

## FORMATO DE INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO REPORTE DEREDINTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PROPUESTA

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

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

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

### REPORTE DE LA RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (Hoja RED)

- a) NOMBRE DEL PROPONENTE: Diligencie el nombre del proponente.
- b) REGION PARA LA QUE OFERTA: Diligencie la región para la cual presenta oferta
- c) DEPARTAMENTO DEL AFILIADO: Diligencie el nombre del departamento donde se ubica el afiliado
- d) PUNTO DE ATENCIÓN: Diligencie el municipio o punto de atención en el cual se encuentran los afiliados, según los puntos de atención definidos por el Fondo para atención de sus usuarios
- e) GRUPO SERVICIO: Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- f) CÓDIGO\_SERVICIO: Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- g) NOMBRE\_SERVICIO: Diligencie de conformidad con lo establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- h) CANTIDAD DE AFILIADOS A ATENDER EN EL SERVICIO: Diligencie y cuantifique la cantidad de afiliados previstos a atender en dicho servicio. Los campos no deben tener valores vacíos o cero (0) si este es el caso no debería incluirse en el formato .
- i) POBLACIÓN AFILIADA: Indique el total de afiliados dentro del punto de atención donde se presenta la propuesta.
- j) COBERTURA: Campos que no se diligencia y está formulado como la razón entre cantidadde

afiliados a atender y población afiliada del municipio.

- k) DEPARTAMENTO DEL PRESTADOR: Diligencie el departamento del prestador, debe ser concordante con los códigos DIVIPOLA que conforman el código del prestador, primeros dos dígitos del código del prestador.
- l) MUNICIPIO DEL PRESTADOR: Diligencie el municipio del prestador, debe ser concordante con los códigos DIVIPOLA que conforman el código del prestador, primeros cinco dígitos del código del prestador.
- m) CÓDIGO DEL PRESTADOR: Diligencie el código del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- n) CÓDIGO DE SEDE: Diligencie el código de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- o) NÚMERO DE SEDE: Diligencie el número de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- p) NOMBRE DE PRESTADOR: Diligencie el nombre del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- q) NOMBRE SEDE: Diligencie el nombre de la sede del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- r) COMPONENTE DE LA RED: Diligencie si el servicio corresponde a los servicios del componente primario o complementario de conformidad con la clasificación del anexo 06
- s) COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS : Diligencie Seleccione la complejidad que presenta el servicio que fue contratado. Solo acepta valores entre 1 y 3. 1: = Baja 2: = Media 3: = Alta
- t) AMBITO : Diligencie el ambito 1: = Ambulatorio 2: = Urgencias 3: = Hospitalario 4: = Domiciliario

bb) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.

cc) No. FOLIO DE LA COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN: Indique el folio en el cual se cuenta con el soporte de la habilitación a partir de la información dispuesta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Es importante indicar que los campos deben estar diligenciados de conformidad con las instrucciones mencionadas en este instructivo, y la ausencia de alguno de los campos o no diligenciamiento adecuado genera una invalidación de la estructura correspondiente, y no se continúa en el proceso de evaluación.