cotizantes) y está técnicamente justificada, para proceder a trasladar estos afiliados de municipios o corregimientos fronterizos al departamento vecino, que puede pertenecer a la misma región o a otra región. Los contratistas no podrán objetar estos traslados entre departamentos o entre regiones, con el per-cápita correspondiente, cuando sean notificados por Fiduprevisora S.A., dado el objeto de garantizar con el mismo un mejor acceso a los servicios.

1. ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para garantizar el cuidado de la salud de los afiliados en cada departamento, el Contratista deberá contar con una Coordinación a nivel de cada departamento, responsable de la administración de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.

La aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones.

La Coordinación debe ser responsable de las cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

La Coordinación departamental debe garantizar el desarrollo de los programas de promoción y prevención de la salud y la operación estandarizada de los programas de prevención secundaria en las sedes propias de las ciudades capitales o ciudades mayores de 100.000 habitantes (sedes A y B) para el manejo de los principales riesgos de salud que aquejan a la población afiliada al Sistema de Salud del magisterio.

El afiliado, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de su familia y el de su comunidad. Para ello debe contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del Sistema.

1.1. Garantía de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. Coordinador departamental de red de servicios, responsable de garantizar las Rutas Integrales de Atención en Salud

Como señala la Política de Atención Integral en Salud, la red de servicios de primer y segundo nivel de complejidad ejecuta la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica de los pacientes. Esto implica superar la intervención basada en prestaciones discontinuas y como red asumir una integralidad en la intervención a partir de los grupos de riesgo que dan origen a las RIAS.

Los prestadores primarios deben manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada, comunican el riesgo en salud y realizan las intervenciones clínicas incluidas en las RIAS tanto de naturaleza preventiva como diagnóstica y terapéutica.

A partir de la adscripción de la persona a la IPS y al médico con enfoque familiar, se coordinan y articulan las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención. El prestador primario debe asumir la referencia del paciente una vez éste egresa del prestador complementario y debe asegurar la continuidad del tratamiento. Los prestadores complementarios son responsables del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

Todos los integrantes de una red de servicios deben contar con procesos de servicio, referencia e información que permitan a sus integrantes disponer de las mejores condiciones para una gestión clínica adecuada y la disponibilidad de información a Fiduprevisora S.A. para el seguimiento de grupos de riesgo.

1.2. Incorporación de tecnologías de comunicación e información para facilitar el apoyo especializado en complementación diagnóstica y formulación de recomendaciones terapéuticas.

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contra-referencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica por interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

Las últimas investigaciones relacionadas con telemedicina demuestran que la calidad de imagen de los computadores modernos supera la de los equipos costosos de telemedicina y la velocidad de información y el software de comunicación permiten la comunicación presencial a distancia. Por ello, los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra-referir a los pacientes. Un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados.

La incorporación de tecnologías de comunicación e información. Los contratistas deben proponer la mayor incorporación posible de estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada y el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología.

1.3. Exigencia de Red Alterna definida para manejo de contingencias en la oferta de servicios

Es condición indispensable en el Sistema de Salud del Magisterio que los operadores garanticen una red alterna para todos los servicios, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.

La red alterna se activará automáticamente para servicios distintos de las urgencias cuando, debido a cualquier contingencia, se cierre un servicio en la red principal de atención o se niegue o postergue reiteradamente un servicio, insumo o medicamento, en cuyo caso el afiliado tendrá derecho a acudir a la red alterna para obtener la atención ordenada por el médico tratante, según el procedimiento establecido.

Igualmente, se ordenará la apertura de un servicio de la red alterna por un determinado plazo, cuando a nivel municipal, departamental o regional se compruebe por parte del supervisor del contrato o su delegado en las reuniones de los Comités Regionales que hay un represamiento importante de los mismos y se está constituyendo en barrera de acceso. En dicho caso la apertura de la red alterna prevista se habilitará por el plazo necesario para solucionar el represamiento del servicio.

2. ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS

Acorde con su clasificación y naturaleza, las Redes se conformarán teniendo en cuenta la siguiente estructura administrativa:

Coordinación Regional de la Red: La instancia de Coordinación Regional de la Red, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por un profesional de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de tercer nivel de complejidad, quien deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS de Tercer Nivel de Complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

Deberá disponer de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, que brinde soporte 24 horas los siete días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación del informe semestral al Ministerio de Salud y de la Protección Social y bajo el marco del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico a la información que atiende a los requerimientos de la Auditoría Medica o de Fiduprevisora S.A..

Coordinación Departamental de la Red: La instancia de Coordinación Departamental de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por un profesional de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra referencia (ruta de la salud), coordinar los procesos asistenciales y administrativos de primer y segundo nivel de complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS de Segundo Nivel de Complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a los afiliados la comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias al tercer nivel de complejidad. Es responsable de la operación de los programas de prevención secundaria para el control de los principales riesgos de salud, de acuerdo con los estándares establecidos en los documentos de selección de contratistas.

Deberá disponer de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, que brinde soporte 24 horas, los siete días de la semana y permita la generación de reportes administrativos y la creación del informe semestral al Ministerio de Salud y de la Protección Social y bajo el marco del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico en los la información a los requerimientos de la Auditoría Medica o de Fiduprevisora S.A..

Coordinador Departamental de Promoción y Prevención: Se entiende como coordinador de promoción y prevención el profesional del área de la salud, con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública encargada de dirigir los programas de protección específica, detección temprana y enfermedades de interés en Salud Pública. Será el

responsable de garantizar en cada departamento que el equipo multidisciplinario cumpla con la matriz de programación y los indicadores exigidos para tal fin, realizar la verificación de los procesos, tanto en la red propia como contratada.

Oficinas de Atención al Usuario: El contratista se obliga a garantizar en cada una de las sedes exclusivas, la existencia de una Oficina de Atención al Usuario que contará con los recursos y áreas necesarias para ofrecer una atención óptima y oportuna. La sede deberá contar con una identificación visible, fácil acceso y con la señalización que permita ubicar fácilmente esta oficina.

El contratista dispondrá de recurso humano capacitado en atención al cliente, estrategias de atención al público, relaciones humanas y los procedimientos propios del área a atender, que trabajará bajo la coordinación de un funcionario de la entidad.

Coordinador Regional de Calidad y Auditoría Médica: Se entiende como Coordinador Regional de Calidad y Auditoría Médica la persona idónea encargada de manejar el proceso de calidad y auditoría para el mejoramiento continuo, será el responsable de garantizar que existan y se cumplan los indicadores exigidos para tal fin, realizar la verificación de los procesos tanto en la red propia como contratada. Además será el responsable de todas las acciones de auditoría médica de estructura, proceso y resultado, que se requieran, de acuerdo con la modalidad de contratación existente.

3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Se constituyen para la contratación regiones de un tamaño intermedio, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente, para superar la problemática generada en las grandes regiones de los contratos previos.

REGIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL	TOTAL GENERAL
1	HUILA	37	12690	12713	13	25416	53049
	TOLIMA	47	12910	14707	16	27633	

2	VALLE DEL CAUCA	42	22182	29694	20	51896	79470
	CAUCA	41	12232	15341	1	27574	

3	NARIÑO	64	16550	17946	2	34498	55595
	CAQUETA	16	6025	5488		11513	
	PUTUMAYO	12	5079	4503	2	9584	

4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	8123	9271	4	17398	

5	CORDOBA	28	23222	18613	5	41840	103607
	SUCRE	26	13117	10497	8	23622	

	BOLIVAR	45	19474	18668	3	38145	
--	---------	----	-------	-------	---	-------	--

6	MAGDALENA	28	16275	14920	8	31203	83500
	LA GUAJIRA	14	7057	6494	4	13555	
	ATLANTICO	23	20053	17718	21	37792	
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2	304	646		950	

7	NORTE DE SANTANDER	40	13605	13418	9	27032	102790
	SANTANDER	86	21158	23142	32	44332	
	CESAR	25	13685	11639	9	25333	
	ARAUCA	7	3103	2990		6093	

8	ANTIOQUIA	125	42779	57246	24	100049	112625
	CHOCO	31	5301	7274	1	12576	

9	CALDAS	27	8053	12480	3	20536	49541
	QUINDIO	12	4741	6704	14	11459	
	RISARALDA	14	7666	9876	4	17546	

10	CUNDINAMARCA	115	14113	23285	20	37418	140659
	BOGOTA D.C	1	39605	55993	65	95663	
	GUAINIA	1	420	480		900	
	GUAVIARE	4	932	1004	1	1937	
	VAUPES	3	807	436		1243	
	AMAZONAS	6	1157	926		2083	
	VICHADA	4	657	758		1415	

TOTAL PAIS	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL GENERAL
	1090	392845	445221	308	838374

4. GENERALIDADES DE LA CONTRATACIÓN

Se trata de un contrato para garantizar la prestación de Servicios de Salud, en donde la oferta solicitada debe garantizar el acceso, la oportunidad, la integralidad, la continuidad y la cobertura al Plan de atención en Salud del Magisterio, que sigue los lineamientos del Acuerdo establecido por el CDFNPSM. La prestación del servicio se hará a los Afiliados al FNPSM, que

incluyen cotizantes y sus beneficiarios, distribuidos por Grupos Etéreos y zonas geográficas que se indican en la distribución de regiones establecida para la contratación.

Para garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados al FNPSM, el contratista debe organizar una red de Instituciones Prestadoras de Servicios principal y otra alterna, para cubrir las contingencias, así como la organización de la Rutas Integrales de Atención a través de los distintos niveles de complejidad. Quiere decir que está autorizado a subcontratar tantas IPS o servicios habilitados como requiera la red para cubrir todos los municipios de la región y atender oportunamente a los afiliados en todos los niveles de complejidad. El documento de selección de contratistas establecerá condiciones mínimas de la red de servicios y calificará a los proponentes con base en la suficiencia e integralidad de la red.

La cobertura del servicio es para cada uno de los municipios del país, en todos los niveles de complejidad, con excepción de los servicios excluidos expresamente del Plan de atención en Salud del Magisterio, que se deben atender por orden judicial, en la Red de Servicios requerida, y los servicios adicionales que ofrezca el proponente en su oferta.

Los contratistas deben cumplir con todos los componentes del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud, en cuanto a instalaciones físicas, equipos, suministros, atención en salud, resultados, indicadores, auditorías, atención a los usuarios, y capacitación para garantizar la provisión de los servicios de manera integral, considerando el balance riesgo-beneficio, con un nivel profesional óptimo y de acuerdo con las reglas e indicadores que se establecen en el presente Anexo.

La administración del sistema de salud en cuanto a los sistemas de información, bases de datos, reportes de novedades, información asistencial, historias clínicas, fichas epidemiológicas, facturación, forma de contratación, reembolsos, incapacidades y los asuntos de transición contractual se harán conforme las normas legales y lo establecido por Fiduprevisora S.A.

La unidad de pago será la UPCM descrita en el documento de selección de contratistas.

La prestación de servicios de Promoción y Prevención se realizará ya sea en sede exclusiva o prestador externo.

Se deberá remitir a Fiduprevisora S.A., dentro de las fechas establecidas en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud *"Especificaciones para la transferencia de datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública"*.

La prestación de servicios correspondiente al primer nivel de complejidad será de orden municipal y será garantizada ya sea en sede exclusiva o prestador externo. En caso de incumplimiento injustificado de pagos a las IPS contratadas, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

La prestación de servicios de mediana complejidad, correspondiente al segundo nivel de complejidad será del orden departamental y deberá ser garantizada en las sede exclusiva o mediante IPS contratadas que conforman la red de servicios en el departamento, garantizando el principio de contigüidad, es decir que el afiliado debe recibirlos en la ciudad más cercana, salvo problemas insalvables de calidad o precios demostrables. En caso de incumplimiento injustificado del pago a los prestadores contratados para esta prestación, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

La prestación de servicios correspondiente al tercer nivel de complejidad será de gestión regional, sin perjuicio de que se disponga de oferta departamental y será contratada con prestador propio o externo. En caso de incumplimiento injustificado, determinado por el supervisor del contrato, en cuanto al pago a los prestadores contratados para esta prestación, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A.. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo, Fiduprevisora S.A. podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al Contratista.

Todos los servicios prestados en los diferentes niveles de complejidad deberán ser reportados mediante Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS en los términos que defina la Fiduprevisora S.A. La información reportada tanto en RIPS como en FIAS correspondiente a un periodo mensual tan sólo podrá complementarse en los seis meses siguientes, después de los cuales se considerará para todos los efectos legales la información definitiva sobre los servicios prestados a los afiliados y sus costos en el respectivo mes.

5. INCAPACIDADES

Por incapacidad se entiende el estado de inhabilidad física o mental de un docente que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.

La incapacidad puede ser permanente parcial, permanente total y gran Invalidez con ayuda de una o más personas.

La sumatoria de la prórrogas de las incapacidades no puede ser mayor a 180 días, excepto las establecidas por la norma.

5.1. TIPOS DE INCAPACIDADES

- Por Enfermedad Común
- Por Enfermedad Profesional
- Por Accidente de Trabajo

5.2. LICENCIAS

- De maternidad
- De paternidad

5.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA

El contratista médico es competente para:

- Expedir las certificaciones de incapacidad y licencias (Maternidades, enfermedad común, enfermedad laboral y accidente de trabajo). En los casos de pacientes hospitalizados, se debe expedir la incapacidad a las 24 horas de ingreso al servicio de hospitalización de acuerdo con el plan de tratamiento del médico y se realizarán las prórrogas necesarias de acuerdo con la

evolución del paciente.

- Informar diariamente, por medio electrónico y físico de acuerdo con lo pactado, a la Secretaría de Educación respectiva de las incapacidades expedidas y certificaciones de permanencia. Las incapacidades deben ser reportadas según formato establecido por Fiduprevisora S.A entregado al momento de dar inicio a la ejecución del contrato. Enviar reporte diario y consolidado mensual de las incapacidades a la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. según formato establecido por Fiduprevisora S.A entregado al momento de dar inicio a la ejecución del contrato.
- Definir la situación médica del docente enmarcada dentro de la racionalidad tecnicocientífica.
- Llevar control de incapacidades, con el fin de definir la situación médica del docente.
- Expedir incapacidades en y por tiempos reales, conforme a los diagnósticos presentados.

5.4. COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Las competencias de la Secretaría de Educación son:

- Recibir del contratista médico las incapacidades y llevar un control detallado sobre ellas, previendo las posibles pensiones de invalidez que puedan reconocerse y en calidad de ente nominador, requerir al docente y al contratista médico para definir el reintegro a las labores o en su defecto tramitar la pensión de invalidez.
- Revisar y aceptar la incapacidad como un acto médico y no como un acto administrativo.
- Informar al Rector del plantel educativo sobre la incapacidad del docente.
- Realizar el nombramiento para el reemplazo temporal del docente.
- Expedir Acto Administrativo de legalización de la licencia por incapacidad.
- Reportar de acuerdo con el cronograma que se establezca, las novedades a Fiduprevisora S.A.

5.5. COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.

- Validar, de manera mensual, el informe detallado de incapacidades reportadas por el Contratista Médico correspondiente.
- Realizar control estadístico de las actividades que se han presentado en el mes e interactuar con el prestador médico para definir y efectuar seguimiento a los casos específicos.
- Seguimiento a los casos de incapacidades mayores a los 150 días o de patologías no recuperables.

6. TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME

El Contratista se obliga a realizar, desde la fecha de iniciación del contrato hasta su terminación, todas las actividades, procedimientos y servicios que se hayan definido durante la ejecución del contrato como necesarios. Igualmente, se obliga a garantizar de manera integral todos los servicios objeto de éste contrato hasta el último día de la ejecución del mismo.

El empalme para este contrato con los contratistas anteriores se realizará de acuerdo con lo estipulado en el Pliego de Condiciones de la licitación previa.

El valor del último pago o mensualidad, una vez finalizado el contrato y no existiendo prórroga del mismo ni celebrado nuevo contrato con la misma entidad, estará condicionado al hecho de que el contratista cumpla a cabalidad las obligaciones establecidas en el contrato.

Entrega de listados e historias clínicas de casos especiales y sedes exclusivas.

El Contratista se obliga a entregar al nuevo contratista, dentro de las 48 horas previas a la

terminación del contrato, las historias clínicas y los listados con copia a Fiduprevisora S.A. en medio magnético, con los nombres completos, números de documentos de identidad, teléfonos y direcciones de los siguientes casos:

1. Pacientes hospitalizados. El listado debe incluir igualmente las fechas de ingreso, identificación del paciente, nombre de los centros hospitalarios y diagnósticos, refiriendo aquellos casos que a juicio del Contratista no deben ser trasladados por los riesgos que implica para la vida del usuario.

Los servicios prestados a estos pacientes, mientras no puedan trasladarse a la red del nuevo contratista, serán facturados por el contratista saliente a tarifas SOAT de aquellas atenciones que se hagan posteriores a la fecha de terminación del contrato.

2. Pacientes con procedimientos pendientes. El listado debe incluir también la fecha programada, identificación del paciente, nombre del centro hospitalario, diagnóstico, nombre del procedimiento y razones de la no realización. En caso de comprobarse que no se entregó el listado completo dentro de los 60 días siguientes de inicio de la ejecución del contrato, el contratista saliente deberá cancelar, al contratista entrante, el costo de los servicios prestados.

3. Pacientes con patologías crónicas. Sujetos de atención de programas especiales:

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Control prenatal
- Crecimiento y Desarrollo
- y otros definidos por el contratante.

El listado debe incluir además, la fecha de cita próxima programada para cada uno de éstos pacientes de acuerdo con la periodicidad con que viene siendo atendido, medicamentos que viene recibiendo y periodicidad del mismo. Esta programación deberá ser respetada desde el inicio por el contratista entrante.

4. Paciente de VIH-SIDA. Identificación del caso, tratamiento instaurado para cada caso, manteniendo las normas relacionadas con la confidencialidad.

5. Pacientes con enfermedades catastróficas. (Oncológicos – Pacientes renales) El listado debe incluir: Identificación del caso, diagnóstico, centro hospitalario y plan de manejo por cada caso.

Las historias clínicas de los pacientes de casos especiales deberán ser entregadas en su totalidad al contratista entrante, a más tardar dentro de las 24 horas previas a la finalización del contrato, a excepción de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

Fiduprevisora S.A. podrá determinar los casos en los que no es viable dado los principios de calidad del servicio, el traslado o la entrega del caso a la nueva entidad médica, situación en la cual la entidad médica se obliga a continuar brindando el servicio de manera transitoria, facturando a Fiduprevisora S.A. a las tarifas definidas. En ese evento, Fiduprevisora S.A. descontará estos valores de los pagos a efectuar a la nueva entidad médica.

Igualmente, el contratista saliente se obliga a entregar, de manera completa, oportuna y ordenada, a la nueva entidad médica contratista, lo siguiente:

- Entrega de historias clínicas. Dentro de un plazo de 8 días siguientes a la terminación del contrato, con todos los documentos relacionados con los aspectos médicos y administrativos de las personas que cubre el contrato. La entrega se iniciará desde el momento en que se comunique o se haga efectivo el cambio de contratista.

Para estos efectos, los contratistas deberán proveer todo el recurso humano y apoyo logístico que se requiera para su cabal cumplimiento y un listado en medio magnético con la misma estructura del numeral 1.

Para los efectos del empalme, el contratista saliente se obliga a designar un mes antes de la finalización del contrato, a un profesional médico exclusivo para la coordinación y cumplimiento de las atenciones, casos y eventos descritos, y para la coordinación y ejecución del plan de acción de entrega de las historias clínicas al contratista entrante.

6.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Manejo de patologías

La integralidad abarca, entre otras cosas, (desde el momento de iniciación del contrato), las siguientes:

La culminación de todas las atenciones previstas como necesarias para el usuario, hospitalización y cirugías, procedimientos, formulación y suministro de medicamentos y demás ayudas diagnósticas y de complementación terapéutica, que se indicaron durante la vigencia del contrato, sin interrupción de la secuencia lógica de atención, hasta la fecha de finalización del mismo, realizando todos aquellos que se indiquen dentro del marco de la racionalidad científico técnica.

No se deben programar procedimientos para fechas posteriores a la culminación del contrato, exceptuando los casos en que exista una indicación médica precisa y objetiva para tal postergación.

• Patologías crónicas

El Contratista tiene la responsabilidad, dentro del manejo de pacientes con patologías crónicas, de garantizar el suministro de medicamentos no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino hasta culminar los treinta días completos de tratamiento, de tal forma que el paciente logre el siguiente control, con la dosis suficiente del medicamento.

• Patologías agudas

El Contratista igualmente se obliga a que el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y suministros, a pacientes con patologías agudas, se realice no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino por el tiempo que los criterios de racionalidad técnico científica así lo indiquen frente a la solución de la enfermedad

• Pacientes hospitalizados

Referente a los pacientes hospitalizados, el contratista saliente se obliga, una vez terminado el contrato, a entregar a la nueva entidad médica contratista, todos los pacientes hospitalizados localizados dentro y fuera de la región.

• Represamientos

Para los anteriores efectos se entiende como represamientos, todas aquellas actividades, procedimientos y servicios, no asumidos por el Contratista, no obstante que a la luz de la racionalidad técnico-científica y a estándares de suficiencia, oportunidad y en general de calidad, debieron ser realizados durante la ejecución del contrato.

Si por alguna razón, el usuario rehúsa a realizarse el procedimiento indicado, se deberá consignar en la historia clínica declaración expresa por parte del paciente y se comunicará

oportunamente a Fiduprevisora S.A sobre tal situación.

La no realización de procedimientos, actividades o servicios pendientes, sin que mediare justificación a causa de una renuncia o renuencia del usuario, debidamente registrada en la historia clínica e informada a Fiduprevisora S.A., se considerará represamiento y sus costos serán descontados del último pago del contrato o de la liquidación del mismo, para lo cual el contratista saliente autoriza plenamente al contratante para proceder de conformidad.

El oferente a quien le sea adjudicado el contrato, a partir de fecha de entrega de historias clínicas en su totalidad, soportada con el acta respectiva, tendrá 30 días calendario para relacionar y comunicar a Fiduprevisora S.A, a través de la Gerencia de Servicios en Salud, utilizando los formatos que para tales efectos se le allegan, todas las actividades, procedimientos o servicios represados, anexando los soportes necesarios para evidenciarlos, tales como:

Ordenes de servicios, historias clínicas, documentos que soportan la declaración de cada uno de los eventos dejados de realizar o los planteamientos realizados por el paciente. Igualmente, el contratista entrante, está obligado a dar traslado al contratista saliente, dentro de los 30 días calendarios siguientes al último día en que se realice la recepción de las historias clínicas, a efectos de que éste, a través de evidencia objetiva desvirtúe o por el contrario acepte los casos definidos. Si el contratista entrante no reporta los represamientos al contratista saliente dentro del plazo establecido, deberá asumir el costo de las atenciones.

El contratista saliente tiene la obligación de realizar el cotejo de los represamientos reportados por el contratista entrante y comunicando su resultado a éste último en un plazo máximo e improrrogable de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento de los 30 días iniciales descritos en el párrafo anterior. Si vencidos los 20 días el contratista saliente no desvirtúa los represamientos reportados por el contratista entrante, deberá asumir los costos de tales atenciones.

Si llegare a presentarse desacuerdo entre el contratista entrante y el saliente, respecto de los casos represados y su costo, las dos entidades deberán, en un plazo máximo e improrrogable de 10 días calendario, a partir del vencimiento de los 20 días descritos anteriormente, llegar a un acuerdo del cual se levantará un acta donde consten todos los hechos objeto de la referida reunión.

El contratista entrante y el saliente, autorizan y así lo acuerdan las partes, para que Fiduprevisora S.A. a través de la Gerencia de Servicios en Salud, defina bajo parámetros técnico-científicos, los casos de represamiento sobre los cuales no se logró establecer acuerdo, así como su valor, el que igualmente se descontará de la última cuota o liquidación correspondiente a favor del contratista saliente, si son de su responsabilidad. Así lo acepta y autoriza desde ya, el contratista saliente.

Para efectos de liquidar el costo de los represamientos identificados como tales, se acudirá a las tarifas SOAT. Si alguno de los servicios no se encuentran dentro del SOAT, se liquidarán a tarifas ISS indexadas. Una vez expedido por el Ministerio de Salud y de Protección Social el manual único tarifario, las tarifas se liquidarán acorde a las establecidas en tal normatividad y a las que la adicionen, modifiquen o complementen.

7. INFORMACIÓN ASISTENCIAL –FIAS-

El Contratista suministrará mensualmente, o con la periodicidad que se determine, los datos estadísticos solicitados por Fiduprevisora S.A., ajustado a los formatos y especificaciones definidas por ésta. La información que fluya del contratista hacia el Comité Regional o Fiduprevisora S.A., deberá estar soportada adecuadamente en aplicación de sistemas.

El sistema de información asistencial del Contratista contemplará, para su Región, los indicadores estadísticos, de frecuencia de uso y financieros que Fiduprevisora S.A. establezca, independientes a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), solicitados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, el Contratista deberá integrar los resultados por departamento de las variables relacionadas con la demanda de servicios, en especial el estado de salud de la población objeto en relación con las variables sociodemográficas (perfil epidemiológico); las variables de oferta con énfasis en los servicios prestados, las acciones en salud desarrolladas, los programas implementados y los resultados de los procesos, expresados a través de indicadores, obteniendo un panorama general de la región a partir del cual puede recomendarse la ejecución de acciones dirigidas a impactar positivamente en la situación de salud de la población.

Para el reporte de la morbilidad y la mortalidad se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de las causas y los códigos de procedimientos y especialidades específicamente señalados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su normatividad.

El modelo para el reporte de la información técnica y financiera, su periodicidad así como los contenidos básicos serán definidos por la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. y son de obligatorio cumplimiento por parte del contratista.

Los formatos de monitoreo estadístico serán entregados al contratista por Fiduprevisora S.A. La información debe ser enviada a Fiduprevisora S.A. mensualmente, trimestralmente, semestral o anualmente según periodicidad solicitada, tanto en medio impreso como en magnético y según especificaciones técnicas. Semestralmente se deben enviar los perfiles epidemiológicos de la población, e identificando los grupos de riesgo, incluyendo un análisis financiero y de las frecuencias de uso y de acciones a desarrollar acordes con la información obtenida.

Estos informes no excluyen el reporte mensual de los RIPS y demás que se establezcan los organismos de control que son de carácter obligatorio y que deben ser entregados en medio magnético, condensados, según especificaciones y normas establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de las Entidades Territoriales.

El Contratista con los parámetros preestablecidos, realizará la condensación de la información de los RIPS producidos por sus diferentes IPS y la enviará a Fiduprevisora S.A. quién realizará el condensado Nacional para enviar al Ministerio de Salud y Protección Social. Fiduprevisora S.A. podrá solicitar discriminación o análisis particulares de los RIPS.

Plazos y periodicidad

El contratista enviará a Fiduprevisora S.A. la información solicitada en los plazos y periodicidad determinados así:

Información de la demanda de servicios de salud:

- **Análisis demográfico:** Compuesto por datos, indicadores y perfiles de la población objeto, debidamente analizados. Envío semestral.
- **Análisis de la situación de salud de la población:** Conteniendo los componentes de morbilidad, mortalidad, indicadores, entre otros. Envío mensual con los FIAS y en condensados trimestrales y semestrales.
- **Análisis de poblaciones especiales:** Incluirá el análisis específico de las patologías crónicas objeto de programas y de la morbilidad por alto costo; igualmente el análisis del

consumo de medicamentos de alto costo, en forma mensual.
Informe de la ejecución de actividades de Promoción y Prevención, en forma mensual.

Información de la oferta de servicios de salud

- Frecuencias de uso de los servicios de salud establecidas por Fiduprevisora S.A. deberán ser informados mensualmente y en condensados trimestrales y semestrales.
- Información de los indicadores de procesos clínicos y administrativos, según lo definido en el componente de calidad, con especial énfasis en el sistema de referencia y contra referencia, atención al usuario. Periodicidad mensual y condensados trimestrales y semestrales.
- Información financiera: aquella que solicite Fiduprevisora S.A.

