

Anexo No 10.
Experiencia otros servicios

Ciudad y fecha: _____

Ref.: proceso de selección de contratistas

a) Los servicios de psiquiatría, psicología y hospitalización en unidad de salud mental

Nombre de la IPS	Descripción de los servicios de psiquiatría, psicología y hospitalización en unidad de salud mental	Departamento / ciudad.	Fecha de Inscripción REPS (DD/MM/AA)

Proponente: _____

b) Atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

Nombre de la IPS	Atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.	Departamento / ciudad.	Fecha de Inscripción REPS (DD/MM/AA)

c) Manejo de pacientes con VIH-SIDA.

Nombre de la IPS	Manejo de pacientes con VIH-SIDA.	Departamento / ciudad.	Fecha de Inscripción REPS (DD/MM/AA)	Reporte cuenta de Alto costo*

(*)Reporte en la cuenta de alto costo con un porcentaje igual o superior a sesenta por ciento (60%) en todos los parámetros en el último periodo reportado al Ministerio de Salud y Protección Social en la página <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php>

d) Cáncer, Insuficiencia renal, Trasplante renal, Gran quemado

Nombre de la IPS	Cáncer	Insuficiencia renal	Trasplante renal	Gran quemado	Departamento / ciudad.	Fecha de Inscripción REPS (DD/MM/AA)