

ÁREA DE CONTRATACIÓN

LA CAJA DE COMPENSACIÓN DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE Y EL PROGRAMA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO COMFAORIENTE EPS'S

CONVOCA A:

IPS PÚBLICAS

Para COMFAORIENTE EPS'S es importante garantizar a sus afiliados los servicios de salud con calidad y oportunidad, razón por la cual convoca a las Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S.) que ofrecen los servicios médicos de consulta, hospitalización, asistencia clínica, cuidados intensivos y laboratorios clínicos, entre otros y que actualmente tengan sus servicios debidamente habilitados bajo la normatividad vigente, con el fin de contratar con COMFAORIENTE EPS'S la prestación de Servicios de Salud de Baja, Mediana y Alta complejidad que garanticen el POS a nuestros afiliados para la vigencia 2020; Los interesados deberán presentar la siguiente documentación en nuestras oficinas ubicada en la Avenida 2 # 13-55 Barrio La Playa de la ciudad de Cúcuta; La vigencia de esta convocatoria será desde el día diez (10) de octubre de 2019, con plazo máximo hasta el día doce (12) de noviembre del 2019 a las 4:00 PM.

Información total requerida:

1. Carta de presentación de la propuesta económica y tarifas, relacionar contactos actualizados: correos electrónicos, dirección, teléfono y/o celular.
2. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
3. Resolución de constitución de la empresa social del estado (E.S.E.).
4. Resolución de nombramiento del representante legal.
5. Copia del RUT (**ACTUALIZACIÓN SUPERIOR AL 15 DE SEPTIEMBRE 2019**).
6. Acta de posesión del Revisor Fiscal (**SI LA ENTIDAD ESTÁ OBLIGADA A TENER REVISOR FISCAL**).
7. Certificado de antecedentes y requerimientos judiciales de la Policía del representante legal.
8. Certificado de antecedentes fiscales de la Contraloría General de la Nación del representante legal.
9. Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
10. Pago de aportes parafiscales (**DETALLE LABORAL DE LOS ÚLTIMOS TRES MESES**).
11. Certificado Original de la Cuenta Bancaria (**CERTIFICADO NO SUPERIOR A TREINTA DÍAS, DESDE FECHA DE EXPEDICIÓN**).
12. Último balance general de su entidad, debidamente firmado por el Revisor Fiscal y/o Contador de la institución (**BALANCE CON CORTE A DÍA 30 DE JUNIO DE 2019**).
13. Certificado de buenas prácticas de manufacturas BPM-GMP, expedida por la entidad correspondiente (**SI APLICA**).
14. Modelo de atención de servicios de I.P.S., definido por el prestador (**ACTUALIZADO**).
15. Capacidad instalada para prestar el servicio de salud (**RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS TECNOLÓGICOS Y RECURSO HUMANO**).

ÁREA DE CONTRATACIÓN

16. Indicadores de Calidad, definidas en la Resolución 256 de 2016, Resolución 1552 de 2013, Circular Externa 012 de 2016 de la superintendencia nacional de salud y normatividad vigente. **(REPORTE Y CARGUE)**
17. Último reporte del informe y pago de la tasa anual reportado a la Superintendencia Nacional de Salud. **(SI APLICA)**
18. Copia de la Resolución de medicamentos de control expedida por el ente de vigilancia y control.
19. COPIA DE ÚLTIMA REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA DE LAS AMBULANCIAS **(SI APLICA)**.
20. COPIA DE LICENCIA ACTUAL DEL CONDUCTOR DE AMBULANCIAS **(SI APLICA)**.
21. CERTIFICADO DE OPERACIÓN DE LA AERONÁUTICA CIVIL **(SI APLICA)**.
22. CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE LA AERONÁUTICA CIVIL **(SI APLICA)**.
23. Tarifas de los servicios ofertados por su empresa en medio magnético (CD), en FORMATO EXCEL, así:

- Listado de Servicios de salud (procedimientos, consultas, etc.), **según CUPS actualizado**, ilustración en el siguiente cuadro: **(ejemplo caso práctico)**.

CODIGO CUPS	SERVICIO	VALOR POR SERVICIO
890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	\$ 00.000

- Listado de precios de Medicamentos e insumos médicos (si es el caso), ilustración en el siguiente cuadro: **(ejemplo caso práctico)**.

ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL CODIGO ÚNICO DE MEDICAMENTO "CUMS"	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL NOMBRE DEL MEDICAMENTO O INSUMO A OFRECER.	ESTA COLUMNA HACE REFERENCIA AL VALOR "UNITARIO" (TABLETA, CAPSULA, U.I. (UNIDAD INTERNACIONAL), ETC. DEL MEDICAMENTO O INSUMO A OFRECER.
CAMPO OBLIGATORIO	*CAMPO OBLIGATORIO*	*CAMPO OBLIGATORIO*
CUMS	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO
019994205-01	BETASERC 24MG (TABLETAS)	\$ 0.000

24. Copia de la póliza de responsabilidad civil clínicas y Hospitales anexando el recibo de pago y clausulado **(VIGENTE)**.
25. Formato diligenciado de Compromiso anticorrupción **(ANEXO 1)**.
26. Formato diligenciado de Declaración de régimen de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses para contratar con la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE **(ANEXO 2)**.
27. Formato diligenciado de Certificación de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades **(ANEXO 3)**.
28. Formato diligenciado de la Certificación donde el representante legal de la institución autorice al Director administrativo de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO – COMFAORIENTE, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y

Avenida 2 No. 13-55 Barrio La Playa – Cúcuta – Norte de Santander
Teléfono 5921830 – 5836427 – 5836890 PBX Ext. 101
Línea gratuita Nacional 018000962055
www.comfaoriente.com

CODIGO: F-EPSS-75

ÁREA DE CONTRATACIÓN

divulgar toda la información que se refiere al comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de información CIFIN que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de dichas obligaciones, o cualquier otro dato personal económico estime pertinente, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros (**ANEXO 4**).

29. Formato diligenciado de Certificación COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (**ANEXO 5**).

30. Diligenciar formulario Único de proveedores y declaración origen de fondos y otras declaraciones (**ANEXO 6**).

COMFAORIENTE EPS'S queda atenta a su propuesta y ante cualquier consulta e inquietud, favor comunicarse a los siguientes medios y con gusto le atenderemos:

- **Teléfonos:** 5755560 Ext. 2808 Oficina de Contratación.
- **Celular:** 313 422 2355
- **Correo electrónico:** contratacion@comfaorienteepps.net