Soporte de la Información: Los RIPS deben ser enviados según la normatividad existente sobre la materia, en los tiempos establecidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información debe ser coherente con la registrada en los FIAS y el contratista deberá validarla para asegurar que cada RIPS corresponda a un cotizante y sus beneficiarios.

Acorde con las necesidades, Fiduprevisora S.A. podrá solicitar información adicional.

8. CALL CENTER

El proponente al que se le adjudique el contrato, deberá implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un Call Center con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios de su región, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud.

El Call center permitirá una difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud, ubicación de la red de servicios y calidad de estos. De igual manera facilitará la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.

Información para los usuarios

Los procedimientos para la atención del usuario buscan, además de atender todas las inquietudes, planteamientos y necesidades del usuario, traducir todas sus expectativas en estándares operativos del servicio.

Para lograr el funcionamiento adecuado del subsistema, se deberá trabajar teniendo como base los siguientes objetivos:

- Atender de manera personalizada, suficiente y oportuna las inquietudes y sugerencias de los usuarios de los servicios de salud del FNPSM, de tal forma que garanticen el adecuado y oportuno uso de estos por parte de los usuarios.
- Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar y responder oportunamente las inquietudes y sugerencias planteadas por los usuarios.
- Informar y orientar, bajo parámetros de oportunidad, las inquietudes que sobre la red de servicios, cobertura, procesos y demás procedimientos de la dinámica de prestación de servicios, se presenten.
- Retroalimentar la dinámica de prestación de servicios a partir de la sistematización de las inquietudes y sugerencias de los afiliados al FNPSM.
- Desarrollar estrategias para garantizar el ajuste de los servicios y procedimientos a partir de lo manifestado por los afiliados al FNPSM.
- El contratista deberá informar a Fiduprevisora S.A. sobre las fallas graves o controversias no solucionadas entre las partes que se presenten dentro de la ejecución del contrato,

relacionadas con sus propias redes o con las subcontratadas, a efectos de que ésta conozca en tiempo real lo acontecido, y pueda brindar apoyo o tomar una decisión, si a ello hay lugar.

Igualmente, el contratista se obliga a desarrollar dentro de éste subsistema las siguientes actividades:

- Dar respuesta por escrito no solo a las solicitudes planteadas por esta vía sino también a aquellas presentadas de manera verbal por parte de los usuarios, de acuerdo con la urgencia de la misma y ajustado a criterios establecidos por la Auditoría Médica o Fiduprevisora S.A. Desarrollar, en coordinación con las instancias pertinentes, las estrategias de información a fin de difundir amplia y periódicamente las características y modelos de prestación de servicios.
- Realizar actividades extramurales de información (centros educativos), de tal forma que se le facilite el acceso de los afiliados al FNPSM, así como a la escogencia de los prestadores de los servicios.
- Proveer retroalimentación a los diferentes actores del sistema (usuarios, Sindicato, Comités Regionales, Entidades subcontratistas). Con estas últimas observará y realizará el seguimiento de tal forma, que la información consolidada afecte positivamente la dinámica de servicios.

Atención de quejas

La atención de quejas y sugerencias de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, es una opción para identificar oportunamente los problemas y desde allí abordar correctivos que permitan el mejoramiento del servicio. Por lo tanto, es indispensable que los programas de salud implementen los espacios necesarios para atender solicitudes, quejas y sugerencias, toda vez que el usuario es el eje primordial y la razón de ser del sistema.

Para la atención de quejas es necesario que el módulo esté contenido dentro del organigrama de la entidad a la cual se le adjudique el contrato. Debe tener desarrollado su plan, incluyendo objetivos, estrategias, procedimientos, actividades, funciones, flujogramas e indicadores de gestión, así como también determinados los horarios de atención, los tiempos de respuesta de quejas, el recurso humano y las responsabilidades de los funcionarios.

A través de la Oficina de Atención al Usuario se garantizarán los recursos y áreas necesarias para que el usuario pueda tramitar su queja.

Atributos y derechos vulnerados	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras (económicas, geográficas, administrativas, demora o	Falta de oportunidad para la atención
		Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos
		Demoras en las remisiones
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Negación de las remisiones
		Restricción en el acceso por localización física o geográfica
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Insatisfacción por problemas de salud no resueltos
		Ineficacia en la atención
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad
		Recurso humano insuficiente
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
		Limitaciones tangibles del servicio
		Limitaciones en la información
		Percepción por parte del usuario de trato inequitativo
		Restricción en la libre escogencia
		No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario
		Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

1. Atención primaria integral

Se recoge en este aparte la Política de Atención Integral en Salud, en el componente “La atención primaria como estrategia básica”, que define a la percepción el enfoque de la atención primaria y la salud familiar, que permite superar las definiciones previas del Modelo de Salud Familiar del Magisterio:

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo con las potencialidades y necesidades existentes.

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud

- Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiar y sociales en lo referente al cuidado
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados
- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales
- Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios
- Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario
- Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada
- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad integradas, haciendo innecesarias múltiples referencias y autorizaciones.

El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutoria y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario y permite controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Así mismo, la población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye, pero trasciende a la persona y liga la comprensión del riesgo y la enfermedad a los determinantes familiares, sociales y territoriales. La población adscrita a un equipo de salud mejora su confianza en los servicios de salud a partir de los resultados positivos los cuales incluyen no solo un óptimo grado de resolución, sino también la gestión sectorial e intersectorial para garantizar continuidad e integralidad, incorporando servicios de salud pública, de altos niveles de complejidad y de otros sectores.

Dada la problemática que plantea una población del magisterio muy dispersa por razón del oficio, que hace difícil la organización a nivel municipal de familias y comunidades para el desarrollo de acciones colectivas, lo que sí es posible a nivel de centros urbanos y a nivel departamental, en especial con los principales grupos de riesgo.

La Resolución No. 1383 de 2013, que adopta el Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, aplica igualmente para el Sistema de Salud del Magisterio.

Salud Mental

Aplica al Sistema de Salud del Magisterio Ley 1616 de 2013, o Ley de Salud Mental, por lo cual el contratista, como señala el Art. 1, debe "garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud".

2. GRUPOS DE RIESGO

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Esta selección debe hacerse bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral.

2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Incluye las acciones, planes y programas desarrollados integralmente con el fin de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable. Se tendrán en cuenta los programas preventivos de acuerdo con las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen.

El objetivo principal de los programas de promoción y prevención es desarrollar y adoptar en forma obligatoria actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.

Fiduprevisora S.A., realizará las actividades de vigilancia y control del cumplimiento de las actividades de Promoción y Prevención establecidas en este programa, dentro de la normatividad.

Para el seguimiento y el fortalecimiento de la gestión en salud, en relación con las acciones del Plan de promoción y prevención, se adopta la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y mediante la información reportada a través de los FIAS. (Los cuales deberán ser modificados de acuerdo con las necesidades).

De igual manera, el reporte de Indicadores Centinela solicitados por los diferentes entes de control, se remitirán a Fiduprevisora S.A., con la periodicidad y características que se soliciten.

Aplicase en la población de magisterio lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1384 de 2010 – Ley Sandra Ceballos- en lo que tiene que ver con las acciones de promoción y prevención

para el control del cáncer. Para ello se tendrá en cuenta a la hora de programar las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer lo preceptuado en el numeral d del Artículo cuarto de la citada Ley: *“d) Nuevas tecnologías en cáncer. Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.”*. Se favorecerán las aplicaciones de nuevas tecnologías en el autocuidado para la prevención de la aparición de cáncer.

2.2. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

Se deberá remitir a Fiduprevisora S.A., dentro de las fechas establecidas en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud “Especificaciones para la transferencia de datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

2.3. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA ORIENTADOS A LA GESTIÓN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS

La acelerada urbanización de nuestro país, especialmente el enorme crecimiento de las ciudades también crea las bases para un enorme agrupamiento de pacientes con trastornos crónicos que hacen más factibles estos programas, pues millones de habitantes concentran problemas y posibilitan soluciones en términos de costos.

Estos programas deben revisar los avances en los protocolos, los modelos de atención, las adaptaciones del personal de los programas, los criterios de admisión, las estrategias de educación a la familia, las formas de control de la ansiedad del paciente y su familia, el manejo de los apoyos diagnósticos, el diseño de tiempos y movimientos, las herramientas de comunicaciones y transporte, los instrumentos y desarrollos administrativos, el control de calidad de los servicios y la auditoría de estos programas, se podrán observar los importantes y afinados desarrollos tecnológicos logrados en el país.

En relación al desarrollo de estrategias para manejo a distancia del paciente, estas rompen en el mundo desarrollado cada día más los límites tradicionales de espacio y tiempo en el tratamiento, al permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia. Si los pacientes en tratamiento, cuando salen de la institución, de su hospitalización o tratamiento ambulatorio, tienen garantizado el acceso permanente para resolver sus inquietudes mediante distintas vías de comunicación, el acceso a urgencias o retorno acelerado ante la angustia del paciente y su familia deja de existir en la práctica, pues cualquier retorno será concertado y programado, salvo ciertas circunstancias de complicaciones agudas.

La atención a través de programas permite una mayor estandarización de la intervenciones, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE REDES INTEGRALES DE ATENCIÓN

Una Red de Servicios de Salud es un conjunto articulado de instituciones de salud ordenado por niveles de complejidad para atender a los afiliados en forma integral, de acuerdo con sus necesidades de salud, con modelos administrativos y/o asistenciales que organizan las rutas de atención bajo los criterios que se establecen para el Sistema de Salud del Magisterio desde el FNPSM.

La Atención Primaria con enfoque en Salud Familiar coordina el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. La población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye, pero trasciende a la persona y liga la comprensión del riesgo y la enfermedad a los determinantes familiares. Hace énfasis en el Autocuidado, promoción y mantenimiento de la salud. Articula la atención del equipo multidisciplinario con los programas de promoción y prevención.

El modelo ajustado de prestación de servicios, además incluye:

- Redes integrales de prestación de servicios de salud individual
- Cobertura integral por grupos de riesgo
- Aplicación de las tecnologías de información y de las comunicaciones en los procesos de salud y su apoyo, que permita acercar al paciente a los servicios de la red y la red prestadora a la entidad responsable de pago y Fiduprevisora.
- Aplicación de incentivos por cobertura integral y gestión del riesgo en salud.
- Indicadores de Gestión del riesgo en salud a nivel departamental
- Caracterización actualizada de la población, unificada por un sistema de base de datos por perfil poblacional y morbilidad.

La red solicitada y ofertada estará conformada por prestadores de servicios de salud (sedes, IPS) que deben estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y estar incluidos dentro de la clasificación de prestadores de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014.

Todos deben cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilitación establecidos por la Ley y por el presente documento de selección de contratistas, siendo éstas condiciones de obligatorio cumplimiento desde el momento mismo en que se inicie la ejecución del contrato.

En tal virtud, para efectuar cualquier modificación de la red ofertada, deberá demostrarse previamente que el nuevo prestador IPS cumple con todos los requisitos de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014 y que tiene habilitados los servicios de la IPS que sustituye. El proceso requerirá notificación y aceptación por parte de Fiduprevisora.

El proponente deberá disponer de una red principal y una red alterna o complementaria, formalmente contratada, que deberá garantizar y presentar en la oferta, para cubrir la eventualidad de que algún prestador no pueda cumplir con las necesidades en salud del docente y sus beneficiarios.

El Proponente debe garantizar la prestación integral de los servicios de salud mediante la articulación de todas las instituciones que componen los diferentes niveles de complejidad de la red que oferte.

La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Suficiencia de la red y prestadores de servicios de salud
- Cumplimiento de la red de servicios de acuerdo con la oferta y la propuesta técnica por prestador
- Capacidad instalada de la red de servicios acorde con la caracterización de la demanda
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- Evaluación de los atributos del SOGC: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

La prestación de los servicios de salud se realizará a través de las redes integradas de servicios de salud, por nivel de complejidad, de acuerdo con el perfil poblacional, con enfoque de riesgo, privilegiando el control de las patologías que afectan más gravemente la salud de los afiliados.

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los afiliados y beneficiarios del Magisterio incluye los tres niveles de complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades reguladas por las sociedades científicas, además del transporte dentro y fuera de la región. Incluye asimismo las actividades de Promoción y Prevención. La totalidad de los servicios se contratará bajo la modalidad de capitación e implicará la obligación de garantizar, directamente, la prestación integral del Plan de Atención de Salud del Magisterio.

La prestación del servicios de salud que se pretende contratar a través del presente Proceso de Selección deberá garantizar las características fundamentales del Sistema de Garantía de Calidad para la atención en salud del Magisterio, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y, para el caso del Magisterio, además, las establecidas en los Acuerdos del CDFNPSM, las cuales deben garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios a los afiliados.

Para ello los contratistas deberán utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar y asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada. Por lo tanto, el contratista debe responder de manera integral por el manejo del riesgo y la garantía de los servicios médicos asistenciales incluidos en estos documento de selección de contratistas, y será responsable de la atención en salud de los usuarios del servicio.

La cobertura de servicios debe ser ofertada en las áreas geográficas denominadas Regiones, las cuales se encuentran definidas en el presente documento de selección de contratistas, y debe garantizarse, como mínimo, la prestación de Servicios de baja complejidad en el municipio de residencia del afiliado, los servicios de mediana complejidad en la ciudad más cercana y la alta complejidad, para atender el principio de contigüidad con la siguiente prioridad: primero en el mismo departamento, después en la misma región y por último, cuando no existen algunos servicios dentro de la Región, en la gran ciudad más cercana que los preste a través de red contratada, de acuerdo con la oferta existente en la zona.

4. ACCESO A LOS SERVICIOS

Para acceder a cualquiera de los servicios del Plan el afiliado acreditará sus

derechos mediante su documento de identidad.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contra referencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional (prestador- contratista) que evite incomodidades y trámites al usuario o a sus familiares, acorde con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 y la Política de Atención Integral en Salud.

El Prestador deberá garantizar la disponibilidad de atención en línea al afiliado, mediante aplicación de internet que automatice el acceso a los usuarios al servicio y todos sus trámites administrativos, en especial el proceso de remisión, y todos los anexos técnicos en el marco normativo del Decreto 4747 de 2007.

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio. Igualmente la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio o costos desmedidos en la ciudad cercana, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Para garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales etc, se informara al coordinador departamental del prestador, con copia a Fiduprevisora, quien se encargará de gestionar los trámites administrativos necesarios para garantizar la continuidad de la atención en salud a cargo de otro contratista regional por periodos no mayores de seis meses, con cargo al prestador remitente. Para periodos superiores se tramitará el traslado definitivo del afiliado, con su pago por capitación, a otro departamento o región.

La prestación de la atención básica se garantizará tan cerca como sea posible al sitio de residencia del docente y de cada uno de sus beneficiarios. Cuando el afiliado resida en el área rural y la dispersión poblacional le facilite en tiempo el acceso geográfico a una cabecera municipal diferente a la de su municipio de residencia, el afiliado podrá escoger para la atención básica una sede de atención del municipio más cercano.

En el caso de requerir cambio de sede de atención para el afiliado o sus beneficiarios, el usuario debe solicitarlo por escrito al coordinador departamental del Prestador, señalando los motivos de la solicitud y la sede de atención elegida dentro de la red ofertada por el contratista para continuar siendo atendido. Si el usuario manifiesta insatisfacción con la atención recibida en la IPS asignada podrá solicitar igualmente el cambio de sede de atención o IPS.

En los municipios de la región donde exista oferta de la consulta de ginecología, esta consulta no requerirá referencia de médico general, por lo tanto se entiende que hace parte de la puerta de entrada al sistema y se garantizará el acceso directo a éste servicio, para lo cual el contratista implementará el modelo de consulta y lo divulgará oportunamente. La atención del parto la realizará el especialista en los casos de embarazo de mediano y alto riesgo y en todos los casos en las ciudades capitales y en las que se encuentre disponibilidad de estos servicios de acuerdo con la evaluación de riesgo y de conformidad con lo estipulado en los protocolos y guías de manejo establecidas por el Ministerio de Salud y de Protección Social o con los desarrollos de la ciencia médica en materia de control prenatal, atención de parto y posparto.

En los municipios de la región donde exista oferta de la consulta de pediatría, esta consulta no requerirá referencia de médico general, y por lo tanto se entiende que hace parte de la puerta de entrada al sistema y el contratista garantizará el acceso directo a éste servicio, para lo cual implementará el modelo de consulta y lo divulgará oportunamente.

La alta complejidad y eventos de alto costo se garantizarán a través de la oferta disponible geográficamente, previa evaluación de habilitación, experiencia específica y estándares de calidad superiores (acreditación, integralidad, interdependencia de servicios, habitaciones unipersonales), enmarcada dentro de un sistema único de información en línea y compatible con sistemas de información propios de FNPSM.

Como establece el Artículo 15 del Resolución 2003 de 2014 sobre la Garantía de la prestación de servicios, *“Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Institución Prestadora de Servicios y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes”*.

5. SEDES EXCLUSIVAS

Los Proveedores del Magisterio deberán garantizar sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades, así:

Tipo A en ciudades con más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los “Nuevos Departamentos”. En caso de ciudades CAPITALES DE DEPARTAMENTO o Distritos con más de 500.000 habitantes, una por cada 15.000 afiliados, o fracción. Las sedes tipo A deberán ser de carácter exclusivo, es decir, solo se atenderán afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Deberán garantizar la atención básica y la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede A deberá ser un profesional de la salud con postgrado en áreas relacionadas con la administración de la salud o la salud pública, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede.

Tipo B, en ciudades entre 100.000 y 300.000 habitantes. Las sedes tipos B consistirán en áreas exclusivas dentro o anexas a una IPS de segundo o tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofertada, o bien sedes independientes. Deberán garantizar la atención básica, así como la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede tipo B deberá ser un profesional de la salud con postgrado en áreas relacionadas con la administración de la salud o la salud pública, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 2.000 afiliados, se exigirá sede tipo C.

Tipo C, en municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes, capitales de los “Nuevos Departamentos” y municipios con menos de 50.000 afiliados con más de 1.500 afiliados al

Sistema de Salud del Magisterio, consistirán en áreas exclusivas dentro de una IPS de segundo nivel de complejidad, de la red ofertada, o sedes independientes. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede tipo C deberá ser un enfermero/a profesional, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio de este rango tiene menos de 500 afiliados, se exigirá sede tipo D.

Tipo D, en municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio pero más de 500. Esta sede deberá garantizar cuando menos un consultorio exclusivo para medicina y otro para odontología. La coordinación de la sede estará a cargo de un Auxiliar de Enfermería, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede.

Las sedes exclusivas locativamente independientes a una IPS habilitada, deberán estar habilitadas por el contratista en un término de 30 días, a partir de la firma del contrato.

En el caso de áreas metropolitanas o zonas conurbadas reconocidas para el Régimen Contributivo, el proponente debe decidir si integra la oferta para el área metropolitana o la presenta para cada municipio independientemente. En el primer caso debe definir los municipios integrados y sumar las poblaciones para calcular el cumplimiento de los requisitos de las sedes exclusivas.

6. ASIGNACIÓN DE CITAS

Como parte integral del proceso de atención y de apoyo asistencial, el contratista dispondrá de una estructura organizacional exclusiva e independiente para la asignación de citas y para la atención de los afiliados al FNPSM apoyada en una plataforma de información que permita la trazabilidad del proceso administrativo desde el registro de la solicitud de atención hasta la atención efectiva.

El modelo de asignación de citas será sistematizado en todas las sedes exclusivas, así como en las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contra-referencia. El sistema debe estar en red en las sedes exclusivas, IPS propias del contratista y en la mayor cantidad posible de IPS y centros de apoyo diagnóstico y terapéutico contratados que forman parte de la red de servicios.

En las sedes exclusivas y las IPS propias del contratista las agendas no podrán estar cerradas por ningún motivo y siempre deberán ser asignadas en respuesta a la solicitud. El contratista no podrá permitir, en los contratos con otras IPS, agendas cerradas, que se agoten en un tiempo breve, (primeras horas del día o primeros días del mes) y restrinjan seriamente el acceso de los afiliados.

El modelo de salud del magisterio está apoyado en una UPCM que incluyó en su cálculo económico una frecuencia de consultas ambulatorias y sus servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico muy superior a la del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud, por lo que no acepta restricciones en el acceso a estos servicios.

El usuario podrá solicitar la asignación de citas en forma personal, vía telefónica, vía correo electrónico y/o vía web. Para la acreditación de los derechos será suficiente el documento de identidad, que el contratista debe verificar en la base de datos de afiliados entregada por Fiduprevisora.

La entidad tendrá diseñado un mecanismo telefónico, al igual que mecanismos vía página web y correo electrónico, para la confirmación y cancelación de citas. Al usuario se le entregará por

escrito cuando la solicite, la fecha y hora de la cita, así como también el nombre y dirección del profesional que lo atenderá.

Para los casos que ameriten atención prioritaria, el contratista contará con modelos específicos que garanticen una atención oportuna de acuerdo al estado de salud del paciente o a casos específicos. Se incluyen como prioritarios, los afiliados al FNPSM que sean remitidos de otros municipios por no contar ahí, con la oferta de servicios necesarios.

Las citas médicas y odontológicas de primera vez se asignarán de acuerdo a los estándares de oportunidad establecidos en el Documento de Selección de Contratistas. Los controles programados y ordenados por médicos u odontólogos se convertirán automáticamente en citas, sin requerimiento de nueva solicitud, y responderán igualmente a los estándares establecidos. La consulta médica especializada se asignará, previa presentación de la orden de remisión o de interconsulta elaborada por el correspondiente médico general de la entidad.

7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El contratista y la Red integrada de IPS debe garantizar la implementación de mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia ajustado a las directrices y parámetros de las normas legales que regulan la materia y a los que determine Fiduprevisora S.A. Estos mecanismos deben ser ágiles, oportunos, disponer de plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados, y deben ser ampliamente divulgados a toda la población del Sistema de Salud del Magisterio.

El contratista garantizará la existencia de una Coordinación Departamental de la Red de servicios, responsable de resolver todas las solicitudes de referencia de pacientes ordenadas por los médicos y de hacer llegar la información de los diagnósticos, tratamientos y recomendaciones dadas a los pacientes en los servicios de mediana y alta complejidad al equipo profesional responsable de la atención básica del afiliado y su familia en el primer nivel de atención, o en el primero y segundo nivel de atención, cuando estos estén integrados, como en el caso de los programas de enfermedades crónicas o la atención de pediatría directa del especialista.

Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere en el nivel de complejidad superior, agenciando debidamente las necesidades del usuario y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, dejando al afiliado la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.

El modelo de referencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia; para lo cual los niveles de complejidad deben tener una capacidad de respuesta adecuada y suficiente. La referencia no exonera al contratista de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del paciente en la institución que lo recibe.

El proponente deberá contar con un sistema de información en línea que gestione la referencia y contra-referencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso. Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la red como para Fiduprevisora S.A.

El Sistema de Referencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada por la Fiduprevisora S.A. para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible según la ley de Hábeas Data, que brinde soporte 24 horas los siete días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación del informe semestral al ministerio de la protección

social y bajo el marco del decreto 4747 de 2007, resolución 3047 del 2008, y resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico

8. TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES AL SERVICIO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contra-referencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

Por ello los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra-referir a los pacientes (un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados). Ello no impide que se remita al paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, es esencialmente necesaria. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada en salud, el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología, también la relación y conectividad de la red prestadora con su entidad responsable del pago (ERP) en los ítems relacionados con el modelo de aseguramiento aquí expuesto. Entiéndase por ejemplo la necesaria automatización de las relaciones entre la red de prestadores y su asegurador (FNPSM), o por ejemplo la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre sus actores, o por ejemplo los beneficios de la automatización de un sistema de referencia y contra referencia con su respectiva trazabilidad.

Para el FNPSM es prioritario garantizar al magisterio para la prestación de servicios de salud, condiciones de Acceso, Oportunidad, Resolutivez y eficiencia en el uso de los recursos desde la atención primaria hacia la complementaria. Se establece el compromiso de implementar un modelo de atención médica con apoyo de telecomunicaciones modernas (con equipos de telemedicina o no) que permita el acceso integral, (procesos, equipos médicos, software y Talento Humano especializado), con especial desarrollo a partir de las sedes propias y los programas de prevención secundaria para enfermedades crónicas.

Los contratistas que sean seleccionadas deben comprometerse a implementar progresivamente este desarrollo tecnológico y desarrollar sus mecanismos de operación. Para la presentación de las propuestas, se debe adjuntar la identificación de sedes propias, centros de Referencia e IPS donde se implementaran en los primeros seis (6) meses los programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones, con sus respectivas especialidades.

9. SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL

Son las actividades, intervenciones, procedimientos e insumos necesarios para la atención integral de los problemas de salud de los afiliados del fondo en los diferentes niveles

de complejidad. Las actividades, intervenciones y procedimientos son aquellos definidos en los CUPS por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos servicios de igual forma buscan incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto mutuo y convivencia pacífica familiar y comunitaria.

9.1. Atención Básica Familiar

De conformidad con la Política de Atención Integral en Salud, “El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario.

El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutoria y la calidad de los servicios primarios de salud y permite controlar la remisión a los servicios complementarios de alta complejidad sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Para la atención básica médica familiar se asignará a los afiliados y su familia un proveedor que ofrezca el equipo multidisciplinario con este enfoque, junto con los apoyos diagnósticos y terapéuticos correspondientes al primer nivel de complejidad. El médico que lidera el equipo multidisciplinario responderá en último caso por el adecuado estado de salud de cada uno de los usuarios asignados; realizará las actividades de consulta médica general y tratamientos médicos y será el encargado de las referencias de pacientes sin restricciones al segundo nivel de especialidades básicas y de recibir los pacientes en la contra referencia. La formulación de medicamentos estará sujeta al tipo de patología y no tendrá restricciones.

Se incluirán adicionalmente dos especialidades médicas básicas con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención, Pediatría y Ginecoobstetricia, en los municipios donde exista oferta de estos servicios y, adicionalmente, se contará con especialista de medicina interna en las sedes donde estén operando los programas de prevención secundaria para el control de patologías crónicas. Las demás especialidades y subespecialidades médicas estarán garantizadas a través de referencia de pacientes dentro de la ruta integral de atención.

El prestador primario no necesariamente comprende a un único prestador de servicios que desarrolla todas las actividades de atención primaria. Más bien comprende a un componente de una red integral, el cual, de acuerdo a las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con diferentes capas de prestación. Estas incluyen:

- Capa de atención comunitaria que implica acciones extra murales brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico. Incluye los programas de promoción y prevención.
- Capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.
- Capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.

9.2. Atención Domiciliaria

Es la atención ambulatoria que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales, previa recomendación médica, con la participación de su familia y con los recursos necesarios para brindar una atención con calidad. Se debe garantizar en todos los municipios la atención básica domiciliaria para aquellos usuarios cuya patología no permitan su traslado al centro de atención básico establecido. En caso que este mecanismo no se pueda implementar el contratista deberá garantizar el traslado en el medio de transporte apropiado, ida y vuelta, hasta el centro de atención, a sus costas.

La modalidad de atención domiciliaria para pacientes que requieran cuidados permanentes, incluida la hospitalización en casa, se brindará, previa recomendación médica, siempre que esté garantizado el equipo multidisciplinario asignado para estos programas, que debe incluir al médico y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con participación y educación de la familia en el cuidado, así como apoyo telefónico permanente, de acuerdo con las Guías de Atención Integral o protocolos reconocidos a nivel nacional e internacional y adoptadas por el contratista para tal fin. El proveedor deberá ofrecer y gestionar la operación de estos programas especialmente para pacientes oxígeno-dependientes y para pacientes con carcinomas en fase IV, que requieren cuidados paliativos y manejo del dolor, así como para otras patologías que ocasionen permanentes reingresos hospitalarios, sin el apoyo y la educación de la familia, en todas las ciudades de más de 250.000 habitantes, pero también en ciudades con menos habitantes, en el caso de que haya oferta de este servicio. En ningún caso se seleccionará esta modalidad de atención para pacientes inconscientes o sin capacidad de comunicación con sus familiares, quienes deberán ser atendidos en instituciones especiales.

