



Santiago de Cali, 05 de Agosto de 2015

Señores:

**JUEZ PRIMERO ADMINISTRATIVO DE DESCONGESTIÓN DE BUENAVENTURA (V)**

E. S. D.

10 AGO 2015

8:20 AM

ASUNTO : CONTESTACIÓN DEMANDA  
PROCESO : M.C REPARACIÓN DIRECTA  
RADICACIÓN : 2012-181  
DEMANDANTE : GRACIELA VICTORIA CÁRDENAS  
DEMANDADO : NACIÓN – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y  
SELVASALUD EPSS.

**FRANCISCO JAVIER MONTENEGRO M.**, mayor y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.294.020 de Popayán (C), portador de la Tarjeta Profesional No. 190.762 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura; obrando en representación de SELVASALUD EPS-S en Liquidación identificada con el NIT. 846.000.244-1, según poder que me ha sido legalmente otorgado por el Doctor **JOSE MARIA BALCAZAR CASTILLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.292.098 de Popayán (C), en su condición de Agente Especial Liquidador de SELVASALUD EPS-S EN LIQUIDACIÓN, según designación efectuada por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Resolución No. 001642 del 09 de septiembre de 2013 posesionado en dicho cargo el 09 de septiembre de 2013, tal como consta en el Acta No. SDME 023 de 2013, comedidamente, en ejercicio del mencionado mandato, estando dentro del término procesal previsto para el efecto, procedo a dar contestación a la demanda formulada por la parte demandante, en los siguientes términos:

#### FRENTE A LAS PRETENCIONES DE LOS DEMANDANTES:

Respetuosamente me permito solicitarle se sirva denegar todas y cada una de las pretensiones incoadas por la actora respecto de SELVASALUD EPS-S, en razón de la inexistencia de responsabilidad administrativa de mi representada frente a los hechos relacionados en la demanda, tal como se demostrará en el curso del proceso y con fundamento en los argumentos expuestos en el presente escrito de defensa.

#### FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**PRIMERO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.



**SEGUNDO:** Parcialmente cierto, en atención a que según la Historia Clínica de la señora PRETEL VICTORIA (Q.E.P.D), la misma padecía V.I.H, pero no es cierto que la citada persona estuviera siendo tratada por SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION, teniendo en cuenta que la sociedad que represento no prestaba de manera directa servicios de salud, porque esa función se encontraba en cabeza de IPS y ESES.

**TERCERO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

**CUARTO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

**QUINTO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

**SEXTO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

**SEPTIMO:** No constituye un hecho, por ser una apreciación subjetiva que realizó la parte demandante.

**OCTAVO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

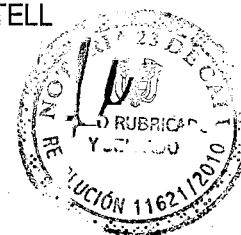
**NOVENO:** Parcialmente cierto, teniendo en cuenta que conforme a los documentos que hacen parte del traslado de la demanda, se encontró que esta EPSS a través de oficio calendado el 24/05/2011 dio contestación a la petición que formuló el doctor Palacios García ante esta entidad, indicándosele las razones por las cuales se encontraba en estado retirado la señora DEYLUZ PRETEL VICTORIA (fallecida), entre ellas por la no comparecencia de la mencionada ex usuaria a la convocatoria que se realizó (en agosto del año 2009) por parte del Ente Territorial a las personas que presentaban inconvenientes de afiliación en la BDUa del FOSYGA, como sucedió con la prenombrada ex afiliada, quien figuraba cargada su número de cedula a otra usuaria del sistema de seguridad social integral que estaba vinculada a la EPS CAPRECOM.

**DECIMO:** Este no es un hecho, sin embargo, le informó a esta Unidad Judicial que de acuerdo a la revisión de los soportes que hacen parte del traslado de la presente demanda, se encontró el oficio de fecha 24/05/2011 emitido por SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION y dirigido al doctor Palacios García, al cual se adjunto copia de pantallazo de la BDUa del FOSYGA y pantallazo de consulta de afiliados de esta EPSS en el cual se observa el nombre de la causante PRETEL VICTORIA.

**DECIMO PRIMERO:** Este no es un hecho, es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante, y si es el caso debe ser probado por la parte interesada.

**DECIMO SEGUNDO:** No me consta, debe ser probado por la parte interesada.

Sin embargo, se manifiesta la inconformidad respecto a los conceptos que aparecen en el traslado de la demanda, y con los cuales la parte demandante pretende sustentar que si la señora PRETEL



VICTORIA hubiese recibido el tratamiento integral para la enfermedad que padecía, posiblemente la misma hubiera vivido muchos años más.

Lo anterior en atención a que la parte actora solamente realizó una consulta a la corporación lucha contra el cáncer y al médico internista infectología de la Universidad del Valle, en la cual solamente efectuó unos interrogantes respecto a la patología VIH de manera general, y en lo referente al tratamiento que deben recibir las personas que padecen dicha patología, como el tiempo que podría vivir una persona que padezca esa enfermedad.

Por lo expuesto, se difiere de los conceptos que aporta el demandante a la demanda, por las siguientes razones: (i) esos conceptos no constituyen un dictamen pericial, por lo que no se fundamenta en un estudio técnico que haya realizado un profesional especializado en la materia respecto al estado de salud que presentó la paciente, para este caso de la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA (fallecida) y las posibles causas que hayan originado su deceso. (ii) Los conceptos absueltos por las entidades peticionadas se efectuaron respecto a interrogantes generales relacionados con la patología VIH el tiempo en que podría vivir una persona que padece dicha enfermedad, pero no corresponden al estudio específico del caso de la señora PRETELL VICTORIA, toda vez que para efectuar dicho estudio se debía contar con todas las historias clínicas de la paciente que correspondieran a todo el tiempo que la ex usuaria permaneció hospitalizada tanto antes como después de haberse conocido que padecía VIH, como no se presentó en este caso donde nos encontramos ante un concepto emitido por unas entidades a interrogantes generales formulados por un ciudadano y no ante un dictamen pericial que permita establecer las causas que dieron origen al fallecimiento de una paciente con una enfermedad terminal.

### CONSIDERACIONES

En las Acciones de Reparación Directa siempre se hace necesario constatar si los requisitos fijados por la doctrina y la jurisprudencia se cumplen en el caso objeto de litigio, a saber, el hecho dañoso, el daño, y el nexo de conexidad, para derivar la responsabilidad de la pasiva.

a-. El Hecho Dañoso. Como elemento necesario para fundar la imputación de responsabilidad, debe consistir en la acción u omisión de la entidad encargada del servicio o la actuación. Por daño se entiende la alteración de una situación preexistente. Ese daño debe ser cierto y actual. Esa certeza incluye también el daño futuro que se sepa va a presentarse pero que aún no despliega sus efectos.

b-. El Daño. También se entiende como hecho culposo. Para la administración pública esto se concibe bajo la denominada *Falla del Servicio*. Hay *Falla del Servicio* cuando el servicio no se presta, se presta tardíamente o se presta oportunamente pero de forma defectuosa.

c-. Nexo de Conexidad. Debe existir una relación de causa a efecto entre la falla del servicio en la que se incurrió y el daño causado. Estos elementos son los que configuran la responsabilidad y deben aparecer plenamente acreditados en el proceso.

La acreditación de estos elementos implica necesariamente una intensa actividad probatoria que en principio debe asumirla el demandante porque se parte del principio según el cual quién afirma debe probar, es lo que técnicamente se conoce como carga de la prueba.

No obstante, en ocasiones puede ocurrir que pese a estar la falla demostrada no proceda la declaratoria de responsabilidad porque esa falla se relativiza en el entendido de que a lo imposible nadie está obligado. Esto quiere decir que si se presentan dificultades de orden económico, técnico o de capacidad funcional en la institución de salud que impidan la adecuada prestación del servicio y que no dependan ni sean atribuibles a la propia institución o al médico, no será procedente la declaratoria de responsabilidad en contra de éstos<sup>1</sup>.

Tampoco habrá lugar a declarar la responsabilidad cuando se demuestre que el daño al paciente se debió a una causa extraña, ajena a la actuación del profesional de la salud y ajena al cumplimiento propio de las obligaciones derivadas del contrato hospitalario. Constituyen para éste efecto causa extraña, la Fuerza Mayor y el Caso Fortuito (es el hecho imprevisto e imprevisible al que no es posible resistir, como un hecho de la naturaleza, un accidente, etc.) la Culpa Exclusiva de la Víctima (paciente), o el Hecho de un Tercero.

### EL CASO CONCRETO

Bajo estos parámetros, pierde toda vocación de prosperidad que pudiera atribuírsele a las pretensiones del demandante en relación con la responsabilidad de mi representada. En efecto, las anteriores consideraciones constituyen argumentos suficientes para demostrar la improcedencia de las pretensiones del accionante.

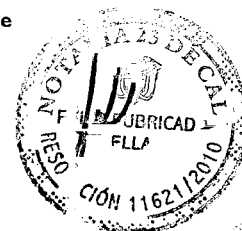
De acuerdo a los hechos expuestos en la presente demanda, se observa que las presuntas irregularidades que manifiesta el apoderado de la señora GRACIELA VICTORIA que dieron origen a esta demanda, se relacionan con la presunta negativa en la prestación de los servicios a la mencionada ex usuaria, por encontrarse retirada de la base de datos de esta entidad en atención a que estaba cargada en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) con el número de documento de una usuaria de otra Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado, situación que para el apoderado habría ocasionado el deceso de la señora VICTORIA CARDENAS. Los argumentos de la demanda se reducen a aportar opiniones de índole subjetiva sobre el daño que presuntamente se presentó con la ex afiliada, pero sin soportarse en pruebas que permitan demostrar el daño antijurídico y en consecuencia el nexo causal.

### PERJUICIOS RECLAMADOS

**MORALES:** No existe prueba de tal daño. Nunca se probó el nexo de causalidad entre el presunto perjuicio sufrido por la demandante y la actuación de mi representada.

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Radicación: 11.169; 03 de mayo de 1999; M. P. Ricardo Hoyos Duque.

Apartado 2° del artículo 1° de la Directiva de la Comisión de las Comunidades Europeas del 9 de noviembre de 1990.



**MATERIALES:** Nunca se probó la generación de los perjuicios materiales referidos al lucro cesante y al daño emergente, sin perjuicio de observar la exorbitante cuantía que señala el apoderado de los demandantes como pretensión económica perseguida con esta acción.

## LAS RAZONES DE LA DEFENSA

### **EXCEPCIONES PREVIAS**

#### **1) FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA**

De conformidad con lo indicado en los hechos de la demanda expuestos por la parte actora, se evidencia que la causa del presunto hecho dañoso que genera la obligación de indemnizar se relacionan con las presuntas irregularidades por la falta de autorización de un procedimiento medico que según el demandante no se le concedió a la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA, teniendo en cuenta que la mencionada causante se encontraba desvinculada de la base de datos de usuarios de SELVASALUD EPSS por haber sido retirada de dicha plataforma por disposición del Municipio por el cual se encontraba afiliada la causante mencionada en precedencia.

De la revisión efectuada a los documentos que hacen parte del traslado de la demanda, se observa que en la respuesta a la petición que elevó el apoderado de los hoy demandantes ante SELVASALUD EPSS, esta sociedad le expidió el oficio de fecha 24/05/2011, a través del cual se informó que en el mes de Agosto de 2009 se publicó un listado de la población afiliada al régimen subsidiado que presentaban inconvenientes por multifiliación entre Entidades Promotoras de Salud, por error en documento de identificación.

Además se informó que la publicación de dicho listado se efectuó por edicto que expidió la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura, y se indicó que el plazo para que la población afiliada que presentara esos inconvenientes compareciera ante el referido ente territorial a solicitar la respectiva corrección, estaba establecido hasta el 15 de Diciembre de 2009.

Entre la referida población, figuraba la señora DEYLUZ PRETELL, quien por presentar error en su documento de identidad, había sido retirada de la base de datos de esta entidad por la Secretaria Distrital de Buenaventura.

Según lo manifestado en el oficio de 24/05/2011 que expidió la profesional jurídica de SELVASALUD EPSS de ese entonces, el retiro de la base de datos de afiliados de esta EPSS de la señora PRETELL (hoy fallecida), obedeció a la no comparecencia de la persona en mención al evento público que se llevo a cabo en el coliseo del Barrio Cristal de Buenaventura y que fue convocado por la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura, a fin de que en ese evento se realizara la corrección que presentaba la misma por figurar cargada con su número de cedula otra usuaria de otra Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado en la base de datos del FOSYGA.

Finalmente, la profesional jurídica de esta sociedad, manifestó que debido a que la señora DEYLUZ PRETELL, por haber sido retirada de la base de datos de afiliados de SELVASALUD EPSS, y



encontrarse cargado el documento de identidad (de la ex afiliada) con otra usuaria del régimen subsidiado, debía adelantar el procedimiento que indicó la mencionada ex funcionaria, que consistía en solicitar la liberación de su documento ante la Entidad Promotora de Salud en la cual estaba asegurada la afiliada que suplantaba el documento de identidad de la ex usuaria (VICTORIA).

De la revisión realizada al artículo 69 del Acuerdo 415 de 2009 que expidió el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se observa que en la referida normatividad se estableció que las entidades territoriales eran responsables de la operación del régimen subsidiado, y por lo tanto debían adelantar las competencias señaladas por la ley para el aseguramiento de la población en el territorio de su jurisdicción y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como me permito transcribirlo a continuación:

"(...)

**Artículo 69.** *Eficiencia en las competencias de las Entidades Territoriales en el Régimen Subsidiado.* Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán adelantar con eficiencia y los demás principios rectores que orientan la función pública, las competencias señaladas por la ley para el aseguramiento de la población en el territorio de su jurisdicción y su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial de la población pobre y vulnerable a través del Régimen Subsidiado."

En virtud de lo expuesto, se observa que la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura en ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 69 del Acuerdo 415 de 2009, efectuó según lo indicado en el oficio de (24/05/2011) que expidió SELVASALUD EPSS, el trámite de retiro de la población afiliada al régimen subsidiado que se encontraba vinculada por el referido distrito de la base de datos de esta sociedad, por presentar inconvenientes de duplicidad en el documento de identidad que se cargó ante la base de datos del FOSYGA, entre ellas realizó la desvinculación de la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA.

