

	PROCESO: GESTIÓN PRECONTRACTUAL	Código:	APO_10_1_2_FR02
		Versión	08
		Clasificación:	Pública
		Fecha:	2022/06/23
FORMATO ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS			
Aprobó: Liliana Rocío Bohórquez Hernández Gerente Abastecimiento Estratégico	Revisó: Martha Cecilia Flórez Sánchez Líder SIG	Elaboró: Nicolás Martínez Benavides Profesional Universitario	

1. DATOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN		
DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR		
Número Código de Orden	C65212023	
Nombre de Proveedor y NIT (Si Aplica)	JOSÉ LUIS FONTANILLA DUQUE NIT 19.274.667-7	
Objeto	<p>El CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a la prestación de los servicios de salud para los asegurados y/o afiliados a POSITIVA, que accedan a los servicios habilitados del CONTRATISTA en calidad de asegurados, a los ramos: Administración de Riesgos Laborales (ARL -por causa exclusiva de un accidente de trabajo, una enfermedad profesional), Accidentes Personales (AP Educativo Generación Positiva, AP Colectivos, AP Corto Plazo, AP Individual), Vida Individual, Vida Grupo, y demás Ramos de Seguros autorizados a Positiva, encontrándose excluidos del presente contrato los servicios y todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la patología derivada del siniestro o los servicios considerados como experimentales, cosméticos y suntuarios. Para tal efecto, POSITIVA se compromete a pagarle al CONTRATISTA el valor de los servicios de salud, en caso de la atención de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina física y rehabilitación 2. Medicina Del Trabajo y Medicina Laboral 3. Comité de siniestros 4. Concepto Medico <p>Demás servicios que se habiliten durante la vigencia del contrato previa concertación económica entre las partes.</p>	
Plazo y/o vigencia del contrato	Dos (2) años, previo su perfeccionamiento, legalización y/o firma del acta de inicio en el caso que aplique.	
Lugar(es) de ejecución	El lugar de prestación de Servicios en Sucursal de Bogota de acuerdo a lo relacionado en el ANEXO 4 RELACIÓN DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS.	
Supervisor del contrato	Nombre: NO APLICA Cargo: NO APLICA Dependencia: NO APLICA	
Código de las Naciones Unidas (UNSPSC)	UNSPSC/ 85000000	
¿El contrato requiere acta de inicio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

¿El contrato requiere Interventoría?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Interventoría del contrato (En caso de no requerir interventoría, diligencie con N/A)	Nombre: HOC AUDITORES Y CONSULTORES			
	Razón Social: HOC AUDITORES Y CONSULTORES			
	Correo Electrónico: interventoriapositiva@hoc.com.co			
Alcance de la interventoría (En caso de no requerir interventoría, diligencie con N/A)	El seguimiento y control de ejecución del contrato y sus obligaciones, estará a cargo del interventor que el Vicepresidente Técnico designe mediante comunicación. Así mismo, el Vicepresidente Técnico tiene la facultad de modificar la designación mencionada en cualquier momento durante la vigencia del contrato dando aviso al supervisor y/o interventor, por lo menos con 15 días de anticipación a la fecha en que se establezca hacer efectiva dicha modificación.			
Clase de contrato	Prestación Servicios			
¿El contrato se encuentra incluido dentro de un acuerdo comercial?	Si <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>	
2. CONDICIONES DEL CONTRATO A CELEBRAR				
Forma de Pago	POSITIVA reconocerá el valor de los servicios prestados a EL CONTRATISTA mediante la modalidad de pago por evento, con base a las tarifas negociadas, detalladas en ANEXO 1 TARIFAS el cual forma parte de la presente aceptación de la oferta y será objeto para la realización de la auditoría médica y administrativa.			
¿El contrato requiere Liquidación?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
3. DEPENDENCIA				
VICEPRESIDENCIA / GERENCIA / OFICINA	SUCURSAL COORDINADORAS		SUCURSAL TIPO	
Gerencia Medica	Bogotá		A	
4. MODALIDAD DE SELECCIÓN				
¿Es objeto complejo?	Si <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es Objeto análogo?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
¿Se contratará un servicio especializado con alto contenido de trabajo intelectual?	Si <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>	
Instrumentos de Agregación de Demanda: ¿Hará uso de Acuerdo Marco para la Contratación?	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
Describa la Justificación, Si se aparta de los Instrumentos de Agregación Demanda "Acuerdo Marco" para la contratación.	N/A			
¿Se aplicará alguna de las causales para invitación directa?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Tipo de invitación	Invitación Directa			
Describa la Justificación de la modalidad de contratación de	9. 4 INVITACIÓN DIRECTA			