9.3. Atención de Urgencias

Los servicios de urgencias están garantizados por la Ley en cualquier IPS del territorio nacional, sin necesidad de acreditación de derechos por parte de los afiliados y beneficiarios. Entendiendo que se refiere a las atenciones que se derivan de alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y requieren la protección inmediata en una unidad de servicios de salud, con el fin de preservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Los proveedores del magisterio y toda su red de servicios deben atender también las urgencias menores de los afiliados y beneficiarios de otras regiones que por cualquier causa se hayan desplazado de su municipio y requieran este tipo de atención, previa acreditación de sus derechos a través del documento de identidad, facturando los servicios prestados a las tarifas definidas por la normatividad vigente para este tipo de

servicios al proveedor responsable de sus servicios, aunque no medie convenio o contrato con el mismo.

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

- Para la atención de urgencias diferente a la vital, el usuario acreditará sus derechos con la presentación documento de identidad; los datos complementarios serán diligenciados por el acompañante del paciente y el usuario será directamente atendido por el médico de urgencias.
- En todos los casos la atención de urgencias será oportuna e integral, es decir, se deben realizar la totalidad de actividades, procedimientos e intervenciones y suministrar la totalidad de los medicamentos e insumos, ordenados por el médico tratante de forma inmediata
- En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro (24) horas, o cuarenta y ocho (48) en fin de semana, tiempo límite para que se le defina conducta y se acuerde el traslado con el proveedor responsable del afiliado.
- Urgencias por fuera de la red: Cuando el usuario haga uso de una red de servicios distinta a la que el contratista haya establecido para el manejo de estos casos, por razones claramente documentadas y justificadas por la entidad tratante, los costos de la atención de la urgencia justificada , deben ser recobrados por la IPS que atendió la urgencia al Contratista de la Región del Usuario, máximo a las tarifas SOAT vigentes a la fecha de la prestación. Si en forma irregular la IPS cobró la atención de la urgencia vital al afiliado del Sistema de Salud del Magisterio, el Prestador deberá reembolsar dicho dinero, tras pagar la cuenta a la IPS respectiva.
- Aplica para el Sistema de Salud del Magisterio la Resolución 5596 de 2015, que establece los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”, que debe ser aplicado en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

9.4. Traslado de Pacientes

Los traslados de los pacientes está a cargo del prestador y tiene el objetivo de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención y se dan como consecuencia de las remisiones que ordene el médico tratante.

La cobertura de los traslados es la siguiente:

- Para los servicios ambulatorios, cuando en razón al enfoque terapéutico se requiera de una técnica, práctica o especialidad que bien no exista en el municipio o se presente una deficiencia sobreviniente en aquel de la red de servicios establecida por el contratista.
- Para los casos de urgencias vitales dentro del municipio, del departamento, de la región y del país. Cuando se trate de traslados dentro del municipio, se tendrá en cuenta la oferta existente de ambulancias.
- Para los casos de pacientes hospitalizados que requieran de atención complementaria dentro del municipio, del departamento y de la región o fuera de ella.
- Para los casos de pacientes que requieran servicios ambulatorios básicos que no se presten o que no se encuentren disponibles en la zona rural de residencia.

- El médico remitente determinará si el paciente requiere transporte medicalizado en cualquiera de las versiones terrestre, fluvial o área.

9.5. Servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica

Como parte de los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se programarán y ejecutarán todos los procedimientos CUPS que se requieran para complementar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

9.6. Atención Médica Especializada.

Estos servicios están conformados por las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. El contratista debe disponer en su red de servicios de todas las especialidades y subespecialidades aprobadas o convalidadas por el **Ministerio de Educación Nacional**, que le permitan garantizar de manera óptima y oportuna la prestación de los servicios ambulatorios de segundo y tercer nivel de complejidad, objeto del contrato.

9.7. Atención Odontológica General y Especializada

La atención odontológica general y especializada debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, cuando menos una a la semana, en día y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento se considerará una barrera de acceso.

La atención odontológica especializada es la que se realiza por odontólogo especializado en Endodoncia, Odontopediatría, Periodoncia y Cirugía Oral y Maxilofacial. Los pacientes con patologías odontológicas consideradas de alta complejidad, son susceptibles de estudio en comités de pares. Los controles deben ser fijados de acuerdo con la patología y el tratamiento instaurado. Los tratamientos terminados no tendrán una duración mayor a los tres meses siguientes a su iniciación, salvo situaciones clínicas que ameriten otra conducta.

9.8. Servicios de Rehabilitación

La rehabilitación estará dirigida a evaluar, mejorar o recuperar la capacidad funcional o laboral, perdida por causa de enfermedad o accidente. En ese orden, involucra las acciones necesarias para la recuperación de la capacidad funcional perdida o disminuida por causa de enfermedad general, enfermedad profesional o accidente de trabajo. Dichas acciones se ubican en todos los campos de las terapias existentes y avaladas por sociedades científicas, así como la adaptación y el entrenamiento para el manejo de prótesis u órtesis.

La rehabilitación igualmente debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento de rehabilitación se considerará una barrera de acceso.

Corresponde al contratista el suministro de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica. Esto obedecerá a una prescripción médica, en los casos necesarios y podrán darse en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. Se garantizará

el suministro de elementos tales como muletas o sillas de ruedas, en calidad de préstamo.

9.10. SERVICIOS HOSPITALARIOS

Los servicios hospitalarios serán cubiertos en de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de acuerdo con la oferta en el segundo y tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofrecida por el prestador. En el primer nivel de complejidad, atendido por médico general, se contempla únicamente la hospitalización en observación hasta que se decida si es necesaria la remisión al segundo nivel o está superado el problema de salud.

La hospitalización de pacientes requerirá de un consentimiento informado, firmado por el paciente, para ser sometido al tratamiento hospitalario o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que se requieran para preservar, mejorar o restaurar la salud del paciente. En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro cognitivo o imposibilidad para actuar por sí mismos, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el respectivo consentimiento informado.

El consentimiento debe ser diligenciado en un formato que observe las especificaciones definidas en las normas que lo regulan.

La hospitalización se deberá garantizar en habitación unipersonal y se permitirá el acompañamiento de un familiar, salvo inexistencia comprobada de tal servicio en la IPS o el municipio en que se solicita dicha hospitalización, caso en el cual el prestador deberá siempre ofrecer la alternativa de hospitalización en otro municipio, para ser considerada por el afiliado al Sistema de Salud del Magisterio.

9.11. SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Los servicios quirúrgicos serán cubiertos en el segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de conformidad con la oferta, identificando los tipos de especialidades que atenderán. En los servicios quirúrgicos se incluyen todos los elementos, materiales, insumos y medicamentos que se necesiten así como los equipos necesarios para la realización de los procedimientos, para dar atención integral al paciente. En el primer nivel de complejidad sólo se autorizan procedimientos quirúrgicos menores o los necesarios para estabilizar a un paciente para su remisión a un nivel superior.

Las intervenciones quirúrgicas de pacientes requieren de un consentimiento informado suscrito por el paciente, para ser sometido al procedimiento recomendado para preservar, mejorar o restaurar la salud, en el que conste que ha sido advertido del balance entre beneficios y riesgos posibles del procedimiento. En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro cognitivo o imposibilidad para actuar por sí mismo, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el consentimiento. Dicho consentimiento deberá ser diligenciado en un formato que observe las especificaciones definidas en las normas que lo regulan, salvo en los casos de urgencia vital, impotencia absoluta del paciente y ausencia de un familiar directo que pueda remitir el procedimiento.

La IPS que preste servicios quirúrgicos deberá cumplir con la necesaria interdependencia y complementariedad de servicios en las IPS o sedes de segundo y tercer nivel de complejidad, para garantizar una atención segura e integral a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Realizar cirugías que conllevan riesgos en una IPS sin los servicios complementarios y de apoyo del correspondiente nivel de complejidad, capaces de minimizar dichos riesgos, será considerado un proceder irregular, que amerita investigación.

9.12. SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Deberán ser garantizados de manera integral conforme la definición de los mismos por la red ofertada por el proponente, teniendo en cuenta los criterios de suficiencia, capacidad instalada, caracterización de la demanda y ubicación geográfica.

Los servicios de alta complejidad podrán ser contratados por diferentes modalidades de contratación excepto por cápita. No habrá lugar a la prestación de servicios de alta complejidad con prestadores no contratados, salvo servicio extraordinario que no fue contemplado por su bajísima frecuencia.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A.. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo, Fiduprevisora S.A. podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al proveedor. Igualmente, por excepción, podrá realizar pagos directos cuando se demuestre afectación del servicio por mora en el pago a los prestadores.

9.13. SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Los servicios farmacéuticos contenidos en este Plan de Beneficios del Magisterio incluirán los medicamentos ordenados por el médico tratante, siempre y cuando estén debidamente registrados ante INVIMA y los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad que hayan sido formulados por los médicos del servicios de promoción y prevención, familiares, domiciliarios, de urgencias y por el odontólogo general, en las sedes para la atención básica familiar en el que esté inscrito el afiliado.

Los medicamentos, en principio deberán ser formulados bajo denominación común internacional y su entrega podrá ser bajo presentación genérica o comercial de acuerdo con la disponibilidad en el país.

Se deberá garantizar la entrega inmediata de todos y cada uno de los medicamentos formulados a los usuarios, sin cambio de los mismos por parte de los funcionarios de farmacia, en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias, programas de promoción y prevención, egresos hospitalarios y postquirúrgicos, y atención domiciliaria en los que se tiene la identificación de los pacientes y de sus necesidades terapéuticas.

Cuando se generen medicamentos pendientes, su entrega se realizará dentro de las 24 horas siguientes a la formulación del mismo, como caso excepcional. El contratista deberá desarrollar las plataformas necesarias para el control del servicio farmacéutico de conformidad con los requerimientos que determine Fiduprevisora S.A. que deberá incluir un indicador de faltantes o pendientes y hacerle seguimiento mensual, para el cumplimiento de metas.

El proponente deberá presentar para cada municipio de la región las farmacias de despacho de la red principal y las correspondientes a la red alterna, en los distintos niveles de complejidad, para suministrar los medicamentos pendientes o definitivamente no entregados en el tiempo previamente establecido. Al afiliado se le debe garantizar el acceso directo a la red alterna de farmacias cuando hayan trascurrido 48 horas de la negación del servicio en la farmacia de la red principal.

10. GUÍAS DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Se adoptan todas las normas técnicas basadas en la evidencia expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las enunciadas a continuación: Bajo peso al nacer, Alteraciones asociadas a la nutrición, Infección respiratoria aguda, Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera, Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar, Meningitis Meningocócica, Asma bronquial, Síndrome convulsivo, Fiebre reumática, Vicios Refracción de Estrabismo y Cataratas, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hipertensión arterial, Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo, Menor y Mujer Maltratados, Diabetes Juvenil y del Adulto, Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, Lepra, Malaria, Dengue, Leishmaniasis cutánea y visceral, Fiebre Amarilla, Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA y Enfermedad de Chagas, Cáncer menor de 18 años, Zika, Chikunguya, consumo de antibióticos, ceguera por tracoma, Cólera, ESAVI, Consumo de sustancias psicoactivas, Fiebre tifoidea, Amarilla, Hepatitis A, B , Infección Respiratoria Aguda IRA, Infecciones asociadas a dispositivos, Intento de suicidio, Intoxicaciones, Lepra, Parálisis flácida, sarampión, rabia, mortalidad perinatal o neonatal, mortalidad materna, resistencia bacteriana, oncocercosis, rotavirus, sífilis gestacional y congénita, y todos eventos actualizados por el Instituto Nacional de Salud.

Se adoptan igualmente para el Sistema de Salud del Magisterio todas las normas técnicas basadas en la evidencia para el tratamiento de diferentes patologías expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

11. AJUSTE AL MODELO DE ATENCIÓN CON ÉNFASIS EN PRIORIDADES DE MORBILIDAD - PROGRAMA OBLIGATORIO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA TRASTORNOS METABÓLICOS

11.1. EL DESARROLLO DE UN MODELO

Los modelos de atención hacen énfasis en la relación entre las instituciones de salud, sus recursos humanos y los ciudadanos que demandan atención, pretendiendo muchas veces modificar tanto la oferta como la demanda de los servicios relacionados con un problema de salud determinado.

Los modelos de atención incluyen forzosamente un fuerte componente de adecuación tecnológica, dados los avances recientes en el arsenal terapéutico, pero con una reflexión sobre la tecnología apropiada para nuestro país, dado que los modelos de intervención aplicables en países desarrollados no siempre son costeables en países de bajos recursos, lo que supone un ejercicio constante de administración de salud para lograr un adecuado equilibrio entre el costo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el grado de protección para los pacientes, de tal modo que se logre el consenso y la viabilidad financiera, jurídica y cultural.

11.2. ANTECEDENTES

Ajuste propuesto por Mesa Técnica en 2013

Fijado como uno de los objetivos de la mesa técnica creada por el CDFNPSM en 2013, se propuso un ajuste al modelo de atención en salud del plan de atención en salud para las enfermedades de mayor prevalencia, que mejore la calidad en la atención de salud. Una vez analizada la morbilidad, se decidió priorizar dos grupos de patologías que afectan a los afiliados. El primer grupo se determina en función del perfil demográfico de los maestros, trabajadores y pensionados (cotizantes), con una media de edad superior a los 50 años y con una gran concentración entre los 45 y los 60 años.

La hipertensión esencial ocupó en 2013 el cuarto lugar de los motivos de consulta externa, pero el primero como diagnóstico médico real, si se excluyen las causas odontológicas, con 123.370 consultas, más de un 4% del total. Los trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos se encuentran en el sexto lugar, pero como diagnóstico médico en el segundo, después de la hipertensión arterial, con 108.888 consultas, que también representan un 4% del total de consultas. En el puesto 15 se encuentra la diabetes mellitus con 46.742 consultas, un 2% del total. Los tres diagnósticos representan más del 10% de las consultas.

Se identificaron para 2013 176.589 afiliados en el grupo de patologías que internacionalmente se agrupan en el llamado “síndrome metabólico” y se manejan como un solo problema de salud, dado que sus causas reúnen múltiples elementos comunes, sus efectos derivan igualmente en problemas de salud comunes más graves, como las afecciones cardíacas, vasculares y renales, que se encuentran entre las primeras causas de mortalidad del país y por ello se agrupan igualmente en los llamados programas de prevención del riesgo cardiovascular y de la enfermedad renal crónica, que es la enfermedad más costosa del sistema colombiano de seguridad social en salud. Es evidente que los 176.589 afiliados que ya se encuentran en el periodo patogénico por patologías que agrupamos en el “SM”, requieren una acción decidida del servicio de salud del magisterio.

Se estimó que el manejo de la enfermedad de la Diabetes comprometió en el periodo mayo 2012 a abril 2013, aproximadamente el 2,6% del gasto total de la UPCM, es decir \$22.527 millones. La Hipertensión Arterial – HTA- es un rasgo frecuente en las personas. Se aprecia que en Colombia, el 23% de los adultos tiene hipertensión. De no ser manejada adecuadamente, ésta puede llevar a que se desarrollen problemas en diferentes órganos del cuerpo, como el corazón, los riñones o los ojos. (Guía de atención. Ministerio de Salud)

Aunque las cifras no garantizaban registros exactos sobre el grupo de enfermos, se encontraron 176.589 personas dentro del grupo de SM, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla. Distribución de afiliados con diagnóstico asociado a Síndrome Metabólico 2013

PATOLOGIA CON 1 DX	HTA	DISLIPIDEMIAS	OBESIDAD	DIABETES	ERC	TOTAL
No. DE PERSONAS	70.361	32.920	18.038	11.009	1.002	133.504
PORCENTAJE	53	25	14	8	0	100

Tabla. Distribución de afiliados con más de un diagnóstico asociado al síndrome metabólico 2013

No. DE DIAGNOSTICOS	CON 1 DIAGNOSTICO	CON 2 DIAGNOSTICOS	CON 3 DIAGNOSTICOS	CON 4 DIAGNOSTICOS	CON 5 DIAGNOSTICOS	TOTAL
No. DE PERSONAS	133.504	37.137	5.568	370	10	176.589
PORCENTAJE	76	21	3	0	0	100

También se analizó la prevalencia por cada 100 afiliados en diez departamentos seleccionados por la mejor información, observando que para HTA la prevalencia es de 12.0 casos por cada 100; comparativamente similar al promedio de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 12.0 (prevalencia mujeres 14% y hombres 10%) y por encima de las prevalencias ajustadas por grupos de edad para el año 2012 de las APB que reportaron a la cuenta de Alto Costo (prevalencia de 5.24 por 100 afiliados).

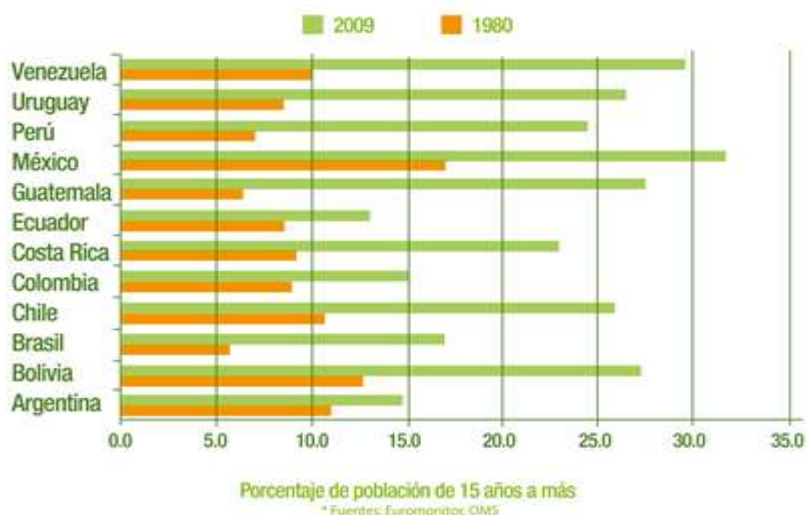
Para Diabetes Mellitus (DM) la prevalencia es de 3.6 casos por cada 100; comparativamente similar al promedio de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 2.7 (prevalencia mujeres 2.1 % y hombres 3.2%) y por encima de las

prevalencias ajustadas por grupos de edad para el año 2012 de las APB que reportaron a la cuenta de Alto Costo (prevalencia de 1.32 por 100 afiliados).

Para Dislipidemias la prevalencia de 6.1 casos por cada 100; comparativamente similar al de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 6.1 (prevalencia de Colesterol Total entre 6.1 y 12.7 por cada 100 afiliados, de Colesterol LDL entre 6.8 y 11.4 por cada 100 y de Triglicéridos entre 12.5 y 23.1 por cada 100 afiliados).

Para Obesidad, la prevalencia encontrada fue de 2.0 casos por cada 100 afiliados, lo que implica un serio subregistro, si se considera la tasa nacional o latinoamericana.

Gráfico 1: Tasa de obesidad en Latinoamérica



La Ley 1355 de 2009 en su Artículo 1 declaró la obesidad como problema de salud pública en Colombia y declaró que la obesidad y las enfermedades no transmisibles asociadas a esta constituyen una prioridad de salud pública y adoptó medidas para su control.

El Ministro de Salud de Colombia, Alejandro Gaviria, indicó que la obesidad es el principal problema de salud pública del país y uno de los grandes aportantes de las enfermedades crónicas que padecen los colombianos.

En Colombia, el 70% de la carga de obesidad está asociada a enfermedades crónicas no trasmisibles, encabezadas por las cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes.

Según las últimas cifras de la cuenta de alto costo del gasto pública, el sistema de salud colombiano ha invertido un total de 25 billones de pesos en tratamientos para enfermedades crónicas no trasmisibles, de los cuales, 4 billones de pesos han sido para tratamientos contra el cáncer, un billón en enfermedades renales crónicas y trasplante renal; 7 billones en enfermedad renal crónica estado 0 al 4; 5 billones en diabetes Mellitus y 6 billones en Hipertensión arterial.

11.3. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La nueva política de Atención Integral lanzada por el Ministerio de Salud conduce a plantear la hegemonía del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado conforman el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social el núcleo es la garantía de las

prestaciones y contingencias que impedían el acceso del individuo a los servicios. El desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, el objetivo central era la protección financiera del individuo frente al gasto catastrófico en salud.

Se plantean cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

Plantea igualmente como centro “La Atención Primaria en Salud, que se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”

Este enfoque tiene las siguientes connotaciones:

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias
- Promueve la atención integral, integrada y continua
- Fortalece la capacidad resolutoria de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales

11.4. LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el nivel primario y en su relación continua con el talento humano de los prestadores complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el nivel primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad.

11.5. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

El aseguramiento social se orienta hacia la resolución del riesgo financiero a partir de la intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados y que buscan equidad y universalidad. En esquemas de aseguramiento social el asegurador debe hacer un esfuerzo adicional para lograr la efectiva mancomunación de poblaciones y grupos de riesgo, lo cual implica gestionar los riesgos de salud de la población asegurada.

Durante la década de los 90 se introduce la “salud gerenciada” (“managed care”) que busca reducir el riesgo a partir de la modulación de la oferta de servicios hacia la mayor eficiencia. Una nueva etapa se ha abierto en los últimos años que involucra la modulación de la demanda a través de la gestión del riesgo en salud. Un ejemplo son los programas de manejo de enfermedad (“disease management”)

11.5.1. GRUPOS DE RIESGO

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Esta selección debe hacerse bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral.

El primer grupo de riesgo establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social es el siguientes:

1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas Manifiestas. Tanto asegurador como prestador y proveedores de insumos deben alinearse alrededor de los resultados que el regulador, en su ejercicio de la rectoría, determine.

Esto implica:

- Redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad planteado en el Artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, lo cual es ampliado en los Artículos 6º y 8º, en particular el último que redefine el concepto de prestación bajo el entendido de que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”
- Esta redefinición involucra un proceso regulado que se hace operativo a través de la RIAS, la cual comprende el continuo desde la promoción hasta la paliación de acuerdo con grupos de riesgo. Obviamente existen diferencias entre la atención en procesos agudos que involucran conjuntos acotados de intervenciones definidas alrededor de la restitución de la salud ante el evento de enfermedad y procesos crónicos donde los conjuntos están definidos en la afectación

de la discapacidad evitable y la severidad de una condición o enfermedad hacia la cual no se puede esperar curación

- En ambos casos el incentivo frente al usuario debe ser la autorización integral de las actividades definidas en la ruta y sus cortes son regulados de acuerdo con hitos o resultados intermedios o finales siempre buscando involucrar el mayor número de prestaciones que de acuerdo con evidencia se encuentren interrelacionadas con el resultado esperado

11.6. ATENCIÓN EN PROGRAMAS

La acelerada urbanización de nuestro país, especialmente el enorme crecimiento de las ciudades también crea las bases para un enorme agrupamiento de pacientes crónicos que hacen más factibles estos programas, pues millones de habitantes concentran problemas y posibilitan soluciones en términos de costos.

Estos programas deben revisar los avances en los protocolos, los modelos de atención, las adaptaciones del personal de los programas, los criterios de admisión, las estrategias de educación a la familia, las formas de control de la ansiedad del paciente y su familia, el manejo de los apoyos diagnósticos, el diseño de tiempos y movimientos, las herramientas de comunicaciones y transporte, los instrumentos y desarrollos administrativos, el control de calidad de los servicios y la auditoría de estos programas, se podrán observar los importantes y afinados desarrollos tecnológicos logrados en el país.

En relación al desarrollo de estrategias para manejo a distancia del paciente, estas rompen en el mundo desarrollado cada día más los límites tradicionales de espacio y tiempo en el tratamiento, al permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia. Si los pacientes en tratamiento, cuando salen de la institución, de su hospitalización o tratamiento ambulatorio, tienen garantizado el acceso permanente para resolver sus inquietudes mediante distintas vías de comunicación, el acceso a urgencias o retorno acelerado ante la angustia del paciente y su familia deja de existir en la práctica, pues cualquier retorno será concertado y programado, salvo ciertas circunstancias de complicaciones agudas.

La atención a través de programas, como se señaló, permiten una mayor estandarización de la intervenciones, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

11.6.1. PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL POR SÍNDROME METABÓLICO

Sin descartar las acciones necesarias en otros problemas de salud, se considera que el primer gran esfuerzo del servicio de salud del magisterio debe darse en el control de las complicaciones derivadas de este conjunto de diagnósticos que agrupamos como un problema de salud en conjunto.

El **objetivo** es cualificar programas de atención capaces de reducir los riesgos derivados del conjunto de alteraciones metabólicas descritos como SM, acompañado de obesidad, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en tres fases de prevención.

La **primera fase** involucra promoción de la salud, prevención primaria y secundaria efectiva para demorar la aparición de la diabetes tipo 2 y la hipertensión. Se centran los programas de prevención en trabajadores y familiares adultos, por lo general menores de 45 años, con obesidad, dislipidemias e intolerancia a la glucosa, sin que tengan aún diagnóstico de diabetes o hipertensión.

La **segunda fase** involucra la prevención secundaria mediante el funcionamiento de programas estrictos para las poblaciones con diagnóstico de diabetes e hipertensión, generalmente mayores de 45 años, para evitar la progresión hacia el riesgo cardiovascular y renal.

La **tercera fase** involucra la prevención terciaria, rehabilitación cardíaca y renal para las personas con complicaciones derivadas de las anteriores.

El **objetivo del programa** es diferir y evitar la aparición de complicaciones cardiovasculares y renales en diabéticos, hipertensos, dislipidémicos y pacientes con SM, por lo general mayores de 45 años.

Llegados los pacientes al diagnóstico de hipertensión, diabetes tipo 2 o importante dislipidemia, acompañados de obesidad, inicia la segunda fase de control del riesgo, que consiste fundamentalmente en prevención secundaria.

La prevención secundaria para estas patologías ha sido descrita con amplitud en la literatura internacional, en los términos señalados en adelante, sintetizados en la Guía y el modelo de atención para prevención de la Enfermedad Renal, especialmente dirigida al manejo de diabéticos e hipertensos.

La variedad y complejidad de actores e intervenciones relacionadas con la promoción y prevención y la atención de este grupo de enfermedades, hace necesario definir **esquemas de organización** de las prestaciones, integrados y coordinados, para:

- Lograr accesibilidad de la población y disponibilidad de los servicios para prestar una atención apropiada.
- Lograr una provisión de servicios segura, con adecuada competencia técnica y profesional de quienes se vinculan a ella y aprovechando las capacidades de actuación de cada regional.
- Lograr prestar servicios a todos los pacientes en riesgo, reconociendo sus características individuales y garantizando sus derechos.
- Lograr operar bajo esquemas eficientes que supongan costos racionales para el servicio de salud del magisterio.

Se propone como elemento estratégico, la atención de la población, a través de “Programas de Atención”, coordinados por los prestadores en cada departamento, para garantizar la adecuada, integral y oportuna atención de las personas en los grupos de riesgo señalados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido tanto en las Guías de práctica clínica como en el SOGC, en términos de oportunidad, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.

La atención a través de programas permiten una mayor estandarización de las intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamento o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de las competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, poder de seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones.

El Programa para la atención de las personas en riesgo cardiovascular y renal por Síndrome Metabólico deberá funcionar obligatoriamente en las sedes exclusivas y cubrir tanto a los afiliados de las ciudades donde estas sedes se encuentran como los de los municipios de su ámbito de influencia en la red de servicios.

Principios orientadores del programa

- **Garantía de derechos:** el programa se organiza y desarrolla para que la población atendida por enfermedad crónica pueda hacer un ejercicio pleno de sus derechos humanos y a la atención en salud. Es a través del programa que se coordinan todas las prestaciones requeridas, independiente de la complejidad de los procedimientos.
- **Desarrollo del proceso de manejo en sociedad con el paciente:** el paciente y los miembros del equipo terapéutico establecen una relación de sociedad para el manejo de la patología crónica y por tanto ambos ponen a disposición del proceso todos sus recursos personales e institucionales para lograr el éxito. El plan de manejo se define con la participación activa del paciente y el equipo terapéutico buscando dar respuesta a las necesidades del usuario, ofreciendo las más apropiadas alternativas de intervención y respetando sus decisiones.
- **Educación y empoderamiento:** el proceso de manejo del paciente con patologías crónicas incorpora acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscado con ello minimizar la dependencia y los procesos de aislamiento social consecuentes. Las labores educativas deben centrarse en lograr el empoderamiento de los pacientes.
- **Seguimiento activo de los planes de manejo:** el programa incluye como acciones centrales el monitoreo del proceso terapéutico del usuario y la búsqueda activa del mismo cuando se presenten incumplimientos o no respuestas por su parte.