Por lo anterior, es claro que SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION, no tuvo participación directa en los daños que al parecer se le causaron a la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA, teniendo en cuenta lo siguiente: (i) El retiro de la citada ex usuaria de esta EPSS se realizó por el ente territorial, atendiendo a que la misma según lo indicado en el oficio de 24/05/2011 que expidió la profesional jurídica de ese entonces, presentaba inconvenientes en el documento de identidad por aparecer cargado el mismo a nombre de otro afiliado al régimen subsidiado en la base de datos del FOSYGA. (ii). Según como se informó en el memorial de 24/05/2011 que emitió SELVASALUD EPSS, a la población afiliada que presentaba problemas en su afiliación se la convocó por parte de la Secretaria Distrital de Buenaventura a un evento para solucionar esos inconvenientes, sin que la ex afiliada (Pretell Victoria) compareciera a esa convocatoria. (iii) SELVASALUD EPSS para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que se encontraba afiliada a esta sociedad, recibía la UPC (unidad de pago por capitación), que es el valor que reconoce el sistema de seguridad social integral a las Entidades Promotoras de Salud para garantizar la prestación de



dichos servicios de salud, prestación que solo se reconocería por los usuarios que figuraban en la base de datos de la EPSS y del FOSYGA, y la cual se dejó de percibir esta empresa respecto de la señora (DEYLIZ PRETELL VICTORIA Q.E.P.D) con motivo del retiro que realizó la Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura de la plataforma de usuarios de SELVASALUD EPSS, y que por ende impedía continuar con la autorización de servicios a esa persona desafiada, toda vez que al hacerlo se reñía contra el principio de sostenibilidad financiera, principio al cual esta Entidad Promotora de Salud debía ampararse para garantizar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios dentro del Plan Obligatorio de Salud, puesto que de ser así le generaría a esta entidad mayores gastos adicionales como es asumir los gastos de pacientes no afiliados a la EPSS, lo cual iría en contravía de este principio; toda vez que dichos recursos financieros por disposición expresa deben ser apropiados para atender las necesidades de nuestros usuarios y afiliados que hacen parte del Sistema General del Seguridad Social en Salud; en aras de no vulnerar los principios de equilibrio y sostenibilidad financiera en los cuales debía ampararse esta sociedad para atender las necesidades propias de nuestros usuarios que hacían parte de dicho sistema; sobre el principio de sostenibilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud, al respecto la Honorable Corte Constitucional ha expresado lo siguiente:

*"La Corte también ha destacado la sostenibilidad financiera del sistema de salud, toda vez que dicho servicio requiere disponer de un flujo permanente de recursos que le permita su mantenimiento para la oportuna y adecuada prestación. El equilibrio financiero, en palabras de la Corte, tiene como finalidad garantizar la viabilidad del sistema de salud y, por lo tanto, su permanencia en el tiempo. (Corte Constitucional Sentencia C-252 del 2010 MP: Dr. JORGE IVÁN PALACIO). Por su parte el numeral 7 del artículo 9 del citado Acuerdo de la Comisión de Regulación de Salud preceptúa lo siguiente: **"Principio de eficiencia y de sostenibilidad financiera.** Principio por el cual la definición y actualización de los Planes Obligatorios de Salud estarán sujetos a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del Sistema, para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en los Planes con su respectiva disponibilidad de recursos, la mayor eficiencia en la utilización de los mismos, la mayor efectividad en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país.*

Por lo que en el presente asunto, atendiendo a que como se demostrará, no hubo participación de esta concursada en los hechos que dieron origen a este medio de control.

En este asunto tal como se demostrará a lo largo de este proceso no se verificaron a cargo de SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION, comportamientos como negación de los servicios de salud incluidos en el POSS a favor de la señora PRETELL VICTORIA, durante el periodo en que la ex afiliada en mención estuvo vinculada con esta sociedad, toda vez que el retiro de la ex afiliada de esta sociedad se efectuó por ordenamiento del ente territorial citado en precedencia, el cual dispuso la desvinculación de la población que presentaba problemas de duplicidad en el documento de identidad, concediendo un plazo a la persona que figuraba con dichos inconvenientes para que se acercara a tratar de solucionar el mismo, y según como lo informó la Profesional Jurídica de la época,



en ningún momento la interesada compareció a la prenombrada convocatoria, por que el procedimiento de retiro de la base de datos de SELVASALUD se efectuó sin objeción alguna por la ex afiliada.

En ese orden de ideas, se observa que SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION, no ha efectuado ninguna actuación tendiente a producir los daños que manifiesta la parte actora que se configuraron en este proceso judicial, con fundamento en las consideraciones expuestas en la presente excepción, por tal razón le solicito de manera comedida a su despacho que se sirva declarar probada esta excepción en los términos indicados.

**2) LA FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO A LOS DEMANDANTES DE ESTA DEMANDA JUDICIAL, EN CASO QUE ESTÓS ULTIMOS NO INICIEN EL TRAMITE DE CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL DE LOS NIETOS DE LA SEÑORA GRACIELA VICTORIA ANTE LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA PERTINENTE Y LES SEA CONCEDIDA DICHA CUSTODIA POR PARTE DEL REFERIDO ENTE.**

Mediante auto interlocutorio No. 19 de 23/02/2015 que expidió esta Unidad Judicial, y por el cual se admitió la demanda propuesta por la señora Graciela Victoria en contra de SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION y otros, disponiendo además nombrar como curador ad-litem de los menores Carmen Graciela, Miller Fabián Portocarrero Pretel, Edgar David Portocarrero Pretel y Fernando Castillo Pretel, al apoderado Harold Walter Palacios García.

En la parte resolutive del auto referido en precedencia, se estableció admitir el presente medio de control, y designar como curador ad litem de los menores en mención al togado Palacios García, y se conmino a este último y a la señora Graciela Victoria para que de inmediato iniciaran los trámites ante las autoridades administrativas o judicial pertinente, referentes a solicitar la custodia y cuidado personal de los nietos de la actora, y además se mantuviera informado a este despacho judicial de las actuaciones que se adelanten dentro de dicho trámite, so pena de acarrear consecuencias al momento de proferirse el fallo, respecto de la representación de los menores.

Por lo anterior, se le solicita a su señoría, que en caso de que no se acredite la representación de los menores Carmen Graciela, Miller Fabián Portocarrero Pretel, Edgar David Portocarrero Pretel y Fernando Castillo Pretel, para actuar en el presente proceso, se sirva declarar la excepción por falta de legitimación en la causa respecto de dichas personas, por no tener la legitimación para acudir como partes demandantes a este proceso judicial, y en consecuencia se sirva denegar las pretensiones elevadas por los mismos en este asunto.

En otras palabras, el reconocimiento de las pretensiones a favor de los menores citados en precedencia dentro de esta demanda judicial, en caso de que se lograra demostrar la responsabilidad por parte de las entidades demandadas, se encontraría supeditado a que la señora Graciela Victoria y su apoderado judicial inicien y le sea concedida la custodia y cuidado personal de: Carmen Graciela, Miller Fabián Portocarrero Pretel, Edgar David Portocarrero Pretel y Fernando Castillo Pretel, por parte de la autoridad administrativa o judicial pertinente, por esa razón y en caso de que la actora no efectué ni finiquite los tramites que se le ordenaron realizar por parte de este



Juzgado, le solicito de manera respetuosa que se sirva negar las pretensiones de los prenombrados menores y la desvinculación de esta EPSS de este proceso judicial.

## 2. INEXISTENCIA DEL DEMANDANTE:

Dentro de los anexos de la demanda, es deber del demandante de incorporar el Certificado de Existencia y Representación de SELVASALUD EPS-S HOY EN LIQUIDACION como demandada; para corroborar su existencia con el fin de que se dé la plena identificación de la parte a la cual se demanda, esto con el fin de que no se vincule a el proceso un homónimo y como consecuencia se produzca la nulidad en las actuaciones desarrolladas en el presente proceso litigioso, así lo establece el artículo 166 del C.P.A.C.A, el cual reza si:

“Artículo 166 Anexos de la demanda. A la demanda deberá acompañarse:

1 Copia del acto acusado, con las constancias de su publicación, comunicación, notificación o ejecución, según el caso. Si se alega el silencio administrativo, las pruebas que lo demuestren, y si la pretensión es de repetición, la prueba del pago total de la obligación.

2 .Cuando el acto no ha sido publicado o se deniega la copia o la certificación sobre su publicación, se expresará así en la demanda bajo juramento que se considerará prestado por la presentación de la misma, con la indicación de la oficina donde se encuentre el original o el periódico, gaceta o boletín en que se hubiere publicado de acuerdo con la ley, a fin de que se solicite por el Juez o Magistrado Ponente antes de la admisión de la demanda. Igualmente, se podrá indicar que el acto demandado se encuentra en el sitio web de la respectiva entidad para todos los fines legales.

3. Los documentos y pruebas anticipadas que se pretenda hacer valer y que se encuentren en poder del demandante, así como los dictámenes periciales necesarios para probar su derecho.

4 .El documento idóneo que acredite el carácter con que el actor se presenta al proceso, cuando tenga la representación de otra persona, o cuando el derecho que reclama proviene de haberlo otro transmitido a cualquier título.

5. La prueba de la existencia y representación en el caso de las personas jurídicas de derecho privado. Cuando se trate de personas de derecho público que intervengan en el proceso, la prueba de su existencia y representación, salvo en relación con la Nación, los departamentos y los municipios y las demás entidades creadas por la Constitución y la ley.

6. Copias de la demanda y de sus anexos para la notificación a las partes y al Ministerio Público.”



Es de mencionar que una vez revisado el traslado de la demanda no se allegó el Certificado de Existencia y Representación de esta EPSS como tampoco se relacionan en el acápite de los anexos o pruebas.

En ese orden ideas, no se cumplió por parte del demandante con la carga que le impone el numeral 5° del artículo 166 de la Ley 1437 de 2011, de allegar la prueba de la existencia y representación legal de esta sociedad (hoy en concurso) por ser parte demandada en el presente medio de control, por lo anterior le solicito de manera comedida a su señoría que se sirva declarar la presente excepción.

### EXCEPCIONES DE MÉRITO

- 1) LA SITUACIÓN DE DUPLICIDAD EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD QUE AL PARECER PRESENTÓ LA SEÑORA DEYLIZ PRETELL VICTORIA (HOY FALLECIDA) ANTE LA BASE DE DATOS DEL FOSYGA Y QUE ORIGINO EL RETIRO DE LA BASE DE DATOS DE USUARIOS DE SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION POR PARTE DEL ENTE TERRITORIAL, FUE UN HECHO AJENO A LA VOLUNTAD DE ESTA SOCIEDAD POR NO HABER TENIDO PARTICIPACIÓN EN LA CONFIGURACIÓN DE DICHA SITUACIÓN.

De conformidad con la información que se encontró en el traslado de la presente demanda, se evidencia el oficio de 24/05/2011 que expidió la Profesional de Apoyo Jurídico de ese entonces, dentro del cual se puso en conocimiento del peticionario (apoderado de la hoy demandante) la razón por la cual la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura, había ordenado el retiro de la base de datos de usuarios de SELVASALUD EPSS de la señora PRETELL VICTORIA, entre otras razones por presentar dicha ex afiliada duplicidad en el documento de identidad, toda vez que figuraba en la base de datos del FOSYGA cargada el número de cedula con el nombre de otra usuaria de una Entidad Promotora de Salud, y que a pesar de que se realizó una convocatoria para subsanar los referidos inconvenientes por parte el ente territorial, no se obtuvo respuesta de la señora DEYLIZ (hoy fallecida), por lo que la desvinculación de esta sociedad se efectuó sin objeción alguna.

Es de informar que la administración actual a cargo del doctor José María Balcazar Castillo, Agente Especial Liquidador de SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION, designado mediante la resolución número 001642 de 09/09/2013 y posesionado en la misma fecha según acta de posesión número 023/13, desconoció las razones de modo, tiempo y lugar que causaron el error en la base de datos del FOSYGA, respecto a la duplicidad en el documento de identidad de la señora DEYLIZ PRETELL VICTORIA, situación que al parecer acarreo como consecuencia el retiro de la base de datos de esta EPSS de la citada ex afiliada, lo anterior en atención a que para la época en que al parecer se presentaron esos hechos el actual Agente Liquidador de la entidad no se encontraba posesionado en dicho cargo.

Por lo expuesto, es claro que SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION no tuvo participación directa en los hechos que originaron el error en la afiliación de la señora Victoria en la base de datos del FOSYGA, por duplicidad en el documento de identidad, que al parecer acarreo como consecuencia



el retiro de la mencionada ex usuaria de la base de datos de esta EPSS por parte de la Secretaría Distrital de Buenaventura, evidenciándose en este caso que dicha duplicidad no obedeció a una acción u omisión de SELVASALUD EPSS, como lo corroboró la Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura, al efectuar la convocatoria (en el año 2009) para subsanar los inconvenientes que presentaba la población afiliada al régimen subsidiado por el citado Distrito, y a la cual no compareció la ex afiliada (DEYLUZ PRETELL) pese a que se había notificado por emplazamiento a los interesados la fecha de realización de la prenombrada reunión por parte del ente responsable del aseguramiento de esa población, como le fue informado al Apoderado de la demandante de este asunto en el oficio de 24/05/2011 que expidió la Profesional de Apoyo Jurídico de SELVASALUD EPSS que hace parte del traslado de la demanda.

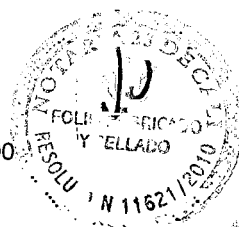
Por lo anterior, le solicito a esta Unidad Judicial, que se sirva declarar la presente excepción en este asunto, toda vez que conforme a las consideraciones expuestas en precedencia, se evidencia que el motivo que originó el error en el documento de identidad de la señora DEYLUZ PRETELL y lo que acarreo como consecuencia su retiro de la base de datos de afiliados de SELVASALUD EPSS por disposición del ente territorial, no obedeció a una acción u omisión de esta EPSS, por tal razón le solicito de manera comedida declarar probada esta excepción.

## 2) GRAVEDAD DEL DIAGNOSTICO PADECIDO POR LA SEÑORA PRETELL VICTORIA:

De conformidad con los documentos que reposan en el traslado de la demanda de reparación directa (rad. 2012-181), se encontró la copia de las historias clínicas (de la vigencia 2008) de la causante DEYLUZ PRETELL VICTORIA expedidas por el Hospital Universitario del Valle y por la Fundación Valle del Lili, en la cual figura registrado en el diagnostico del paciente: VIH.

Según lo manifestado por el apoderado de la parte demandante de esta demanda judicial, el deceso de la señora VICTORIA presuntamente se generó por la falta de autorización de procedimientos médicos que requirió la ex afiliada, desconociéndose que a la señora DEYLUZ durante el periodo en que permaneció vinculada a esta EPS se le suministraron los servicios médicos que demandó de esta sociedad.

Ahora bien, es de informar que según lo indicado en las historias clínicas de la paciente, la misma padecía VIH, la cual se constituía como una condición adversa de su propio estado de salud, como lo indico el personal médico de infectología de la Clínica Valle del Lili que le prestó atención médica a la señora PRETEL VICTORIA, según lo manifestado en el documento: resumen de egreso de la historia clínica de la vigencia 2008, del cual me permito transcribir los siguientes apartes: "(...) es una paciente que se observa en pésimas condiciones generales, pálida, caquética, con dificultad para movilizarse, gran dolor abdominal. (...) En este sentido la situación al ingreso es muy compleja, es una paciente con una enfermedad avanzada por HIV con un deterioro grande de sus condiciones generales y antecedentes de toxoplasmosis cerebral y toxicodermia a alguno de los medicamentos usados para el manejo de la toxoplasmosis. (...)".



Respecto de las condiciones adversas al estado de salud, se ha pronunciado la jurisprudencia del Consejo de Estado, indicando que a pesar de los esfuerzos médicos, en esos casos no es posible contrarrestar dicha condición, situación que impide que surja la responsabilidad estatal.