acuerdo con el Manual para la Gestión de Abastecimiento	Para garantizar la selección objetiva del contratista y la eficiencia de la gestión contractual, e independientemente de la cuantía, en los siguientes contratos, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. podrá contratar directamente sin que se requiera obtener previamente varias ofertas (...) <i>"t. Contratos de Red Asistencial, de exámenes de ingreso y complementarios de los Ramos de Seguros aprobados a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. y Contratos de asistencia o de prestación de servicios especiales para los asegurados o afiliados.</i>													
5. INSTANCIAS														
Requiere Comité Asesor de Contratación	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>												
Requiere Informar a Junta Directiva	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>												
6. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD A SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN														
Objetivo estratégico corporativo, que se impactará a través de la contratación	4. Atraer, fidelizar y profundizar clientes a través de una experiencia excepcional 7. Optimizar el costo asistencial													
Describe la necesidad, que genera la solicitud de la contratación	<p>Actualmente en la Sucursal Bogota, nuestra compañía cuenta con aproximadamente 950.602 empleadores, con un total de total trabajadores 139.893 asegurados dentro de su área de influencia, se pretende por medio de la contratación eliminar los gastos de traslado de nuestro asegurados a diferente ciudades fuera del departamento y mejorara la prestación de los servicios solicitados de rehabilitación y servicios de salud, logrando de esta manera la disminución del gasto médico frente al traslados y mejora en la prestación de los servicios.</p> <p>Así mismo, con esta contratación se pretende, la suficiencia del servicio en relación con Medicina física y rehabilitación, Medicina Del Trabajo y Medicina Laboral, Comité de siniestros, Concepto Medico y demás servicios y sedes habilitados.</p> <p>Necesidad de contratación se requiere hacer contrato nuevo por fecha de elaboración con el profesional Independiente JOSÉ LUIS FONTANILLA DUQUE, para fortalecer la red en la parte de fisiatría.</p> <p>POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cuenta con la confianza de 455.870 empresas y 2.590.894 trabajadores (Dependientes e Independientes) afiliados, con corte al mes de diciembre de 2022 en el ramo de riesgos laborales (Informe. Gerencia de Afiliaciones y Novedades).</p> <table border="1" data-bbox="630 1612 1425 1759"> <thead> <tr> <th></th><th>TOTAL 2022</th><th>promedio mes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MORTALES</td><td>324</td><td>27</td></tr> <tr> <td>ALTO COSTO</td><td>222</td><td>19</td></tr> <tr> <td>INVALIDOS</td><td>151</td><td>13</td></tr> </tbody> </table> <p>Así mismo con el objetivo de dar cumplimiento a la normatividad actual vigente Artículo 2.2.5.1.26. Capítulo 1, Titulo 5 del Decreto 1072 del 2015 en donde informa las Condiciones que deben reunir las entidades en primera oportunidad para conformar sus equipos interdisciplinarios y que</p>			TOTAL 2022	promedio mes	MORTALES	324	27	ALTO COSTO	222	19	INVALIDOS	151	13
	TOTAL 2022	promedio mes												
MORTALES	324	27												
ALTO COSTO	222	19												
INVALIDOS	151	13												

	<p>entre ellos está un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años. “Artículo 2.2.5.1.26. Condiciones que deben reunir las entidades que califican la pérdida de la capacidad laboral. Cada una de las entidades administradoras de riesgos laborales, de las Entidades Promotoras de Salud y de las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán disponer de un equipo interdisciplinario para realizar la calificación por pérdida de la capacidad laboral, el cual deberá contar con un médico con experiencia mínima específica en medicina laboral de un (1) año, un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años (...)”</p> <p>Bajo la perspectiva del buen posicionamiento de la Compañía, enmarcado en el cumplimiento de la Misión y Metas que le permitan ser competitiva y rentable, es necesario que la empresa gestione todos y cada uno de los siniestros que tiene registrados, en los aspectos de definición de origen, establecimiento de la condición funcional del trabajador, pertinencia de la incapacidad laboral y valoración de pérdida de capacidad laboral, actualización que se encamina a medir y controlar la siniestralidad y a precisar la reserva de los siniestros ocurridos y avisados. Para la gestión de los casos del comité de siniestro la compañía tiene instaurado una reunión semanal en presencia de los miembros principales del comité y algunas sesiones virtuales según la necesidad del servicio. Que se requiere del médico Fisiatra como parte del comité interdisciplinario de casa matriz para su acompañamiento como mínimo en las cuatro reuniones mensuales que realiza el comité de siniestros.</p> <p>En forma adicional, POSITIVA requiere el contrato de prestación de servicio a que se refieren estos servicios previos, para atender las prestaciones asistenciales a su cargo, previstas en el Artículo 5 del Decreto Ley 1295 de 1994, que señala:</p> <p>“ARTICULO 5o. PRESTACIONES ASISTENCIALES. <i>Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional^{<1>} tendrá derecho, según sea el caso, a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.</i> b) <i>Servicios de hospitalización.</i> c) <i>Servicio odontológico.</i> d) <i>Suministro de medicamentos.</i> e) <i>Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.</i> f) <i>Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.</i> g) <i>Rehabilitaciones física y profesional.</i> h) <i>Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios. (...)”.</i> <p><i>La caracterización de la población y la nota técnica donde se establecen las frecuencias de uso deben ser consultadas en el ANEXO 3</i></p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	CARACTERIZACIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN.
Describe los beneficios que obtendrá la Compañía, con la contratación	<p>A través del presente contrato la Compañía garantizará intervención efectiva en la prestación integral del servicio, obteniendo un mejor control frente a la prestación del servicio en cuanto a la calidad y la atención que requieren los usuarios.</p> <p>Forma parte integrante de estos estudios previos, el análisis de sector y de mercado que se realizó para los contratos de asistencia y de prestación de servicios especiales para los asegurados y/o afiliados, que se anexa al presente documento.</p>

