## FORMATO DE INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 13. REPORTE DE SERVICIOS EXTRAMURALES

De conformidad con los requerimientos dentro del proceso de selección para la provisión de servicios de salud para el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, se requiere realizar un diligenciamiento de la oferta de servicios extramurales de prestadores de servicios de salud. Dicha información deberá ser diligenciada por cada una de las regionales sobre la cual se presenta:

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

REPORTE DE SERVICIOS EXTRAMURALES

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 DEL AFILIADO: Diligencia 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) POBLACIÓN AFILIADA: Indique el total de afiliados dentro del punto de atención donde se presenta la propuesta.
i) 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.
j) 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.
k) CÓDIGO DEL PRESTADOR: Diligencie el código del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
l) 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.
m) 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.
n) NOMBRE DE PRESTADOR: Diligencie el nombre del prestador de servicios de salud determinado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.

o) 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.
p) RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO: Diligencie con "SI", cuando el servicio soporta la gestión de la ruta y en caso que no se deja la celda vacía.
q) RIAS MATERNO PERINATAL: Diligencie con "SI", cuando el servicio soporta la gestión de la ruta y en caso que no se deja la celda vacía.
r) RIAS CARDIO CEREBRO VASCULAR: Diligencie con "SI", cuando el servicio soporta la gestión de la ruta y en caso que no se deja la celda vacía.
s) RIAS CÁNCER (TIPO DE CÁNCER - CIE 10): Diligencie con "SI", cuando el servicio soporta la gestión de la ruta, además diligencie en la celda el tipo de cáncer que se gestiona a partir de este servicio y en caso que no se deja la celda vacía.
t) RIAS SALUD MENTAL: Diligencie con "SI", cuando el servicio soporta la gestión de la ruta y en caso que no se deja la celda vacía.
u) MODALIDAD DE PRESTACIÓN: Diligencie con "SI", cuando el servicio se contrata en dicha modalidad y "NO" en caso que no se tenga contratado el servicio en dicha modalidad.
v) CANTIDAD DE SERVICIOS POR MODALIDAD: Diligencie la cantidad de servicios contratados por modalidad, en caso que no esté contratado en dicha modalidad se deja la celda vacía.
w) FECHA DE VENCIMIENTO DE HABILITACION: Indique en el formato AAAA-MM-DD, la fecha de vencimiento de la habilitación disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
x) No. FOLIO DEL CONTRATO: Indique el folio en el cual se soporta el contrato dentro de los soportes documentales de la propuesta.
y) 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.

Cada servicio extramural ofertado debe ser diligenciado en una fila. Se pueden incluir tantas filas como se requiera según los servicios ofertados

Este documento es propiedad de El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.