Conforme a lo expuesto, es claro que se presentó el rompimiento del nexo de causalidad entre el daño que se presentó con la señora PRETELL VICTORIA y la conducta que presuntamente cometió esta EPSS, por el hecho según el cual el daño que sufrió la citada ex afiliado se originó en una condición adversa de su propio estado de salud, porque si bien se constata en las historias clínicas (de la vigencia 2008) la paciente presentaba el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y según esos documentos había presentado antecedentes de otras patologías, por lo que se evidencia que la persona citada en precedencia presentaba una grave enfermedad que se encontraba en evolución dada las precarias condiciones de salud que presentaba desde el periodo señalado con anterioridad, teniendo en cuenta que por su gravedad y al atacar el sistema inmunológico de la persona, al parecer conllevó a la disminución de las defensas del cuerpo humano acarreando como consecuencia el desarrollo de ciertas infecciones y enfermedades, como presuntamente se presentó en este caso, dada la evolución que adquirió la enfermedad que presentaba la ex afiliada prenombrada.

Al respecto me permito citar apartes de la jurisprudencia de la sección tercera sub sección B de la Sala de lo contencioso administrativo del Consejo de Estado, la cual resolvió un recurso de apelación dentro del expediente identificado con la radicación: 05001-23-31-000-2002-00456-01(31508), actor: Rosa Virginia Toro Ortega, dentro de la cual se citaron apartes de pronunciamientos proferidos por esa corporación en los que no se declaró la responsabilidad de la administración en los casos que en el daño sufrido por la paciente se originaba en la condición adversa del propio estado de salud, como me permito transcribirlo a continuación:

“En otras oportunidades, esta Corporación ha considerado que si el daño sufrido por el paciente se origina en una condición adversa de su propio estado de salud que, a pesar de los esfuerzos médicos, no es posible contrarrestar, esta situación impide que surja la responsabilidad estatal. En el caso bajo análisis, al haberse observado que la muerte ocurrió con ocasión de la complicación de la enfermedad que presentaba la señora (...) se aplicará la misma regla. En resumen, no se observa una falla en la prestación del servicio médico imputable al Instituto de Seguros Sociales porque tal afirmación no está demostrada. Por el contrario, al leer en detalle la historia clínica de la señora (...) se encuentra que la entidad demandada prestó el servicio de ortopedia de forma oportuna, formuló diagnósticos adecuados a la situación que se le presentaba, descartó la presencia de cáncer pulmonar a través de exámenes idóneos para ello y, al detectar finalmente la enfermedad, trató de morigerar sus efectos por medio de los recursos médicos y científicos establecidos para el efecto. Por lo anterior, se confirmará la sentencia de primer grado en el sentido de denegar las pretensiones de la demanda.”

25.4 En otras oportunidades, esta Corporación ha considerado que si el daño sufrido por el paciente se origina en una condición adversa de su propio estado de salud que, a pesar de los esfuerzos

médicos, no es posible contrarrestar, esta situación impide que surja la responsabilidad estatal<sup>2</sup>. En el caso bajo análisis, al haberse observado que la muerte ocurrió con ocasión de la complicación de la enfermedad que presentaba la señora María Berenice Ortega, se aplicará la misma regla.  
(...)"

De conformidad con los argumentos expuestos anteriormente solicito con todo respeto al señor juez que declare probada la excepción en los términos indicados.

- 3) **SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION DURANTE LA VIGENCIA 2009, CONTRATÓ CON LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA Y DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN QUE SE ENCONTRABA AFILIADA A ESTA EPSS EN DICHO PERIODO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ACUERDO 008 DE 2009 A TRAVÉS DEL CUAL SE DEFINE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN CONCORDANCIA CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 28, 29 Y 30 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994, DENTRO DE LA ÓRBITA DE SU RESPONSABILIDAD COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD HOY EN LIQUIDACION.**

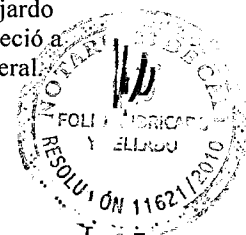
La presente excepción se fundamenta en que SELVASALUD EPSS hoy en Liquidación, celebró contratos con las IPS de la red de servicios contratada para la atención de los afiliados que se encontraban vinculados a la entidad para ese entonces, los servicios de Urgencias, hospitalización, transporte y traslado de pacientes desde un centro asistencial a otras IPS de mayor Nivel, prestación de los servicios en Segundo y Tercero Nivel de Atención.

Es de informar que la ley dispuso la forma de vinculación al Sistema General de seguridad social en salud, a través de los dos regímenes de afiliación: denominados el contributivo y el subsidiado. El primero de ellos, regula la incorporación a dicho sistema de las personas que realizan una cotización al sistema, siendo financiado este de manera directa por el afiliado ó con el aporte porcentual de este último y su empleador. Por otra parte, el régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población con mayores recursos limitados, que no tienen capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo, tienen acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Atendiendo a la estructura del Sistema General de la Seguridad Social Integral que se estableció con la expedición de la Ley 100 de 1993, en el artículo 156 de la referida norma se señalan las características básicas del Sistema y concretamente en relación con el Régimen Subsidiado, menciona las que se relacionan a continuación:

**"ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:**

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010, exp. 17606, C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En esta decisión se encontró que el daño que se alegó en la demanda –la pérdida de riñón– obedeció a una enfermedad natural y congénita del paciente, a saber, hidronefrosis, hipoplasia renal y estenosis ureteral.



(...)

c) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud;

(...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;

f) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación - UPC - que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

(...)

j) Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad;

k) Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos;

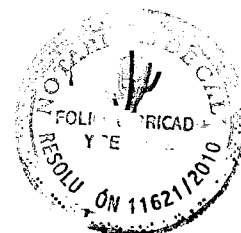
(...)

o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley;

p) La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

El funcionamiento del Régimen subsidiado en salud, el cual parte de los fundamentos establecido por la Ley 100 de 1993 y sus reformas, se alimenta con los Acuerdos expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud, que según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 se constituye en un órgano de dirección del Sistema y en consecuencia se encarga de definir a través de la expedición de Acuerdos, entre otros aspectos, los criterios relacionados con el aseguramiento de la población pobre y vulnerable, criterios que se encuentran definidos en el Acuerdo 415 de 29 de mayo de 2003 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, así:

## CAPITULO. II



## Identificación de beneficiarios

**Artículo 3º. Beneficiarios del Régimen Subsidiado.** De conformidad con la ley son beneficiarios del Régimen Subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados al Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. Esta población recibirá subsidios plenos o totales.

La población clasificada como nivel III del Sisbén, sin perjuicio de lo previsto en el literal c) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, podrá recibir subsidios parciales o realizar aportes complementarios al subsidio parcial, para afiliarse al Régimen Contributivo o recibir los beneficios plenos del Régimen Subsidiado, en los términos en que lo defina el Gobierno Nacional en el marco del literal d) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

También son beneficiarios del Régimen Subsidiado las poblaciones especiales registradas en los listados censales y las prioritarias que defina el Gobierno Nacional, según lo establece el literal a) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, quienes podrán recibir subsidio pleno siempre y cuando cumplan con las condiciones para este.

**Parágrafo 1º.** De conformidad con lo dispuesto en los Decretos 2060 de 2008 y 1800 de 2009, los trabajadores cuya labor se pacte y se preste por uno o unos días y que, en todo caso, resulten inferiores a un mes se considerarán población beneficiaria del Régimen Subsidiado siempre y cuando cumplan con las condiciones para ser beneficiarios de dicho régimen. Su afiliación deberá cumplir con el procedimiento descrito en el presente acuerdo.

**Parágrafo 2º.** No podrán ser beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud las personas que reúnan condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, tales como: aquellas que perciban ingresos o renta suficientes o cuenten con capacidad de pago para afiliarse al Régimen Contributivo, que estén vinculadas mediante contrato de trabajo y devenguen como mínimo un salario mínimo legal mensual vigente, que goce de alguna clase de pensión salvo los que estén en el Fondo de Solidaridad Pensional, que sea beneficiario de otra persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que pertenezca a un régimen especial o de excepción. Estas condiciones aplican tanto para las personas identificadas mediante encuesta Sisbén como por listados censales.

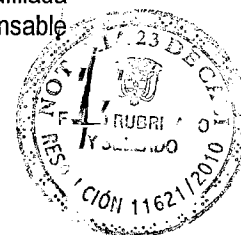
**Artículo 4º. Mecanismos de identificación de los beneficiarios.** La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta Sisbén o el instrumento que haga sus veces. Igualmente, y de acuerdo con lo establecido en el presente acuerdo, para poblaciones especiales se podrán utilizar listados censales.

(...)

## CAPITULO. VIII

### Contratación en el Régimen Subsidiado

**Artículo 52. Contratos para el aseguramiento.** Para proveer el aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado y administrar los recursos de este Régimen, la entidad territorial responsable



de la operación del Régimen Subsidiado suscribirá un único contrato con cada EPS-S que se encuentre inscrita en el territorio y seleccionada por los beneficiarios.

Conforme lo establece el numeral 2 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, este contrato se registrará por el derecho privado y deberá detallar todas y cada una de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado de Salud y, como mínimo la información que determine el Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la aplicación de las normas presupuestales vigentes.

(...)

**Artículo 53.** Vigencia del contrato. El período de contratación será de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo del año siguiente.

Ahora bien, la determinación o la definición del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado según lo establece el artículo 172 de la Ley 100 de 1993 le corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que para la fecha de los hechos citados en la demanda expidió el Acuerdo 008 de 2009 a través del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

En efecto, según lo enseña el Acuerdo 008 de 2009, el plan obligatorio de salud subsidiado (POSS), cubre servicios en salud que se han identificado por especialidades médicas, procedimientos médicos y/o diagnósticos médicos, dentro de un marco de referencia, así:

**“Artículo 1°. Objeto.** Aclarar y actualizar integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con las inclusiones y exclusiones que se detallan en los títulos siguientes, con las condiciones y definiciones establecidas para cada régimen.

(...)

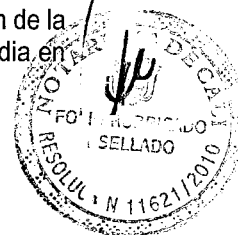
**Artículo 3°. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S.** Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen subsidiado, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas, a todos sus afiliados.

(...)

**Artículo 5°. Estructura del Plan Obligatorio de Salud POS-S.** El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se compone de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos para determinados grupos poblacionales, patologías, casos y eventos de acuerdo con las coberturas señaladas en el presente Acuerdo. Hacen parte también de la estructura del POS-S las Guías de Atención Integral establecidas en el presente Acuerdo.

(...)

**Artículo 13. Cobertura integral.** En cumplimiento de los principios de integralidad y territorialidad descritos en el artículo 5° del presente acuerdo, El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre, de acuerdo con las condiciones de cada régimen, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud contenidas en el presente Acuerdo, y realizadas con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y/o tratamiento y de rehabilitación, en condiciones de tecnología media en



salud acorde con lo previsto en la Ley 100 de 1993, o las normas que la sustituyan, modifiquen o complementen.

En consecuencia, el POS-S incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología descritos en las referencias normativas citadas en el presente artículo, siempre y cuando correspondan a los contenidos del presente Acuerdo." (negritas y subrayado fuera de texto).

Así las cosas, para entrar a determinar si un servicio de salud debe o no ser asumido por SELVASALUD EPSS en su calidad de entidad afiliadora de la paciente DEYLUZ PRETELL, es necesario verificar el contenido de lo indicado en el Acuerdo 008 de 2009 como se realizará más adelante.

Por lo anterior, las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) como es el caso de SELVASALUD HOY EN LIQUIDACION, se encuentran obligadas contractualmente a garantizar la prestación de todos los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud subsidiado POS-S a través de la contratación con las IPS tanto públicas como privadas que son quienes suministran directamente los servicios en salud, siendo la población pobre y vulnerable sin capacidad para cotizar al régimen contributivo y afiliada por ello al régimen subsidiado la beneficiaria de dichos servicios.

Por otra parte, los servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud que llegara a requerir la ex afiliada, debían ser asumidos por el Ente Territorial en el que reside, garantizando la prestación de dichos eventos a través de la red de servicios contratada.

Lo anterior pone en evidencia que en el presente asunto SELVASALUD EPSS garantizó con total diligencia y prontitud los servicios de salud que requirió la paciente PRETELL VICTORIA, mientras permaneció vinculada a esta EPSS, lo anterior en virtud de los contratos de prestación de servicios que suscribió con la red de servicios de salud contratada para la atención de los ex afiliados de esta entidad.

Con base en lo anterior le solicito a esta Unidad Judicial que se sirva declarar la presente causal en los términos propuestos.

#### 4) INEXISTENCIA DEL PERJUICIO PATRIMONIAL ALEGADO

De conformidad con los argumentos que se expusieron con anterioridad, es claro que SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION no incidió en la producción del daño consistente en el fallecimiento de la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA, situación que según el apoderado de la parte demandante obedeció a la presunta falta de autorizaciones y eventos médicos a la referida ex afiliada, desconociendo la parte interesada según los soportes que hacen parte del traslado de la demanda, que la señora Victoria (Q.E.P.D) fue retirada de la base de datos de afiliados de SELVASALUD, por disposición de la Secretaria Distrital de Buenaventura, como se indico en el oficio de 24/05/2011 que expidió la profesional jurídica de esta EPSS de ese entonces.



Ahora bien, de la revisión a los soportes que hacen parte del traslado de la demanda, no se evidencia un documento en el cual se acredite la actividad laboral que presuntamente desempeñaba la ex afiliada (fallecida), siendo imposible establecer de manera inequívoca los ingresos de la citada persona para la época en que se presentaron los hechos que dieron origen a la formulación de este medio de control, razón adicional para denegar el reconocimiento de los perjuicios solicitados por la parte interesada.

Frente a este aspecto, debo manifestar con contundencia que quien alega un daño, debe demostrar (i) su existencia, es decir, que el daño es real y no meramente hipotético, (ii) su cuantía, pues los daños patrimoniales deben ser determinados o fácilmente determinables mediante simples operaciones aritméticas y (iii) que es personal, es decir, que tiene plena legitimación para reclamar porque su patrimonio ha sido el directamente afectado con el hecho dañoso.

Además de ello, al actor le corresponde demostrar con plena claridad el nexo de causalidad, es decir, que el daño sea directamente imputable a quien demanda en el presente proceso.

Dicho lo anterior, debe enfatizarse que la carga probatoria está asignada al actor, es decir, que es al actor a quien le corresponde demostrar todos los elementos del daño ya señalados y el nexo de causalidad, pues no basta señalar con ligereza que una actuación de la Administración Pública ha irrogado daños que deben ser indemnizados.

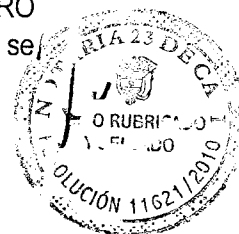
Como en el presente proceso el actor no podrá demostrar la existencia de los daños patrimoniales enunciados, solicito respetuosamente declarar probada la presente excepción de mérito.

### **5) INEXISTENCIA DEL PERJUICIO MORAL ALEGADO**

Adicionalmente, se impone señalar que el actor debe demostrar con medios de prueba pertinentes e idóneos, la existencia del supuesto daño moral a él generado por SELVASALUD EPS-S (hoy en liquidación forzosa administrativa), pues se debe tener en cuenta que mi representada, como se indico en precedencia le autorizó los servicios de salud a la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA mientras estuvo vinculada a esta Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado, siendo prestados los mismos a través de la red de servicios de salud contratada, e insistiendo que el retiro de la base de datos de esta EPS se dispuso por parte de la Secretaria Distrital de Buenaventura, debido a que dicha persona presentaba inconvenientes en su afiliación por encontrarse cargada su número de cedula con otra usuaria del régimen subsidiado ante el FOSYGA, por lo que no se colige que el proceder de ésta entidad (que por cierto, fue ajustado a derecho) haya generado aflicción o daño al patrimonio moral de la demandante.