7. FICHA TÉCNICA DEL BIEN, SERVICIO Y/O OBRA

POSITIVA reconocerá el valor de los servicios prestados a **EL CONTRATISTA**, con base a las tarifas negociadas con **EL CONTRATISTA**, según el acuerdo tarifario del ANEXO 1 TARIFAS el cual forma parte del presente contrato y será objeto para la realización de la auditoría médica y administrativa:

SERVICIO	TARIFA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ANEXO 1 TARIFAS
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	ANEXO 1 TARIFAS
COMITÉ DE SINIESTROS	ANEXO 1 TARIFAS
CONCEPTO MEDICO	ANEXO 1 TARIFAS

PARAGRAFO PRIMERO: POSITIVA y EL CONTRATISTA establece de mutuo acuerdo que las tarifas que se pacten en el presente contrato serán negociadas cada vez que las partes así lo convengan y se ajustarán una vez se cumpla el acto administrativo a que da lugar avalado por **POSITIVA**. Cualquier ajuste tarifario e inclusión o eliminación de servicios y/o tecnologías que se acuerde podrá darse en cualquier momento durante la ejecución del presente contrato, esto incluye casos fortuitos e imprevistos y será realizado por el Vicepresidente Técnico y **EL CONTRATISTA** mediante actas o fichas de negociación, las cuales harán parte integral del contrato, sin necesidad de documento adicional.

PARAGRAFO SEGUNDO: Aquellos procedimientos o servicios habilitados por la IPS que no hayan sido pactados dentro del presente contrato con **POSITIVA**, en primer término, es decir servicios asignados y/o autorizados, según pertinencia médica, se pagará bajo las siguientes condiciones:

1. Tarifario SOAT vigente, al momento de la prestación del servicio, siempre y cuando se encuentre en este manual.
2. En su defecto, bajo Cotización PREVIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO avalada por Positiva donde indique el valor acordado, exceptuando la urgencia médica que se pague a tarifa SOAT VIGENTE.
3. En relación con los insumos y medicamentos intrahospitalarios o ambulatorios, el pago se efectuará a tarifas institucionales para este primer servicio. Posterior a esto se debe realizar proceso de negociación de tarifa entre Positiva y el **CONTRATISTA**, de lo contrario se glosará.

En todo caso, la facturación deberá ceñirse a lo estipulado en la cláusula y sólo se podrá salir de estos parámetros cuando las partes así lo convengan. No se pagarán las complicaciones médicas que hayan sido declaradas EVENTO ADVERSO imputables a **EL CONTRATISTA**.

La Interventoría del contrato realizará seguimiento al cumplimiento de los indicadores y de los aspectos administrativos, financieros, técnicos científicos y de calidad mediante la aplicación del ANEXO 8 MODELO DE AUDITORIA Y SEGUIMIENTO A LA RED DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD y ANEXO 9 INDICADORES.

8. VALOR ESTIMADO DEL BIEN, SERVICIO Y/O OBRA

<u>Estimación del presupuesto oficial: El valor estimado del contrato con IVA en NÚMERO</u>		Cuantía indeterminada																				
<u>Estimación del presupuesto oficial: El valor estimado del contrato con IVA en LETRAS</u>		Cuantía indeterminada																				
9. RECURSOS FINANCIEROS DEL CONTRATO																						
Fuente de los recursos	Reserva Siniestros Avisados																					
<table><tr><th colspan="2">VIGENCIA ACTUAL</th></tr><tr><td>Número Código de Orden</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Fecha de expedición</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Rubro/Ramo</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Valor</td><td>N/A</td></tr></table>		VIGENCIA ACTUAL		Número Código de Orden	N/A	Fecha de expedición	N/A	Rubro/Ramo	N/A	Valor	N/A	<table><tr><th colspan="2">VIGENCIA FUTURA</th></tr><tr><td>Año</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Número Código de Orden</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Fecha de expedición</td><td>N/A</td></tr><tr><td>Valor</td><td>N/A</td></tr></table>	VIGENCIA FUTURA		Año	N/A	Número Código de Orden	N/A	Fecha de expedición	N/A	Valor	N/A
VIGENCIA ACTUAL																						
Número Código de Orden	N/A																					
Fecha de expedición	N/A																					
Rubro/Ramo	N/A																					
Valor	N/A																					
VIGENCIA FUTURA																						
Año	N/A																					
Número Código de Orden	N/A																					
Fecha de expedición	N/A																					
Valor	N/A																					
10. OBLIGACIONES DE LAS PARTES																						
Obligaciones por parte del Proveedor																						
Generales	<div>1. Prestar los servicios asistenciales establecidos en la cláusula primera del presente contrato, a los asegurados y/o afiliados a POSITIVA que accedan a su servicio, con la mayor diligencia en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia.</div> <div>2. Colaborar para permitir el acceso de los médicos, la comisión laboral de POSITIVA y el personal de auditoría concurrente, donde se encuentre el asegurado atendido, su historia clínica y demás documentos pertinentes, para fines exclusivos de auditoría médica.</div> <div>3. Difundir el presente contrato a su personal de apoyo, para que éstos tengan conocimiento de las normas y alcances que se deben tener en cuenta para la prestación de los servicios a los asegurados y/o afiliados a POSITIVA que accedan a los servicios. Para tal efecto, POSITIVA suministrará el material necesario para la divulgación del presente contrato y señalará los parámetros establecidos para la correcta ejecución de la misma.</div> <div>4. Firmar los acuerdos de nivel de servicio (ANS) concomitante al perfeccionamiento del contrato. (solo cuando aplican ANS).</div> <div>5. Dar cumplimiento a los ANS pactados con la Compañía durante la ejecución de la presente oferta (solo cuando aplican ANS).</div> <div>6. Garantizar el manejo racional de los recursos aplicando la pertinencia médica en la solicitud y formulación de exámenes diagnósticos, procedimientos médico quirúrgicos, y suministro de medicamentos y expedición de incapacidades temporales.</div> <div>7. Garantizar la comunicación asertiva y efectiva con el ASEGURADO cuando se requiera para el correcto cumplimiento en la prestación de los servicios objeto del contrato de acuerdo a lo establecido en el Decreto 441 del 2022 y sus normas complementarias.</div> <div>8. EL CONTRATISTA se obliga a gestionar las solicitudes de autorización de servicios mediante los canales tecnológicos y/o telefónicos dispuestos por la Compañía y relacionados en el ANEXO 7 GUÍA DE GESTIÓN Y TRAMITE DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS de acuerdo a lo establecido en el Decreto 441 del 2022 y sus normas complementarias.</div> <div>9. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a garantizar el acceso a la historia clínica del asegurado a través de medios electrónicos digitales necesarios para facilitar los procesos</div>																					