Cada una de estas metas requiere educación de los pacientes y de los cuidadores, así como la comunicación entre ellos, y la articulación entre los diferentes profesionales de la salud que tienen que ver con su manejo, incluyendo a los trabajadores de salud no médicos. Es entonces esencial, que el Sistema de Salud del Magisterio garantice la eficiente interacción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que realicen, favoreciendo la comunicación, y logrando un acercamiento oportuno al paciente para asegurar el éxito del manejo.

Componentes operacionales centrales

Registro y sistema de información

- A. El programa supone la inscripción de todos los pacientes en riesgo (hipertensos, diabéticos, dislipidémicos y con diagnóstico de síndrome metabólico, además de obesos, al programa respectivo, y en dicho proceso se deberá:
 - i. Capturar los datos de identificación y localización de la persona.
 - ii. Ofrecer la información completa sobre el programa, los principios que lo orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación.
 - iii. Entrega de carnet de identificación del programa
 - iv. Pactar las intervenciones iniciales de evaluación y programarlas.

- B. Se deberá disponer de un sistema de información que permita:
 - i. La administración de los datos del usuario
 - ii. La administración de los datos del plan de manejo

- iii. Las actualizaciones que resulten del desarrollo del plan mencionado.
- iv. La generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica del programa.
- v. El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia.

Equipo interdisciplinario

- a. El manejo del paciente en riesgo supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, nutrición y trabajo social. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.
- b. El profesional de medicina se reconocerá como Médico encargado, responsable de liderar el manejo clínico del usuario y favorecer la articulación con otras intervenciones. Se define como médico encargado en la medida que ha sido preparado y adquiere experiencia en el manejo de las patologías crónicas del programa. El programa debe contar adicionalmente con un especialista en medicina interna como Director Científico, quien da soporte inmediato a las inquietudes y dudas de los médicos encargados, aumentando la capacidad de resolución al máximo y eliminando las barreras de acceso.
- c. El profesional de enfermería dará soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa.
- d. El profesional en nutrición, dará soporte en evaluación nutricional, recomendaciones dietéticas, y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación.
- e. El profesional de trabajo social soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, apoyo espiritual, información sobre asociaciones de pacientes y asesoramiento legal.
- f. El trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, implica la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Mecanismos de relación basados sólo en la disposición de información no son suficientes.
- g. Las acciones de educación de la persona en riesgo, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo.

Red de laboratorios con garantía de calidad

- a. Capacidad de laboratorio para detección y diagnóstico
- b. Capacidad de laboratorio para identificar indicadores de progresión del daño renal.
- c. Capacidad para evaluar el nivel de calidad de los resultados de laboratorio.
- d. Estandarización de pruebas diagnósticas esenciales del programa
- e. Información fluida entre laboratorios y equipos terapéuticos.
- f. Relación fluida entre laboratorios de diferentes niveles de complejidad.
- g. Sistemas de logística para la fácil entrega de órdenes de exámenes de control.

Sistema de administración de terapia antihipertensiva, de control de la glucemia y la dislipidemia, además nefroprotectora.

- a. Sistema de apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento con medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia, dislipidemia y nefroprotectores.
- b. Sistema de logística para asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia, dislipidemia y nefroprotectores.
- c. Educación médica continuada para administrar los esquemas de combinación de medicamentos adecuados.
- d. Capacidad de laboratorio para vigilar el efecto de las terapias recomendadas.
- e. Mecanismos para evaluar la adherencia al tratamiento.
- f. Manejo de disfunciones metabólicas derivadas de la terapia.

Comunicaciones entre niveles de complejidad en el programa

- a. Conocimiento de capacidad instalada en todos los niveles en cada Regional
- b. Desarrollo de capacidad de detección y acompañamiento del proceso terapéutico en primer nivel de complejidad
- c. Definición de relaciones entre prestadores de acuerdo los esquemas definidos por la Regional.
- d. Conocimiento del programa y respuestas ágiles de interconsulta en segundo y tercer nivel de complejidad.
- e. Mecanismos de consulta y asesoría rápida y oportuna entre médicos encargados y especialistas entre estos y los demás profesionales del programa para la toma de decisiones conjunta sobre el manejo del paciente.
- f. Definición de los planes de manejo de acuerdo con las facilidades de acceso de la población a segundo nivel de complejidad.
- g. Apoyo del programa para disminuir las barreras de acceso del usuario a servicios de apoyo en otras unidades funcionales.

Sistema de referencia y contra-referencia

- a. Sistemas de información y logística apropiados para la referencia y contra-referencia de usuarios a intervenciones de otros niveles de complejidad.
- b. Apoyo del programa para disminuir las barreras de acceso del usuario a servicios en otros niveles de complejidad.
- c. Control y seguimiento de las intervenciones requerida en otros niveles de complejidad.

Programa de aseguramiento de la calidad

- a. Sistemas de monitoreo y evaluación de la calidad del proceso de atención en relación con recursos humano, infraestructura física, gestión de insumos, materiales y medicamentos, documentación y manejo de información, procedimientos de atención, procedimientos administrativos, interrelación con otros servicios, referencia y contra-referencia, entre otros.
- b. Definición de planes de mejoramiento de la atención y monitoreo de las acciones de cumplimiento.
- c. Promoción de lecciones aprendidas y mejores prácticas de intervención.
- d. Evaluación de estructura, procesos y resultados del programa, evaluación de indicadores a través del sistema de información y posible componente de investigación.

Anotaciones claves

El programa así caracterizado se podría señalar, en síntesis, que se asimila a un club, a una asociación donde sus miembros tienen privilegios de acceso (horario, telefónico) y garantías correspondientes a su identificación de miembros, trato preferencial y empoderamiento.

El programa tiene la posibilidad de solicitar interconsultas directamente para otras complicaciones o manejar estas a través del mismo programa con base en interconsultas en línea para apoyo diagnóstico y recomendación terapéutica mediante la estrategia de TIC. El equipo del programa tiene el deber de remitir a los pacientes con las anotaciones adecuadas y solicitar los conceptos en la contra-referencia, así como de visitar al paciente hospitalizado para intercambiar información con los médicos tratantes en la institución y renovar la condición de paciente preferencial.

Es importante que el equipo multidisciplinario agrupe los pacientes del programa por nivel de riesgo y enfoque su esfuerzo según esta clasificación, para obtener los efectos esperados de diferir el mayor número de años posible las complicaciones.

Es importante la definición de médico encargado, como aquel adecuadamente capacitado y entrenado para manejar el programa, es decir que puede ser un internista o bien un médico general debidamente entrenado para el manejo de los pacientes de un problema de salud, con capacidad de asesorarse del especialista cuando sea necesario, al igual que todo el equipo profesional. Ello implica un proceso de capacitación previo al inicio formal de los programas.

También en esta fase se tiene el objetivo de elevar la calidad de vida y el nivel de salud, e implica organizar acciones dirigidas a evitar el sobrepeso y la pérdida asociada de capacidades físicas. Para ello, igualmente es necesario modificar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física diaria, es decir, modificar la ecuación entre la ingesta calórica (el numerador) y la actividad física (el denominador), para un resultado menos positivo en calorías incorporadas frente a las consumidas en la actividad física y la consecuente acumulación de grasa corporal, pero enfocados a una población con una enfermedad establecida y usualmente mayor de 45 años.

Criterios de Ingreso al Programa

Los pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad mórbida o dislipidemia, pueden ser remitidos al programa mediante remisión ordinaria, pero deben haber sido diagnosticados y tratados por estas patologías por médicos generales o especialistas por algunos meses, de modo que su condición de cronicidad y necesidad de control estricto de la patología hayan sido establecidas con certeza. Más importante aún se vuelve la remisión si la condición patológica no está respondiendo adecuadamente al tratamiento y el riesgo cardiovascular o renal se incrementan sensiblemente.

Para establecer la pertinencia de la remisión al CLUB DE PACIENTES CON TRASTORNOS METABOLICOS, el programa facilita el siguiente cuadro de evaluación, que permite determinar en forma práctica el nivel de riesgo del paciente por cada patología, así como el riesgo combinado, si presenta simultáneamente varias condiciones mórbidas.

Para verificar los criterios de inclusión, se revisa el riesgo de cada patología, establecido en las casillas del verde al rojo y se califica a continuación entre 0 y 3 puntos. El máximo de riesgo en la tabla, por tanto, puede llegar a 12 puntos, cuando el paciente alcanza 3 puntos en las cuatro condiciones evaluadas.

Para ser incluido en el programa, basta con que el paciente haya sido calificado con 2 puntos de riesgo en cualquiera de las patologías, o haya obtenido 3 puntos o más al sumar el riesgo combinado de las cuatro condiciones mórbidas.

Los pacientes que no alcancen estos requisitos deben ser manejados en los aspectos de prevención secundaria por sus médicos de cabecera y de acuerdo con las normas establecidas por el programa de prevención primaria.

Riesgo	Riesgo por Hipertensión	Riesgo por diabetes	Riesgo por sobrepeso	Riesgo por dislipidemia	
0	Valores de TA normales menores de 130 Sist. y 85 Diast.	Glucemia en ayunas menor de 100	Índice de Masa Corporal menor de 24,9	Valores normales LDL menores de 100 o triglicéridos menores de 150	<i>Condición normal</i>
1	Paciente sin tratamiento actual por hipertensión con valores tensionales entre 130 y 140 Sist. y entre 85 y 89 Diast.	Paciente sin tratamiento actual por diabetes, con Glucemia en ayunas entre 100 y 126	Paciente sin tratamiento actual por sobrepeso u obesidad moderada, con Índice de Masa Corporal entre 25 y 34,9	Paciente sin tratamiento actual por dislipidemia con valores de LDL entre 100 y 129 o triglicéridos entre 150 y 199	<i>Condición pre-patogénica</i>
2	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento, con valores repetidos de TA entre 140 y 159 Sist. y entre 90 y 99 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 126, pero con Hemoglobina Glicosilada menor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal entre 35 y 39,9	Paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL entre 130 y 159 o triglicéridos entre 200 y 499	<i>Patología instaurada y controlada en algún grado</i>
3	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento con valores repetidos mayores de 160 Sist. y 100 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 200, paciente Insulino requiriente o paciente con Hemoglobina Glicosilada mayor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal mayor de 40	paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL mayores de 160 o triglicéridos mayores de 500	<i>Patología instaurada y de difícil control</i>
Riesgo por patología	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	Sumatoria riesgo agregado patologías al ingreso =

11.7. REQUISITOS HABILITANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE RED DE SERVICIOS

A continuación, se detallan los requisitos mínimos habilitantes para la conformación de red de servicios de los niveles de complejidad II y III, de acuerdo con el tamaño de los municipios:

Requisitos mínimos red de servicios II y III Nivel de Complejidad en centros urbanos

<p>Ciudades mayores de 50.000 habitantes (84 municipios) menores de 100.000 habitantes servicios mínimos red ofrecida II Nivel de Complejidad</p>	<p>II Nivel</p>	<p>Servicios Hospitalarios General Adultos General Pediatría Obstetricia y Ginecología Cuidado Intermedio Neonatal Cuidado Intermedio Pediatría Cuidado Intermedio Adultos</p>	<p>Quirúrgicos Grupo General Grupo Ginecológica Grupo Ortopédica Grupo Oftalmológica Grupo Otorrinolaringológica Grupo Oral</p>	<p>Especialidades Anestesia Medicina Interna Cirugía General Ginecobstetricio Oftalmología Ortopedia y Traumatología Otorrinolaringología Patología Pediatría Periodoncia Endodoncia Estomatología</p>
<p>Ciudades mayores de 100.000 habitantes (35 municipios) menores de 250.000 servicios mínimos red ofrecida II Nivel de Complejidad</p>	<p>II Nivel</p>	<p>Servicios Hospitalarios General Adultos General Pediatría Obstetricia y Ginecología Psiquiatría o Unidad de Salud Mental Cuidado Int Cuidado Intermedio Neonatal Cuidado Intermedio Pediatría Cuidado Intermedio Adultos</p>	<p>Quirúrgicos Grupo de mama y tejidos blandos Grupo Gastrointestinal Grupo General Grupo Ginecológica Grupo Neurológica Grupo Oftalmológica Grupo Ortopédica Grupo Otorrinolaringológica Grupo Pediatría Grupo Plástica Grupo Urológica Grupo Vascular y angiológica Grupo Oral Grupo Maxilofacial</p>	<p>Especialidades Anestesia Cardiología Cirugía Cardiovascular Cirugía General Cirugía Neurológica Cirugía Pediatría Dermatología Dolor y cuidados paliativos Endocrinología Medicina Física y Rehabilitación Gastroenterología Geriatría Ginecobstetricio Medicina Interna Nefrología Neurología Neurología Oftalmología Ortopedia y Traumatología Otorrinolaringología Pediatría Psiquiatría Reumatología Urología Cirugía gastrointestinal Cirugía Vascular Neonatología Neumología Odontopediatría Endodoncia Estomatología Periodoncia</p>
<p>Ciudades mayores de 250.000 habitantes (27 municipios) menores de 500.000 servicios mínimos red ofrecida II Nivel de Complejidad</p>	<p>II Nivel</p>	<p>Servicios Hospitalarios General Adultos General Pediatría Obstetricia y Ginecología Psiquiatría o Unidad de Salud Mental Agudos Cuidado Intensivo Adultos Cuidado Intensivo Pediatría Cuidado Intensivo neonatal Unidad de Quemados adultos Unidad de Quemados pediatría</p>	<p>Quirúrgicos Grupo Cardiovascular Grupo de cabeza y cuello Grupo de la mano Grupo de mama y tejidos blandos Grupo de Tórax Grupo Dermatológica Grupo Gastrointestinal Grupo Ginecológica Grupo Neurológica Grupo Oftalmológica Grupo Oncológica Grupo Ortopédica Grupo Otorrinolaringológica Grupo Pediatría Grupo Plástica Grupo plástica-oncológica Grupo Urológica Grupo Vascular y angiológica Grupo Oral Grupo Maxilofacial</p>	<p>Especialidades Anestesia Cardiología Cirugía Cardiovascular Cirugía de cabeza y cuello Cirugía de mano Cirugía de tórax Cirugía gastrointestinal Cirugía General Cirugía Neurológica Cirugía oncológica Cirugía Pediatría Cirugía Vascular Dermatología Dolor y cuidados paliativos Endocrinología Gastroenterología Genética Geriatría Ginecobstetricio Hematología Infectología Medicina Física y Rehabilitación Medicina Interna Nefrología Neonatología Neumología Neurología Neurología Oftalmología Oncología Clínica Ortopedia y Traumatología Otorrinolaringología Patología Pediatría Psiquiatría Reumatología Toxicología Urología</p>

Frente a este punto, es preciso indicar que los servicios habilitantes son solo unaparte de la red de servicios a que se obliga el contratista para cumplir la totalidad del plan de salud del magisterio, para evaluar la capacidad y cnformar la red y proceder a la habilitación.

11.8. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Los proponentes deben adaptar su solución de software para soportar y consolidar el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolidar las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios.

El Sistema de Referencia permitirá, a través de la plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizando confidencialidad de la información sensible según la ley de Hábeas Data, que brinde soporte veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación de informes para Fiduprevisora S.A.

El Sistema debe permitir la comunicación entre las IPS de la red, las sedes propias, la Coordinación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en (todas la IPS que conforman la red) cada departamento y la Gerencia Regional del contratista.

A nivel departamental

Debe registrar, tener visible y archivar la totalidad de las referencias y contra-referencias de pacientes. Incluye la asignación de citas, los resultados de exámenes diagnósticos, órdenes médicas, fórmulas ambulatorias e incapacidades generadas. En hospitalización la historia de urgencias y la Epicrisis. Debe remitir todos los resultados a la Historia Clínica del Primer Nivel de Complejidad donde se encuentre registrado el afiliado.

Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, y debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica o de Fiduprevisora S.A..

La solución de software debe incluir el manejo integral de la historia clínica de los pacientes atendidos en las sedes exclusivas y la historia clínica de los pacientes atendidos integralmente en los programas de prevención secundaria, consolidando generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica de estos programas.

La plataforma debe permitir registrar la totalidad de las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios en las sedes propias y las oficinas administrativas, así como el trámite cursado para su solución. Tanto el registro como la consolidación de información de PQR debe realizarse según la clasificación del cuadro anexo:

Atributos y derechos vulnerados	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras (económicas, geográficas, administrativas, demora o	Falta de oportunidad para la atención
		Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos
		Demoras en las remisiones
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Negación de las remisiones
		Restricción en el acceso por localización física o geográfica
		Insatisfacción por problemas de salud no resueltos
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Ineficacia en la atención
		Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad
		Recurso humano insuficiente
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
		Limitaciones tangibles del servicio
		Limitaciones en la información
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	Percepción por parte del usuario de trato inequitativo
		Restricción en la libre escogencia
		No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario
		Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

Así mismo, debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de primer y segundo nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel departamental. Igualmente recolectar y consolidar los informes de Promoción y Prevención que deben ser presentados oficialmente y las notificaciones obligatorias ante las autoridades de salud.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS, su relación con las cifras de morbilidad por departamento, así como el análisis de las frecuencias y los costos de los servicios.

En el nivel Regional

El Sistema debe registrar con precisión y permitir consultar en todo momento las cuentas por pagar, así como las glosas y la cartera del contratista con todas las IPS de la red de servicios.

Debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de tercer nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel regional.

Debe registrar con precisión todas las cuentas “tratamiento paciente año” que serán objeto de recobro al Sistema de Redistribución de Riego, junto con las historias clínicas correspondientes.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS y su relación con las cifras de morbilidad en la región.

La solución de software que ofrezca el contratista debe estar instalada y operando a nivel nacional en por lo menos 30 puntos.

El sistema deberá integrar en línea la dispensación de medicamentos ambulatoria, registrando todos los despachos, los pendientes y los no entregados, consagrando la trazabilidad total del proceso de dispensación de medicamentos.

11.9. OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD

Tiempos de respuesta excedidos que permiten la utilización de la red alterna ofrecida por el contratista y de la red adicional extraordinaria autorizada directamente por Fidupervisora S.A.

Se definen, en primer lugar, los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de servicios ambulatorios requeridos que permiten al afiliado solicitar la utilización de la red alterna.

Se definen, en segundo lugar, los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de los servicios ambulatorios requeridos en la red alterna que permiten al afiliado solicitar la utilización de servicios en red adicional extraordinaria autorizada directamente por Fiduprevisora S.A., con cargo al contratista.

Entiéndase “respuesta efectiva”, como la atención médica prestada y no la consecución de la cita para la prestación del servicio.

Se entiende que estos tiempos máximos aplican para consultas médicas solicitadas u ordenadas por primera vez por un motivo de consulta, no para controles programados. El incumplimiento de las citas de control programados activa los tiempos excedidos sin respuesta efectiva contando desde el día siguiente del incumplimiento, si la responsabilidad es atribuible directamente a las instituciones que forman parte de la red de servicios o al sistema de referencia y no por causas imputables al afiliado.

La atención odontológica general y especializada debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continua a través de citas seriadas, cuando menos una a la semana, en día y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento se considerará una barrera de acceso.

La rehabilitación igualmente debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continua a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento de rehabilitación se considerará una barrera de acceso.

Servicios ambulatorios/ calificación de oportunidad	Tiempo excedido sin respuesta en red principal para solicitar utilización de la red alterna	Tiempo excedido sin respuesta efectiva de servicio en la red alterna para solicitar autorización de servicio directo de Fiduprevisora
Consulta de medicina general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de odontología general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de primer nivel de complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes del primer nivel de complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por médico general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (especialidades básicas): Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Dermatología	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta odontología especializada: periodoncia, endodoncia	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por especialidades básicas	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de segundo nivel de complejidad	tres días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de segundo nivel de complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (otras especialidades)	diez días hábiles	diez días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por otros especialistas	tres días hábiles	tres días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de tercer nivel de complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de tercer nivel de complejidad	ocho días hábiles	ocho días hábiles adicionales

Nota: en los casos de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y otros exámenes el tiempo excedido se cuenta para la realización del examen, no para la entrega de los resultados.

Cuando se requiera transporte aéreo para garantizar el acceso a servicios médicos especializados y o procedimientos diagnósticos o terapéuticos especializados, no disponibles en el departamento, el tiempo excedido de oportunidad se aumenta en cinco días hábiles.

11.10. REQUISITOS MINIMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS

Requisitos mínimos servicios farmacéuticos ambulatorios

	Puntos de dispensación de medicamentos		
	Puntos de dispensación exigidos, en total	Puntos con servicio 24 horas	Puntos que dispensan al menos 90% de medicamentos no POS y de alto costo
Municipios menores de 20.000 habitantes	uno		
Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes	uno por cada 20.000 habitantes o fracción	uno	
Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes	uno por cada 30.000 habitantes o fracción	uno	uno
Municipios de 100.000 a 250.000 habitantes	uno por cada 50.000 habitantes o fracción	uno por cada 125.000 habitantes o fracción	uno
Municipios de 250.000 a 500.000 habitantes	uno por cada 100.000 habitantes o fracción	uno por cada 175.000 habitantes o fracción	uno por cada 250.000 habitantes o fracción
Municipios de más de 500.000 habitantes	uno por cada 200.000 habitantes o fracción	uno por cada 350.000 habitantes o fracción	uno por cada 500.000 habitantes o fracción

Los puntos de dispensación se clasifican en generales, generales con 24 horas de servicio y especiales, por su capacidad de dispensar al menos el 90% de los medicamentos no POS y de alto costo.

Como ejemplo, en un municipio de 160.000 habitantes, el proponente deberá mostrar los contratos o las cartas de compromiso que incluyan un punto especial, dos puntos de dispensación con servicios 24 horas (uno por cada 125.000 habitantes o fracción) y necesitará un punto general adicional para cumplir con el requisito total de cuatro puntos de dispensación (uno por cada 50.000 habitantes o fracción). La población a considerar para el cálculo es la proyección de población DANE por municipio para 2017.

Las farmacias que dispensan medicamentos no POS y de alto costo sirven tanto para cumplir el requisito de farmacias que dispensan al menos 90% de medicamentos no POS y de alto costo, como para cumplir el requisito de farmacia de 24 horas si atienden en este horario a pacientes ambulatorios, pero no suman más que un punto de dispensación para el cálculo de puntos totales requeridos por población del municipio.

Las farmacias que hacen parte de los servicios de las IPS presentadas en la red, pueden contabilizarse en la correspondiente categoría, general, 24 horas o siempre y cuando ofrezcan servicios a los afiliados al Servicio de Salud del Magisterio sin importar que su atención haya sido en la respectiva IPS.

En el caso de zonas metropolitanas y zonas conurbadas reconocidas para el Régimen Contributivo el proponente debe decidir si integra la oferta para el área metropolitana o la presenta para cada municipio independientemente. En el primer caso debe definir los municipios integrados y sumar la población para calcular el cumplimiento de los requisitos habilitantes.

El cumplimiento de los requisitos mínimos se acredita con los respectivos contratos o las cartas compromiso suscritas para la prestación del servicio, donde se debe establecer la categoría de los puntos de dispensación de acuerdo con la clasificación aquí establecida.

CARTA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

Ciudad y fecha:

Señores

LA FIDUPREVISORA S.A

Administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Ciudad

Referencia: PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA No. _____ 2016

Yo (Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta), identificado con la C. C. No. _____, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio o de sociedad futura, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el representante legal de la misma, de conformidad con lo establecido, en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de unión temporal o consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa, propuesta seria, formal e irrevocable para participar en el presente proceso, convocado por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, para la celebración de un contrato para (objeto del proceso de selección), en los términos prescritos en el documento de selección de contratistas que rigen el proceso, en la minuta del contrato, en las Leyes de la República de Colombia y en particular los principios de la Ley 80 de 1993, los códigos civil y de comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él, con el objeto de prestar a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio el (los) siguiente(s):

Los ítems se encuentran detalladamente enunciados en el documento de selección de contratistas en los anexos técnicos y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

a) Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido del documento de selección de contratistas y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los adendas hechos al mismo.

b) Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

c) Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.

d) Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

e) Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en el documento de selección de contratistas y en la Ley.

f) Que nos comprometemos a proveer a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de selección, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el documento de selección de contratistas, los anexos técnicos y en la oferta presentada.

g) Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se prestaran a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias descritas en el documento de selección de contratistas, sus Anexos, sus Formularios y adendas.

h) Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado del sector en el cual aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos y gastos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

i) En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

j) Manifestamos que ni la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, ni el personal interno o externo del mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección, ha adquirido compromisos para con nosotros en forma expresa o implícita en la absolución de consultas e informaciones que nos han sido requeridos, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

k) Reconocemos que ni el documento de selección de contratistas del proceso de selección, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y del contrato que se suscriba.

l) Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos de la minuta modelo del contrato que se nos ofrece, conforme el anexo No 10 “Minuta del Contrato” y los anexos técnicos del documento de selección de contratistas y nos comprometemos a suscribirlo con las modificaciones inherentes a la naturaleza del proceso, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del mismo, e igualmente la incorporación de las variaciones que se deriven de las Adendas que se expidan dentro del proceso de selección, las que de antemano aceptamos.

m) Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección adelantado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

n) Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos establecidos en el documento de selección de contratistas, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

o) Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la mera suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

p) Que nos obligamos a suministrar a solicitud de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine la entidad.

q) Que la presente propuesta consta de... (Número de folios de la propuesta) folios

distribuidos en (Número de fólder es en los que es presentada la propuesta) fólder es.

r) Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones)

s) Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).

t) Que la suscripción de la presente carta de presentación no nos exime de cumplir con cada uno de los requisitos técnicos, económicos y jurídicos, exigidos en el documento de selección de contratistas.

u) Que la presente oferta cubre el 100% de la región ofertada y cubre el 100% de los servicios incluidos en el plan de beneficios del Magisterio.

Cordialmente,

(Firma – posfirma representante legal o apoderado)

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad y fecha:

Bogotá D.C, (fecha)

Señores

LA FIDUPREVISORA S.A

Administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Ciudad

Referencia: PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA No. _____ 2016

El(los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica PROPONENTE, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal PROPONENTE) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal PROPONENTE, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, adelanta un proceso de XXXXXX para la celebración de un contrato cuyo objeto es XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

SEGUNDO: Que siendo del interés del PROPONENTE participar en el proceso de XXXXXXXXXXXX aludido en el considerando precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso anticorrupción, teniendo en cuenta los principios que rigen la contratación estatal contenidos en la Ley 80 de 1.993, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. EL **PROponente** no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta con el proceso de invitación pública, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.
2. EL **PROponente** se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre.
3. EL **PROponente** se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección, la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a. No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

b. No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

4. EL **PROPONENTE** se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de selección.

CLÁUSULA SEGUNDA. PAGOS REALIZADOS.

EL PROPONENTE declara que para la elaboración y presentación de la presente propuesta ha realizado, o debe realizar, únicamente los siguientes pagos, incluyendo los pagos de bonificaciones o sumas adicionales al salario ordinario que puedan hacerse a sus propios empleados, representantes, agentes o asesores, o a los empleados, agentes o asesores de otras empresas, tanto públicos como privados:

BENEFICIARIO (Nombre del beneficiario del pago realizado o por realizar)	MONTO (\$) (Valor del pago realizado o por realizar, en pesos corrientes)	CONCEPTO (Concepto del pago realizado o por realizar. En esta columna deben discriminarse de manera clara y detallada cada uno de los conceptos bajo los cuales se ha realizado cada pago, o el concepto por el cual se prevé que se realizará un gasto en el futuro, asociados en cualquiera de los casos a la presentación de la propuesta.)