Adicionalmente, deberá retomarse la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado, según la cual el daño moral debe probarse, pues el presente caso no es de aquellos en que la jurisprudencia presume la existencia de dicho daño.

Así mismo, se le solicita de manera comedida a su despacho, que se deniegue el reconocimiento de los perjuicios que presuntamente se le causaron a la señora CIRI YIRLEY PORTOCARRERO PRETEL y a la menor ASHLY YIRLEY OREJUELA PORTOCARRERO, en caso de que se



demuestre la responsabilidad en el presente caso por parte de las entidades demandadas, lo anterior en atención a que las citadas personas no fungen como partes actoras en esta demanda judicial, de conformidad con lo establecido en lo dispuesto en el numeral quinto de la parte resolutive del Auto Interlocutorio No. 19 de 23/02/2015 que expidió esta Unidad Judicial.

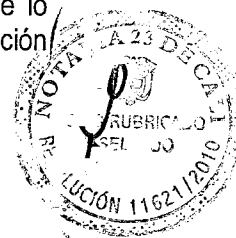
**6) LA PARTE ACTORA NO DEMOSTRÓ CON LAS PRUEBAS OBRANTES EN EL TRASLADO LOS HECHOS QUE SUSTENTA EN LA DEMANDA:**

De la revisión efectuada a la demanda presentada por la señora GRACIELA VICTORIA Y OTROS en contra de SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION Y OTROS, se observa que conforme a las pruebas que se encuentran en el traslado del petitum, la parte interesada no logró demostrar por carecer de pruebas fehacientes que permitan acreditar los elementos para que se configure la falla del servicio de esta concursada.

Si bien es cierto, la señora DEYLUZ PRETELL (Q.E.P.D) fue afiliada a SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION, según lo manifestado en la constancia que expidió la Directora Nacional de Servicios de Salud de esta sociedad que se adjunta a esta contestación, también lo es que de acuerdo al material probatorio aportado por la parte actora no se encuentra demostrado el perjuicio que al parecer se le causó a los demandantes por la presunta falta de autorización de procedimientos médicos a la señora VICTORIA, tanto en el periodo en que estuvo vinculada a esta sociedad como cuando se retiró de la misma, por disposición del ente territorial, como para que jurídicamente se atribuya responsabilidad patrimonial a esta concursada, en atención a que no existe nexo causal entre el daño sufrido y la actuación de esta entidad, ya que como presupuesto necesario para imputar la referida responsabilidad es necesario que se demuestre por medio de los respectivos medios probatorios las acciones u omisiones en las que presuntamente incurrió esta empresa para causar el daño que alegan los actores, situación que no se presenta en este caso toda vez que en los hechos de la demanda, no se especifica ni se prueba las irregularidades que afirman los demandantes que al parecer fueron generadas por SELVASALUD EPSS respecto a la falta de autorización de los procedimientos médicos que requirió la señora Pretell Victoria, ni se especifica de manera particular la acción u omisión que pudiera haberse ocasionado por esta concursada, elementos importantes sin los cuales se puede realizar una imputación jurídica.

Conforme a lo anterior, se evidencia que la parte demandante en cabeza de la señora Graciela Victoria, no cumplió con la carga de la prueba que le impone el artículo 168 de la Ley 1564 de 2012. Así mismo no puede acreditarse con la pruebas obrantes en el traslado los hechos que sustenta en la demanda y teniendo en cuenta que es precepto legal reiterado por la jurisprudencia del Consejo de Estado, que la parte interesada debe satisfacer la carga probatoria, se percibe que en este asunto operó la carencia total de pruebas, que no permiten demostrar el daño antijurídico y en consecuencia el nexo causal, elementos necesarios para determinar la alegada presunta omisión en la falla del servicio de SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION.

En lo que respecta a la carga de la prueba, la sección tercera sub sección A de la sala de lo contencioso administrativo del Consejo de Estado, en la decisión de recurso de apelación



presentado dentro del expediente rad. 76001232500019980147101(25426), actor: MARIA LILIANA ALVAREZ NARVAEZ, en el acápite de consideraciones ítem (2.3), manifestó lo siguiente:

"(...)

Así, se insiste, que el escasísimo material probatorio que milita en el expediente no permite esclarecer los hechos que rodearon el accidente de la señora Álvarez Narváez y, por consiguiente, no es posible concluir que el mismo hubiera ocurrido tal como se dijo en la demanda, de modo que, ante la ausencia de pruebas, no existen elementos de juicio suficientes para pregonar que, en este caso, se configuró una falla en la prestación del servicio, imputable a la demandada.

Como lo ha precisado la Sala en varias oportunidades, de acuerdo con el artículo 177 del C.P.C.<sup>3</sup>, la carga de la prueba compete a la parte que alega un hecho o a quien lo excepciona o lo controvierte; por lo tanto, es indispensable demostrar, por los medios legalmente dispuestos para tal fin, los hechos que sirven de fundamento fáctico de la demanda, de modo que la mera afirmación de los mismos no sirve para ello. Así, es necesario establecer cuál es la actividad del ente demandado que guarda el necesario nexo de causalidad con el daño y que permite imputarle responsabilidad a aquél<sup>4</sup>, situación que acá no se dio; por lo tanto y como la parte actora no cumplió con la carga probatoria mínima que le era exigible, relativa principalmente a acreditar la responsabilidad de la entidad demandada, la Sala debe concluir que no se encuentra acreditada la responsabilidad de dicha entidad por los hechos que le fueron imputados.

(...)"

El Consejo de Estado en la sentencia 17995 proferida por la Sección Tercera el 28 de abril de 2010, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, se refirió a la carga de la prueba, manifestando lo siguiente: es "una noción procesal que consiste en una regla de juicio, que le indica a las partes la autoresponsabilidad que tienen para que los hechos que sirven de sustento a las normas jurídicas cuya aplicación reclaman aparezcan demostrados y que, además, le indica al juez cómo debe fallar cuando no aparezcan probados tales hechos"

"(...) El contenido material que comporta la carga de la prueba está determinado por la posibilidad que tienen las partes de obrar libremente para conseguir el resultado jurídico (constitutivo, declarativo o de condena) esperado de un proceso, aparte de indicarle al juez cómo debe fallar frente a la ausencia de pruebas que le confieran certeza respecto de los asuntos sometidos a su conocimiento.<sup>5</sup>

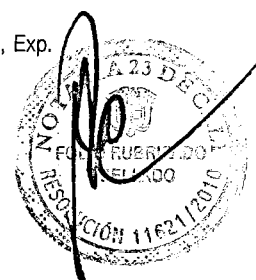
En esos entendidos, se reitera que la carga de la prueba consiste en una regla de juicio, que le impone a las partes la responsabilidad para que los hechos con los que fundamentan las

<sup>3</sup> Art. 177.- Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

<sup>4</sup> Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 27 de abril de 2006, expediente 16.079

<sup>5</sup> En ese mismo consultar, por ejemplo, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias proferidas el 19 de agosto del 2009, Exp. 17.563 y del 18 de febrero de 2010, Exp. 18006, entre otras.



pretensiones resulten probados y para tener claridad respecto del material probatorio idóneo que le permita hacer valer el derecho sustancial pedido.

En atención a que no existen pruebas en el expediente para demostrar la responsabilidad de SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION en el presente asunto, que sirvan para sustentar los hechos que se manifiestan en la demanda, le solicito de manera comedida a su señoría que se declare probada la presente excepción.

**7) INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 2341 DEL CÓDIGO CIVIL EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO OBSERVADO POR SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION:**

Enfocado el asunto desde el punto de vista de los elementos integrantes de la responsabilidad, debe indicarse que en los litigios sobre responsabilidad profesional médica, como en todo problema de responsabilidad, debe establecerse un acto que se imputa, un daño y una relación de causalidad entre los dos primeros. Por lo tanto SELVASALUD EPSS HOY EN LIQUIDACION sólo podría ser considerada como responsable, en el evento en el que se demostrara, que la misma v. g. negó la autorización de un servicio médico a la ex afiliada (durante el tiempo que estuvo vinculada con esta EPSS), como no se presentó en este caso toda vez que según la información que se encontró en los archivos documentales del área de servicios de salud de esta empresa, respecto de la señora DEYLIZ PRETELL se ubicaron algunas autorizaciones de servicios de salud que se expidieron a favor de la referida ex usuaria, con los cuales se evidencia que esta EPSS venía autorizando la prestación de los servicios que la misma requería, por tal razón es claro que esta EPSS no contribuyó a la generación del hecho dañoso (el fallecimiento de la señora Deyluz Victoria), toda vez que durante el periodo en que la persona mencionada permaneció vinculada como usuaria de esta sociedad, esta entidad a través de las IPS contratadas le garantizó la prestación de los servicios de salud que requería la misma, por lo que se reitera como se ha indicado a lo largo de este escrito que SELVASALUD no tuvo participación en los hechos que al parecer dieron origen al deceso de la prenombrada afiliada.

Por lo expuesto, tal como se demostrará en el proceso, al establecerse que no hubo participación de mi representada en la configuración de los presuntos perjuicios que alega la parte actora que se le causaron, no puede entonces endilgársele obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta sociedad, ni aún en el evento en el que se declare dicha obligación a cargo de alguno de los otros demandados, ya que en el ámbito de la responsabilidad civil de que trata de el artículo 2341 del Código Civil es necesario que se demuestre que en cabeza de mi representada se presentó una acción u omisión que tenga relación directa con el presunto daño causado.

Por lo anterior le solicito de manera comedida a este despacho se sirva declarar probada la presente excepción.

**8) EXCEPCIÓN INNOMINADA**

Por expresa remisión del artículo 306 del Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, me permito solicitarle se sirva declarar cualesquiera otra excepción que resulte



probada dentro del proceso, en atención a lo dispuesto por el inciso primero del artículo 282 del Código General del Proceso.

### 9) EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN.-

De manera comedida solicito declarar probada la prescripción de todos aquellos derechos que se vean afectados por este fenómeno extintivo de las obligaciones.

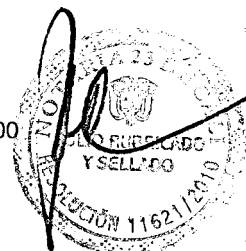
### PETICION

De manera comedida le solicito a su despacho que se sirva ordenar la vinculación de la Secretaria de Salud Distrital de Buenaventura al presente proceso, teniendo en cuenta que según los documentos soportes que hacen parte del traslado de dicho petitum, el referido ente territorial ordenó el retiro de la ex afiliada DEYLUZ PRETELL VICTORIA de SELVASALUD EPSS, por presentar la misma inconvenientes en el documento de identidad, toda vez que figuraba cargada en la base de datos del FOSYGA con el nombre de una usuaria del régimen subsidiado perteneciente a otra Entidad Promotora de Salud, según lo que se indico en el oficio de fecha 24/05/2011 que expidió la Profesional de Apoyo Jurídico de SELVASALUD EPSS.

Ahora bien, de manera posterior al retiro de la señora PRETEL VICTORIA de la base de datos de afiliados de SELVASALUD EPSS, al parecer como lo indica el apoderado de los demandantes, se le negaron los servicios de salud a la persona en mención por parte de esta EPSS, pero se reitera que conforme a los soportes probatorios que hacen parte del traslado de la demanda, no se ha probado la existencia de presuntas acciones u omisiones de SELVASALUD EPSS respecto a lo requerido por la prenombrada ex usuaria, por lo anterior se evidencia que si bien existió una orden de retiro de una afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte del Ente Territorial, este último a partir de fecha de la desvinculación de esa usuaria debía garantizar la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta que a partir de ese entonces la EPSS dejaba de percibir la Unidad de Pago por Capitación por esa ex afiliada, de conformidad con lo establecido en los artículos 43.2.1 y 43.2.2 de la Ley 715 de 2001, disposiciones legales que rezan lo que me permito transcribir a continuación:

“(…) 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.



Con fundamento en lo expuesto, se observa que de conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, el ente territorial, dentro de sus competencias ostentaba la de prestar los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, calidad que adquirió la señora PRETELL VICTORIA como consecuencia del retiro de la base de datos de afiliados de SELVASALUD EPSS, por parte de la Secretaria Distrital de Buenaventura, fundamento con el cual se hace procedente solicitar la vinculación de dicho ente a este proceso judicial.

Por otra parte, si a bien lo considera este despacho, se solicita de manera comedida que se oficie a la EPS CAPRECOM, a fin de que esa Entidad Promotora de Salud, informe a esta Unidad Judicial que gestiones realizó para efectuar la liberación de su base de datos el número de documento de la señora DEYLUZ PRETELL que aparecía cargado a una de sus afiliadas, a fin de que la persona en mención pudiera realizar su vinculación de manera correcta ante el FOSYGA y de esa forma recibir los servicios de salud que requiriera por parte de esta EPSS, como no se presentó en este caso, toda vez que la Secretaria Distrital de Buenaventura ordenó retirar la población que tuviera inconsistencias en la afiliación, como fue el caso de la ex afiliada, lo anterior de conformidad con la información que figura en el memorial de 24/05/2011 que emitió la Profesional Jurídica de la entidad de la época.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de Derecho, el procedimiento establecido en el Título V capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así como la ley 100 de 1993 con sus respectivas modificaciones y demás normas concordantes y complementarias.

### PRUEBAS

Comedidamente solicito se decreten y tengan como pruebas, las siguientes:

#### 1. DOCUMENTALES.

##### Aportadas:

- Fotocopia de los contratos de prestación de servicios de salud que se relacionan a continuación:

No. de Contrato	Vigencia	Contratista
090176001351	2009	Hospital Universitario del Valle
090176001361	2009	Fundación Valle del Lili
090176109074	2009	Hospital Departamental de Buenaventura
Otrosí al contrato No. 090176109074	2009	Hospital Departamental de Buenaventura

090176109091	2009	Hospital Departamental de Buenaventura
Otrosí al contrato No. 090176109091	2009	Hospital Departamental de Buenaventura
090476001011	2009	Hospital Universitario del Valle
Otrosí al contrato No. 090476001011	2009	Hospital Universitario del Valle
091076001161	2009	Hospital Universitario del Valle

- Constancia expedida por la Directora Nacional de Servicios de Salud de SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION.
- Fotocopia de Autorización de Servicios de Salud No. VAL09-02258 de 2009 que se expidió a favor de la señora PRETELL VICTORIA en la vigencia 2009.
- Fotocopia de Autorización de Servicios de Salud No. VAL09-02257 que se expidió a favor de la señora PRETELL VICTORIA en la vigencia 2009.
- Fotocopia de Autorización de Servicios de Salud No. VAL09-03148 de 2009 que se expidió a favor de la señora PRETELL VICTORIA en la vigencia 2009.
- Fotocopia de Autorización de Servicios de Salud No. VAL09-03527 de 2009 que se expidió a favor de la señora PRETELL VICTORIA en la vigencia 2009.
- Fotocopia del oficio externo de 24/05/2011 que suscribió la Profesional Jurídica de SELVASALUD EPSS, y el cual hace parte del traslado de la demanda.