	<p>de auditoría y seguimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 441 del 2022 y sus normas complementarias, que permita a POSITIVA validar el diagnóstico confirmado o presuntivo de cualquier asegurado atendido por el prestador en que éste se realice.</p> <p>10. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a definir un único canal de solicitud de usuarios para la herramienta de gestión de la compañía y realizar la validación periódica de los usuarios activos a cargo de su NIT. En caso de encontrarse novedades estas deben ser reportadas a POSITIVA de manera inmediata a través del canal que se establezca durante la ejecución del contrato.</p> <p>11. Cumplir con la Resolución 839 de 2017, en especial con el "Artículo 3. Retención y tiempo de conservación. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención.</p> <p>12. Mantener vigente su habilitación y actualizar sus licencias de funcionamiento de acuerdo con los servicios de salud que prestan, de igual forma abstenerse de prestar servicios a través de personas en entrenamiento o sin el cumplimiento de los estándares establecidos en la normatividad vigente. Cualquier novedad de habilitación de los servicios ofertados debe ser comunicada a POSITIVA de manera inmediata.</p> <p>13. Cumplir con el ANEXO 10 de INSTRUCTIVOS, GUÍAS PROCEDIMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE CONTRATOS DE LA RED ASISTENCIAL DE POSITIVA, junto con todas las versiones que se realicen de los mismos que lo integran.</p> <p>14. Radicar las facturas por los servicios prestados, dentro de los tiempos establecidos por la compañía, acompañada de la documentación prevista para tal efecto en el ANEXO 11 "INSTRUCTIVO PARA PRESENTACIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS MEDICAS POR IPS, PROVEEDORES Y RECOBROS EPS" de acuerdo con el tipo de servicio prestado, las facturas deben contener el número del contrato y su respectivo año de suscripción al que corresponden los servicios ejecutados, así como cumplir con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social.</p> <p>15. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.</p> <p>16. Cumplir con los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente-CASISOMA, para garantizar un esquema de abastecimiento alineado con el cumplimiento de la política de gestión integral.</p> <p>17. Informar de manera inmediata a la Compañía de cualquier situación que pueda afectar la prestación del servicio.</p> <p>18. Soportar la prestación de todos los servicios brindados a los asegurados en la herramienta transaccional CUIDA 2.0, y como soportes de la factura si son requeridos en la forma de pago.</p> <p>19. EL CONTRATISTA debe hacerse cargo de todas las autorizaciones o servicios asignados durante la vigencia del contrato. En caso de que el contrato se termine y queden autorizaciones o servicios asignados pendientes de ejecutar, EL CONTRATISTA deberá hacerse cargo de ellas en su totalidad dentro de tiempos establecidos en el Decreto 441 del 2022 y sus normas complementarias.</p> <p>20. Emitir respuesta oportuna a las PQR, solicitudes o requerimientos que realice la compañía en 3 días a la solicitud.</p> <p>21. Establecer mecanismos de priorización para la asignación y gestión de servicios médicos o de tecnologías en salud emanados de procesos de fallo judicial tipo tutela y que permita dar cumplimiento dentro de los términos perentorios</p> <p>22. Implementar las acciones de mejora y correctivas que se requieran a través del Supervisor y/o Interventor y/o las que apliquen en el caso de generarse incumplimiento de los indicadores de calidad o ANS en los diez días siguientes a su solicitud.</p> <p>23. EL CONTRATISTA debe propender por mantener una comunicación fluida con POSITIVA,</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>en el momento que sea contactado y/o requerido por nuestro personal médico y administrativo. Donde se debe dar respuesta de fondo, frente al servicio que se esté brindando al asegurado que muestra inconformidad con la atención que en ese momento está recibiendo. Lo anterior será tenido en cuenta al momento de evaluación del contratista, frente a los criterios de calidad de la atención.</p> <p>24. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a entregar las actas o fichas de negociación firmadas por el representante legal, que, por mutuo acuerdo, surtan en la negociación de tarifas no pactadas, dentro de los siguientes 5 días de su recepción por parte del CONTRATISTA.</p> <p>25. EL CONTRATISTA deberá tener en cuenta que los tiempos de prescripción de las facturas de prestaciones asistenciales después de prestación del servicio, por lo tanto, la radicación de estas no debe superar la fecha límite establecida en la normatividad vigente. establecida para el servicio contratado y contratista.</p> <p>26. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a revisar los extractos de cuenta remitidos mensualmente y enviar las observaciones que se generen de su validación. En caso de no recibir observaciones se dará por aceptado dicho estado de cuenta, el cual podrá ser utilizado como herramienta en la liquidación de contratos.</p> <p>27. EL CONTRATISTA deberá conocer e implementar las acciones necesarias que permitan mitigar los riesgos establecidos el ANEXO 12 MATRIZ DE RIESGOS PREVISIBLES propios del presente acuerdo de voluntades.</p> <p>28. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a revisar los estados de cuenta remitidos mensualmente y enviar las observaciones que se generen de la validación. En caso de no recibir observaciones se dará por aceptado dicho estado de cuenta</p> <p>PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA será responsable, ante las autoridades de los actos u omisiones, en el ejercicio de las actividades que desarrolle en virtud del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la Entidad o a terceros.</p>
Específicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar información clara y concreta sobre Pronóstico, Probabilidad de Rehabilitación y posibles secuelas de asegurados que sean solicitados por POSITIVA, utilizando la clasificación y terminología de los procedimientos realizados de acuerdo con los manuales y disposiciones legales vigentes, si aplica. 2. Cumplir con el Decreto 780 del 2016, Decreto 441 del 2022 y demás normas concordantes y aplicables que lo complementen, adicionen o sustituyan, así como todos los lineamientos y normatividad emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, Por el cual se reglamentan los servicios de salud y/o tecnologías en salud y se dictan otras disposiciones. En particular, con la prescripción en denominación común internacional y la formula médica y aquellos que apliquen. 3. Garantizar el reporte de los eventos definidos por el SIVIGILA de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. 4. Para aquellas IPS que realicen EXPEDICIÓN DE INCAPACIDADES deberá cumplir con los requisitos mínimos exigidos para la expedición de estas. <ul style="list-style-type: none"> • El certificado de incapacidad expedido por las IPS y/o médicos tratantes, deberá contener como mínimo los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Datos del asegurado ✓ Tipo y número de identificación – Nombre y apellido ✓ Número de días por los cuales esta expedida la incapacidad ✓ No podrá ser expedida por un número mayor a treinta (30) días calendario. ✓ Datos del Médico Tratante ✓ Nombre del Medico con su número de identificación o registro medico profesional. ✓ Código CIE 10 o Nombre del diagnóstico, por el cual es incapacitado.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener letra legible, sin tachones o enmendaduras. ✓ Contener solo una fecha de inicio y fecha fin ✓ El certificado de incapacidad deberá ser un documento independiente de la Historia Clínica. • Dentro de la Historia Clínica deberá quedar registrada la expedición de la incapacidad, así mismo deberá quedar cargado en la herramienta de gestión POSITIVA CUIDA 2. • Cuando se requiera expedir una incapacidad retroactiva deberá estar soportada medicamente y registrarse en la historia clínica, así mismo se podrá expedir una incapacidad máxima de treinta (30) días y una segunda incapacidad de treinta (30) días adicionales, para un total de sesenta (60) días máximo. <p>5. EL CONTRATISTA se obliga con POSITIVA a realizar la validación y de la veracidad de las incapacidades aportadas por los asegurado y expedidas por la IPS y/o médico cuando POSITIVA así lo solicite, la respuesta debe remitirse dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la solicitud.</p> <p>6. Remitir los conceptos técnicos al comité de siniestros cuando le sean solicitados por Positiva S.A.</p> <p>7. Concepto técnico o asesoría calificaciones de siniestros cuando sean asignados por Positiva S. A.</p>
Entregables del proveedor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultado indicadores calidad mensual. 2. Reportar eventos adversos ocurridos a asegurados de POSITIVA. 3. Reportar novedades de la herramienta transaccional CUIDA 2.0 4. Reportar novedades en la habilitación de servicios, cuando aplique. 5. Reportar novedades en los contactos y sedes. 6. Entregar los reportes que se deben informar a la firma interventora. 7. Copia de los reportes de obligatorio cumplimiento establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social. 8. Reporte de novedades de datos de contacto de la población atendida.
Obligaciones por parte de Positiva	
Generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cancelar oportunamente las facturas presentadas por EL CONTRATISTA de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula sexta del presente contrato. 2. POSITIVA está obligada a cubrir los costos de los servicios de salud autorizados y objeto de este contrato. Si el asegurado o sus familiares desean servicios adicionales a los estipulados dentro del régimen de Riesgos Profesionales, no serán asumidos por POSITIVA. 3. Ilustrar a sus asegurados sobre los procesos a seguir para el acceso a la red asistencial adscrita a EL CONTRATISTA en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. 4. Mantener vigente su autorización de funcionamiento y demás requisitos legales. 5. POSITIVA se compromete a informar oportunamente cualquier cambio que afecte el modelo de atención, así mismo expedir carta de presentación del Auditor de Servicios Médicos designado por POSITIVA. 6. Informar a EL CONTRATISTA el diseño y organización de la red de servicios incluyendo el nombre, ubicación y nivel de complejidad de cada uno de ellos. 7. Entregar a EL CONTRATISTA copia digital de todos los anexos que hacen parte integral de la presente aceptación de la oferta y notificar las actualizaciones de los mismos durante la vigencia del contrato. 8. Informar los cambios de la población objeto de atención de este contrato. 9. POSITIVA se compromete a remitir los extractos o estados de cuenta mensualmente a EL CONTRATISTA para su validación. 10. POSITIVA tendrá en cuenta situaciones excepcionales que puedan afectar el contrato, casos de fuerza mayor que se escapen del control de EL CONTRATISTA.