En caso de resultar favorecida su propuesta el PROPONENTE realizará únicamente los siguientes pagos:

BENEFICIARIO (Nombre del beneficiario del pago realizado o por realizar)	MONTO (\$) (Valor del pago realizado o por realizar, en pesos corrientes)	CONCEPTO (Concepto del pago realizado o por realizar. En esta columna deben discriminarse de manera clara y detallada cada uno de los conceptos bajo los cuales se ha realizado cada pago, o el concepto por el cual se prevé que se realizará un gasto en el futuro, asociados en cualquiera de los casos a la presentación de la propuesta.)

CLÁUSULA TERCERA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el proceso, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (Ciudad donde se firma el presente documento) a los (Día del mes en letras y números, del año).

EL PROPONENTE:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del PROPONENTE o su representante)

Únicamente se exceptúan los gastos que haya realizado el PROPONENTE por concepto de salarios, bonificaciones, prestaciones sociales o cualquier gasto derivado de los contratos de trabajo bajo los cuales se encuentren vinculadas las personas que laboran de manera permanente con el PROPONENTE o con cualquiera de las personas jurídicas que conforman al PROPONENTE en el caso de tratarse de un proponente plural, costos que no deben discriminarse por beneficiario, sino que deben consolidarse bajo uno de los siguientes dos rubros: 1. Total Salarios Brutos y 2. Aportes parafiscales y seguridad social. Igualmente, todos los gastos menores, tales como papelería, mensajería, etc., podrán agruparse en un único concepto bajo la denominación 'gastos de funcionamiento', siempre que de manera tanto individual como consolidada tengan un costo total inferior a los mil dólares de los estados unidos de América (US \$ 1.000.00).

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

ANEXO No 5. ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES Y CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

1. ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES.

La prestación de servicios asistenciales por accidente de trabajo o enfermedad laboral se realizará tomando en cuenta las disposiciones establecidas para la prestación de servicios de salud en este Régimen Excepcional, cubriendo toda contingencia de origen laboral, sin exclusiones en su atención, con la misma red, condiciones y regionalización dispuesta para salud.

Se deberá llevar el registro de los eventos, desde la recepción del reporte del accidente entregado por parte de los colegios a donde se encuentre prestando sus servicios el docente afectado, sin limitar o suspender el servicio ante su ausencia del reporte.

De igual manera, el contratista deberá generar estadísticas e informes por la atención de los eventos laborales y sus costos detallados y en la periodicidad que se defina el supervisor del contrato.

Se deberá Organizar e implementar un servicio oportuno y eficiente de valoración y remisión a los diferentes servicios de salud de educadores activos que presenten urgencias médicas en el transcurso de su jornada laboral.

Dentro de la red de servicios de salud, además de los descritos para la atención en general de salud, se deberá garantizar especialmente contar con servicios de fonoaudiología, terapia de lenguaje, terapia física y psicología en el nivel I de atención.

PROCESOS/SUBPROCESOS	PROVEEDORES SALUD
RECEPCIÓN REPORTE ACCIDENTE	Recibe reporte o aviso del evento ocurrido
ATENCIÓN EVENTO	Atiende urgencias, orienta hacia centros médicos, medicamentos, procedimientos, etc. . Orienta o direcciona ante entidades de salud, diferentes niveles, especialidades, según pertinencia. Se Prestan diferentes niveles de atención según lo requerido del caso Realiza seguimiento de condición salud, auditoría médica; orienta servicios y especialidades. Emite recomendaciones específicas médicas, orienta actividades de rehabilitación integral. Expide incapacidades temporales requeridas
ATENCIÓN EVENTO	Facturación de servicios. Responde glosas
INVESTIGACIÓN DEL EVENTO	Aporta información de salud, previo consentimiento informado. Según se requiera en el caso investigado. Facilita información requerida (de la historia clínica con consentimiento del trabajador)
CALIFICACIÓN DE ORIGEN	Realiza la remisión al médico (s) calificador (es) cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento. Facilita información de la atención, historia clínica, etc según lo requerido y previo consentimiento del trabajador.
SEGUIMIENTO CONTROLES EN INDIVIDUO	Seguimiento control de condiciones de salud de la persona. Genera altas médicas
CALIFICACIÓN DE PCL	Aporta documentación o información que se requiera en el proceso por los calificadores. Coordina el proceso de notificación y administrativo de la calificación de origen y pcl.
REINCORPORACIÓN LABORAL	Brinda información de pronóstico, rehabilitación, certificados que sean requeridos en avances de trámites de calificación y recomendaciones médicas.

2. PRESTADORES ESPECIALIZADOS EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Los contratistas deberán contar con un equipo (directo o subcontratado) con la conformación y funciones dispuestas en la reglamentación actual vigente y en todas aquellas que la modifiquen o adicionen, así:

- Un (1) médico, especialista en salud ocupacional o áreas afines, con licencia de salud ocupacional vigente, con experiencia mínima específica en medicina laboral de dos (2) años.
- Un (1) médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años.
- Un (1) profesional diferente a las áreas de la medicina, con formación en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo.

Se deberá anexar a su propuesta y ante cambios según el caso, las hojas de vida de cada uno de los profesionales que conforman el equipo, quienes deberán certificar los requerimientos establecidos en el Decreto 1655 de 2015 o norma que lo modifique o adicione.

Se deberá garantizar el pago y facilitar la realización, por intermedio de la red de servicios de salud, de todas aquellas pruebas necesarias para la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, o aquellas que sean requeridas por los calificadores como fundamentos de hecho o evidencias, así como garantizar el desplazamiento de los usuarios sujetos de calificación o del médico laboral o equipo interdisciplinario, cuando sea requerido.

No se podrá cobrar a los educadores ni a los usuarios en general de y para este régimen excepcional, la calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral y ocupacional ni las pruebas requeridas en estos procesos, así como tampoco se podrá cobrar la acreditación de incapacidad permanente de sus beneficiarios cuando se realice para efectos de su registro en la afiliación.

El contratista deberá presentar ante Fiduprevisora S.A. y a las entidades territoriales de educación correspondientes, informes estadísticos y de costos del comportamiento y resultados del proceso y trámites de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral según la gestión de los prestadores especializados para estos fines, de acuerdo con la periodicidad y lineamientos que disponga la supervisión de Fiduprevisora S.A.

MODELO PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PCL. FOMAG.	
PROCESOS/SUBPROCESOS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (Proveedores o prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo, medicina laboral)
Solicitud o Inicio trámite de calificación	Inicia según los términos definidos en la reglamentación vigente la calificación de origen y pcl, que correspondan.
Solicitud o Inicio trámite Eventos de difícil recuperación o mal pronóstico.	Inicia proceso de calificación a los 90 días de incapacidad temporal por patologías o lesiones de mal pronóstico de recuperación o rehabilitación.
Eventos sin terminación de rehabilitación	Inicio del proceso de calificación transcurridos ciento diez (110) días desde el inicio de la incapacidad temporal ,sin que se haya logrado la rehabilitación del educador.
Preparación y análisis de documentación para el proceso de calificación	El médico especialista, del prestador de servicio de salud, solicita la documentación necesaria para la calificación de pcl
Valoración o citas durante proceso de calificación	El médico especialista, realiza valoración de la persona sujeto de calificación y solicita valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera. Califica con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.
Notificación dictamen	Los prestadores de servicios de salud entregan el dictamen, con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador , a la

	entidad territorial y con copia a la Fiduprevisora.
Presentación de controversias	Envía caso a la JCI, Recobra gastos correspondientes.
Resolución de controversias	Recibe información del proceso. Recibe resultados dictamen de JCI
Trámite para reconocimiento y pago prestaciones	Enviará la documentación que Fiduprevisora requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
Estadísticas e informes consolidados	Realiza informes periódicos (según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora y Consejo Directivo Fomag)

ANEXO No 6. MINUTA DEL CONTRATO

El presente anexo incluye como guía para las partes contratantes, las condiciones generales del contrato, pero esta minuta podrá ser modificada o complementada por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de acuerdo con los del documento de selección de contratistas, la propuesta y la adjudicación del contrato. Es solo una guía. No debe tomarse como definitiva.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, No. XXXXX DE 201X CELEBRADO ENTRE LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM con NIT XXXXXXXX y XXXXXX (Contratista). Los suscritos a saber: El señor XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (indicar el nombre del competente contractual), mayor de edad, residente en la ciudad de XXXXXXXXX, identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXXXX expedida en XXXXXXXX, quien en consecuencia representa a LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora y vocera de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM, que en adelante y para los efectos del presente contrato se denominará LA CONTRATANTE por una parte y por la otra la firma XXXXXXXXX NIT.XXXX, constituida mediante escritura pública No. XXXX de la Notaría XXX, inscrito en la Cámara de Comercio con matrícula mercantil XXXXXXXX (anexos al presente contrato), Representada Legalmente por el señor XXXXXXXXX, mayor de edad, con domicilio en XXXXXXXX., identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX expedida en XXXXXXXX., quien en adelante se denominará el CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicios de salud, previas las siguientes consideraciones: a.- Que LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM requiere contratar ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE. b.- Que en el presupuesto para la vigencia fiscal de 201X existe la asignación de los recursos necesarios para atender las obligaciones de pago del presente contrato hasta por la suma de \$ _____. c.- Que el proceso de selección que originó el presente contrato se efectuó con fundamento en el Acuerdo 03 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, el cual establece que: "Para garantizar el modelo y el régimen de salud de los maestros, establecido en la Ley 91 de 1989, la contratación se debe fundamentar y constituir como obligación para las partes, en la Constitución Política de 1991, los principios de la Ley 80 de 1993 y en las demás normas que rigen la invitación pública.". Por lo cual le son aplicables la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por: la Ley 1751 de 2015, Ley 91 de 1989, los principios de la Ley 80 de 1993, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Código Civil, Código de Comercio, Código General del Proceso, decretos reglamentarios de salud aplicables al régimen exceptuado de los afiliados al FOMAG, acuerdos del Consejo Directivo del FOMAG, resoluciones y circulares cuyo destinatario sea el régimen exceptuado de los afiliados al Fondo, manuales de Contratación y de Supervisión e interventoría del FOMAG y las normas actualmente vigentes que resulten pertinentes de acuerdo con la Ley colombiana, se presumen conocidas por todos los proponentes. d.- Que se realizó estudio previo y el documento de selección de contratistas cuyo objeto es CONTRATAR ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE y se estimó para la Region No XX conformada por los departamentos XXX un presupuesto correspondientes a la suma de \$ _____ e. Que el día ____ de _____ se realizó el cierre del proceso al cual se presentaron los siguientes oferentes _____, tal como consta en el acta de cierre No. xxxxxxxxx Registrada al folio No. xxxxxxx. f.- Que efectuadas las evaluaciones correspondientes y cumplidos los requisitos legales, financieros, técnicos y de experiencia se ADJUDICÓ el presente proceso, cuyo objeto es CONTRATAR ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL

CONTRATO SE DERIVE, por la suma de \$ _____ al proponente denominado _____. g.- Que quienes suscriben el presente contrato se encuentran debidamente facultados para ello y por lo tanto pueden obligarse y comprometerse amplia y suficientemente, todo lo cual se acredita con los documentos que se anexan y hacen parte del presente contrato. h.- Que tras haber sido cumplidos todos los trámites y requisitos legales que exige la contratación administrativa, es procedente la celebración del presente contrato que se registrará por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga con LA FIDUPREVISORA S.A., actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM a GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE. LA FIDUPREVISORA S.A., actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM por su parte adquiere los servicios, de conformidad a las especificaciones técnicas contenidas en los Anexos No 1, 2, 3 y 5 del documento de selección de contratistas, y la oferta, que hacen parte integral del presente contrato. **PARAGRAFO:** El contratista ejecutará el objeto contractual en la Región No XX conformada por los departamentos XXX. **CLÁUSULA SEGUNDA.- VALOR:** El valor del presente contrato es por la suma de \$ _____. **PARAGRAFO:** Todos los derechos e impuestos que deban pagarse por razón o con ocasión de éste contrato, establecidos o que se establezcan en el país, de acuerdo con las leyes colombianas, serán a cargo del CONTRATISTA. **CLÁUSULA TERCERA.- FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:** La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio pagará a cada contratista por cada usuario, cotizante o beneficiario, de acuerdo con la región geográfica, el grupo etario y el género y los días en que estuvo afiliado, con el fin de que le sean brindados la totalidad de los servicios del Plan de Salud. Este valor denominado UPCM (Unidad de Pago por Capitalización del Magisterio) UPCM= UPC EZ + 62.67% UPC EZ, la cual se dividirá en 12 mensualidades de igual valor, que se pagan anticipadamente los primeros diez (10) días de cada mes. **CLÁUSULA CUARTA.- OBLIGACIONES:** Las partes acuerdan cumplir las siguientes obligaciones: **I) OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.** 1. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental, así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato. 2. Cumplir con los requisitos habilitantes de orden jurídico, técnico, económico y financiero, así como los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato. 3. Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia para atender sus obligaciones, de acuerdo con la metodología que para el efecto defina la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM. 4. En caso de cualquier novedad o anomalía, reportar la situación de manera inmediata al funcionario encargado de la supervisión del contrato. 5. Colaborar con la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para que el objeto del contrato se cumpla y que los servicios prestados sean de la mejor calidad y se presten con la oportunidad requerida. 6. Facilitar las actividades administrativas, logísticas, de desplazamiento y las requeridas en general para el cumplimiento de sus obligaciones, la de su personal directo y subcontratistas, en el objeto del presente pliego, en especial lo relacionado con capacitaciones. 7. Acatar las instrucciones y observaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por conducto del supervisor del contrato o quien este designe. **II) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA. A) OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SALUD:** 1. Garantizar a los afiliados del FNPSM los beneficios del Plan de salud del Magisterio, en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención. 2. Garantizar el traslado de los pacientes remitidos a otros municipios en los términos establecidos en el Anexo No 1 y 3 del presente documento de selección de contratistas. 3. Responder de manera integral por el manejo del riesgo en salud y la garantía de los servicios de salud incluidos en el contrato. 4. Implementar mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia de pacientes, ajustados a las normas que regulan la materia, con mecanismos ágiles, oportunos, apoyados en plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados. 5. Garantizar la atención de los principales riesgos de salud que afectan a los afiliados del Magisterio a través de programas que permitan la estandarización de intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamentos o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones. 6. Cumplir con oportunidad en la atención efectiva de los servicios de salud en los términos señalados en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas. **B) OBLIGACIONES OPERATIVAS.** 1. De conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social de sus trabajadores y exigir igual condición a sus contratistas, para cada pago. 2. Garantizar la permanencia e idoneidad de las personas responsables de la ejecución del contrato y demás obligaciones que se generen en la ejecución del mismo. 3. Utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar. 4. Implementar en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A. 5. Organizar y mantener operativa la red de Instituciones Prestadoras de Servicios, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, de conformidad con la oferta aprobada, así como la organización de las Rutas Integrales de Atención en salud, para garantizar en cada

uno de los municipios la atención de los afiliados del Magisterio y su tránsito por la red hacia los distintos niveles de complejidad en función de las necesidades de salud de cada afiliado, de acuerdo con los requisitos mínimos de oferta de servicios según tamaño del municipio, establecidos en el documento de selección de contratistas. **6.** Organizar y mantener una red alterna para todos los servicios, incluidos los de apoyo diagnóstico y terapéutico, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio. **7.** Crear y mantener en operación, como instancia administrativa, una Coordinación a nivel de cada departamento, responsable de la organización y administración de la red de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria. **8.** Crear y mantener en operación como instancia una Coordinación de la red de Servicios a nivel regional, responsable de la organización y administración de la red de servicios de tercer nivel de complejidad. **9.** Garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas. **10.** Garantizar el funcionamiento y operación de sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades mayores de 50.000 habitantes y capitales de departamento, con las condiciones de servicios establecidas en el documento de selección de contratistas. **11.** Presentar mensualmente la información establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fidupervisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud. **13.** Contar con solución de software que soporte el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolide las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas. **14.** Implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un único Call Center por región con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud y ubicación de la red de servicios. El Call Center deberá tener un sistema para verificar la trazabilidad de la atención prestada, de conformidad a lo establecido en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas. **15.** Facilitar la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. **16.** Implementar estrategias de promoción y apoyo de la participación ciudadana y del ejercicio del control social en salud, incluido el Defensor del Usuario de Salud del Magisterio, facilitando la entrega de la información que permita el ejercicio de su labor, salvo reservas legales. **17.** Suministrar información y brindar el apoyo necesario a la supervisión, interventorias, auditorias o misiones especiales que delegue la Fidupervisora S.A. **18.** Efectuar los reportes de información a los organismos de control competentes que así lo soliciten. **19.** Asistir obligatoriamente y sin excepción a todos los Comités Regionales de Prestaciones Sociales que se lleven a cabo en los departamentos que compongan la región, en los términos de la convocatoria que realice el Ente Territorial Certificado en Educación, mediante la designación de un funcionario que cuente con poder de decisión. **20.** Garantizar la puesta en marcha y operación de las sedes exclusivas y administrativas en los términos y condiciones establecidos en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas. **C) OBLIGACIONES FINANCIERAS:** **1.** Mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una reserva técnica equivalente a la sumatoria de dos (2) UPCM mensuales por todos sus afiliados de conformidad con el valor estimado del contrato. **2.** Pagar oportunamente a las IPS, proveedores y otros servicios subcontratados que tengan relación directa con el objeto contractual, en los términos señalados en los Artículos 56 y 57 Ley 1438 de 2011. **3.** Asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada. **D) OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES:** **1.** Recibir y enviar a su equipo interdisciplinario de calificación, los reportes o avisos de los eventos ocurridos (accidentes o enfermedades) o las solicitudes que sean direccionadas por la Fidupervisora. **2.** Orientar o direccionar ante entidades de salud, diferentes niveles y servicios, especialidades, según pertinencia o lo requerido del caso. **3.** Realizar el seguimiento de la condición de salud del trabajador, durante las etapas de tratamiento, recuperación y rehabilitación a través de la supervisión o auditoría médica. **4.** Emitir las recomendaciones médicas específicas y orientar las actividades de rehabilitación integral. **5.** Expedir por parte de los médicos tratantes o que atienden el caso, las incapacidades temporales que sean requeridas. **6.** Aportar a los responsables de la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral, información de salud, previo consentimiento informado, según se requiera en el caso. **7.** Realizar la remisión al equipo interdisciplinario, para calificación de origen, cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento, en los términos dispuestos en la normatividad vigente. **8.** Generar las altas médicas que correspondan, por intermedio de los médicos tratantes. **9.** Brindar información de pronóstico, rehabilitación, y expedir los demás certificados que sean requeridos para los trámites de calificación y para la emisión de recomendaciones médico laborales. **10.** Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fidupervisora S.A. **E) OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (PCL):** **1.** Conformar, de manera directa o subcontratado, un equipo interdisciplinario para calificar el origen y/o pérdida de la capacidad laboral de los afiliados y beneficiarios del FNPSM, que lo requieran para los objetivos definidos legalmente y que deberán cumplir los requisitos de conformación establecidos en el Anexo 5 del presente documento. **2.** Coordinar y supervisar los trámites requeridos y la gestión realizada por el equipo interdisciplinario de calificación y garantizar el cumplimiento de sus funciones legales y las dispuestas en el presente documento. **3.** Iniciar la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, según los términos y tiempos definidos en la reglamentación vigente, según corresponda. **4.** Solicitar la documentación necesaria para la calificación de origen o pérdida de capacidad laboral a las entidades pertinentes según lo dispuesto en la reglamentación vigente. **5.** Realizar las pruebas complementarias y las valoraciones especializadas que sean requeridas por el equipo interdisciplinario, para el proceso de calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral. **6.** Realizar la valoración por el médico laboral de la persona sujeto de calificación y solicitud de valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera. **7.** Tramitar la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral con lo existente ante ausencia de la persona a la cita. **8.** Notificar el dictamen con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial certificada en

educación y entregar copia a la Fiduprevisora S.A. 9. Enviar el caso, por intermedio de su equipo interdisciplinario, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez y hacer el recobro de gastos correspondientes, si se generaran en este proceso. 10. Recibir información del proceso de resolución de controversias en Juntas Regionales de Calificación de Invalidez. 11. Recepcionar los dictámenes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez. 12. Acreditar en la periodicidad y términos definidos en la reglamentación vigente, la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años para su inscripción como beneficiarios en este Régimen Excepcional. 13. Enviar la documentación que Fiduprevisora S.A. requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar. 14. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A. II) **OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO:** 1. Efectuar los pagos del contrato dentro del plazo establecido en el presente documento. 2. Prestar toda la colaboración al CONTRATISTA para que el objeto del contrato se desarrolle de conformidad con los términos del presente documento. 3. Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones pertinentes que el CONTRATISTA le formule en desarrollo de la ejecución del objeto del contrato. 4. Las demás que se encuentren contempladas en el documento de selección de contratistas, así como las que por la naturaleza del contrato deban cumplirse en atención a las normas que rigen la materia y además las que se deriven de la suscripción del presente contrato. **CLÁUSULA QUINTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN Y LUGAR DE ENTREGA:** El plazo de ejecución del presente contrato será de cuarenta y ocho (48) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio y el objeto contractual se desarrollará en la región XXXXX conformada por los departamentos XXXX. **CLÁUSULA SEXTA.- DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS:** Los servicios objeto del presente contrato deberán prestarse de acuerdo con las especificaciones técnicas consignadas en el documento de selección de contratistas, los anexos No 1,2,3 y 5, y la oferta del CONTRATISTA, que hacen parte integral del presente contrato. **CLÁUSULA SÉPTIMA - VIGENCIA:** La vigencia del presente contrato se extenderá cuatro (04) meses después de vencido el plazo de ejecución. **CLÁUSULA OCTAVA.- GARANTÍA ÚNICA:** EL CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el contrato, mediante la constitución de póliza(s) con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con matriz aprobada por la Superintendencia Financiera, a favor de La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (NIT. 860.525.148-5) y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes la fecha de perfeccionamiento del contrato, de una garantía única, que ampare los riesgos que a continuación se mencionan: **A. PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO:** EL CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 10% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más. **B. PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO:** EL CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 2.5% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato. **C. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** EL CONTRATISTA deberá constituir esta póliza con el amparo a terceros derivada de la ejecución directa del contrato o a través de sus subcontratistas, equivalente al 5% del valor del contrato y el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) SMMLV y la vigencia de esta garantía deberá ser igual al plazo de ejecución. **D. PÓLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES:** EL CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato, vigente por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más. **E. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA:** EL CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato por un término igual al mismo término. Las vigencias de todos los amparos deberán ajustarse a las fechas de suscripción del contrato, y de la terminación del plazo de ejecución del mismo, según sea el caso. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al CONTRATISTA de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan. Si el CONTRATISTA no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y a cuenta del CONTRATISTA quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del contratista. En la garantía debe quedar expresamente consignado que se ampara el cumplimiento del contrato. Así mismo deberá constar que la aseguradora renuncia al beneficio de excusión. Estos mecanismos de cobertura son requeridos por la FIDUPREVISORA S.A., actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo del contratista frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato. **PARAFO PRIMERO.- RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA:** Cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual. **CLAUSULA NOVENA: PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO-** Si el servicio que fuera a garantizar el derecho fundamental a la salud no se presta oportunamente por el CONTRATISTA al usuario, conforme a los tiempos de respuesta efectiva dispuestos en el acápite denominado OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD consagrado en el Anexo 3 del presente documento de selección de contratistas, con la red propia o con la red alterna, la FIDUPREVISORA S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de

Prestaciones Sociales del Magisterio autorizará la prestación del servicio de salud no prestado a una entidad de salud previamente determinada por dicha entidad y los costos que se originen por dicho evento se deducirán de las facturas presentadas por el CONTRATISTA para su pago, en el mes siguiente. Para la aplicación del mecanismo por parte de los usuarios se requiere reportar la negación del servicio en los casos que corresponda, y la respectiva notificación a la FIDUPREVISORA S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales, para gestionar la prestación en la red adicional extraordinaria autorizada por la Fiduprevisora S.A. **CLAUSULA DECIMA: TERMINACION DEL CONTRATO.** Las partes autorizan la terminación del contrato y, en ejercicio de la autonomía de la voluntad, se conviene que recíprocamente se autorice decidir la terminación del contrato cuando se configure una de las siguientes causales: **A.** El no pago oportuno del valor de las facturas presentadas por el CONTRATISTA a la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en aquellos rubros que no hayan sido objeto de glosas. **B.** El no pago oportuno por la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de los rubros objeto de glosa cuando estas no prosperan. **C.** Cuando el valor descontado con ocasión de la aplicación del procedimiento extraordinario para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, sea igual o exceda del 5% del valor total de la facturación mensual por tres (3) meses consecutivos o no, durante el periodo de un (1) año calendario. **D.** No mantener por el CONTRATISTA los aspectos ofrecidos en su oferta que corresponden a los requisitos habilitantes, de ponderación y de oferta técnica, durante toda la ejecución del contrato. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- SUJECIÓN A LA LEY COLOMBIANA:** Para cualquier efecto que de lugar al incumplimiento de este contrato se someterá a la Ley Colombiana y a las condiciones del documento de selección de contratistas preestablecidas y aceptadas por las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- APLICACIÓN DE NORMAS GENERALES:** Este contrato se regula, además de sus estipulaciones por las leyes civiles y mercantiles colombianas que correspondan a su esencia y naturaleza. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN:** Por tratarse de un contrato intuitu-persona el CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato en todo, ni en parte a persona alguna, natural o jurídica, nacional o extranjera sin el consentimiento previo, expreso y escrito de LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM, no quedando éste obligado a dar las razones que le asistan para negarlo. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN DE LOS DERECHOS DE CONTENIDO PATRIMONIAL:** En caso de que **EL CONTRATISTA** decida efectuar una cesión y/o pignoración de los derechos económicos de contenido patrimonial derivados del presente contrato, deberá solicitar su aceptación y notificación por parte A LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM, con fundamento en los Artículos 1.959 y siguientes del Código Civil, en concordancia con los Artículos 651 y siguientes del Código de Comercio. **EL CONTRATISTA**, deberá anexar como mínimo los siguientes documentos: **1)** Contrato de cesión y/o pignoración de derechos económicos del contrato objeto de la cesión, firmado por el cesionario y el cedente donde se relacione en forma explícita lo siguiente: **a)** valor de la cesión, **b)** especificar si la cesión obedece al contrato principal y/o contratos adicionales, **c)** Aceptación por parte del cesionario de los descuentos de Ley cuando aplique. **2)** Acta de junta de socios o documento consorcial, en donde se autorice al representante legal de la figura correspondiente para efectuar la cesión. **3)** Certificado de existencia y representación Legal del cesionario y el cedente cuando se trate de persona jurídica y/o certificado de inscripción cuando se trate de persona natural expedido por la Cámara de Comercio del domicilio correspondiente. **4)** certificación bancaria con número de cuenta y beneficiario donde se deben consignar los valores cedidos. **5)** Declaración bajo juramento del cesionario en la cual se exprese el cumplimiento de lo previsto en el Decreto 4334/2008 en concordancia con el Decreto 1981 de 1988. **6.)** Oficio dirigido al Ordenador del Gasto, indicando el valor cedido y aportando los anteriores documentos. **PARÁGRAFO ÚNICO: SUJECIÓN A LA FORMA DE PAGO:** La entidad financiera, bancaria, persona natural o jurídica debe supeditarse a la forma de pago establecida en el presente contrato. En el monto a ceder tener en cuenta los descuentos de ley, tales como **RETEIVA, RETEFUENTE Y RETEICA**, si hay lugar a ellos. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA.- RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENGA POR MEDIO DEL PRESENTE CONTRATO:** EL CONTRATISTA se obliga para con LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con el presente contrato, así como del servicio objeto del mismo, **CLÁUSULA DECIMA SEXTA.- SUPERVISIÓN.** La supervisión del presente contrato estará a cargo de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, quién para efectos de su labor podrá contratar firmas externas que apoyen esta actividad de acuerdo con el esquema de supervisión aprobado por el Consejo Directivo del citado Fondo. **CLÁUSULA DECIMA SÉPTIMA.- REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO:** Para el perfeccionamiento de este contrato, se requiere del acuerdo sobre el objeto y la contraprestación y la firma del mismo por las partes. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA.- REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN:** Para la ejecución de este contrato se requiere la expedición del registro presupuestal; constitución de la garantía única por parte del CONTRATISTA y aprobación de la misma por LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM Ordenador del Gasto, y certificación de pago de aportes parafiscales cuando aplique. **CLÁUSULA DECIMA NOVENA.- PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:** **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), que vincule tanto a los trabajadores directos como a los contratistas. **CLÁUSULA VIGESIMA - DOMICILIO:** Las partes contratantes declaran que, para todos los efectos legales y extrajudiciales que se deriven del presente contrato fijan la ciudad de Bogotá D.C, Colombia como su domicilio. **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA.- DECLARACIÓN EXPRESA DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD:** EL CONTRATISTA declara, bajo juramento, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o de incompatibilidad contempladas en la Constitución Política, el Artículo 8º de la Ley 80 de 1993, el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, Artículos 3, 5 y 90 de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción", 2.2.1.1.2.2.8. del Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes en general de acuerdo con lo previsto en el numeral 4º del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000 **CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA.- INDEMNIDAD.-** El

contratista se compromete a mantener indemne a la Entidad frente a reclamaciones de terceros por hechos relacionados con la ejecución del contrato.