**Solicitudes:**

2. Sírvase solicitar al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses la expedición de un dictamen médico científico sobre la historia clínica de la señora DEYLUZ PRETELL VICTORIA, a fin de establecer si las patologías que al parecer padecía la persona en mención (según historias clínicas de la vigencia 2008) de manera previa a la fecha en que se le diagnosticó VIH, incidieron en la evolución y gravedad de dicho diagnóstico y que en consecuencia se convirtieron en circunstancias determinantes para generar el deceso de la paciente.
3. De manera comedida le solicito a su despacho, que se sirva oficiar a la Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura, para que allegue con destino al presente proceso, el edicto emplazatorio que expidió el referido ente territorial y a través del cual convocó a la población



afiliada al régimen subsidiado que presentara inconvenientes en la afiliación en la vigencia 2009, como la copia de todos los soportes que hacen parte del procedimiento de retiro de los afiliados que tenían dichos inconvenientes.

4. Me reservo el derecho de participar directamente o a través de apoderado sustituto en la práctica de las pruebas solicitadas por los demandantes.

### ANEXOS

Me permito acompañar a este documento:

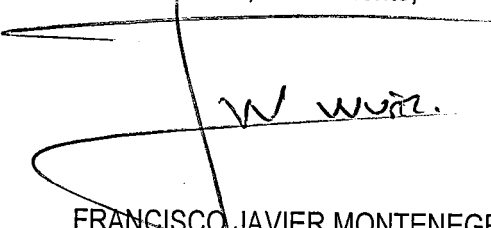
- Poder a mi favor, conferido por el Agente Liquidador de SELVASALUD EPS-s en Liquidación.
- Dos (2) copias con el original del presente escrito para archivo del Juzgado.
- Fotocopia del certificado de existencia y representación legal de SELVASALUD EPS-S Liquidación Forzosa Administrativa.
- Fotocopia de la Resolución No. 001642 del 09 de septiembre de 2013 y acta de posesión 023 de 2013.

### NOTIFICACIONES

SELVASALUD EPSS EN LIQUIDACION las recibirá en la carrera 42 A No. 5A-56 Barrio Tequendama de la ciudad de ciudad de Santiago de Cali, Teléfono: (092) 3885300. Correo electrónico: selvasalud@selvasalud.net.

El demandante en la dirección indicada en la demanda.

Del señor Juez, Atentamente,

  
FRANCISCO JAVIER MONTENEGRO  
C.C. No. 10.294.020 de Popayán  
T.P No. 190.762 del C.S. de la J.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**Dpto. del Valle del Cauca**  
**Notaría 23 del Circulo de Cali**

**DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL CON RECONOCIMIENTO DE FIRMA, HUELLA Y CONTENIDO**  
Artículo 68 Dec. 958 de 1.979 - Artículo 34 Dec. 2148 de 1.983

06 AGO 2015

En Cali a \_\_\_\_\_  
Compareció el FRANCISCO JAVIER MONTENEGRO Notaría 23 de Cali,  
Circulo de Cali, 10294020  
quien se identificó con la C.C. No. 10294020  
Expedida en Popayán y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyos y que el contenido del mismo es cierto  
COMPARECIANTE: [Firma]

[Firma]  
Ramiro Calle Cadavid  
Notario 23 De Cali

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIOTOTAL No. 090176001351 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS-S. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.



26  
284  
47  
57  
3

CONTRATO No.	090176001351 DE 2009
CLASE DE CONTRATO	SERVICIOS MEDICOS - CUARTO NIVEL
EMPRESA	SELVASALUD S.A. EPS-S
NIT EMPRESA	846.000.244 - 1
CONFIRMACION ARS	RESOLUCIÓN 1108 DE 5 DE JUNIO DEL 2001
REPRESENTANTE LEGAL	EMMA CECILIA GARCIA
IDENTIFICACION	49.783.843 DE Valledupar (Cesar)
ACTO DE DESIGNACION	Resolución No. 4175 DEL 29 de diciembre de 2008
MODALIDAD DE PAGO	EVENTO
NIVEL DE COMPLEJIDAD	CUARTO NIVEL
SEDE	CALI
DEPARTAMENTO	VALLE
CONTRATISTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
REPRESENTANTE LEGAL	MARIA LUCERO URRIBO CERQUERA
IDENTIFICACION	55.058.961 Expedida en GARZON (HUILA)
NIT	890303461-2
VALOR	\$ 100.000.000,00
POBLACION AMPARADA	NARIÑO, CAUCA, CHOCO Y VALLE DEL CAUCA
INICIO	DESDE 01/01/2009
FINALIZACION	HASTA 31/12/2009
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	00567

Entre los suscritos a saber, EMMA CECILIA GARCIA, identificado con cédula de ciudadanía No. 49.783.843 expedida en Valledupar (Cesar), en su calidad de Representante Legal de SELVASALUD S.A. EPS ARS Entidad Promotora de Salud de Economía Mixta con el régimen de empresa industrial y comercial del estado del orden departamental, confirmada para operar el Régimen Subsidiado según Resolución No. 1108 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud el 05 de junio de 2001; autorizado para contratar según Resolución No. 4175 del 29 de diciembre de 2008, quien se denominará **LA EMPRESA**, por una parte y por otra **MARIA LUCERO URRIBO CERQUERA** identificada con CC no. 55.058.961 GARZON (HUILA) identificado con la cédula de ciudadanía No. 55.058.961 expedida en GARZON (HUILA) en calidad de Representante Legal de HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E., condición que acredita según quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente Contrato de SERVICIOS MEDICOS, contenido en las cláusulas mencionadas a continuación, previas las siguientes consideraciones: **I)** Que las condiciones de celebración, ejecución y liquidación de este contrato se sujetan en su integridad las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud y a las reglas civiles, y comerciales pertinentes; **II)** Que el/la representante legal del/la **EL CONTRATISTA** afirma bajo juramento surtido mediante la suscripción de este contrato, que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades y demás prohibiciones para contratar previstas en la Constitución Política, en el artículo 89 de la Ley 80 de 1993, la Ley 42 de 1993 en su artículo 85, y demás disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la Ley 80 de 1993; **III)** Que las entidades contratantes cuentan con sus respectivas certificaciones de funcionamiento, expedidas por la autoridad correspondiente; **IV)** Que **LA EMPRESA** celebra este contrato con fundamento en el artículo 93º de la Ley 489 de 1998 en tanto constituye la actividad propia de su gestión económica, razón por la cual se sujeta al régimen de derecho privado; **V)** Que este contrato se registrará además de sus estipulaciones y normas relacionadas, a los mandatos de los principios de la buena fe y la equidad, de manera tal que las partes eviten incurrir en conflictos de intereses o conductas desleales o ilícitas. **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.** **EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA EMPRESA** a prestar de manera eficiente, permanente y oportuna servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S a personas que **LA EMPRESA** ha inscrito como afiliados y están legalmente carnetizados en los términos de este contrato, y lo hará con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y hospitalarios, de conformidad con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, sus decretos reglamentarios, los Acuerdos del CNSS, Acuerdo 306 de 2005, 228 de 2002, y en las Resoluciones 5261 de agosto de 1994, 3374 de 2000, 412 y 3384 de 2000, Acta 356 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3099 de 2008, Resolución 416 de 2009 las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan debiendo corresponder con los servicios ofertados y detallados en su Declaración de cumplimiento de las condiciones de habilitación para la inscripción ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1011 de Abril 2.006, garantizando los servicios DE IV NIVEL DE COMPLEJIDAD según el acuerdo 306. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los servicios contratados se prestarán con plena observancia de los postulados de la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) en lo aplicable al Régimen Subsidiado de Salud y los protocolos de procedimientos médicos que para el efecto diseñe u oriente el Ministerio de la Protección Social o las autoridades competentes. Cuando el diseño de los protocolos o guías sean elaborados por **EL CONTRATISTA**, estos serán debidamente concertados por las partes de este contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Dentro de la atención que presta **EL CONTRATISTA**, se excluye la práctica de aquellos servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; aquellos que **EL CONTRATISTA** no haya declarado ante las autoridades de salud competentes; y los que no se encuentren en su Portafolio de Servicios. **PARÁGRAFO TERCERO:** En lo relacionado con los servicios contratados **EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA EMPRESA** a suministrar insumos y medicamentos hospitalarios que se encuentren contemplados en el POS S. En estos eventos **EL CONTRATISTA** a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de Calidad, y suficiencia y no podrá facturar los elementos suministrados por **LA EMPRESA** en casos en que esta lo haga. **PARÁGRAFO CUARTO:** La prescripción de los medicamentos realizada por los profesionales Médicos, siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el objeto contractual se hará en Genéricos y se ajustará a lo dispuesto en el Acuerdo 228 de 2002, 263, 236, 282 de 2004, 336 de 2.006 del CNSSS y al Decreto 2200 del 2005, Cuando se necesite la prescripción de un medicamento no contemplado en el acuerdo 228 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, se hará ajustado a las normas con la debida solicitud y/o justificación del medicamento No POS por parte del medico tratante, se informará clara, completa y cumpliendo los requisitos establecidos en la resolución 003099 de 2008 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, sustituyan o complementen. **PARÁGRAFO QUINTO:** Expresamente las partes acuerdan contratar exclusivamente los servicios de CUARTO NIVEL, previa remisión de **LA EMPRESA**. **PARÁGRAFO SEXTO:** El **CONTRATISTA** respetará las disposiciones contenidas en la

285 27

Selvasalud  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO TOTAL No. 090176001351 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS-S Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.**

Resolución No. 3047 de 2008 y 5334 de 2008 en lo relacionado con la solicitud de autorizaciones para EVENTOS NO POS-S **PARÁGRAFO SEPTIMO:** El sitio de atención para la prestación del servicio será las instalaciones habilitadas por parte de **EL CONTRATISTA. CLAUSULA SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO.** Para todos efectos, el valor del contrato se estima en la suma de **CIENT MILLONES DE PESOS (\$ 100.000.000,00) MCTE. PARÁGRAFO PRIMERO:** En todo caso, el valor del contrato será la cantidad resultante de sumar las liquidaciones mensuales definitivas, entendiéndose por definitivas aquellas que después de agotar el procedimiento correspondiente de auditoría y revisión para su pago, hayan quedado en firme. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando se agote el 70 % de la disponibilidad presupuestal inicialmente apropiada para el pago del presente contrato, **EL CONTRATISTA** comunicará a **LA EMPRESA**, quien deberá emprender las acciones administrativas que sean necesarias para garantizar la prestación de servicios mediante la reasignación de recursos. **CLAUSULA TERCERA: FORMA DE PAGO.** Los servicios se cancelarán **POR EVENTO** y de acuerdo a lo reglamentado en la Ley 1122, el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo adicionen; modifiquen, complementen o sustituyan; y se hará previa a la presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro, las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes, como se describe a continuación: **1º) EL CONTRATISTA** presentará la cuenta de cobro liquidada mensualmente dentro de los veinte (20) primeros días del mes siguiente al de prestación de los servicios asistenciales, en la oficina de **LA EMPRESA** ubicada en **CALI** anexando los siguientes documentos: a- Original de las facturas individuales de atención ajustadas a la normatividad tributaria vigente, debidamente firmadas por el usuario y el personal de facturación de **EL CONTRATISTA** b- El registro individual de prestación de servicios de salud de las actividades realizadas en el mes reportado, de acuerdo a lo reglamentado en el Sistema Integral de facturación conforme lo establecido en la Resolución 3374 del 2000 y demás normas que lo modifiquen; adicionen, complementen o sustituyan c- Copia del documento de identidad y del carné del usuario; d- resumen de atención o epicrisis para pacientes atendidos por el servicio de urgencia si este requiere observación, o para pacientes hospitalizados e- RIPS en medio físico en el que se especifique el diagnóstico del usuario, para pacientes atendidos en el servicio de urgencias que no requieran observación; f- En el caso de terapias o demás procedimientos múltiples se debe anexar consolidado de firmas del usuario que certifique cada atención recibida. g- Cada uno de los documentos detallados en el presente contrato en el caso de la facturación de eventos de alto costo. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma. En el evento de que **EL CONTRATISTA** presente extemporáneamente dichas cuentas, estas se tramitarán en el periodo siguiente. **2º) LA EMPRESA**, dentro de los cinco (5) días siguientes a la presentación y radicación de la cuenta de cobro, realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura. **LA EMPRESA** dentro de los Veinticinco (25) días posteriores a la presentación y radicación de la cuenta de cobro, revisará íntegramente las facturas y formulará únicamente en esta oportunidad; las glosas a que haya lugar e informará por escrito y devolverá las facturas glosadas con sus soportes a **EL CONTRATISTA** para que efectúen las correcciones respectivas; cancelando dentro de los diez (10) días siguientes, las cuentas aceptadas. En el evento en que no se presenten glosas u objeciones **LA EMPRESA** pagará el 50% restante dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, siempre y cuando haya recibido los recursos por parte del ente territorial. **3º) EL CONTRATISTA** contará con quince (15) días calendario para responder las glosas formuladas por **LA EMPRESA**. **4º) LA EMPRESA** tendrá un plazo máximo de cinco (5) días para informar a **EL CONTRATISTA** si acepta o no las explicaciones dadas a las glosas, y proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas. **PARÁGRAFO PRIMERO: DESEMBOLSO PREVIO PARA EL PAGO.** Es requisito indispensable para el pago, el desembolso efectivo previo por parte del Ente Territorial de las cuotas correspondientes al contrato de Administración de los Recursos del Régimen Subsidado. Sin embargo, **LA EMPRESA** cancelará a **EL CONTRATISTA** los valores adeudados y cobrados en forma proporcional a los recursos que reciba por parte del Ente Territorial. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Las partes deberán aclarar las diferencias surgidas en el trámite de las glosas máximo durante el mes siguiente a la presentación de las glosas por parte de **LA EMPRESA**. **PARÁGRAFO TERCERO: EQUILIBRIO CONTRACTUAL.** En ningún caso podrá entenderse que la falta de cumplimiento en los términos establecidos en esta cláusula, exonera al **EL CONTRATISTA** de restituir aquellos saldos resultantes a favor de **LA EMPRESA**, ni a ésta, de cancelar los servicios prestados por aquél. **PARÁGRAFO CUARTO: COBRO DE COPAGOS.** De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución No. 0157 del 27 de Febrero de 2007 expedida por la Gerencia General de **LA EMPRESA** en concordancia con el Acuerdo 260 de 2004 y el literal G del Artículo 14 Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007, el cobro y recaudo de los Copagos para los afiliados a **LA EMPRESA** se sujetará a los siguientes parámetros: a) **EL CONTRATISTA** no realizará copagos a los siguientes servicios: Atención al menor de un año; Atención a enfermedades de alto costo; Atención inicial de urgencias; Consulta ambulatoria de medicina especializada; Medicamentos intrahospitalarios; Procedimientos diagnósticos solicitados ambulatoriamente; b) Sólo se aplicarán copagos a los siguientes servicios: Atención hospitalaria de mayor complejidad para los casos que requieran: Apendicetomía; Colectectomía; Histerectomía por diferentes causas al cáncer; Herniorrafia crural; Herniorrafia umbilical; Cirugías oftalmológicas; Cirugías ortopédicas; Material de osteosíntesis; Ortesis e insumos médicos; Procedimientos de pequeña cirugía; Procedimientos de medicina física y rehabilitación; Estudios histopatológicos y procedimientos odontológicos. c) El copago que no pueda cancelar el usuario será asumido por **LA EMPRESA** en previa certificación de la condición socioeconómica del usuario, expedida por parte del responsable de la atención al usuario del **CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO QUINTO:** Es obligación de **EL CONTRATISTA** enviar facturas de cobro consolidadas de acuerdo con el tipo de actividad o atención por separado, de la siguiente manera: las atenciones de urgencias, las Atenciones ambulatorias, las hospitalizaciones, las Atenciones de Patologías de Alto Costo, los procedimientos quirúrgicos. **PARÁGRAFO SEXTO: EL CONTRATISTA** podrá presentar cuentas parciales cuando la hospitalización del paciente se prolongue por más de veinticinco (25) días. **PARÁGRAFO SEPTIMO: CONSIGNACIONES.** Los Pagos podrán realizarse mediante consignación bancaria a nombre de **EL CONTRATISTA** y **LA EMPRESA** enviará, copia de la consignación y del comprobante de pago correspondiente indicando el número de las facturas canceladas. **CLAUSULA CUARTA: MODALIDAD Y TARIFAS:** El presente contrato se celebra por la modalidad de **EVENTO**. La tarifa de cada uno de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidado POS-S son las establecidas en el decreto 2423 de 1996; de esta manera se facturará por evento a tarifas SOAT. **CLAUSULA QUINTA: FACTURACIÓN DE EVENTOS DE ALTO COSTO:** **EL CONTRATISTA** brindará especial atención a la facturación de eventos de Alto Costo y en las facturas correspondientes a dichos eventos anexará: **1)** fotocopia de documento de identidad **2)** fotocopia de carné de afiliación vigente. **3)** formato de autorización del servicio por parte de **LA EMPRESA** en original, **4)** original de la factura individual y dos copias al carbón (no fotocopias) detallando el tratamiento o servicio prestado de manera individualizada. **5)** resumen de atención o epicrisis. **6)** Resultado del informe de patología si hubiere lugar (confirmatorio de patología amparada). **7)** en el caso de patologías cardíacas hoja quirúrgica. **8)** en el gran quemado anexar carta de superficie corporal de Lund and Browder, **9)** en el paciente de VIH prueba de Western Blot. **10)** Para tratamiento de diálisis renal soporte de aplicación de la diálisis con firma y o huella del usuario. **11)** Reportes de ayudas diagnósticas invasivas e Imagenología de III nivel, **12)** reportes de paraclinicos, **13)** Los soportes de procedimientos, tanto los RIPS como los soportes anexos a la Cuenta de Cobro deben ser legibles para poder radicar la cuenta. **PARÁGRAFO:** La facturación de los eventos de Alto Costo deberá presentarse en documento equivalente de venta o factura de venta independiente. **CLAUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** En cumplimiento a lo previsto en la Cláusula Primera del presente contrato, **EL CONTRATISTA** se compromete a: **1.** Prestar eficiente, permanente y oportuna los servicios de salud contenidos en el POS-S a las personas beneficiarias del subsidio en salud a los afiliados y carnetizados por **LA EMPRESA**; identificados con el carné y/o adjuntando el documento de identidad correspondiente. Los servicios contratados deberán prestarse **PREVIA AUTORIZACIÓN de la EMPRESA, excepto los casos de urgencia**, utilizando los recursos y tecnología idónea, de manera, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación. **2.** Asignar el personal médico, paramédico, de enfermería, técnico y auxiliar capacitado y en el número necesario que le permita garantizar en forma eficaz y oportuna la atención integral en salud incluida en el POS-S para el primer nivel de Atención a los afiliados de **LA EMPRESA**. **3.** Prestar a los usuarios de **LA EMPRESA**, los servicios estipulados en el objeto del presente contrato, con el máximo de diligencia y responsabilidad, asignando oportunamente las citas médicas y demás servicios contratados que requieran los usuarios de **LA EMPRESA**.