Específicas	N/A	
Requiere ANS (Acuerdo de Nivel de Servicio)	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Requiere Garantías	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Valor estimado del contrato para efecto de las pólizas (Aplica para contratos de cuantía indeterminada)	No aplica <i>Si tiene póliza de cumplimiento definir valor y dejar el valor en texto y cuantía indeterminada.</i>	

El análisis que sustenta la exigencia de garantías destinadas a amparar los perjuicios de naturaleza contractual o extracontractual, derivados del incumplimiento del ofrecimiento o el contrato según el caso. Indicar en la columna APLICA con la palabra SI o NO, si aplica o no la garantía para el proceso y diligenciar el porcentaje (%) y el Plazo de las Garantías que aplican. El siguiente esquema deberá tener en cuenta los porcentajes mínimos y máximos y la duración referida en el Manual de Contratación, de acuerdo con cada garantía.

Garantía de cobertura del riesgo	PRE- CONTRACTUAL	CONTRACTUAL	POST- CONTRACTUAL	Porcentaje (%)	Plazo
Responsabilidad Civil Medica (Póliza)		x			Debe estar vigente durante todo el plazo del contrato

No será obligatoria la exigencia de garantías en los siguientes casos:

- Contratos de empréstito.
- Contratos Interadministrativos.
- Contratos que surjan de la modalidad de contratación directa y cuyo valor sea inferior a los 100 SMMLV.

11. RECURSOS REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN				
Equipos de cómputo	SI/NO	CANTIDAD	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Infraestructura TI	SI/NO	CANTIDAD	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Puestos de trabajo (espacio físico, muebles y enseres)	SI/NO	CANTIDAD	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Cuentas de correo	SI/NO	CANTIDAD	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Licenciamiento	SI/NO	ESPECIFICACIÓN	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva

Inmuebles	SI/NO	ESPECIFICACIÓN	PROPIETARIO	RESPONSABLE
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Papelería e impresión	SI/NO	PROPIETARIO	RESPONSABLE	
	Si		<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Positiva
Prueba de Concepto	SI/NO	ESPECIFICACIÓN		
	No			
Servicios adicionales	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. ANEXO 4 RELACIÓN DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS.			
En caso de que Positiva sea propietario, y el proveedor sea responsable, deberá especificar en las obligaciones por parte del proveedor, los criterios a cumplir para su uso, entrega, conservación, y devolución.				
Actividades para solicitar, recibir y certificar los Bienes, Servicios y/o Obras				
Solicitud	Solicitud de Autorizaciones por parte del proveedor a Positiva			
Recepción	Herramienta transaccional CUIDA 2.0			
Certificación	Factura del proveedor del servicio autorizado por Positiva			
12. ANÁLISIS DE RIESGOS				
Seguridad de la Información				
¿Es necesario el acceso a servicios tecnológicos de Positiva por parte del tercero?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Tipo de Personal tercerizado	N/A			
¿Qué tipo de acceso requiere?	Acceso Lógico			
¿Cuál es la clasificación de la información a la que tendrá acceso el proveedor?	Pública <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input checked="" type="checkbox"/>	
Pública Clasificada (Datos personales)	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
¿Requiere tiempo de reserva de la información?	Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Duración del tiempo de reserva de confidencialidad	Resolución 839 de 2017, en especial con el "Artículo 3. Retención y tiempo de conservación. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención."			
Requiere que el proveedor firma de Acuerdos de confidencialidad de la información técnica y personal del vínculo contractual.	Si <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>	
Continuidad del Negocio				