Por LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Por el CONTRATISTA,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firmas de:
Equipo Evaluador

ANEXO No 7. POBLACIÓN POR MUNICIPIOS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARI O	COTIZANT E	COTIZANTE DEPENDIENTE	Total general
AMAZONAS	La Chorrera (cd)	24	11		35
	La Pedrera (cd)	5	3		8
	Leticia	999	871		1870
	Puerto Nariño	98	29		127
	Puerto Santander (cd)	5	3		8
	Tarapaca	26	9		35
	Total general	1157	926		2083
ANTIOQUIA	Abejorral	226	282		508
	Abriaqui	21	21		42
	Alejandro	22	36		58
	Amaga	231	315		546
	Amalfi	206	231		437
	Andes	332	387		719
	Angelópolis	21	68		89
	Angostura	48	104		152
	Anorí	94	114	1	209
	Anzá	32	62		94
	Apartado	1191	1133		2324
	Arboletes	335	312		647
	Argelia	111	70		181
	Armenia	24	50		74
	Barbosa	197	312		509
	Bello	2009	2534		4543
	Belmira	26	70		96
	Betania	57	60		117
	Betulia	91	211		302
	Briceño	59	69		128
	Buritica	33	64		97
	Caceres	80	254		334
	Caicedo	63	56		119
	Caldas	249	478		727
	Campamento	34	77		111
	Cañasgordas	185	170		355
	Caracolí	34	48		82
	Caramanta	70	67		137
	Carepa	265	294		559
	Carolina	99	56		155
	Caucasia	1330	697		2027
	Chigorodo	453	378		831
	Cisneros	105	116		221
	Ciudad Bolívar	186	250		436
	Cocorna	127	174		301
	Concepción	24	37		61
	Concordia	112	153		265
	Copacabana	584	526		1110
	Dabeiba	217	183		400
	Don Matías	81	175		256
Ebejico	122	151		273	

	El Bagre	373	357		730
	El Carmen de Viboral	386	438		824
	El Santuario	180	274	1	455
	Entrerrios	60	63		123
	Envigado	1127	1624	1	2752
	Fredonia	291	329	1	621
	Frontino	412	282		694
	Giraldo	54	54		108
	Girardota	136	309		445
	Gomez Plata	51	88		139
	Granada	96	108		204
	Guadalupe	35	53		88
	Guarne	158	337		495
	Guatapé	45	60		105
	Heliconia	30	66		96
	Hispania	47	42		89
	Itagüí	1537	1853	4	3394
	Ituango	338	242		580
	Jardín	157	174		331
	Jerico	212	180	1	393
	La Ceja	355	453		808
	La Estrella	56	243		299
	La Pintada	44	62		106
	La Unión	104	169		273
	Liborina	83	125		208
	Maceo	54	93		147
	Marinilla	532	528		1060
	Medellín	15108	26439	10	41557
	Montebello	34	55		89
	Murindo	48	32		80
	Mutata	148	114		262
	Nariño	63	63		126
	Nechí	197	182		379
	Necoclí	406	449		855
	Olaya	21	35		56
	Peñol	172	146		318
	Peque	75	74		149
	Pueblorrico	54	57		111
	Puerto Berrio	373	305		678
	Puerto Nare	124	126		250
	Puerto Triunfo	109	155		264
	Remedios	204	173		377
	Retiro	49	113		162
	Rionegro	987	1300	1	2288
	Sabanalarga	92	81		173
	Sabaneta	81	471		552
	Salgar	82	107		189
	San Andrés	59	60		119
	San Carlos	122	110		232
	San Francisco	33	53		86
	San Jerónimo	152	151		303
	San José de la Montaña	80	34		114
	San Juan de urabá	187	198		385
	San Luis	104	114		218
	San Pedro	259	217		476

	San Pedro de Uraba	312	255		567
	San Rafael	137	103		240
	San Roque	283	185		468
	San Vicente	144	154		298
	Santa Barbara	168	162		330
	Santa Rosa de Osos	287	386	1	674
	Santafe de Antioquia	252	243		495
	Santo Domingo	37	139		176
	Segovia	205	216		421
	Sonson	397	377		774
	Sopetran	350	190		540
	Tamesis	148	154		302
	Taraza	189	227		416
	Tarso	28	51		79
	Titiribi	40	81	1	122
	Toledo	44	48		92
	Turbo	1686	1655		3341
	Uramita	28	61		89
	Urrao	483	257		740
	Valdivia	79	110		189
	Valparaiso	52	67		119
	Vegachi	111	87		198
	Venecia	48	107		155
	Vigia del Fuerte	114	89		203
	Yali	52	44		96
	Yarumal	502	391		893
	Yolombo	238	213	1	452
	Yondo	41	94	1	136
	Zaragoza	162	235		397
	Total general	42779	57246	24	100049

ARAUCA	Arauca	1037	1660		2697
	Araucuita	356	309		665
	Cravo Norte	47	33		80
	Fortul	180	133		313
	Puerto Rondon	49	44		93
	Saravena	791	379		1170
	Tame	643	432		1075
	Total general	3103	2990		6093

ATLANTICO	Baranoa	568	350		918
	Barranquilla	14655	11683	12	26350
	Campo de la Cruz	268	168		436
	Candelaria		120		120
	Galapa		182		182
	Juan de Acosta	121	98		219
	Luruaco	117	194	1	312
	Malambo	2	614		616
	Manati	170	120		290
	Palmar de Varela	2	81		83
	Piojo	1	50		51
	Polonuevo	49	106		155
	Ponedera		166		166
	Puerto Colombia	153	158		311
Repelon	192	217		409	

	Sabanagrande	5	175		180
	Sabanalarga	1417	811	2	2230
	Santa Lucia	2	96		98
	Santo Tomas	592	214	1	807
	Soledad	1738	1938	5	3681
	Suan	1	78		79
	Tubara		52		52
	Usiacuri		47		47
	Total general	20053	17718	21	37792

BOGOTA	Bogotá D.C.	39605	55993	65	95663
	Total general	39605	55993	65	95663

BOLIVAR	Achi	265	274		539
	Altos del Rosario	62	76		138
	Arenal	93	79		172
	Arjona	571	397		968
	Arroyohondo		40		40
	Barranco de Loba	165	164		329
	Calamar	210	238		448
	Cantagallo	3	18		21
	Cartagena	9975	9952	3	19930
	Cicuco	85	111		196
	Clemencia	33	92		125
	Cordoba	63	166		229
	El carmen de Bolivar	699	648		1347
	El Guamo	5	61		66
	El Peñon	16	61		77
	Hatillo de Loba	91	111		202
	Magangue	2057	1410		3467
	Mahates	203	233		436
	Margarita	73	116		189
	Maria la Baja	380	397		777
	Mompos	762	429		1191
	Montecristo	41	66		107
	Morales	164	124		288
	Pinillos	210	251		461
	Regidor	72	55		127
	Rio Viejo	169	119		288
	San Cristobal	40	51		91
	San Estanislao	179	132		311
	San Fernando	69	116		185
	San Jacinto	297	275		572
	San Jacinto del Cauca	53	48		101
	San Juan Nepomuceno	596	338		934
	San Martin de Loba	191	187		378
	San Pablo	15	64		79
	Santa Catalina	57	127		184
	Santa Rosa	21	98		119
	Santa Rosa del Sur	218	204		422
	Simiti	245	205		450
	Soplaviento	175	91		266
	Talaigua Nuevo	208	130		338
	Tiquisio	104	138		242
	Turbaco	337	448		785

	Turbana		82		82
	Villanueva	126	133		259
	Zambrano	76	113		189
	Total general	19474	18668	3	38145

BOYACA	Almeida	1	18		19
	Aquitania	37	137		174
	Arcabuco		39		39
	Belen	58	88	1	147
	Berbeo	1	19		20
	Beteitiva		15		15
	Boavita	84	87		171
	Boyaca	12	26		38
	Briceño	6	27		33
	Buenavista		56		56
	Busbanza		9		9
	Caldas	1	43		44
	Campohermoso	10	51		61
	Cerinza	1	33		34
	Chinavita		40		40
	Chiquinquirá	1248	587		1835
	Chiquiza		32		32
	Chiscas	48	61		109
	Chitaraque	20	53		73
	Chivata		21		21
	Chivor		32		32
	Ciénega		52		52
	Combita		70		70
	Coper	5	38		43
	Corrales		21		21
	Cubara	67	76		143
	Cucaita		25		25
	Cuitiva	1	20		21
	Duitama	2144	1383	3	3530
	El Cocuy	47	53		100
	El Espino	18	39		57
	Floresta		37		37
	Gachantiva		32		32
	Gameza		38		38
	Garagoa	435	185		620
	Guacamayas	13	13		26
	Guateque	268	133		401
	Guicán	81	50		131
	Iza		9		9
	Jenesano		51		51
	Jerico	15	30		45
	La Capilla	3	24		27
	La Uvita	28	45		73
	La Victoria	1	7		8
	Labranzagrande	18	51		69
	Macanal	1	50		51
	Maripi	13	56		69
Miraflores	109	102		211	
Mongua		56		56	
Monguí	3	53		56	

	Moniquira	349	228		577
	Motavita		32		32
	Muzo	41	67		108
	Nuevo Colon		41		41
	Oicata	1	27		28
	Otanche	30	96		126
	Pachavita	1	18		19
	Paez	49	38		87
	Paipa	73	250		323
	Pajarito	4	29		33
	Panqueba	13	20		33
	Pauna	21	96		117
	Paya	7	34		41
	Paz de Rio	33	42		75
	Pesca	6	46		52
	Pisba	9	15		24
	Puerto Boyaca	336	317		653
	Quipama	29	59		88
	Ramiriqui	92	76		168
	Raquira	3	50		53
	Rondon	3	37		40
	Saboya	8	167		175
	Sachica		34		34
	Samaca	43	84		127
	San Eduardo	13	21		34
	San Jose de Pare		33		33
	San Luis de Gaceno	31	71		102
	San Mateo	47	78		125
	San Miguel de Sema		41		41
	San Pablo de Borbur	2	77		79
	Santa Maria	4	36		40
	Santa Rosa de Viterbo	2	76		78
	Santa Sofia		36		36
	Santana	85	72		157
	Sativanorte	4	46		50
	Sativasur		11		11
	Siachoque	1	73		74
	Soata	348	132		480
	Socha	91	75		166
	Socota	28	64		92
	Sogamoso	1985	1464	3	3452
	Somondoco	4	50		54
	Sora		24		24
	Soraca		49		49
	Sotaquira		51		51
	Susacon		28		28
	Sutamarchan		36		36
	Sutatenza		28		28
	Tasco	29	66		95
	Tenza		48		48
	Tibana	20	82		102
	Tibasosa		50		50
	Tinjaca	10	14		24
	Tipacoque		39		39
	Toca	14	84		98

	Togui		36		36
	Topaga	2	31		33
	Tota		37		37
	Tunja	5239	5949	7	11195
	Tunungua	3	17		20
	Turmeque	120	81		201
	Tuta		71		71
	Tutaza		23		23
	Umbita	42	74		116
	Ventaquemada	5	81		86
	Villa de Leyva	77	129		206
	Viracacha		24		24
	Zetaquirá	19	45		64
	Total general	14173	15829	14	30016

CALDAS	Aguadas	240	286		526
	Anserma	365	401		766
	Aranzazu	172	165		337
	Belalcazar	73	95		168
	Chinchina	295	340		635
	Filadelfia	60	103		163
	La Dorada	480	536		1016
	La Merced	46	80		126
	Manizales	3783	7189	1	10973
	Manzanares	155	207		362
	Marmato	54	77		131
	Marquetalia	257	208		465
	Marulanda	15	33		48
	Neira	127	229		356
	Norcasia	43	58		101
	Pacora	142	204		346
	Palestina	22	123		145
	Pensilvania	277	274		551
	Riosucio	491	544	2	1037
	Risaralda	57	99		156
	Salamina	156	258		414
	Samana	208	279		487
	San Jose	24	30		54
	Supia	201	181		382
	Victoria	46	97		143
	Villamaria	161	244		405
	Viterbo	103	140		243
	Total general	8053	12480	3	20536

CAQUETA	Albania	121	51		172
	Belen de los Andaquies	223	137		360
	Cartagena del Chaira	442	292		734
	Curillo	165	73		238
	El Doncello	359	206		565
	El Paujil	202	133		335
	Florencia	1485	3158		4643
	La Montañita	326	164		490
	Milan	253	107		360
	Morelia	92	45		137
	Puerto Rico	554	293		847

	San Jose del Fragua	282	126		408
	San Vicente del Caguan	996	480		1476
	Solano	201	82		283
	Solita	170	50		220
	Valparaiso	154	91		245
	Total general	6025	5488		11513

CASANARE	Aguazul	271	173		444
	Chameza	27	13		40
	Hato Corozal	103	130		233
	La Salina	30	10		40
	Mani	90	91		181
	Monterrey	222	93		315
	Nunchia	62	76		138
	Orocue	77	95		172
	Paz de Ariporo	402	237		639
	Pore	80	61		141
	Recetor	19	13		32
	Sabanalarga	32	38		70
	Sacama	23	10		33
	San Luis de Palenque	55	48		103
	Tamara	79	61		140
	Tauramena	175	162		337
	Trinidad	121	77		198
	Villanueva	187	159		346
	Yopal	3542	2975	5	6522
	Total general	5597	4522	5	10124

CAUCA	Almaguer	109	143		252
	Argelia	74	235		309
	Balboa	96	165		261
	Bolivar	291	340		631
	Buenos Aires	50	229		279
	Cajibio	49	291		340
	Caldono	100	243		343
	Caloto	43	336		379
	Corinto	149	216		365
	El Tambo	189	400		589
	Florencia	83	51		134
	Guapi	446	405		851
	Inza	210	287		497
	Jambalo	86	90		176
	La Sierra	61	108		169
	La Vega	155	178		333
	Lopez	119	183		302
	Mercaderes	152	183		335
	Miranda	162	221		383
	Morales	89	208		297
	Padilla	6	80		86
	Paez	302	215		517
	Paispamba	12	109		121
	Patia	383	325		708
Piamonte	15	42		57	
Piendamó	247	289		536	
Popayan	5472	7061	1	12534	

	Puerto Tejada	507	303		810
	Purace	18	110		128
	Rosas	91	103		194
	San Sebastian	60	102		162
	Santa Rosa	33	52		85
	Santander de Quilichao	1436	737		2173
	Silvia	265	235		500
	Suarez	35	166		201
	Sucre	22	44		66
	Timbio	186	222		408
	Timbiqui	182	257		439
	Toribio	173	132		305
	Totoro	64	165		229
	Villa Rica	10	80		90
Total general	12232	15341	1	27574	

CESAR	Aguachica	1446	1088	1	2535
	Agustin Codazzi	681	456		1137
	Astrea	272	166		438
	Becerril	117	184		301
	Bosconia	315	253		568
	Chimichagua	557	398		955
	Chiriguana	406	272		678
	Curumani	463	326		789
	El Copey	322	229		551
	El Paso	239	287		526
	Gamarra	27	132		159
	Gonzalez	84	56		140
	La Gloria	162	117		279
	La Jagua de Ibirico	292	284	1	577
	La Paz	173	213		386
	Manaure	182	124		306
	Pailitas	277	141	1	419
	Pelaya	210	193		403
	Pueblo Bello	94	74		168
	Rio de Oro	283	200		483
	San Alberto	292	234		526
	San Diego	139	142	1	282
	San Martin	207	219	1	427
	Tamalameque	216	206		422
Valledupar	6229	5645	4	11878	
Total general	13685	11639	9	25333	

CHOCO	Acandi	115	103		218
	Alto Baudó	66	83		149
	Atrato	11	50		61
	Bagadó	77	73		150
	Bahía Solano	116	120		236
	Bajo Baudó	146	118		264
	Belen de Bajira	25			25
	Bojaya	58	74		132
	Carmen del Darien	20	55		75
	Certegui	13	24		37
	Condoto	167	245		412
	El Canton de San Pablo	14	36		50

	El Carmen de Atrato	91	79		170
	El Litoral del San Juan	25	42		67
	ISTMINIA	547	446		993
	Jurado	43	39		82
	Lloro	37	56		93
	Medio Atrato	2	39		41
	Medio Baudo	40	69		109
	Medio San Juan	76	53		129
	Novita	57	53		110
	Nuqui	88	52		140
	Quibdo	2889	4566	1	7456
	Rio Iro	2	32		34
	Rio Quito	4	56		60
	Riosucio	237	251		488
	San Jose del Palmar	53	60		113
	Sipi		42		42
	Tado	190	209		399
	Unguía	81	110		191
	Union Panamericana	11	39		50
	Total general	5301	7274	1	12576

CORDOBA	Ayapel	655	274		929
	Buenavista	198	217		415
	Canalete	108	160		268
	Cerete	1452	565		2017
	Chima	163	83		246
	Chinu	481	394		875
	Ciénaga de Oro	530	410		940
	Cotorra	63	60		123
	La Apartada	30	80		110
	Lorica	2456	1422		3878
	Los Cordobas	8	64		72
	Momil	73	129		202
	Montelibano	767	459		1226
	Monteria	8411	9236	3	17650
	Moñitos	328	221		549
	Planeta Rica	1000	489		1489
	Pueblo Nuevo	361	248		609
	Puerto Escondido	157	187		344
	Puerto Libertador	165	269		434
	Purísima	101	149		250
	Sahagun	2316	1219		3535
	San Andres Sotavento	687	417		1104
	San Antero	303	265		568
	San Bernardo del Viento	457	232		689
	San Carlos	137	154		291
	San Pelayo	384	335	1	720
Tierralta	1022	598	1	1621	
Valencia	409	277		686	
	Total general	23222	18613	5	41840

CUNDINAMARCA	Agua de Dios	49	1325		1374
	Alban		55		55
	Anapoima	6	130		136
	Anolaima	13	184	2	199

	Apulo		61		61
	Arbelaez	32	114		146
	Beltran		27		27
	Bituima		34		34
	Bojaca		84		84
	Cabrera	4	58		62
	Cachipay	9	86		95
	Cajica	30	325		355
	Caparrapi	71	185		256
	Caqueza	350	245		595
	Carmen de Carupa	31	97		128
	Chaguani	6	43		49
	Chia	306	978		1284
	Chipaque	3	117		120
	Choachi	47	192		239
	Choconta	332	198		530
	Cogua	2	163		165
	Cota	1	109		110
	Cucunuba		92		92
	El Colegio	161	233		394
	El Peñon	15	55		70
	El Rosal	1	96		97
	Facatativa	1275	1185	2	2462
	Fomeque	79	137		216
	Fosca	12	96		108
	Funza	1	353	1	355
	Fuquene	1	76		77
	Fusagasuga	2123	1566	5	3694
	Gachala	25	76		101
	Gachancipa		74		74
	Gacheta	235	165		400
	Gama	8	33		41
	Girardot	1457	974	1	2432
	Guacheta	28	139		167
	Guaduas	265	316		581
	Guasca	57	167		224
	Guataqui	1	33		34
	Guatavita	40	70		110
	Guayabal de Siquima	2	48		50
	Guayabetal	17	64		81
	Gutierrez	12	50		62
	Jerusalen	8	32		40
	Junin	56	95		151
	La Calera	30	208		238
	La Mesa	309	281		590
	La Palma	144	139		283
	La Peña	9	93		102
	La Vega	247	195		442
	Lenguazaque	8	96		104
	Macheta	16	89		105
	Madrid	4	351	1	356
	Manta	19	53	1	73
	Medina	167	134		301
	Mosquera	2	553		555
	Nariño		23		23

	Nemocon	4	106		110
	Nilo	5	69		74
	Nimaima	5	50		55
	Nocaima	29	89		118
	Pacho	430	301		731
	Paima	11	70		81
	Pandi	4	51		55
	Paratebuena	66	106		172
	Pasca	18	124		142
	Puerto Salgar	155	171		326
	Puli	2	42		44
	Quebradanegra	1	56		57
	Quetame	11	102	2	115
	Quipile	2	96		98
	Ricaurte	10	70		80
	San Antonio del Tequendam	2	106		108
	San Bernardo	45	134	1	180
	San Cayetano		74		74
	San Francisco	11	100		111
	San Juan de Rio Seco	88	116		204
	Sasaima	16	129		145
	Sesquile	20	105		125
	Sibate	36	219		255
	Silvania	7	178		185
	Simijaca	138	130		268
	Soacha	1561	2423	3	3987
	Sopo	33	198		231
	Subachoque	24	152		176
	Suesca	31	157	1	189
	Supata	5	76		81
	Susa	6	62		68
	Sutatausa		67		67
	Tabio	11	136		147
	Tausa	1	101		102
	Tena		70		70
	Tenjo	2	163		165
	Tibacuy	3	65		68
	Tibirita	2	35		37
	Tocaima	19	167		186
	Tocancipa	55	256		311
	Topaipi	7	66		73
	Ubala	22	144		166
	Ubaque	6	86		92
	Ubate	984	453		1437
	Une	7	68		75
	Utica	16	52		68
	Venecia	4	61		65
	Vergara	24	78		102
	Viani	3	39		42
	Villagomez	1	34		35
	Villapinzon	195	254		449
	Villeta	368	288		656
	Viota	36	174		210
	Yacopi	147	221		368

	Zipacon	3	50		53
	Zipaquira	1295	1045		2340
	Total general	14113	23285	20	37418

GUAINIA	Inirida	420	480		900
	Total general	420	480		900

GUAVIARE	Calamar	47	43		90
	El Retorno	50	103		153
	Miraflores	10	25		35
	San Jose del Guaviare	825	833	1	1659
	Total general	932	1004	1	1937

HUILA	Acevedo	113	233		346
	Agrado	67	87		154
	Aipe	43	133		176
	Algeciras	138	187		325
	Altamira	11	33		44
	Baraya	29	72		101
	Campoalegre	219	198		417
	Colombia	61	97		158
	Elias	29	42		71
	Garzon	848	620	2	1470
	Gigante	296	284		580
	Guadalupe	178	123		301
	Hobo	23	51		74
	Iquira	49	98		147
	Isnos	245	175		420
	La Argentina	132	106		238
	La Plata	715	523		1238
	Nataga	52	49		101
	Neiva	5941	6174	10	12125
	Oporapa	86	81		167
	Paicol	41	46		87
	Palermo	57	200		257
	Palestina	36	97		133
	Pital	62	99		161
	Pitalito	2118	1471		3589
	Rivera	57	142		199
	Saladoblanco	89	96		185
	San Agustin	264	264		528
	Santa Maria	55	91		146
	Suaza	153	154	1	308
	Tarqui	176	146		322
	Tello	6	112		118
	Teruel	37	75		112
Tesalia	101	89		190	
Timana	96	151		247	
Villavieja	18	65		83	
Yaguara	49	49		98	
	Total general	12690	12713	13	25416

GUAJIRA	Albania	72	125		197
	Barrancas	326	239		565
	Dibulla	172	246		418

	Distraccion	82	90		172
	El Molino	79	56		135
	Fonseca	376	417		793
	Hatonuevo	90	125		215
	Maicao	1809	1375		3184
	Manaure	431	228		659
	Riohacha	2325	2193	2	4520
	San Juan del Cesar	433	593		1026
	Uribia	564	473	1	1038
	Urumita	105	113	1	219
	Villanueva	193	221		414
	Total general	7057	6494	4	13555

MAGDALENA	Algarrobo	1	106		107
	Aracataca	334	359		693
	Ariguaní	446	222		668
	Cerro San Antonio	44	94		138
	Chivolo	215	182		397
	Cienaga	2327	1431	1	3759
	El Banco	786	460		1246
	El Piñon	33	152		185
	El Reten	304	137		441
	Fundacion	1239	525	1	1765
	Guamal	581	290		871
	Nueva Grabada	2	95		97
	Pedraza	1	111		112
	Pijiño del Carmen	28	99		127
	Pivijay	674	360		1034
	Plato	1020	505	2	1527
	Puebloviejo	5	184		189
	Remolino		83		83
	Sabanas de San Angel	1	113		114
	Salamina	11	83		94
	San Sebastian de Buenavis	398	197		595
	San Zenon	43	126		169
	Santa Ana	681	232		913
	Santa Barbara de Pinto	19	52		71
	Santa Marta	6943	8050	4	14997
	Sitionuevo	1	177		178
Tenerife	124	156		280	
Zona Bananera	14	339		353	
	Total general	16275	14920	8	31203

META	Acacias	931	819		1750
	Barranca de Upia	47	68		115
	Cabuyaro	17	61		78
	Castilla la Nueva	14	128		142
	Cumaral	147	236		383
	El Calvario	42	35		77
	El Castillo	8	77		85
	El Dorado	8	57		65
	Fuente de Oro	24	138		162
	Granada	1335	632		1967
	Guamal	117	119		236
	La Macarena	70	151		221

	La Uribe	10	39		49
	Lejanias	5	106		111
	Mapiripan	12	40		52
	Mesetas	46	104		150
	Puerto Concordia	31	83		114
	Puerto Gaitan	272	353		625
	Puerto Lleras	7	97		104
	Puerto Lopez	223	333		556
	Puerto Rico	4	96		100
	Restrepo	120	168		288
	San Carlos de Guaroa	13	118		131
	San Juan de Arama	4	97		101
	San Juanito	39	23		62
	San Martin	198	259		457
	Villavicencio	4364	4633	4	9001
	Vistahermosa	15	201		216
	Total general	8123	9271	4	17398

NARIÑO	Albán	116	98		214
	Aldana		69		69
	Ancuyá	80	79		159
	Arboleda	27	71		98
	Barbacoas	531	333		864
	Belén	122	78		200
	Buesaco	91	196		287
	Chachagui	2	91		93
	Colón	75	83		158
	Consaca	85	105	1	191
	Contadero	18	55		73
	Córdoba	45	137		182
	Cuaspud	34	68		102
	Cumbal	230	295		525
	Cumbitara	37	87		124
	El Charco	374	268		642
	El Peñol		44		44
	El Rosario	32	73		105
	El Tablón	148	140		288
	El Tambo	196	132		328
	Francisco Pizarro	101	89		190
	Funes	15	51		66
	Guachucal	138	138		276
	Guaitarilla	97	87		184
	Gualmatán	8	56		64
	Iles	30	82		112
	Imués	5	84		89
	Ipiales	1265	1286		2551
	La Cruz	241	236		477
	La Florida	7	97		104
	La Llanada	37	38		75
	La Tola	152	82		234
	La Unión	389	251		640
Leiva	134	103		237	
Linares	97	103		200	
Los Andes	80	96		176	
Maguí	55	75		130	