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO TOTAL No. 090176001351 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS.S.Y  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.

dentro de los parámetros de calidad en la atención. 4. Dar cumplimiento al sistema de referencia y contrarreferencia, dentro de la red de servicios que ofrezca LA EMPRESA para los afiliados que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que EL CONTRATISTA ofrezca y que aquí se contrata. Ello de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5261 de 1996 y Decreto 2759 de 1991. 5. Cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas por el Sistema de Información en Salud del SGSSS y de acuerdo a la resolución 3374 de 2000, artículo 41 del decreto 050 y las que las modifiquen, complementen y fin de garantizar y exigir la calidad del servicio. 6. Garantizar el diligenciamiento, archivo y protección adecuada de las Historias Clínicas y demás registros obligatorios de atención de los afiliados de LA EMPRESA según lo estipulado en la Resolución 1995 de 1999, garantizando a LA EMPRESA el acceso a la misma. 8. Formular los medicamentos incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de LA EMPRESA, de acuerdo al manual de Medicamentos y Terapéutica del Ministerio de Protección Social. Para la Prescripción de Medicamentos EL CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a lo siguiente: a) Toda formulación quedará soportada en la Historia Clínica; b) Realizarse en formato preimpreso de EL CONTRATISTA en original y copia; c) Diligenciar en su totalidad los datos de identificación del afiliado, fecha, firma y registro del Médico que prescribe; d) La prescripción de medicamentos en su denominación genérica e) Las fórmulas se realizarán en letra legible y sin enmendaduras; f) La cantidad de medicamentos prescritos deberá quedar en la fórmula en números y letras. Cuando para el manejo del paciente se requieran medicamentos NO POS-S ambulatorios y hospitalarios EL CONTRATISTA deberá previamente reunir el comité Técnico sustituyan. 7. Disponer del Sistema de Información y Atención al Usuario como mecanismo para recibir, tramitar y solucionar las quejas, peticiones o sugerencias de los afiliados de LA EMPRESA con el Científico de la ARS, y el Medicamento tener un concepto favorable por parte del mismo detallando: justificación del medicamento No POS-S, Resumen de la Historia clínica, Fórmula médica, y documentos completos del paciente. 8. Suministrar o Entregar medicamentos que registrados ante el INVIMA y certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM). 9. Suministrar los medicamentos hospitalarios y ambulatorios incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de LA EMPRESA, según justificación médica y en todo caso, ceñidos a los mandatos del Acuerdo 228 de 2.002 del CNSSS, y demás normas que lo adicionen, complementen, modifiquen o sustituyan; 10. El recaudo del COPAGO se delegará al contratista, en el caso de que se demuestre incapacidad de pago, soportado por la trabajadora social del CONTRATISTA, se facturará a LA EMPRESA, según el decreto 4747 de 2007. 11. Definir junto con LA EMPRESA de conformidad con la normatividad legal vigente, un sistema de control y evaluación periódica de la suficiencia y calidad de los servicios prestados poniendo a disposición la información necesaria para los controles, auditoría y vigilancia que realice directamente y Determinar y Certificar por acto propio y conjuntamente con el Auditor de LA EMPRESA la capacidad real de oferta de servicios según las normas vigentes. 12. Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de abril 2006 y demás normas que lo modifiquen, complementen y sustituyan. 13. EL CONTRATISTA permitirá a LA EMPRESA representado por los funcionarios que este delegue, practicar las auditorías médicas, y de calidad según requerimientos del Decreto 1011 de abril 2006 y Resolución 1043 de 2006, pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin. La consulta de las Historias Clínicas que haga LA EMPRESA tendrá como único fin la auditoría médica y en su desarrollo deberá garantizar el carácter reservado de las mismas, asumiendo el costo de las copias que para el efecto requiera. 14. Cumplir con lo dispuesto en la Circular 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social en los plazos establecidos por LA EMPRESA, y demás estándares e indicadores de calidad concertados, anexos al presente contrato. 15. Presentar las facturas de cobro respectivas, dentro de los plazos pactados, anexándole los soportes correspondientes, entre los cuales deberán estar la totalidad de la factura individuales de prestación de servicios las cuales deben contener como mínimo y en forma legible la identificación del afiliado y los códigos del diagnóstico principal e relacionados, y los códigos de todos los procedimientos, actividades y/o intervenciones realizadas al paciente, así como los códigos de los medicamentos suministrados. 16. Dar información permanente a LA EMPRESA, especialmente para la atención en los casos de urgencias, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la recepción del usuario según la necesidad, en caso de no enviarse autorización escrita, se entenderá aceptada la continuidad en la prestación de los servicios. 17. Prestar los servicios contratados de forma integral al afiliado derivando sus costos a las fuentes de financiación del sistema. Para el caso POS-S cubrirá los costos LA EMPRESA y para las atenciones no POS-S EL CONTRATISTA cobrará la atención al Sistema General de Participación en Salud, rentas cedidas, SOAT, FOSYGA y demás fuentes legales, según corresponda el caso, todo ello en cumplimiento estricto de lo señalado por la constitución política, las normas legales y reglamentarias pertinentes. 18. En los casos de accidentes de tránsito, cobrará las sumas equivalentes a los primeros 800 SMLDV directamente a la Empresa de Seguros que maneje el SOAT y al Fondo de Solidaridad, según el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes y complementarias. 19. Informar a LA EMPRESA los casos de accidente de tránsito, accidente de trabajo y eventos catastróficos, en los formatos correspondientes para cada actividad. 20. Realizar el correspondiente trámite a FISALUD en lo relacionado con la atención de eventos terroristas, conforme lo determina el decreto 1283 de 1.996. 21. En el caso que la Secretaría de Salud, Dirección de salud o Departamento Administrativo de Salud aplique una medida de seguridad Sanitaria sobre sus servicios debe reportar de manera Inmediata a LA EMPRESA so pena de suspensión del contrato. 22. Garantizar el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación declaradas. **CLASULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DE LA EMPRESA.** LA EMPRESA se compromete a cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, y se obliga para con EL CONTRATISTA a cumplir con el presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, en adelantar las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones derivadas del presente contrato: 1. Cancelar el valor del contrato de conformidad con la forma de pago acordada. 2. Efectuar la inspección y vigilancia, sobre la prestación del servicio y ejecución del presente contrato. 3. Designar el Auditor de servicios de salud con la experiencia y el perfil requerido, encargado de realizar el seguimiento al servicio, dentro de los plazos establecidos por el decreto No 3260 de 2.004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan, sin perjuicio de las competencias que sobre la materia ejercen la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccional y Locales de Salud. El Auditor será presentado formalmente a EL CONTRATISTA, en ejecución de sus actividades se someterá al reglamento interno de EL CONTRATISTA. 4. Informar la red de prestadores de servicios y sistema de referencia y contrarreferencia e inscribir a EL CONTRATISTA como parte integrante de la red de prestadores de servicios. 5. Informar a los afiliados sobre el tipo de servicios contenidos en el Régimen Subsidiado, sus deberes y derechos dentro del SGSSS. 6. Fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. 7. Cumplir con los requisitos establecidos en las normas vigentes para desempeñarse como EPS. 8. LA EMPRESA se obliga a obtener autorización directa del paciente cuando por situaciones de control requiera el conocimiento de su Historias Clínica. 9. LA EMPRESA adoptará las medidas conducentes para impedir la ocurrencia de la inasistencia injustificada de los usuarios a los servicios contratados. 10. Asumir el pago del excedente a los 800 smldv por la atención de prestada a sus afiliados en los casos de accidentes de tránsito. Para los servicios contemplados en el Numeral 1 del Artículo 2 del acuerdo 306 de 2005. 11. Suministrar a EL CONTRATISTA el listado de las personas beneficiarias y carnetizadas. Los listados de afiliación serán entregados en medio magnéticos y ajustados bimensualmente según lo emanado en la resolución 890 y 1375 de 2002. 12. Exigir a EL CONTRATISTA, Copia del formulario de inscripción en el Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud que acrediten la existencia de los servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia, la póliza de responsabilidad civil; la póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato. 13. Autorizar los servicios contenidos en el POS-S del II, III y IV nivel de complejidad, se exceptúa los servicios urgencias. 14. Las demás que

Oficina Principal Mocoa - Putumayo Carrera 4 No. 8 - 27 Barrio José María Hernández

Subgerencia Servicios Médicos Tel. (098) 420 44 24 email: subgerencia\_medica@selvasalud.gov.co

Página Web: [www.selvasalud.gov.co](http://www.selvasalud.gov.co) email: [info@selvasalud.gov.co](mailto:info@selvasalud.gov.co)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 3 de 6

287  
29  
56  
36

Selvasalud  
Naturalmente!

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO TOTAL No. 090176001351 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS. Y  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.

se deriven del contrato y sean afines con la naturaleza del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: DURACION.** El presente contrato tendrá una duración de **DOCE (12) MESES** contados a partir del **01/01/2009** hasta el **31/12/2009**, sin embargo las partes de común acuerdo podrán prorrogarlo antes de su vencimiento, lo cual deberá constar por escrito. En ningún caso habrá prorrogas automáticas. **PARAGRAFO:** No obstante la terminación del contrato, los afiliados que se encuentren siendo atendidos por **EL CONTRATISTA** continuarán hasta el fin de su tratamiento y **LA EMPRESA** reconocerá a **EL CONTRATISTA** el valor de la atención de acuerdo al porcentaje de la UPC-S asignada en el presente Contrato. Si se termina el Contrato mientras se celebra el nuevo, los afiliados serán atendidos mediante una carta de intención.

**CLAUSULA NOVENA: RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.** **EL CONTRATISTA** contará con plena autonomía científica, técnica y administrativa, para efectos de la prestación de los servicios aquí contratados; por tal razón, **EL CONTRATISTA** asume en forma total o exclusiva, la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios que preste y a los afiliados de **LA EMPRESA**, así como también la responsabilidad que pueda derivarse de sus actos u omisiones y en igual sentido la relación médico - paciente - Hospital por lo que cualquier responsabilidad surgida de dicha relación será exclusiva de **EL CONTRATISTA** que presta los servicios; por lo tanto, **LA EMPRESA** no se hará responsable por los perjuicios que puedan derivarse del desarrollo de las actividades contratadas en la cláusula primera de este contrato prestada por **EL CONTRATISTA**. En el evento de que **LA EMPRESA** fuere condenada a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial por perjuicios causados a un afiliado remitido y atendido por **EL CONTRATISTA**, **LA EMPRESA** podrá ejercer la acción de repetición o la de llamamiento en garantía en contra de **EL CONTRATISTA** respectivamente. **EL CONTRATISTA** asumirá a partir del Ingreso a sus instalaciones de los afiliados a **LA EMPRESA** la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio a los afiliados. **PARAGRAFO PRIMERO: RELACION LABORAL.** **LA EMPRESA** no adquiere ningún tipo de relación laboral con **EL CONTRATISTA** ni con el personal que este contrate para la ejecución del contrato, por lo cual **EL CONTRATISTA** se compromete a pagar todos los derechos laborales que se desprendan del personal o personas que éste contrate para la ejecución del mismo. En este aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre el contratante. **PARAGRAFO SEGUNDO: GARANTIAS:** **EL CONTRATISTA** se obliga para con **LA EMPRESA** a su costa, a suscribir con una compañía de seguros legalmente establecida en el país, una póliza de responsabilidad civil profesional para Clínicas, Hospitales y médicos independientes, por evento o siniestro, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) meses más. **CLAUSULA DECIMA: AUDITORIA:** **LA EMPRESA**, establecerá, su propio sistema de auditoría, para garantizar la calidad de la prestación de los servicios de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011/2006, sin perjuicio de la auditoría médica que implante **EL CONTRATISTA** con los mismos fines. **PARAGRAFO PRIMERO: LA EMPRESA**, designará un AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD, con la experiencia y el perfil requerido para el desarrollo de esta actividad, el cual será acreditado y presentado formalmente y por escrito **EL CONTRATISTA**. **PARAGRAFO SEGUNDO: AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD** designado por **LA EMPRESA** velará por la adecuada atención de sus afiliados, comprobando derechos, situación de afiliación, estado de salud, revisando la pertinencia y oportunidad de los tratamientos y procedimientos que se deban aplicar al paciente, y autorizando la expedición de orden de servicios cuando se requiera. **PARAGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** facilitará al AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de **LA EMPRESA** sus instalaciones y el acceso a la historia clínica. El AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de **LA EMPRESA** se registrará por la Resolución 1995 de 1999 con respecto a la Historia Clínica.