¿El servicio a contratar apoyará labores o actividades de procesos asociados a macro proceso catalogados dentro de mapa operacional de la Compañía como misionales o de apoyo?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
De acuerdo con su conocimiento respecto al servicio a contratar, en caso de presentarse indisponibilidad del mismo, usted considera que el <u>impacto</u> sería	Moderado	
¿El servicio a contratar apoyará labores o actividades de procesos/subproceso catalogados como críticos dentro de la continuidad del negocio de la compañía?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	3.2. Gestión de Siniestros_ Prestación de Servicios de Salud	
¿El resultado del análisis de la Oficina de Gestión Integral de Riesgos ha catalogado el objeto contractual como crítico?	No	
Matriz de Riesgos Previsibles		
Requiere matriz de riesgos previsibles (Cuantías mayores a 500 SMMLV, procesos de selección por modalidad pública, contratos de prestación de servicios en salud, tecnologías en salud y aquellos contratos que hayan presentado eventos de riesgo)	Si	
13. EXPERIENCIA DEL CLIENTE		
¿El proveedor va a tener contacto directo con los clientes de Positiva Compañía de Seguros?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Qué tipo de contacto?	Presencial <input type="checkbox"/>	Telefónico <input type="checkbox"/> Ambos <input checked="" type="checkbox"/>
Requiere protocolo de presentación personal. (Presencial)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Requiere protocolo de comunicación y relacionamiento con el cliente. (Presencial)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Requiere protocolo de reporte de novedades al cliente. (Presencial)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Requiere protocolo de comportamiento por insatisfacción del cliente. (Presencial)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Requiere protocolo de Comunicación, relacionamiento y abordaje al cliente. (Telefónico)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Requiere protocolo de actuación inmediata frente a insatisfacción del cliente generada por el proveedor. (Telefónico)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. DOCUMENTOS DEL CONTRATISTA REQUERIDOS PARA CONTRATAR		
REQUISITOS JURÍDICOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Carta de Aceptación del proveedor. Debe incluir certificación bajo juramento de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades. 		

- Certificado de Existencia y Representación Legal (El área usuaria verificará la existencia y representación legal del proveedor en el RUE http://www.rues.org.co/RUES_Web/ y anexará la impresión de la verificación, si este no anexa la Cámara de Comercio.)
- Copia de la cédula del representante legal.
- Certificado de antecedentes disciplinarios. (El área usuaria verificará el Certificado Antecedentes Disciplinarios vigente, expedido por la Procuraduría General de la Nación del representante legal, incluso si es persona jurídica en el link <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>).
- Certificación de responsabilidad fiscal. (El área usuaria verificará el Certificado de la Contraloría General de la Nación vigente, en el sentido de que no es responsable fiscal, en el link: <http://200.93.128.206/siborinternet/index.asp> y selecciona la opción Persona Jurídica y Representante Legal).
- Carta de Aceptación del Proveedor, dónde certifique el pago de seguridad social y aportes parafiscales. PERSONA JURIDICA: De acuerdo a lo previsto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, se hace necesario expedir Certificación de Paz y Salvo de pago de aportes parafiscales, suscrita por el Revisor Fiscal o del Representante Legal de la entidad que esté contratando con Positiva S.A. en el sentido de que “durante los seis meses anteriores a la suscripción del contrato, la sociedad ha cumplido con sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)”. Debe ser coincidente el nombre de quien firma el paz y salvo con el de la persona que figura autorizada como revisor fiscal en la Cámara de Comercio ó Representante legal de la empresa que esté contratando con Positiva S.A. No debe estar firmada por el contador a menos que este sea el revisor fiscal, ni por representante de una cooperativa o temporal por la cual se efectúen los pagos. PERSONA NATURAL: Fotocopia de la planilla de pago de seguridad social salud y pensión (si no ha adquirido el derecho o tiene más de 60 años), ARP mes vencido ó certificación de que cotiza como independiente y se encuentra a paz y salvo, expedida por la entidad a la que se encuentra afiliado. Es indispensable que se encuentre afiliado a salud, pensión y ARP. Para el momento del pago se solicitará que estos aportes se hagan como independientes para el contrato suscrito con Positiva S.A..
- Verificación DUE DILIGENCE (Lista restrictiva de lavado de activos).
- Solicitud del área usuaria.
- Estudio Previo y Análisis del Sector y Estudio de Mercado.
- Póliza de Responsabilidad Civil.

REQUISITOS EN CALIDAD, SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, Y AMBIENTE Y/O NORMATIVIDAD ESPECIAL

EL CONTRATISTA se obliga a presentar los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos y obligaciones en materia de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente, definidos por POSITIVA en el Manual de Requisitos y Obligaciones de Contratistas en Seguridad y Salud Ocupacional y Medio Ambiente de **POSITIVA**, copia magnética del cual se entrega, el cual declara recibido con la suscripción de la presente aceptación de la oferta.

El CONTRATISTA deberá entregar los siguientes documentos, según corresponda:

REQUISITOS	TIPO M Habilitación (aplica procesos Gerencia Medica Red Asistencial)	
	PN	PJ
Hojas de vida con soportes del perfil de cada persona vinculada en donde acredite la Educación, Formación, Habilidades y Experiencia		N/A
Constancia o certificación de la implementación del sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, expedida por el representante legal tanto para personas naturales (al registrar empleados) y jurídicos. Esta constación se presenta única vez y no tiene vencimiento.		x
Certificado consolidado Aportes Parafiscales vigente (Red Asistencial)		x

Nota: Para el ítem de "hojas de vida" se aclara que únicamente aplica para persona natural, o en el caso donde así se especifique en los estudios previos. Para los contratos de prestadores de servicios de salud que se encuentren habilitados no aplica ya que el ente habilitador realiza esta validación.