	Mallama	54	81		135
	Mosquera	201	101		302
	Narino	2	7		9
	Olaya Herrera	321	221		542
	Ospina	14	47		61
	Pasto	5803	7235	1	13039
	Policarpa	38	128		166
	Potosí	18	85		103
	Providencia	53	38		91
	Puerres	64	91		155
	Pupiales	21	126		147
	Ricaurte	217	185		402
	Roberto Payán	111	142		253
	Samaniego	321	232		553
	San Bernardo	59	60		119
	San Lorenzo	82	172		254
	San Pablo	172	182		354
	San Pedro de Cartago	35	45		80
	Sandoná	251	204		455
	Santa Bárbara	134	135		269
	Santacruz	69	88		157
	Sapuyés	2	54		56
	Taminango	188	186		374
	Tangua	18	92		110
	Tumaco	2589	2055		4644
	Túquerres	607	414		1021
	Yacuanquer	12	84		96
	Total general	16550	17946	2	34498

NORTE DE SANTANDER	Abrego	326	192		518
	Arboledas	132	97		229
	Bochalema	41	52		93
	Bucarasica	53	63		116
	Cachira	145	101		246
	Cacota	17	23		40
	Chinacota	118	168		286
	Chitaga	95	97		192
	Convencion	333	212		545
	Cucuta	8269	8515	8	16792
	Cucutilla	34	86		120
	Durania	39	51		90
	El Carmen	117	107		224
	El Tarra	65	82		147
	El Zulia	117	193		310
	Gramalote	46	52		98
	Hacari	50	38		88
	Herran	9	20		29
	La Esperanza	43	46		89
	La Playa	45	61		106
	Labateca	33	53		86
	Los Patios	197	225		422
	Lourdes	13	29		42
	Mutiscua	30	37		67
Ocaña	1178	847	1	2026	
Pamplona	830	548		1378	

	Pamplonita	34	56		90
	Puerto Santander	18	42		60
	Ragonvalia	21	38		59
	Salazar	77	110		187
	San Calixto	89	61		150
	San Cayetano	11	38		49
	Santiago	17	26		43
	Sardinata	141	128		269
	Silos	23	59		82
	Teorama	87	103		190
	Tibu	283	255		538
	Toledo	196	198		394
	Villa Caro	63	57		120
	Villa del Rosario	170	252		422
	Total general	13605	13418	9	27032

PUTUMAYO	Colon	66	53		119
	Mocoa	1242	1794		3036
	Orito	602	399		1001
	Puerto Asis	777	616	1	1394
	Puerto Caicedo	149	107		256
	Puerto Guzman	282	298		580
	Puerto Leguizamo	333	249	1	583
	San Francisco	70	52		122
	San Miguel	199	179		378
	Sibundoy	477	235		712
	Valle del Gaumez	571	279		850
	Villagarzon	311	242		553
	Total general	5079	4503	2	9584

QUINDIO	Armenia	3939	4864	11	8814
	Buenavista	9	31		40
	Calarca	287	492		779
	Circasia	113	164		277
	Cordoba	11	46		57
	Filandia	24	92		116
	Genova	17	114		131
	La Tebaida	56	232		288
	Montenegro	81	272	1	354
	Pijao	20	82		102
	Quimbaya	170	265	2	437
	Salento	14	50		64
	Total general	4741	6704	14	11459

RISARALDA	Apia	135	160		295
	Balboa	22	69		91
	Belen de Umbria	166	276		442
	Dosquebradas	226	1336		1562
	Guatica	86	177		263
	La Celia	61	82		143
	La Virginia	125	260		385
	Marsella	134	190		324
	Mistrato	344	196		540
	Pereira	4916	5724	4	10644
	Pueblo Rico	616	234		850

	Quinchia	245	331		576
	Santa Rosa de Cabal	513	697		1210
	Santuario	77	144		221
	Total general	7666	9876	4	17546

SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Providencia	15	49		64
	San Andres	289	597		886
	Total general	304	646		950

SANTANDER	Aguada	20	11		31
	Albania	24	52		76
	Aratoca	32	52		84
	Barbosa	481	260		741
	Barichara	54	105		159
	Barrancabermeja	2071	2070	10	4151
	Betulia	33	49		82
	Bolivar	105	163		268
	Bucaramanga	5108	9150	8	14266
	Cabrera	10	12		22
	California	6	12		18
	Capitanejo	76	57		133
	Carcasi	54	54		108
	Cepita	19	18		37
	Cerrito	91	49		140
	Charala	271	184		455
	Charta	3	21		24
	Chima	30	30		60
	Chipata	9	47		56
	Cimitarra	353	305		658
	Concepcion	67	58		125
	Confines	13	15		28
	Contratacion	57	42		99
	Coromoro	55	54		109
	Curiti	38	62		100
	El Carmen de Chucuri	176	121		297
	El Guacamayo	31	20		51
	El Peñon	29	50		79
	El Playon	91	103		194
	Encino	31	24		55
	Enciso	39	39		78
	Florian	83	64		147
	Floridablanca	4916	2203	4	7123
	Galan	37	24		61
	Gambita	18	52		70
	Giron	447	957	1	1405
	Guaca	67	73	1	141
	Guadalupe	87	68		155
	Guapota	10	14		24
	Guavata	24	35		59
	Guepsa	22	44		66
	Hato	10	21		31
	Jesus Maria	33	41		74
La Belleza	68	81		149	
La Paz	41	53		94	
Landazuri	110	118		228	

	Lebrija	124	191		315
	Los Santos	15	77		92
	Macaravita	33	22		55
	Malaga	508	341	2	851
	Matanza	29	46		75
	Mogotes	112	126		238
	Molagavita	30	48		78
	Ocamonte	28	33		61
	Oiba	200	105		305
	Onzaga	42	74		116
	Palmar	6	8		14
	Palmas Socorro	13	13		26
	Paramo	23	33		56
	Piedecuesta	511	1172	1	1684
	Pinchote	17	29		46
	Puente Nacional	215	210		425
	Puerto Parra	20	48		68
	Puerto Wilches	558	599	1	1158
	Rionegro	43	213		256
	Sabana de Torres	185	212		397
	San Andres	160	124		284
	San Benito	12	24		36
	San Gil	1057	628	1	1686
	San Joaquin	29	21		50
	San Jose de Miranda	39	16		55
	San Miguel	21	25		46
	San Vicente Chucuri	309	255	1	565
	Santa Barbara	9	17		26
	Santa Helena del Opon	38	54		92
	Simacota	46	87		133
	Socorro	579	392		971
	Suaita	84	96		180
	Sucre	75	102		177
	Surata	19	39	1	59
	Tona	9	53		62
	Valle de San Jose	51	33		84
	Velez	290	271	1	562
	Vetas	6	10		16
	Villanueva	84	69		153
	Zapatoca	79	89		168
	Total general	21158	23142	32	44332

SUCRE	Buenavista	86	78		164
	Caimito	180	157		337
	Chalan		45		45
	Corozal	1985	566	3	2554
	Coveñas	42	43		85
	El Roble	3	66		69
	Galeras	255	190		445
	Guaranda	98	168		266
	La Union	163	113		276
	Los Palmitos	263	237		500
	Majagual	361	419		780
	Morroa	110	114		224
	Ovejas	213	229		442

	Palmito	57	117		174
	Ricaurte	22	85		107
	Sampues	387	349		736
	San Benito Abad	238	276	1	515
	San Juan de Betulia	112	127		239
	San Marcos	656	485		1141
	San Onofre	410	515		925
	San Pedro	228	176		404
	Since	435	286	3	724
	Sincelejo	6111	4838	1	10950
	Sucre	339	234		573
	Tolu	317	380		697
	Tolviejo	46	204		250
	Total general	13117	10497	8	23622

TOLIMA	Alpujarra	43	45		88
	Alvarado	9	70		79
	Ambalema	33	66		99
	Anzoategui	35	95		130
	Armero	82	112		194
	Ataco	139	200		339
	Cajamarca	99	148		247
	Carmen de Apicala	36	59		95
	Casabianca	34	59		93
	Chaparral	631	474	1	1106
	Coello	3	62		65
	Coyaima	209	246		455
	Cunday	64	109		173
	Dolores	74	97		171
	Espinal	569	527	3	1099
	Falan	125	101	2	228
	Flandes	49	60		109
	Fresno	265	289		554
	Guamo	208	248		456
	Herveo	14	53		67
	Honda	148	206		354
	Ibague	6545	7719	8	14272
	Icononzo	188	123		311
	Lerida	139	144		283
	Libano	431	390		821
	Mariquita	346	281	1	628
	Melgar	114	208		322
	Murillo	15	56		71
	Natagaima	234	155		389
	Ortega	375	369		744
	Palocabildo	112	63		175
	Piedras	5	42		47
	Planadas	256	245		501
	Prado	68	84		152
Purificacion	244	192		436	
Rioblanco	213	195		408	
Roncesvalles	40	56		96	
Rovira	103	237		340	
Saldaña	148	127	1	276	
San Antonio	122	136		258	

	San Luis	52	113		165
	Santa Isabel	68	76		144
	Suarez	29	33		62
	Valle de San Juan	13	42		55
	Venadillo	51	137		188
	Villahermosa	81	107		188
	Villarrica	49	51		100
	Total general	12910	14707	16	27633

VALLE DEL CAUCA	Alcala	59	61		120
	Andalucia	13	105		118
	Ansermanuevo	11	95		106
	Argelia	37	61		98
	Bolivar	55	187		242
	Buenaventura	2563	2623	1	5187
	Buga	1099	1166		2265
	Bugalagrande	10	159		169
	Caicedonia	241	257	1	499
	Cali	8782	13336	11	22129
	Candelaria	98	278		376
	Cartago	1268	1419	2	2689
	Dagua	162	150		312
	Darien	86	118		204
	El Aguila	29	72		101
	El Cairo	74	65		139
	El Cerrito	120	258		378
	El Dovio	91	95		186
	Florida	251	307		558
	Ginebra	64	91		155
	Guacari	278	182		460
	Jamundi	538	773		1311
	La Cumbre	41	65		106
	La Union	310	162		472
	La Victoria	135	110		245
	Obando	34	115		149
	Palmira	1855	2477		4332
	Pradera	205	309	2	516
	Restrepo	51	90		141
	Riofrio	12	100		112
	Roldanillo	610	410		1020
	San Pedro	2	91		93
	Sevilla	292	403		695
	Toro	67	143		210
Trujillo	43	143		186	
Tulua	1808	1851		3659	
Ulloa	33	35		68	
Versalles	54	92		146	
Vijes	39	52		91	
Yotoco	16	83		99	
Yumbo	317	725		1042	
Zarzal	329	380	3	712	
	Total general	22182	29694	20	51896

VAUPES	Caruru		8		8
	Mitu	805	423		1228

	Taraira	2	5		7
	Total general	807	436		1243
VICHADA	Cumaribo	225	198		423
	La Primavera	124	84		208
	Puerto Carreño	266	439		705
	Santa Rosalia	42	37		79
	Total general	657	758		1415
Total Pais		392845	445221	308	838374

Formulario No 1. EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE

Ciudad y fecha

REF: PROCESO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

PROponente:

PERSONA QUE ACREDITA LA EXPERIENCIA

CLASE/NO. DE DOCUMENTO (CERTIFICACIÓN, CONTRATO, FACTURA, ...)	AÑO	OBJETO	EJECUCIÓN	VALOR	PLAZO DE EJECUCIÓN	NOMBRE (NOMBRE DEL COMPRADOR)	FORMA DE REMUNERACIÓN	TELÉFONO / DIRECCIÓN

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

Firma Representante Legal del proponente

Nombre: _____

Documento Identidad: _____

SOCIEDAD REPRESENTADA: _____

Formulario No 2. ACREDITACIÓN CAPACIDAD FINANCIERA Y DE ORGANIZACIÓN DEL OFERENTE

ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL DEL OFERENTE PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS HABILITANTES.

OFERENTE _____

1. BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2015

DETALLE	OFERENTE
ACTIVO CORRIENTE	
ACTIVO FIJO	
OTROS ACTIVOS	
TOTAL ACTIVO	
PASIVO CORRIENTE	
OTROS PASIVOS	
TOTAL PASIVO	
TOTAL PATRIMONIO	

2. CAPACIDAD FINANCIERA (cf):

- **ÍNDICE DE LIQUIDEZ :**

INDICE DE LIQUIDEZ	VALOR EN BALANCE 2015
AC= Activo Corriente	
PC= Pasivo Corriente	
Liquidez = AC/ PC	

- **NIVEL DE ENDEUDAMIENTO :**

NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	VALOR EN BALANCE 2015
PT= Pasivo Total	
AT= Activo Total	
Endeudamiento = PT/ AT	

3. CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN (Co)

- **RENTABILIDAD SOBRE PATRIMONIO:**

RENTABILIDAD SOBRE PATRIMONIO	VALOR EN BALANCE 2015
UO= Utilidad Operacional	
P= Patrimonio	
RP = UO /P	

- **RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS :**

RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS	VALOR EN BALANCE 2015
UO= Utilidad Operacional	
AT= Activo Total	
RA = UO/AT	

Declaramos bajo la gravedad de juramento, que los valores establecidos anteriormente corresponden a la información de las cuentas contables acordes al PUC reglamentado por la legislación contable en Colombia, los valores son tomados fielmente de los Estados Financieros del oferente que representamos, por tal motivo comprometemos nuestra responsabilidad personal e institucional de las personas jurídicas que representamos, en cuanto a que la información antes consignada es totalmente cierta y corresponden única y exclusivamente a la verdad .

En constancia de lo anterior, firman:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

Documento de Identidad:

FIRMA REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR

Nombre:

Documento de Identidad:

Tarjeta Profesional:

*Indique si actúa como revisor fiscal ó contado

Formulario No 3. RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA EVALUABLE

Se publican los formularios anexos al presente documento de selección de contratistas (ver anexos) en archivo excel separado.

Documento No 1- Red alterna evaluable servicios de apoyo

Documento No 2- Red principal evaluable servicios de apoyo

Documento No 3- Red alterna evaluable consulta especializada II y III nivel de complejidad

Documento No 4- Red alterna evaluable servicios hospitalización y cirugía

Documento No 5- Red principal evaluable consulta especializada II y III nivel de complejidad

Documento No 6- Red principal evaluable servicios hospitalización y cirugía

Documento No 7- Red principal evaluable servicios farmaceuticos

Documento No 8- Red alterna evaluable servicios farmaceuticos

Documento No 9- Formatos IPS acreditadas

Formulario No 4. RED DE SERVICIOS COMPLETA

Se publican los formularios anexos al presente documento de selección de contratistas (ver anexos) en archivo excel separado.

Documento No 1- Oferta red principal servicios II y III nivel de complejidad

Documento No 2- Oferta red alterna servicios II y III nivel de complejidad

Documento No 3- Oferta red principal servicios básicos

Documento No 4- Oferta red alterna servicios básicos

Formulario No 5. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LOS PROPONENTES

El(los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal PROPONENTE) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal) PROPONENTE, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, indicando instrumento de constitución), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de aceptar y cumplir con las obligaciones establecidas en los **Anexos Técnicos y Operativos No 1, 2, 3, y 5**, sin perjuicio de las que se establecen en el numeral 4.3.1 y 4.3.2, así como la forma de pago y que su ingreso lo constituye únicamente los valores pactados en el contrato por lo cual con la presentación de la propuesta declara conocer y aceptar la remuneración que está establecida en el documento de selección de contratistas, avalados con la firma del representante legal, como se discrimina a continuación:

I) OBLIGACIONES DE LAS PARTES

A) OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental, así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.

2. Cumplir con los requisitos habilitantes de orden jurídico, técnico, económico y financiero, así como los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato.
3. Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia para atender sus obligaciones, de acuerdo con la metodología que para el efecto defina la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.
4. En caso de cualquier novedad o anomalía, reportar la situación de manera inmediata al funcionario encargado de la supervisión del contrato.
5. Colaborar con la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para que el objeto del contrato se cumpla y que los servicios prestados sean de la mejor calidad y se presten con la oportunidad requerida.
6. Facilitar las actividades administrativas, logísticas, de desplazamiento y las requeridas en general para el cumplimiento de sus obligaciones, la de su personal directo y subcontratistas, en el objeto del presente pliego, en especial lo relacionado con capacitaciones.
7. Acatar las instrucciones y observaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por conducto del supervisor del contrato o quien este designe.

4.3.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

➤ OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SALUD

1. Garantizar a los afiliados del FNPSM los beneficios del Plan de salud del Magisterio, en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.
2. Garantizar el traslado de los pacientes remitidos a otros municipios en los términos establecidos en el Anexo No 1 y 3 del presente documento de selección de contratistas.
3. Responder de manera integral por el manejo del riesgo en salud y la garantía de los servicios de salud incluidos en el contrato.
4. Implementar mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia de pacientes, ajustados a las normas que regulan la materia, con mecanismos ágiles, oportunos, apoyados en plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados.
5. Garantizar la atención de los principales riesgos de salud que afectan a los afiliados del Magisterio a través de programas que permitan la estandarización de intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamentos o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones.
6. Cumplir con oportunidad en la atención efectiva de los servicios de salud en los términos señalados en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.

➤ OBLIGACIONES OPERATIVAS

1. De conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social de sus trabajadores y exigir igual condición a sus contratistas, para cada pago.
2. Garantizar la permanencia e idoneidad de las personas responsables de la ejecución del contrato y demás obligaciones que se generen en la ejecución del mismo.
3. Utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar.
4. Implementar en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A.
5. Organizar y mantener operativa la red de Instituciones Prestadoras de Servicios, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, de conformidad con la oferta aprobada, así como la organización de las Rutas Integrales de Atención en salud, para garantizar en cada uno de los municipios la atención de los afiliados del Magisterio y su tránsito por la red hacia los distintos niveles de complejidad en función de las necesidades de salud de cada afiliado, de acuerdo con los requisitos mínimos de oferta de servicios según tamaño del municipio, establecidos en el documento de selección de contratistas.
6. Organizar y mantener una red alterna para todos los servicios, incluidos los de apoyo diagnóstico y terapéutico, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.
7. Crear y mantener en operación, como instancia administrativa, una Coordinación a nivel de cada departamento, responsable de la organización y administración de la red de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.
8. Crear y mantener en operación como instancia una Coordinación de la red de Servicios a nivel regional, responsable de la organización y administración de la red de servicios de tercer nivel de complejidad.
9. Garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas.
10. Garantizar el funcionamiento y operación de sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades mayores de 50.000 habitantes y capitales de departamento, con las condiciones de servicios establecidas en el documento de selección de contratistas.
11. Presentar mensualmente la información establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fiduprevisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud.
12. Contar con solución de software que soporte el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolide las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios, de conformidad con lo establecido en los documento de selección de contratistas.
13. Implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un único Call Center por región con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud y ubicación de la red de servicios. El Call Center deberá tener un

sistema para verificar la trazabilidad de la atención prestada, de conformidad a lo establecido en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.

14. Facilitar la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.
15. Implementar estrategias de promoción y apoyo de la participación ciudadana y del ejercicio del control social en salud, incluido el Defensor del Usuario de Salud del Magisterio, facilitando la entrega de la información que permita el ejercicio de su labor, salvo reservas legales.
16. Suministrar información y brindar el apoyo necesario a la supervisión, interventorias, auditorias o misiones especiales que delegue la Fiduprevisora S.A.
17. Efectuar los reportes de información a los organismos de control competentes que así lo soliciten.
18. Asistir obligatoriamente y sin excepción a todos los Comités Regionales de Prestaciones Sociales que se lleven a cabo en los departamentos que compongan la región, en los términos de la convocatoria que realice el Ente Territorial Certificado en Educación, mediante la designación de un funcionario que cuente con poder de decisión.
19. Garantizar la puesta en marcha y operación de las sedes exclusivas y administrativas en los términos y condiciones establecidos en el Anexo No 3 del presente documento de selección de contratistas.

➤ **OBLIGACIONES FINANCIERAS**

1. Mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una reserva técnica equivalente a la sumatoria de dos (2) UPCM mensuales por todos sus afiliados de conformidad con el valor estimado del contrato.
2. Pagar oportunamente a las IPS, proveedores y otros servicios subcontratados que tengan relación directa con el objeto contractual, en los términos señalados en los Artículos 56 y 57 Ley 1438 de 2011.
3. Asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada.

➤ **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES**

1. Recibir y enviar a su equipo interdisciplinario de calificación, los reportes o avisos de los eventos ocurridos (accidentes o enfermedades) o las solicitudes que sean direccionadas por la Fiduprevisora.
2. Orientar o direccionar ante entidades de salud, diferentes niveles y servicios, especialidades, según pertinencia o lo requerido del caso.
3. Realizar el seguimiento de la condición de salud del trabajador, durante las etapas de tratamiento, recuperación y rehabilitación a través de la supervisión o auditoría médica
4. Emitir las recomendaciones médicas específicas y orientar las actividades de rehabilitación integral.
5. Expedir por parte de los médicos tratantes o que atienden el caso, las incapacidades temporales que sean requeridas.
6. Aportar a los responsables de la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral, información de salud, previo consentimiento informado, según se requiera en el caso.
7. Realizar la remisión al equipo interdisciplinario, para calificación de origen, cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento, en los términos dispuestos en la normatividad vigente.
8. Generar las altas médicas que correspondan, por intermedio de los médicos tratantes.
9. Brindar información de pronóstico, rehabilitación, y expedir los demás certificados que sean requeridos para los trámites de calificación y para la emisión de recomendaciones médico laborales.

10. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

➤ **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (PCL)**

1. Conformar, de manera directa o subcontratado, un equipo interdisciplinario para calificar el origen y/o pérdida de la capacidad laboral de los afiliados y beneficiarios del FNPSM, que lo requieran para los objetivos definidos legalmente y que deberán cumplir los requisitos de conformación establecidos en el Anexo 5 del presente documento.
2. Coordinar y supervisar los trámites requeridos y la gestión realizada por el equipo interdisciplinario de calificación y garantizar el cumplimiento de sus funciones legales y las dispuestas en el presente documento.
3. Iniciar la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, según los términos y tiempos definidos en la reglamentación vigente, según corresponda.
4. Solicitar la documentación necesaria para la calificación de origen o pérdida de capacidad laboral a las entidades pertinentes según lo dispuesto en la reglamentación vigente.
5. Realizar las pruebas complementarias y las valoraciones especializadas que sean requeridas por el equipo interdisciplinario, para el proceso de calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral.
6. Realizar la valoración por el médico laboral de la persona sujeto de calificación y solicitud de valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera.
7. Tramitar la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.
8. Notificar el dictamen con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial certificada en educación y entregar copia a la Fiduprevisora S.A.
9. Enviar el caso, por intermedio de su equipo interdisciplinario, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez y hacer el recobro de gastos correspondientes, si se generaran en este proceso.
10. Recibir información del proceso de resolución de controversias en Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
11. Recepcionar los dictámenes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
12. Acreditar en la periodicidad y términos definidos en la reglamentación vigente, la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años para su inscripción como beneficiarios en este Régimen Excepcional.
13. Enviar la documentación que Fiduprevisora S.A. requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
14. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

4.3.3. OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

La Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, se obliga a:

1. Efectuar los pagos del contrato dentro del plazo establecido en el presente documento.
2. Prestar toda la colaboración al CONTRATISTA para que el objeto del contrato se desarrolle de conformidad con los terminos del presente documento.
3. Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones pertinentes que el CONTRATISTA le formule en desarrollo de la ejecución del objeto del contrato.

4. Las demás que se encuentren contempladas en el documento de selección de contratistas, así como las que por la naturaleza del contrato deban cumplirse en atención a las normas que rigen la materia y además las que se deriven de la suscripción del presente contrato.

En cuanto a la forma de pago declaro que acepto lo establecido por la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en el numeral 5.2 “forma de pago” establecido en el documento de selección de contratistas.

EL PROPONENTE:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del PROPONENTE o su representante)

Formulario No 6. DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD

El(los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal PROPONENTE) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal) PROPONENTE, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, indicando instrumento de constitución), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifestamos el compromiso de implementar el licenciamiento y las funcionalidades exigidas en el presente formulario junto con los requerimientos expresados en el Anexo No. 3, en el acápite denominado "REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN" del documento de selección de contratistas, en caso de ser adjudicatario del presente proceso de invitación pública.

REQUERIMIENTOS FUNCIONALES		
ID	FUNCIONALIDADES	CUMPLE (SI/NO)
1	GENERALES	
	Sistema totalmente integrado con todos los módulos tanto los de salud como los administrativos	
	Todos los módulos son totalmente configurables y/o parametrizables	
	Permite el manejo (Administración y control) de contratos capitados	
	Cuenta con consultas de información ágiles.	
	Permite manejar múltiples tarifas por cada contratante (empresas a las cuales se les prestan servicios)	
	Permite realizar consultas de información de periodos anteriores sin límite de tiempo	
	Cuenta con control de admisiones, urgencias, prestaciones (cargos), liquidación de cirugías, altas, notas de salida, etc.	
	Permite el manejo de varios médicos tratantes, así como varios diagnósticos de ingreso y egreso	
	Permite el manejo de cotizaciones de servicios, con cálculo del valor de las cirugías.	
	Permite el manejo de tarifas por contratista, planes de atención y excepciones.	
	Cuenta con un Generador de reportes para definir reportes especiales o estadísticos.	
	Permite visualizar y filtrar las admisiones por: Pacientes admitidos, dados de alta, declinados, etc.	
	Permite el manejo de tarifas de ley y cualquier otra definida por la institución, sin requerir cambios en los aplicativos.	
	Proporciona información que permite la toma de decisiones para reducir los costos directos e indirectos en la administración de las prestaciones de servicios.	
	Cumple con las normas de Ley	
	Administra Costos por plan, contratante, sede, servicio, médico, paciente, período.	
	Administra la trazabilidad del acto médico completo (Citas médicas, historia clínica, prestaciones de servicios, controles, manejo de programas de atención preventiva)	
	Cuenta con un módulo de seguridad del manejo del sistema, para protección de datos y evitar modificaciones a la Historia Clínica o evitar que sea vista por personal no autorizado.	
	Cuenta con el manejo centralizado de las historias clínicas de los pacientes y toda su información relacionada.	
	Controla los costos y consumos en la prestación de servicios, y la descarga de inventarios.	