**CLAUSULA DECIMA PRIMERA: RESPONSABILIDADES EN EL PAGO.** Salvo la atención de urgencias, **LA EMPRESA** pagará a **EL CONTRATISTA** los gastos que correspondan a la realización de los servicios que figuren única y exclusivamente en las respectivas Órdenes de Apoyo que expida para la atención del usuario. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: CESION.** **EL CONTRATISTA** no podrá ceder los derechos y obligaciones que adquieren por este contrato a ninguna persona natural o jurídica sin autorización previa y escrita de **LA EMPRESA**. No se permite la subcontratación de servicios para el cumplimiento del objeto contractual según norma vigente decreto 515 habilitación de Administradoras del Régimen Subsidiado. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: CAUSALES DE TERMINACION.** El presente Contrato terminará por las siguientes causas: a) La ocurrencia de hechos imprevistos e inevitables que imposibiliten la ejecución total del contrato. b) Por mutuo acuerdo entre las partes. c) La fuerza mayor o caso fortuito demostrado d) Incumplimiento de una o varias de las cláusulas de este contrato e) Vencimiento del término, el Objeto o el monto del contrato f) por deslealtad y mala fe en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, caso en que **LA EMPRESA** procederá a la terminación unilateral sin perjuicio de las acciones legales del caso.

**CLAUSULA DECIMA CUARTA: INTERVENTORIA Y SUPERVISION CONTRACTUAL.** **LA EMPRESA** designará como Interventor al Gerente Seccional quien evaluará y supervisará la ejecución del presente contrato de prestación de servicios de salud y cumplirá las funciones legales, específicamente las siguientes: a) Propender porque el objeto del Contrato se cumpla en el término estipulado. b) Exigir la información y formular las observaciones del caso con el fin de ser analizados conjuntamente con **LA EMPRESA** y efectuar por parte de ésta las modificaciones y correcciones a que hubiere lugar. La anterior Interventoría se hará sin perjuicio de la que implemente **EL CONTRATISTA**. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: LIQUIDACION.** Para efectos de la liquidación del presente contrato **LA EMPRESA** realizará una liquidación final y preliquidaciones mensualizadas teniendo en cuenta el valor mensual inicial del contrato y la diferencia que resulte del último reporte de novedades de afiliación presentado por la respectiva entidad territorial de salud. **LA EMPRESA** Designará al Gerente Seccional quien al momento de su liquidación se acogerá en lo dispuesto a la ley 80 de 1.993, con un plazo máximo de cuatro meses (04) contados a partir de la fecha de su terminación para la liquidación final. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: COMPROMISORIA:** Las partes acuerdan que en la eventualidad del surgimiento de discrepancias o diferencias por razón o con ocasión del desarrollo del presente Contrato, buscarán la solución en forma directa mediante conciliación o transacción, para lo cual se conceden mutuamente un plazo de diez (10) días a partir de la notificación que una de las partes le haga a la otra. Si en dicho término no fuere posible acordar fórmulas de arreglo en forma total o parcial, someterán sus diferencias a la amigable composición ante autoridad competente de conformidad con las normas vigentes sobre la materia. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: MERITO EJECUTIVO.** El presente contrato con las facturas por prestación de servicios, constituyen título valor complejo y en consecuencia, prestarán merito ejecutivo cuando contengan una obligación clara, expresa y exigible. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: MODIFICACIONES.** Este Contrato esta sujeto a las modificaciones que establezcan las autoridades competentes, en los términos y condiciones relacionados con el mismo. Respecto de las que estipulen las partes, de su puesta en vigencia quedará constancia por escrito con las formalidades correspondientes y se anexará al contrato original. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: IMPUTACION PRESUPUESTAL.** Sin perjuicio de la normatividad que rige la celebración, ejecución y terminación de este contrato, para cancelar los servicios causados por concepto de su ejecución, **LA EMPRESA** ha apropiado la Disponibilidad Presupuestal respectiva con cargo al Rubro: NIVEL II Y III DE ATENCION: \$ 150.000.000 Y NIVEL IV DE ATENCION: \$100.000.000, del presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de 2.009, según Certificación No 00567. **CLAUSULA VIGESIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL.** Para efectos de este contrato las partes establecen como domicilio Contractual la ciudad de Cali, La facturación y demás comunicaciones que remita **EL CONTRATISTA** serán recepcionadas por **LA EMPRESA**, en La Ciudad de CALI. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.** 1) El portafolio de Servicios de **EL CONTRATISTA**. 2) Formulario de inscripción en el Registro Especial de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud debidamente radicado ante la entidad departamental o Distrital de salud correspondiente el cual incluye el detalle de los servicios declarados. 3) fotocopia de cedula de ciudadanía del Representante legal. 4) copia del RUT de acuerdo a norma tributaria. 5) Certificado de antecedentes penales, disciplinarios y fiscales del representante legal de **LA IPS** Actualizados. 6) Base de Datos de los afiliados a **LA EMPRESA** en medio magnético a quienes atenderá **EL CONTRATISTA**. 7) Certificados de existencia y representación legal de **EL CONTRATISTA**. 8) Documentos de nombramiento y acta de posesión del Representante legal. 9) Pólizas de responsabilidad civil escritas en el parágrafo Segundo de la Cláusula Novena de este contrato. 10) Registrar La Cuenta Bancaria Tipo, Número, para efectuar los pagos, la cuenta debe estar registrada a nombre de **EL CONTRATISTA**. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: GARANTIAS EXCEPCION.** De conformidad con lo estipulado en el Numeral Sexto del artículo 195 de la Ley 100 de 1993; se exonera a **EL CONTRATISTA** de constituir póliza de cumplimiento y de la obligación de publicación de

Oficina Principal Mocoa - Putumayo Carrera 4 No. 8 - 27 Barrio José María Hernández

Subgerencia Servicios Médicos Tel. (098) 420 44 24 email: subgerencia\_medica@selvasalud.gov.co

Página Web: [www.selvasalud.gov.co](http://www.selvasalud.gov.co) email: [info@selvasalud.gov.co](mailto:info@selvasalud.gov.co)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 4 de 6


288 30  
Selvasalud  
Naturalmente!

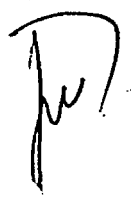
CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO TOTAL No. 090176001351 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS Y  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.

gazeta. **CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA: PERFECCIONAMIENTO.** El presente Contrato se considera perfeccionado con 1) la firma de las partes, 2) la expedición del Registro Presupuestal de LA EMPRESA. Hasta aquí las cláusulas del contrato.

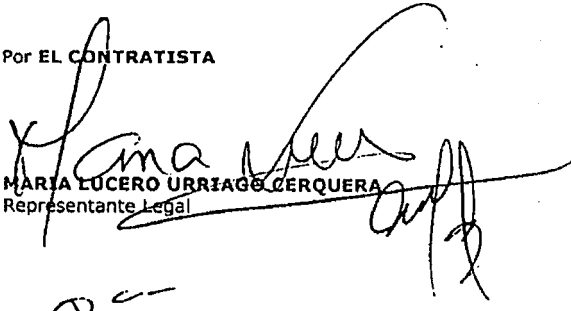
Para constancia se firma a 01 de Enero de 2009.

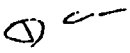
Por LA EMPRESA

  
EMMA CECILIA GARCIA  
Gerente Seccional Valle  
Resolucion No. 4175 de 29 de diciembre de 2008



Por EL CONTRATISTA

  
MARIA LUCERO URRIAGO CERQUERA  
Representante Legal



## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No:

### RP00567

### CERTIFICA:

Que en el presupuesto de SELVASALUD S.A. EPS-S con Nit. 846.000.244-1 existe disponibilidad para la presente vigencia fiscal 2009 para dar REGISTRO PRESUPUESTAL de acuerdo a la siguiente referencia:

**NIT / C.C. :** 890303461-2

**PROVEEDOR :** HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

**DESCRIPCION :** CTTO 090176001351 01/01/09 - 31/12/09

DESCRIPCION	CD	CODIGO	VALOR
Nivel IV de Atención	CD00567	640207360103	100,000,000.00
	TOTAL RP :		100,000,000.00

Dado en Mocoa, a los 1 días del mes de Enero de 2009.

  
Presupuesto

29 32

Selvasalud  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS No. 090176001361 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS-S Y FUNDACION VALLE DE LILI**

CONTRATO No.	090176001361
CLASE DE CONTRATO	SERVICIOS MEDICOS - SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD
EMPRESA	SELVASALUD S.A. EPS-S
NIT EMPRESA	846.000.244 - 1
CONFIRMACION ARS	RESOLUCIÓN 1108 DE 5 DE JUNIO DEL 2001
REPRESENTANTE LEGAL	EMMA CECILIA GARCIA
IDENTIFICACIÓN	49.783.843 EXPEDIDA EN VALLEDUPAR
ACTO DE DESIGNACION	RESOLUCION No. 4175 DEL 29 DE Diciembre de 2008
MODALIDAD DE PAGO	EVENTO
NIVEL DE COMPLEJIDAD	SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD
SEDE	CALI
DEPARTAMENTO	VALLE
CONTRATISTA	FUNDACION VALLE DE LILI
REPRESENTANTE LEGAL -	VICENTE BORRERO RESTREPO
IDENTIFICACION	6.078.758 Expedida en SANTIAGO DE CALI
NIT	890324177-5
VALOR	\$ 500.000.000,00
POBLACION AMPARADA	CAUCA, CHOCO, NARIÑO, PUTUMAYO Y VALLE DEL CAUCA
INICIO	17/01/2009
FINALIZACION	31/12/2009
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	00843

Entre los suscritos a saber, **EMMA CECILIA GARCIA** identificado con cédula de ciudadanía No. 49.783.843 expedida en VALLEDUPAR, en su calidad de **Gerente Seccional Valle del Cauca** de SELVASALUD S.A. EPS-S Entidad Promotora de Salud de Economía Mixta con el régimen de empresa industrial y comercial del estado del orden departamental, confirmada para operar el Régimen Subsidiado según Resolución No. 1108 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud el 05 de junio de 2001; autorizado para contratar según RESOLUCION No. 4175 DEL 29 DE Diciembre de 2008, quien se denominará **LA EMPRESA**, por una parte y por otra **VICENTE BORRERO RESTREPO** identificado con Cédula de ciudadanía No. 6.078.758 Expedida en Santiago de Cali, en calidad de Representante Legal de **FUNDACION VALLE DE LILI**, condición que acredita según certificado de existencia y representación legal vigente quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente Contrato de SERVICIOS MEDICOS, contenido en las cláusulas mencionadas a continuación, previas las siguientes consideraciones: **I)** Que las condiciones de celebración, ejecución y liquidación de este contrato se sujetan en su integridad las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud y a las reglas civiles, y comerciales pertinentes; **II)** Que el/la representante legal del/la **EL CONTRATISTA** afirma bajo juramento surtido mediante la suscripción de este contrato, que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades y demás prohibiciones para contratar previstas en la Constitución Política, en el artículo 8º de la Ley 80 de 1993, la Ley 42 de 1993 en su artículo 85, y demás disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la Ley 80 de 1993; **III)** Que las entidades contratantes cuentan con sus respectivas certificaciones de funcionamiento, expedidas por la autoridad correspondiente; **IV)** Que **LA EMPRESA** celebra este contrato con fundamento en el artículo 93º de la ley 489 de 1998 en tanto constituye la actividad propia de su gestión económica, razón por la cual se sujeta al régimen de derecho privado; **V)** Que este contrato se registrará además de sus estipulaciones y normas relacionadas, a los mandatos de los principios de la buena fe y la equidad, de manera tal que las partes eviten incurrir en conflictos de intereses o conductas desleales o ilícitas.

**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.** EL CONTRATISTA se compromete para con **LA EMPRESA** a prestar de manera eficiente, permanente y oportuna servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S a personas que **LA EMPRESA** ha inscrito como afiliados y están legalmente carnetizados en los términos de este contrato, y lo hará con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y hospitalarios, de conformidad con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, sus decretos reglamentarios, los Acuerdos del cnss, Acuerdo 306 de 2.005, 228 de 2.002, y en las Resoluciones 5261 de agosto de 1994, 3374 de 2000, 412 y 3384 de 2.000, las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan debiendo corresponder con los servicios ofertados y detallados en su Declaración de cumplimiento de las condiciones de habilitación para la inscripción ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1011 de Abril 2.006, garantizando **ATENCIÓN DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.** Atención ambulatoria por ginecoobstetricia y atención hospitalaria quirúrgica, (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido. **ATENCIÓN DEL MENOR DE UN AÑO DE EDAD.** Atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a) a partir del nacimiento hasta que cumpla el primer año de edad. Una vez el niño cumple un año de edad, se garantizará la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS del Régimen Subsidiado para mayores de un año, y con aquellos procedimientos quirúrgicos no contenidos en el POS-S para mayores de un año en razones médicas; - Cuando hayan sido diferidos por razones médicas, la cobertura se extenderá máximo hasta por treinta días calendario a partir de cumplir dicha edad, siempre y cuando medie previa autorización de la ARS y solo para el servicio autorizado. En los casos de hospitalización y de tratamiento no quirúrgico la cobertura será únicamente para el menor de un año, salvo que se trate de servicios incluidos en el POS-S para mayores de un año. **LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA** para los menores de 20 años y mayores de 60 años. **ATENCIÓN DE LOS CASOS CON DIAGNÓSTICO DE ESTRABISMO** en menores de cinco años, quirúrgica, no quirúrgica, ambulatoria, con hospitalización, diagnóstica y terapéutica, incluyendo la atención de las complicaciones inherentes al estrabismo y a su tratamiento. Una vez cumplidos los 5 años de edad, se garantizará la atención para el procedimiento quirúrgico de corrección de estrabismo, siempre y cuando hayan sido formulados por el medico tratante y debidamente solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad. **ATENCIÓN DE LOS CASOS CON**