REQUISITOS TÉCNICOS

- Oferta comercial del proveedor.
- Certificado de habilitación de servicios en el REPS.
- Modelo de prestación de servicios de salud, acorde a las características de cada territorio o modelo de disposición, entrega o prestación de tecnologías en salud de acuerdo al territorio según lo establecido en el objeto.
- Relación de sedes, servicios habilitados, nivel de complejidad, modalidad en el ANEXO 4 RELACIÓN DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS.
- Capacidad instalada y disponible de acuerdo Registro especial de prestadores de salud REPS.
- Formato de justificación de ingreso de nuevos proveedores.
- ANEXO 1 TARIFAS.
- ANEXO 13 NEGOCIACIÓN.
- ANEXO 6 RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN.
- ANEXO 9 INDICADORES.
- ANEXO 12 MATRIZ DE RIESGOS PREVISIBLES.
- Oficio de recepción de los documentos de: ANEXO 2 MODELO DE ATENCIÓN, ANEXO 3 CARACTERIZACIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN, ANEXO 8 MODELO DE AUDITORIA Y SEGUIMIENTO A LA RED DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, ANEXO 9 INDICADORES, ANEXO 8 MODELO DE AUDITORIA Y SEGUIMIENTO A LA RED DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, ANEXO 12 MATRIZ DE RIESGOS PREVISIBLES.

REQUISITOS FINANCIEROS

- Certificación bancaria.
- Registro único tributario – RUT (posterior al 12/12/2012).
- Formulario de vinculación de proveedores y empleados de la Superintendencia Financiera de Colombia SARLAFT. (La parte ilustrada como persona natural debe incluir los datos del representante legal, indicando que es Proveedor, el formulario debe diligenciarse con la misma letra llenando TODAS las casillas, además tener huella legible y firma del representante. Este formulario es un requisito indispensable para la vinculación contractual de los proveedores a Positiva, fundamentado en la circular 026 externa de 2008 de la Superintendencia financiera de Colombia. (Escaneado).
- Certificación de disponibilidad de la reserva.

- Estados financieros comparativos a 31 de diciembre del año anterior a partir del mes de abril según calendario tributario (comparativo dos últimos años) (Balance General, Estado de Resultados, Notas a los Estados Financieros) y certificación expedida por el Representante Legal, el Contador Público y el Revisor Fiscal en los casos en que este último aplique, en donde se detallen cada uno de los indicadores.
 - Tarjeta Profesional del Contador y del Revisor Fiscal: Se debe presentar fotocopia ampliada al 150 legible de la Tarjeta Profesional del Contador y Revisor Fiscal.
 - Certificado de Vigencia de la Inscripción del Contador y del Revisor Fiscal: Se debe presentar fotocopia ampliada al 150 legible del Certificado de Vigencia de la Inscripción y de antecedentes disciplinarios del Contador y el Revisor Fiscal, expedido por la Junta Central de Contadores, con NO más de tres (3) meses de su expedición.
 - Condiciones de los Dictámenes: Se debe presentar fotocopia legible del dictamen, si EL OFERENTE legalmente está obligado a tener revisor fiscal.

15. FACTORES DE ESCOGENCIA PONDERACIÓN (Invitación Pública, Méritos y Cerrada)

Factor	Puntaje
Económicos	N/A
Técnicos	N/A
Valores agregados	N/A
Apoyo a la industria nacional	N/A
Vinculación de población vulnerable	N/A
Vinculación de trabajadores con discapacidad	N/A
Uso de elementos biodegradables y/o responsables con el medio ambiente	N/A

*(Los factores dependen de la modalidad de selección, naturaleza del contrato, objeto, valor, entre otros. Se pueden agregar o modificar factores de acuerdo a lo mencionado anteriormente)

JEFE DE OFICINA O GERENTE RESPONSABLE AREA USUARIA

NOMBRE: CHARLES RODOLFO BAYONA MOLANO

CARGO: GERENTE MEDICO (E)

AVALADO CORREO ELECTRONICO

PROFESIONAL RESPONSABLE ELABORACIÓN

NOMBRE: PILAR CÁRDENAS ARIAS

CARGO: PROFESIONAL

AVALADO CORREO ELECTRONICO

Vo.Bo. RESPONSABLE GERENCIA DE ABASTECIMIENTO ESTRATEGICO:

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

FECHA DE APROBACIÓN ESTUDIOS PREVIOS GERENCIA DE ABASTECIMIENTO ESTRATÉGICO

RESPONSABLE AVAL OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (Cuando aplique)

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

RESPONSABLE AVAL OFICINA DE ESTRATEGIA Y DESARROLLO (Ambiente y calidad) / GERENCIA DE TALENTO HUMANO (Seguridad y Salud en el Trabajo) (Cuando aplique)

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA:

RESPONSABLE AVAL OFICINA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS (Continuidad del Negocio) (Cuando aplique)

NOMBRE:
CARGO:
FIRMA:

Elaboro: Stefanny Moreno Vargas- Profesional-Proyecto CODESS