	Maneja múltiples tipos de atención con restricciones definibles para cada uno de ellos.	
	Maneja múltiples contratos con configuración independiente para cada uno de ellos.	
	Permite definir reportes por el usuario.	
	Permite configurar múltiples sedes, con control de consecutivos para cada una, permitiendo la replicación de datos en las oficinas centrales y sus oficinas satélites.	
2	ADMISIONES (HOSPITALARIO)	
2.1	Triage	
	Permite el registro de datos del paciente	
	Permite el registro de signos vitales	
	Permite el registro de causa de la consulta por urgencias	
	Clasifica la urgencia según parámetros	
	Prioriza automáticamente la urgencia, según parámetros	
	Permite enlazar el triage con consulta externa, cuando no es una urgencia	
	Permite la revisión de triage por un nivel superior	
	Permite ajustes de triage por el nivel superior	
	Genera reportes estadísticos de Triage	
2.2	Admisiones	
	Controla los requisitos de admisión (documentos)	
	Informa permanentemente en la pantalla el estado de la admisión, facturación, SOAT, documentos pendientes, etc.	
	Controla las autorizaciones en la admisión, las cuales pueden ser: copagos manuales, No. Autorización, Autorización por tope, autorización por fecha y hora (controlando el vencimiento de las mismas)	
	Cumple con la normatividad de la 3047	
	Guarda la trazabilidad y el histórico de solicitudes de autorización	
	Permite que un mismo ingreso (admisión) se pueda facturar a varios terceros.	
	Permite imprimir para cada admisión: Depósitos, Ingreso (admisión), contrato, declaración de riesgos, orden de salida, factura, orden de salida, solicitud de egreso a la administradora (EPS, ARS, Contratante), Anexos de la admisión general y por cada tercero involucrado en la admisión, certificado de NO urgencia, Relación de materiales, insumos y medicamentos para cirugías	
	Administra y controla para admisiones tipo SOAT: Historia clínica SOAT, formato de declaración del accidente, certificado de atención, cuenta de cobro a la aseguradora, cuenta de cobro FONSOAT	
	Lleva un histórico de las veces que el paciente ha solicitado atención en las últimas 24 horas, 24 a 48 horas, 48 a 72 horas, 72 horas a 30 días	
	Registra la información de eventos catastróficos	
	Registra a través de notas las observaciones administrativas	
2.3	Administración de imágenes	
	Digitaliza imágenes de documentos	
	Digitaliza diferentes formatos de archivos (Word, Excel, PDF, correo, etc.)	
	Indexa documentos digitalizados y/o electrónicos	
	Almacena documentos digitalizados en un servidor de archivos	
	Asocia las imágenes y documentos a los diferentes procesos	
2.4	Censo Hospitalario	

	Controla la disponibilidad y ocupación hospitalaria	
	Permite establecer la ubicación física de los pacientes	
	Controla el traslado de pacientes	
	El Censo hospitalario permanece actualizado en línea	
	Genera Reportes estadísticos	
3	ASISTENCIAL (HOSPITALARIO)	
3.1	Historia clínica	
	Permite tener modelos ilimitados de la historia clínica por hospital	
	Maneja formato de Hoja de Tratamiento, Balance de Líquidos, UNIDOSIS	
	Hace manejo integral de la historia clínica,	
	Permite la generación automática de epicrisis	
	Máxima seguridad del manejo del sistema, para evitar modificaciones a la Historia Clínica o evitar que sea vista por personal no autorizado.	
	Al dar de alta a un paciente, su historia queda en el histórico y cuando regrese estas pueden volverse a consultar	
	Administra y controla el manejo de evoluciones, las cuales pueden ser agregadas automáticamente a la epicrisis	
	Permite la impresión de historia clínica	
	Desde la historia clínica se pueden hacer prestaciones (notas de cargo) por parte del médico; con los tipos de órdenes médicas más usuales (esto puede ser cambiado) permitiendo una mayor agilidad en la operación	
	Permite revisar la historia clínica por el personal médico	
3.2	Proceso de salida de pacientes	
	Controla y verifica la existencia de la alta médica	
	Controla y verifica que el tratamiento haya sido proporcionado en su totalidad	
	Controla y verifica devoluciones y solicitudes a farmacia que estén confirmadas	
	Controla y verifica la existencia del alta de enfermería	
3.3	Incapacidades	
	Permite el registro de incapacidades	
	Permite la impresión de incapacidades	
	Conserva el Histórico de incapacidades	
3.4	Formulas ambulatorias	
	Permite el registro de fórmulas ambulatorias	
	Realiza el cargue automático de la fórmula a la factura, donde el convenio lo establezca	
	Permite la impresión de fórmulas	
	Conserva el histórico de fórmulas	
4	CONSULTA EXTERNA	
4,1	CARACTERÍSTICAS	
	Permite la programación y asignación de citas, controlando todos los parámetros del contrato, restricciones del paciente, del servicio, del médico.	
	Permite reasignación y/o la reprogramación de citas, por cambios de médicos, horarios, permisos, etc.	

	Permite especificar por especialidad, el número de días a futuro para configurar la agenda.	
	Permite la impresión del comprobante de asignación de cita para ser entregado al paciente.	
4.2	Citas	
	Permite configurar la agenda por médico y sede	
	Permite programar las citas con base en la disponibilidad de la agenda	
	Controla el cumplimiento de la agenda	
	Permite reasignación de citas individual o masivamente	
	Permite cancelación de citas	
	Permite la visualización de la agenda por médico	
4.3	Transcripción de ordenes médicas	
	Permite el registro de ordenes médicas emitidas por terceros	
4.4	Promoción y Prevención	
	Permite crear programas de Promoción y Prevención	
	Permite asociar servicios a cada programa de prevención y promoción	
	Maneja y controla cronogramas de promoción y prevención	
	Genera automáticamente la orden médica para cada tratamiento por paciente	
	Matricula pacientes a cada programa	
	Realiza seguimiento y control a la ejecución de cada programa	
4.5	Odontograma	
	Permite registro inicial de la salud dental del paciente	
	Permite registro de la evolución dental del paciente	
	Genera el cierre del tratamiento	
5	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
	Permite el manejo integrado de información de laboratorios clínicos, Imagenología y Banco de Sangre	
	Lleva el registro de ingresos, sin embargo, estos pueden ser tomados de las ordenes generadas por los médicos en su consultorio, evitando errores de transcripción, los médicos pueden ver los resultados en pantalla, sin necesidad de esperar la impresión de resultados	
	Registra los resultados de los exámenes	
	Las solicitudes de exámenes de laboratorio llegan automáticamente al laboratorio para su proceso	
	Este proceso debe estar totalmente integrado con asistencial y consulta externa, también debe permitir la operación independiente	
	Permite manejar plantillas de resultados totalmente configurables.	
	Contiene reporte de estadísticas	
	Permite capturar la imagen de los resultados o diagnosticas	
	Aplica para Laboratorio clínico, Imágenes diagnósticas, Banco de sangre, tomografías, ecografías, entre otros	
6	AUDITORÍA INTERNA	
6.1	Características generales	
	Permite la Recepción y envío de glosas desde y hacia cartera	
	Registra la Sustentación de glosas	
	Genera notas crédito con base en la sustentación de glosas	

	Imprime la sustentación	
	Permite elaborar actas de Conciliaciones de cartera	
	Genera notas crédito con base en la conciliación y marca la factura como conciliada	
6.2	Seguimiento de facturas radicadas	
	Cuenta con Control de glosas y auditoria médica	
	Lleva control de las respuestas de glosas y facturación de las mismas	
	Permite hacer seguimiento a las respuestas a glosas	
	Lleva control del recibo de documentos (facturas)	
	Lleva registro de glosas, automáticas y/o manuales	
	Permite responder glosas en forma individual o global.	
	Permite hacer el seguimiento al proceso de resolución de glosas	
	Permite desde el módulo de auditoria aceptar una glosa que anula una factura, afectando automáticamente, cartera y contabilidad sin que el usuario tenga que generar procesos	
	Permite la facturación de glosas	
	Permite la contabilización de glosas	
	Permite el descuento de glosas de los saldos de cartera por tercero	
	Generar Notas crédito automáticas de las glosas aceptadas	
	Permite generar reportes de: Glosas recibidas en auditoria, glosas respondidas en auditoria No entregadas a cartera y la fecha de respuesta está entre las fechas indicadas, glosas respondidas en auditoria No entregadas a cartera (todas las fechas de respuesta), glosas respondidas en auditoria entre fechas (entregadas y no entregadas a cartera), glosas entregadas a cartera por fecha de entrega	
	Permite desde este módulo hacer ajustes a la historia clínica del paciente (si se cuenta con el perfil de seguridad adecuado)	
7	AUDITORÍA EXTERNA	
	Permite al auditor externo consultar la historia clínica del paciente	
8	ADMINISTRATIVO FINANCIERO:	
8.1	Características generales	
	El componente administrativo y financiero debe incluir, mínimo, los siguientes módulos: Cuentas por cobrar, Cuentas por pagar, Caja, Bancos y legalización de cuentas médicas	
	Debe permitir una administración integral de toda la información financiera de la empresa (cuentas por cobrar, cuentas por pagar, bancos, cajas)	
	contar con consultas de información ágiles	
8.2	Cartera	
	Debe permitir la recepción y devolución de facturas	
	Debe generar cuentas de cobro	
	Debe hacer seguimiento de cobro de cartera	
	Debe aplicar recaudos de cartera	
	Debe permitir generar Notas débito y crédito	
	Debe llevar un control de los depósitos, que puedan ser cruzados automáticamente con la factura del paciente o con los copagos del mismo	
	Debe permitir el envío y recepción de glosas desde y hacia auditoria	
	Debe permitir la radicación de cuentas médicas	

	Debe permitir realizar conciliaciones de cartera	
	Debe permitir realizar consultas, reportes y estadísticas	
	Debe contar con Cierre de cartera	
	Debe controlar documentos de: recepción de facturas, devolución de facturas	
	Debe facturar y enviar automáticamente a cartera lo facturado en cada área: asistencial, consulta externa, ventas al público en farmacia, etc.	
	Debe permitir, excepcionalmente, el registro manual de facturas.	
	Debe controlar y aplicar recaudos, registrando: valor efectivamente pagado, deducciones de impuestos, descuentos financieros, registro de glosas y envío automático de estas al módulo de auditoría	
	Debe permitir hacer cruces de cuenta con las cuentas por pagar de un tercero, generando todos los movimientos financieros y contables requeridos	
	Debe tener el control, la administración y el registro de notas débito y crédito.	
	Debe permitir que las glosas automáticamente generen ajustes a la cartera	
	Debe permitir el seguimiento de la cartera con control de fecha, hora, contacto y compromiso de pago	
	Debe permitir asignar facturas a cobranzas (abogados) para su recaudo	
	Debe contar, mínimo, con las siguientes consultas:	
	o Facturas en cuentas por cobrar	
	o Advertencias de seguimiento de cobros	
	o Notas Débito y Crédito	
	o Vencimientos por tercero, mostrando la cartera por edades, brinda consulta adicional de cartera detallada del tercero	
	o Facturas que no están en cartera	
	o Recaudos en caja	
	o Recaudos en bancos	
	o Recaudo comparativo	
	o Facturas recibidas en cartera	
	contar mínimo con los siguientes informes:	
	o Cuentas entregadas	
	o Cuentas sin entregar	
	o Resumen de radicación	
	o Resumen de recaudos	
9	TESORERÍA	
9.1	Cuentas por pagar	
	Debe permitir la creación automática de cxp provenientes de Inventario	
	Debe permitir la creación automática de cxp provenientes de Nómina	
	Debe permitir la creación automática de cxp provenientes de honorarios médicos	
	Debe permitir la creación automática de cxp provenientes de anticipos	
	Debe permitir la creación de cxp de servicios (Servicios públicos, impuestos, entre otros)	
	Debe permitir la parametrización de impuestos por cada tercero	
	Debe realizar la Contabilización en línea	
9.2	Órdenes de pago	

	Debe Permitir la programación de pago a proveedores	
	Debe Permitir hacer pagos parciales	
	Debe generar automáticamente el egreso	
	debe permitir realizar dispersión de pagos masivamente	
	Debe contar con Consultas y reportes	
10	INVENTARIOS:	
	Debe controlar eficientemente los inventarios incluyendo las farmacias.	
	El sistema de Inventarios debe ser amigable al usuario.	
	Debe tener conexión directa con el módulo de prestación de servicios, para solicitudes y entrega.	
	Debe controlar las entradas y salidas de artículos de inventario, los conceptos pueden ser definidos por la empresa	
	Debe actualizar automáticamente los inventarios y realizar su contabilización	
	Debe permitir el manejo de múltiples bodegas	
	Debe controlar y generar automáticamente las reposiciones de las bodegas adicionales con la bodega central	
	Debe permitir especializar las bodegas por productos o tipos de productos, por ejemplo, bodegas de medicamentos, bodegas de consumo interno, bodegas de material de osteosíntesis	
	Debe contar, mínimo, con las siguientes consultas e informes:	
	o Informes diarios	
	o Informe de existencia y costo	
	o Consulta por artículos	
	o Consumos por área y tercero	
	o Consumos por artículo	
	o Generales de vencimientos	
	o Generales valoración	
	o Estadísticas de artículos sin movimiento	
	o Estadística de consumo promedio y cálculo de pedidos	
	o Reposiciones	
	o Artículos en tránsito	
	Debe permitir la generación y registro de conteos físicos de artículos, con realización de ajustes automáticos de los mismos	
11	SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS – SIAU	
11.1	Quejas y reclamos	
	Debe permitir recepcionar la queja del usuario y realizar un seguimiento a la misma, hasta llegar a la respuesta dada al usuario.	
	Debe medir el nivel de insatisfacción del usuario frente a los servicios prestados.	
	Debe permitir brindar respuesta oportuna a una queja.	
	Debe documentar los planes de acción	
	Debe llevar control de las quejas y sus respuestas	
11.2	Encuestas de satisfacción	
	Debe permitir crear plantillas de encuesta en el sistema	

	Debe registrar la información de las encuestas	
	Debe generar reportes de las encuestas estadísticos	
12	PRESUPUESTO	
	Debe administrar y controlar el presupuesto establecido por cada institución	
	debe generar informes presupuestales para entes de control	
	Debe poder operar integrado en la solución o independiente	
13	REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS - RIPS	
	Debe generar rips automáticamente por cuenta de cobro	
	Debe controlar Un rips por cada cuenta de cobro	
	debe generar RIPS consolidados por tercero o global	
	debe permitir generar RIPS sin cuenta de cobro (procesos legales, especiales)	
14	GUÍAS Y PROTOCOLOS	
	Debe permitir el registro de guías y protocolos de la institución	
	debe permitir la activación o inactivación de guías	
	Debe permitir consulta de guías y protocolos	
15	REPORTES	
	Debe contar con Interfaz gráfica para la ejecución de reportes	
	debe permitir la generación de archivos planos a partir de consultas	
16	RESOLUCIONES	
	Debe cumplir con los indicadores de calidad 030, 056, 030 de cartera, 4505, 2193	
	Debe contar con códigos de: Diagnóstico (código CIE-10), CUPS y CUMS, vademécum (genérico y comercial), tarifas legales (ISS, SOAT, Otras).	
	debe contar con Control de afiliaciones, generación de bases de datos históricas de afiliados, novedades de afiliación	
	Debe permitir el registro y seguimientos de: quejas, solicitudes, reclamos.	
	Debe contar con Control y seguimiento a pacientes crónicos matriculados en programas de P y P, permite: matricular los pacientes a uno o varios programas, registrar órdenes periódicas de servicios (formulas, exámenes, etc.), esto permite generar automáticamente las ordenes matriculadas a cada paciente, generando el pedido a farmacia, con control de entregas	

ID	REQUERIMIENTOS TECNOLÓGICOS	CUMPLE (SI/NO)
1	GENERALIDADES	
	La solución debe permitir accesibilidad vía web para consultas de información	
	El sistema debe proveer estadísticas de generación de reportes	
	El sistema debe permitir los siguientes tipos de ejecución de reportes: - Periódicos - Por demanda	
	El sistema ofertado debe permitir que el usuario final pueda desarrollar nuevos reportes e incorporarlos al sistema.	
	La solución ofertada debe garantizar el correcto funcionamiento sobre los siguientes Web Browser como mínimo: Internet Explorer 8.x o superior, Mozilla Firefox 3.6x o superior, chrome 6.x o superior.	

	La solución debe estar construida con Lenguajes de Programación Orientados a Objetos	
2	ADMINISTRACION & GESTION	
	El sistema ofertado Debe contar con un generador de reportes para usuario final	
	El sistema ofertado debe contar con un sistema de control de impresiones	
	El sistema ofertado Debe permitir programar mediante agenda, procesos en lote que faciliten la administración y configuración de los mismos.	
	El sistema ofertado Debe permitir la importación y la exportación de datos hacia y desde varios formatos. Explicar como	
	El sistema ofertado debe Garantizar la integridad de los datos durante los procesos de cargue masivos y la operación normal del sistema	
	El sistema de información debe permitir hacer operaciones desde dispositivos móviles. Explicar cómo se integra la solución	
	Debe manejar integración con directorio activo o LDAP	
3	ARQUITECTURA	
	La solución debe permitir la instalación de las diferentes capas en diferentes servidores, debe permitir escalabilidad vertical y horizontal.	
	La solución software debe permitir la asociación de imágenes digitales o documentos electrónicos a nivel de transacción, admisión, historia clínica, radiografías, pagos, etc.	
	La solución software debe operar en modo de detección y seguimiento a fallas (Registro de log de operaciones del sistema)	
	La solución debe permitir montar la aplicación usando varios Web Servers y accediendo a un solo Aplicación Server.	
	La solución debe permitir montar la aplicación usando varios Aplicación Servers desde un Web Server.	
	Los componentes de la solución deben garantizar el bajo acoplamiento entre componentes del sistema El patrón de bajo acoplamiento garantiza dependencia baja entre componentes del sistema, facilitando el reúso de los componentes en otras clases, en otras palabras, es tener las clases o componentes del sistema lo menos ligadas posible. es un patrón de tipo GRASP - Diseño orientado a objetos.	
	La solución debe separar las capas del sistema así: Capa Presentación, Capa Integración y Capa Negocio - Modelo Vista Controlador	
	La solución debe tener definidos componentes de servicio para cada capa, facilitando la reutilización de los mismos y optimizando los tiempos de implementación de cambios al sistema	
	La solución debe implementar tácticas de intermediación entre componentes para reducir las dependencias entre objetos del sistema (Fachadas, etc.)	
	La solución debe permitir ejecutar la aplicación usando varios Servidores de Bases de Datos, de manera simultánea.	
3.1	Escalabilidad	
	El sistema debe permitir balanceo de carga a nivel de servidor web, servidor de aplicaciones y servidor de datos	
3.2	Fiabilidad	
	El sistema debe garantizar la integridad en los datos y las operaciones sobre los mismos	
	El sistema tendrá mecanismos de captura y manejo de errores de componentes	
	El sistema debe prever fallas que afecten la disponibilidad del servicio	

	El sistema debe tener como mínimo dos modos de operación: Operación Normal, Operación en modo de detección y seguimiento a fallas (Modo debug)	
3.3	Usabilidad	
	El sistema debe permitir Cancelar procesos específicos ejecutados en cualquier momento sin afectar el estado de la información	
	El sistema controlará que cuando un usuario ejecute una acción en la aplicación desde el browser, que afecte datos (Consulta, Grabación), se inhabilite el botón que genero la acción para mitigar el riesgo de ejecutar la misma operación de manera repetitiva, usando técnicas como (Bloqueo de cursor, ventana modal de espera, etc.)	
	Cuando se ejecuten procesos masivos que superen los 5 segundos debe tener indicadores de tiempo total del procesos y porcentaje de avance del mismo	
	El sistema debe tener e integrar Ayudas en línea para cada uno de los módulos del sistema en castellano.	
	Todos los procesos o tareas que se ejecuten en el sistema de manera exitosa o defectuosa deben notificar al usuario en el momento que se interrumpa o culmine la operación de manera clara y en castellano	
	El sistema debe permitir el trabajar en múltiples tareas de manera simultánea, además puede tener más de una vista en el sistema	
4	RECOMENDACIONES TECNOLÓGICAS	
	Se recomiendan sistemas que tengan uno de los siguientes motores: (SYBASE, ORACLE, MS SQLSERVER). El oferente debe ser claro y preciso al señalar sobre que motor de base de datos realiza la oferta y posterior implementación de la solución software	
5	DOCUMENTACION	
	El sistema debe estar totalmente documentado	
	Debe contar con manuales técnicos	
	Debe contar con manuales de usuario final	
	Debe contar con ayudas en línea	
	Debe contar con Diagramas entidad relación de las principales tablas.	
6	SEGURIDAD & AUDITORIA	
	El sistema debe garantizar auditoria sobre los datos modificados o consultados del sistema	
	El sistema debe garantizar Control de acceso de N niveles que permita integración con esquemas LDAP.	
	El sistema debe Permitir autenticación a nivel de servidor de aplicaciones para ejecución de servicios.	
	El sistema debe Permitir incrementar los parámetros en los niveles de autenticación para uso de componentes de manera fácil e inmediata (Ejemplo. Autenticación por IP, Hostname, Puerto, Login y Clave, Sistema Operativo)	
	Los componentes del sistema propuesto deben correr sobre protocolos seguros https	
	El sistema debe permitir la definición de los eventos: (Borrado, Actualización, Inserción, Consulta) y actividades que se van a registrar en el Log de auditoria.	
	El sistema debe garantizar registrar en una base de datos de auditoria las operaciones de consulta, inserción, actualización y borrado realizadas por cualquier usuario del sistema	
	El sistema debe tener una administración centralizada de los sistemas de Seguridad y Auditoria.	
	El sistema debe garantizar perfiles de acceso por niveles (Oficial de Seguridad, Administradores, estándar o comunes)	

	El sistema debe tener un mecanismo de control de acceso que permita asignación o denegación de privilegios solo al rol que cumple un usuario autorizado.	
	El sistema debe entregar a los usuarios un detalle escrito de sus derechos de acceso a los sistemas de información.	
	El sistema debe limitar las opciones de menú y submenú de cada uno de los usuarios que utilizan los sistemas de información de acuerdo al perfil.	
	El sistema debe permitir parametrizar el periodo de vigencia de la clave de acuerdo con el área y la labor desempeñada.	
	El sistema debe cancelar los derechos de acceso a los usuarios que cambiaron sus tareas, se desvincularon de la organización o se les revoco la autorización.	
	El sistema debe garantizar y obligar al cambio de la clave inicial que le ha sido asignada por primera vez.	
	La solución debe almacenar las claves solo en sistemas informáticos protegidos (Bases de Datos, Archivos Protegidos.)	
	La solución software debe permitir y garantizar la implementación de un estándar para la generación de claves de acceso	
	la solución debe seleccionar claves de calidad, de acuerdo a las prescripciones informadas por el responsable del activo de información de que se trate, que: - No tengan caracteres idénticos consecutivos o grupos totalmente numéricos o totalmente alfabéticos. - Evitar incluir claves en los procesos automatizados de inicio de sesión de los sistemas de información, por ejemplo, aquellas almacenadas en una tecla de función o macro.	
	El sistema debe permitir que los usuarios seleccionen y cambien sus propias claves de acceso a los sistemas de información (luego de cumplido el plazo mínimo de mantenimiento de las mismas) e incluir un procedimiento de confirmación para contemplar los errores de ingreso.	
	El Sistema debe mantener un registro de las últimas claves utilizadas por el usuario para acceder a los sistemas de información, y evitar la reutilización de las mismas.	
	El sistema debe evitar mostrar las claves en pantalla, cuando son ingresadas.	
	El sistema debe almacenar las claves de acceso a los sistemas de información en forma cifrada utilizando un algoritmo de cifrado unidireccional.	
	El sistema debe dar la posibilidad de solicitar otra clave en caso de olvido al administrador de seguridad del sistema.	
	El sistema proporcionara una herramienta que haga parte del módulo de Seguridad y Auditoria que facilite el análisis de datos de acceso a las aplicaciones.	
	El sistema generara informes que permitan visualizar la trazabilidad de las operaciones sobre los datos, por usuario, fecha-hora y tipo de operación, maquina	
	El sistema generara informes que permitan visualizar los roles por aplicación, usuarios del sistema, privilegios de cada rol por opción, opciones con permisos por rol.	
	El sistema debe registrar la trazabilidad cada vez que se haga un análisis de datos de auditoria.	
	El sistema debe generar un reporte que indique los usuarios registrados, el estado de cada uno y si está habilitado para utilizar los sistemas de información registrados en el sistema de Seguridad	
	El sistema debe dar aviso de próximos vencimientos de cuentas a los usuarios del sistema	
	El sistema deberá bloquear cuentas del sistema de manera automática de acuerdo a reglas del negocio (Vencimiento de Contrato, Número de Intentos, Accesos desde IP no admitidas, etc.)	
	El proponente debe describir el proceso de autenticación de ingreso al sistema	

	El sistema debe permitir inactivar o activar privilegios de manera jerárquica, por sistema, modulo, rol, usuario u opción de aplicación	
	Durante el desarrollo y codificación se debe contar con ambientes separados de prueba y desarrollo.	
	El Proponente deberá, para el desarrollo de aplicaciones Web seguras seguir los lineamientos y recomendaciones de las guías OWASP	
	El proponente deberá desarrollar pruebas de seguridad y vulnerabilidad sobre los productos desarrollados y explicar los planes de remediación para su corrección.	

Marque con una X si ofrece tal condición.

RECOMENDACIONES TECNOLÓGICAS
Se recomiendan sistemas que tengan uno de los siguientes motores: (SYBASE, ORACLE, MS SQLSERVER). El oferente debe ser claro y preciso al señalar sobre que motor de base de datos realiza la oferta y posterior implementación de la solución software
En caso de ser Sybase ASE debe ser versión ASE 15.X o Superior sobre Plataforma SUN SOLARIS 10 o Superior
En caso de ser Oracle debe versión ser 11g o Superior sobre Plataforma SUN SOLARIS 10 o Superior.
En caso de ser Microsoft SQL Server debe ser versión 2008 R2 o Superior sobre Plataforma Windows Server.
En caso de ser Sybase EASERVER debe ser versión 6.3 o Superior sobre Plataforma Unix o Windows Server
En caso de ser IIS debe ser 7.0 o Superior sobre Plataforma Windows Server
En caso de ser OAS debe ser 7.0 o Superior sobre Plataforma Windows Server / Unix

EL PROPONENTE:

 (Nombre, número del documento de identificación y firma del PROPONENTE o su representante)

Formulario No 7. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El(los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal PROPONENTE) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal) PROPONENTE, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, indicando instrumento de constitución), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifestamos que de ser seleccionados nos comprometemos a implementar en los primeros seis (06) meses de ejecución contractual contados a partir de la suscripción del acta de inicio, el desarrollo tecnológico establecido en el Anexo No. 3, en el acápite denominado “REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN” y desarrollar sus mecanismos de operación, como se discrimina a continuación:

REQUISITOS MINIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACION

Los proponentes deben adaptar su solución de software para soportar y consolidar el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolidar las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios.

El Sistema de Referencia permitirá, a través de la plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizando confidencialidad de la información sensible según la ley de Hábeas Data, que brinde soporte 24 horas los siete días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación de informes para Fiduprevisora.

El Sistema debe permitir la comunicación entre las IPS de la red, las sedes propias, la Coordinación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en (todas la IPS que conforman la red) cada departamento y la Gerencia Regional del contratista,

A nivel departamental

Debe registrar, tener visible y archivar la totalidad de las referencias y contra-referencias de pacientes. Incluye la asignación de citas, los resultados de exámenes diagnósticos, órdenes médicas, fórmulas ambulatorias e incapacidades generadas. En hospitalización la historia de urgencias y la Epicrisis. Debe remitir todos los resultados a la Historia Clínica del Primer Nivel de Complejidad donde se encuentre registrado el afiliado.

Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, y debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica o de FIDUPREVISORA S.A..

La solución de software debe incluir el manejo integral de la historia clínica de los pacientes atendidos en las sedes exclusivas y la historia clínica de los pacientes atendidos

integralmente en los programas de prevención secundaria, consolidando generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica de estos programas.

La plataforma debe permitir registrar la totalidad de las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios en las sedes propias y las oficinas administrativas, así como el trámite cursado para su solución. Tanto el registro como la consolidación de información de PQR debe realizarse según la clasificación del cuadro anexo:

Atributos y derechos vulnerados	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras (económicas, geográficas, administrativas, demora o	Falta de oportunidad para la atención Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos Demoras en las remisiones Negación de las remisiones
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Restricción en el acceso por localización física o geográfica Insatisfacción por problemas de salud no resueltos Ineficacia en la atención
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad Recurso humano insuficiente Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Limitaciones tangibles del servicio Limitaciones en la información Percepción por parte del usuario de trato inequitativo Restricción en la libre escogencia
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

Así mismo, debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de primer y segundo nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel departamental. Igualmente recolectar y consolidar los informes de Promoción y Prevención que deben ser presentados oficialmente y las notificaciones obligatorias ante las autoridades de salud.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS, su relación con las cifras de morbilidad por departamento, así como el análisis de las frecuencias y los costos de los servicios.

En el nivel Regional

El Sistema debe registrar con precisión y permitir consultar en todo momento las cuentas por pagar, así como las glosas y la cartera del contratista con todas las IPS de la red de servicios.

Debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de tercer nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel regional.

Debe registrar con precisión todas las cuentas “tratamiento paciente año” que serán objeto de recobro al Sistema de Redistribución de Riego, junto con las historias clínicas correspondientes.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS y su relación con las cifras de morbilidad en la región.

La solución de software que ofrezca el contratista debe estar instalada y operando a nivel nacional en por lo menos 30 puntos.

El sistema deberá integrar en línea la dispensación de medicamentos ambulatoria, registrando todos los despachos, los pendientes y los no entregados, consagrando la trazabilidad total del proceso de dispensación de medicamentos.

(ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO)