**MANIFESTACIÓN DE INTERÉS PARA CONFORMACIÓN EN EL BANCO DE PROVEEDORES PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Ciudad y fecha

Respetados Señores Fiduprevisora:

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y obrando en mi condición de representante legal de \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con NIT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y código de habilitación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; como consta en el Certificado de Representación Legal expedido por la entidad competente.

En atención a las condiciones que se estipulan para participar en la conformación de la Red Nacional de Prestadores de Servicios de Salud manifestó:

* Que estoy incluido en el Registro Especial de Prestadores REPS, con una actualización inferior a un año.
* Que cumplo con los requisitos de habilitación
* Que los servicios ofrecidos cumplen con la garantía de calidad de la atención
* Que me comprometo con exigencias las esenciales del modelo de salud del Magisterio
* Que con la suscripción del presente documento y posterior envío a Fiduprevisora me comprometo a prestar los servicios de salud declarados y habilitados para los afiliados y beneficiarios del Magisterio

Manifiesto interés en ser incluido en la Red Nacional de prestadores de servicios de salud del FOMAG y declaro bajo la gravedad de juramento que la información que voy a proporcionar corresponde a la verdad y que, además:

1. Manifiesto que el suscrito, sus dueños y/o accionistas y sus directivos no se encuentran incursos en conflicto de interés con la Fiduprevisora S.A.
2. Manifiesto que el suscrito, sus dueños y/o accionistas y sus directivos no han sido sancionados por ninguna entidad oficial, por incumplimiento de contratos, mediante acto administrativo ejecutoriado.
3. Manifiesto que acepto y me acojo a lo indicado en los Anexos remitidos por parte del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, que hacen parte integral del presente documento, a saber:
	1. Anexo 1: Tarifas. En lo no previsto en éste se aplicará para determinar el contenido y tarifas lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 actualizado a 2024 y sus posteriores actualizaciones.

Para medicamentos: La tarifa reguladas establecida según la fecha de prestación de servicio según lo previsto por la CNPMDM máxima de medicamentos regulados. En lo no previsto en los anteriores, se escalará de la siguiente manera: SISMED del trimestre anterior a la prestación. En lo no previsto en el anterior se acudirá a termómetro del Ministerio de salud y Protección Social.

Para insumos: Precio comercial que se soportará con la factura de compra para la fecha de prestación.

Una vez sea expedido el manual tarifario único en salud por el Gobierno Nacional, se aplicará éste.

* 1. Anexo 2: Acuerdos de Niveles de Servicios

Parágrafo: En caso de los Acuerdos de Niveles no Aplican por el ámbito de atención, se tendrá en cuenta Resultados de los Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS, incluidos los definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS; y los de obligatorio cumplimiento normativo y aquellos priorizados por la entidad Contratante.

* 1. Anexo 3: Conformación Equipos de Cuidado Integral en Salud ECIS-M

Que mediante la presente manifestación y de conformidad a la remisión del Registro Especial de Prestadores me comprometo a prestar todos los servicios que se encuentran habilitados en el REPS.

**VIGENCIA:**

La presente manifestación de interés tiene una vigencia hasta el 31 de mayo de 2025. Plazo que podrá ser modificado por mutuo acuerdo entre las partes.

**FORMA DE PAGO:**

Se establece conforme al artículo 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, Resoluciones 3047 de 2008 y 2284 de 2023, 2275 de 2023 y demás que las modifiquen o adicionen.

**VALOR:**

Indeterminado pero determinable de acuerdo con los servicios prestados

**Nota:** La presente manifestación de interés no genera ningún tipo de vínculo, hasta tanto no sea aceptada por Fiduprevisora S.A.; la cual se entenderá cumplida con la inclusión del prestador en la lista de **BANCO DE PROVEEDORES PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que aparece en la página web del FOMAG.

**DOCUMENTACIÓN:**

Junto con la manifestación de interés, allego a Fiduprevisora S.A.:

* Fotocopia de la cédula de ciudadanía de representante legal.
* Certificado de Representación Legal expedido por la entidad competente no mayor a 30 días (Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o Acto Administrativo expedido por entidad competente; según la naturaleza de la entidad pública o privada.
* Proceso de referencia y contrarreferencia y datos de contacto.

Los siguientes documentos en caso de no ser allegados con este documento, se remitirán una vez se encuentre el prestador o proveedor incluido en la lista de **BANCO DE PROVEEDORES PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** que aparece en la página web del FOMAG.

* Modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio.
* Relación de sedes y servicios de salud habilitados, sus grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios, acorde con la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
* Capacidad instalada y disponible asociada a los servicios habilitados.
* Oferta de servicios y tecnologías en salud.
* Resultados de los Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS, incluidos los definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS; de obligatorio cumplimiento y aquellos priorizados; de los últimos tres (3) meses.
* El listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención.
* Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC-.
* Copia de la póliza de responsabilidad civil médica.

Firma Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS DE CONTACTO:

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_