DIAGNOSTICO DE CATARATAS de cualquier etiología en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología e incluye: - Suministro del Lente Intraocular y su implantación; - Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento. **ATENCIÓN DE LOS CASOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.** La atención ambulatoria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología con: - Consulta y actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad según lo contemplado en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994. **LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE CUALQUIER GRUPO DE EDAD** y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología y las actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994. **LA COBERTURA EN LOS CASOS QUIRÚRGICOS** se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye: - En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos; - En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del Ortopedista y/o Traumatólogo de las complicaciones derivadas del procedimiento y/o anestésicas por parte del anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. **ATENCIÓN EN FISIATRÍA Y TERAPIA FÍSICA** con actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo con el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994, para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios; La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados. **ATENCIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:** Apendicectomía, Histerectomía, Colectomía, Herniorrafia Inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye: - En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. - En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. **ATENCIÓN PARA REHABILITACIÓN FUNCIONAL.** Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la Rehabilitación funcional, de las contenidas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994. **EL SUMINISTRO DE PRÓTESIS Y ORTESIS** se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994; **ATENCIÓN DE ALTO COSTO:** Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos: **CASOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CARDIACAS, DE AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES,** de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye: En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Igualmente están cubiertas: La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso. La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto. La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados. **CASOS DE PACIENTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN QUIRÚRGICA PARA AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994. Incluye **ATENCIÓN DE LAS AFECCIONES DE COLUMNA VERTEBRAL Y/O DEL CANAL RAQUÍDEO** siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y traumatología. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye: En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. Igualmente están cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados. **CASOS DE PACIENTES EN CUALQUIER EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, CON ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE CUALQUIER COMPLEJIDAD NECESARIA PARA LA ATENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL** y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo: Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento. El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante. El control permanente del trasplante renal. El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía). Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal: Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal; Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión. La cobertura comprende las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria. Las intervenciones quirúrgicas de Cirugía Plástica Reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización en el II, y III Nivel de Complejidad incluyendo las actividades, intervenciones y procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación de estos casos. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye: Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control. El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización. La quimioterapia, el control y tratamiento médico posterior. Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio médicamente reconocido, que se encuentre incluido en la Resolución 5261 de 1994, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer. En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la ARS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella. En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la ARS si no están dentro del POS-S y se financiarán con recursos de oferta. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los servicios contratados se prestarán con plena observancia de los postulados de la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) en lo aplicable al Régimen Subsidiado de Salud y los protocolos de procedimientos médicos que para el efecto diseñe u oriente el Ministerio de la Protección Social o las autoridades competentes. Cuando el diseño de los protocolos o guías sean elaborados por **EL CONTRATISTA**, estos serán debidamente concertados por las partes de este contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Dentro de la atención que presta **EL CONTRATISTA**, se excluye la práctica de aquellos servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; aquellos que **EL CONTRATISTA** no haya declarado ante las autoridades de salud competentes; y los que no se encuentren en su Portafolio de Servicios. **PARÁGRAFO TERCERO:** En lo relacionado con los servicios contratados **EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA EMPRESA** a suministrar insumos y medicamentos hospitalarios que se encuentren contemplados en el POS S. En estos eventos **EL CONTRATISTA** a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de Calidad, y suficiencia y no podrá facturar los elementos suministrados por **LA EMPRESA** en casos en que esta lo haga. **PARÁGRAFO CUARTO:** La prescripción de los medicamentos realizada por los profesionales Médicos, siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el objeto contractual se hará en Genéricos y se ajustará a

292 34  
20  
55

Selvasalud  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MÉDICOS No. 00176001316 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS.S Y FUNDACION VALLE DE LILI**

los dispuesto en el Acuerdo 228 de 2002, 263, 236, 282 de 2004, 336 de 2.006 del CNSSS y al Decreto 2200 del 2005, Cuando se necesite la prescripción de un medicamento no contemplado en el acuerdo 228 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, se hará ajustado a las normas con la debida solicitud y/o justificación del medicamento No POS por parte del medico tratante, de forma clara, completa y cumpliendo los requisitos establecidos en la resolución 002933 de 2006 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, sustituyan o complementen. **PARAGRAFO QUINTO:** Expresamente las partes acuerdan contratar exclusivamente los servicios de SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD, previa remisión de LA EMPRESA. **PARÁGRAFO SEXTO:** El sitio de atención para la prestación del servicio será las instalaciones habilitadas por parte de EL CONTRATISTA. **CLAUSULA SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO.** Para todos efectos el valor del contrato se estima en la suma de **QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (500.000.000) PARAGRAFO PRIMERO:** En todo caso el valor del contrato será la cantidad resultante de sumar las liquidaciones mensuales definitivas, entendiéndose por definitivas aquellas que después de agotar el procedimiento correspondiente de auditoría y revisión para su pago, hayan quedado en firme. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando se agote el 70 % de la disponibilidad presupuestal inicialmente apropiada para el pago del presente contrato, EL CONTRATISTA comunicará a LA EMPRESA, quién deberá emprender las acciones administrativas que sean necesarias para garantizar la prestación de servicios mediante la reasignación de recursos. **CLAUSULA TERCERA: FORMA DE PAGO.** Se pagara de la siguiente manera un anticipo del 50% del valor del contrato, previa firma y legalización del presente contrato 2) el 50% restante se pagara a la terminación del primer 50 % previo presentación de los correspondientes soportes y certificación de la oficina de servicios médicos y de acuerdo a lo reglamentado en la Ley 1122, el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan; y se hará previa a la presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro, las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes, como se describe a continuación: 1º) EL CONTRATISTA presentará la cuenta de cobro liquidada mensualmente dentro de los veinte (20) primeros días del mes siguiente al de prestación de los servicios asistenciales, en la oficina de LA EMPRESA ubicada en la ciudad de Cali, anexando los siguientes documentos: a- Original de las facturas individuales de atención ajustadas a la normatividad tributaria vigente, debidamente firmadas por el usuario o acudiente y el personal de facturación de EL CONTRATISTA b- El registro individual de prestación de servicios de salud de las actividades realizadas en el mes reportado, de acuerdo a lo reglamentado en el Sistema Integral de Información conforme lo establecido en la Resolución 3374 del 2000 y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan c- Copia del documento de identidad y del carné del usuario; d- resumen de atención o epícrisis para pacientes atendidos por el servicio de urgencia si este requiere observación, o para pacientes hospitalizados e- RIPS en medio físico en el que se especifique el diagnóstico del usuario, para pacientes atendidos en el servicio de urgencias que no requieran observación; f- En el caso de terapias o demás procedimientos múltiples se debe anexar consolidado de firmas del usuario que certifique cada atención recibida. g- Cada uno de los documentos detallados en el presente contrato en el caso de la facturación de eventos de alto costo. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma. En el evento de que EL CONTRATISTA presente extemporáneamente dichas cuentas, estas se tramitarán en el periodo siguiente. 2º) LA EMPRESA, dentro de los cinco (5) días siguientes al perfeccionamiento del contrato, realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura. LA EMPRESA dentro de los Veinticinco (25) días posteriores a la presentación y radicación de las facturas, revisará integralmente las facturas y formulará únicamente en esta oportunidad, las glosas a que haya lugar e informará por escrito, cancelando la parte no glosada y devolverá la glosa con sus a EL CONTRATISTA para que se efectúen las correcciones respectivas; cancelando dentro de los diez (10) días siguientes, las cuentas aceptadas. En el evento en que no se presenten glosas u objeciones LA EMPRESA pagará el 50% restante dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación de las facturas. 3º) EL CONTRATISTA contará con veinte (20) días calendario para responder las glosas formuladas por LA EMPRESA. 4º) LA EMPRESA tendrá un plazo máximo de cinco (5) días para informar a EL CONTRATISTA si acepta o no las explicaciones dadas a las glosas, y proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las partes deberán aclarar las diferencias surgidas en el trámite de las glosas máximo durante el mes siguiente a la presentación de las glosas por parte de LA EMPRESA. **PARAGRAFO SEGUNDO: EQUILIBRIO CONTRACTUAL.** En ningún caso podrá entenderse que la falta de cumplimiento en los términos establecidos en esta cláusula, exonera al EL CONTRATISTA de restituir aquellos saldos resultantes a favor de LA EMPRESA, ni a ésta, de cancelar los servicios prestados por aquél. **PARAGRAFO TERCERO: COBRO DE COPAGOS.** De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución No. 0157 del 27 de Febrero de 2.007 expedida por la Gerencia General de LA EMPRESA y conforme con el Acuerdo 260 de 2004 y el Literal g del Artículo 14 Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007, por la cual se reglamenta el Cobro y Recaudo de los Copagos, para los afiliados al Régimen Subsidiado de LA EMPRESA, a) EL CONTRATISTA se abstiene de realizar copagos a los siguientes servicios: actividades de Promoción y Prevención, Atención al menor de un año, atención a enfermedades de alto costo, atención inicial de urgencias, consulta ambulatoria de medicina especializada, fórmula de medicamentos, procedimientos diagnósticos solicitados ambulatoriamente; b) Sólo se aplicarán copagos a los siguientes servicios: Atención hospitalaria de mayor complejidad para los casos que requieran: Apendicetomía, colecistectomía, histerectomía por diferentes causas al cáncer, herniorrafia crural, herniorrafia umbilical, cirugías oftalmológicas, cirugías ortopédicas, material de osteosíntesis, ortesis e insumos médicos, procedimientos de pequeña cirugía, procedimientos de medicina física y rehabilitación, estudios histopatológicos y procedimientos odontológicos. c) debe entenderse que el cobro de copagos no será una barrera para el acceso a los servicios que soliciten los pacientes que no cuenten con recursos económicos suficientes, previo estudio socioeconómico por parte de la trabajadora social de EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO CUARTO:** EL CONTRATISTA podrá presentar cuentas parciales cuando la hospitalización del paciente se prolongue por más de veinticinco (25) días. **PARAGRAFO QUINTO: CONSIGNACIONES.** Los Pagos podrán realizarse mediante consignación bancaria a nombre de EL CONTRATISTA y LA EMPRESA enviará, copia de la consignación y del comprobante de pago correspondiente indicando el número de las facturas canceladas. **CLAUSULA CUARTA: MODALIDAD Y TARIFAS:** El presente contrato se celebra por la modalidad de EVENTO. La tarifa de cada uno de los servicios de salud contenidos en el plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, son los establecidos en el manual tarifario de EL CONTRATISTA y que este puso a disposición de la Entidad CONTRANTE en documento escrito y la cual hace parte integral del presente contrato. (Anexo 196). **PARAGRAFO PRIMERO:** Los Medicamentos e Insumos Hospitalarios se facturarán a Tarifas propias de la Clínica que no podrán ser superiores a los promedios establecidos en los manuales Farmaprecios. **PARAGRAFO SEGUNDO:** La Tarifa del material de osteosíntesis suministrado por EL CONTRATISTA, será las de la clínica. **CLAUSULA QUINTA: FACTURACIÓN DE EVENTOS DE ALTO COSTO:** EL CONTRATISTA brindará especial atención a la facturación de eventos de Alto Costo y en las facturas correspondientes a dichos eventos anexará: 1) fotocopia de documento de identidad 2) fotocopia de carné de afiliación vigente. 3) formato de autorización del servicio por parte de LA EMPRESA en original, 4) original de la factura individual y dos copias al carbón (no fotocopias) detallando el tratamiento o servicio prestado de manera individualizada. 5) resumen de atención o epícrisis. 6) Resultado del informe de patología si hubiere lugar (confirmatorio de patología amparada). 7) en el caso de patologías cardíacas hoja quirúrgica. 8) en el gran quemado anexar carta de superficie corporal de Lund and Browder, 9) en el paciente de VIH prueba de Western Blot. 10) Reportes de ayudas diagnósticas invasivas e Imagenología de III nivel, 11) reportes de paracénfisis, 12) Los soportes de procedimientos, tanto los RIPS como los soportes anexos a la Cuenta de Cobro deben ser legibles para poder radicar la cuenta. Independientemente. **CLAUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** En cumplimiento a lo previsto en la Cláusula Primera del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete a: 1. Prestar eficiente, permanente y oportuna los servicios de salud contenidos en el POS-S a las personas beneficiarias del subsidio en salud a los afiliados y carnetizados por LA EMPRESA; identificados con el carné y/o adjuntando el documento de identidad correspondiente. Los servicios contratados deberán prestarse PREVIA AUTORIZACIÓN de LA EMPRESA, excepto los casos de urgencia, utilizando los recursos y tecnología idónea, de manera, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación. 2. Asignar el personal médico, paramédico, de enfermería, técnico y auxiliar capacitado y en el número necesario que le permita garantizar en forma eficaz y oportuna la atención integral en salud incluida en el POS-S para el primer nivel de Atención a los afiliados de LA EMPRESA. 3. Prestar a los

293 35  
Selvasalud  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS No. 090176001316 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD SA EPS-S Y FUNDACION VALLE DE LILI**

usuarios de **LA EMPRESA**, los servicios estipulados en el objeto del presente contrato, con el máximo de diligencia y responsabilidad, asignando oportunamente las citas médicas y demás servicios contratados que requieran los usuarios de **LA EMPRESA**, dentro de los parámetros de calidad en la atención. 4. Dar cumplimiento al sistema de referencia y contrarreferencia, dentro de la red de servicios que ofrezca **LA EMPRESA** para los afiliados que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que **EL CONTRATISTA** ofrezca y que aquí se contrata. Ello de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5261 de 1996 y Decreto 2759 de 1991. 5. Garantizar el cumplimiento de los protocolos de Manejo o Guías de Atención de las Patologías en el primer Nivel de Atención, en aras de lograr la calidad y eficacia de los tratamientos correspondientes y la racionalidad del recurso humano, tecnológico y económico. Dichos protocolos deben ser formalmente socializados a **LA EMPRESA** y deben contener como mínimo los siguientes datos: Justificación epidemiológica, definición y aspectos conceptuales, definición de la patología, descripción clínica, Factores de riesgo, Factores de protección, Complicaciones, Población objeto, Características de la atención, Detección: búsqueda y localización de casos (fuentes de infección), Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento, Normas administrativas del protocolo: Referencia y contrarreferencia, y Evaluación de referencia y contrarreferencia, Vigilancia en salud pública: Flujos de Información y periodicidad e Indicadores de evaluación de control, Flujogramas. 6. Cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas por el Sistema de Información en Salud del SGSSS y de acuerdo a la resolución 3374 de 2000, artículo 41 del decreto 050 y las que las modifiquen, complementen y fin de garantizar y exigir la calidad del servicio. 7. Garantizar el diligenciamiento, archivo y protección adecuada de las Historias Clínicas y demás registros obligatorios de atención de los afiliados de **LA EMPRESA** según lo estipulado en la Resolución 1995 de 1999, garantizando a **LA EMPRESA** el acceso a la misma. 8. Formular los medicamentos incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de **LA EMPRESA**, de acuerdo al manual de Medicamentos y Terapéutica del Ministerio de Protección Social. Para la Prescripción de Medicamentos **EL CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a lo siguiente: a) Toda formulación quedará soportada en la Historia Clínica; b) Realizarse en formato preimpreso de **EL CONTRATISTA** en original y copia; c) Diligenciar en su totalidad los datos de identificación del afiliado, fecha, firma y registro del Médico que prescribe; d) La prescripción de medicamentos en su denominación genérica e) Las fórmulas se realizarán en letra legible y sin enmendaduras; f) La cantidad de medicamentos prescritos deberá quedar en la fórmula en números y letras. Cuando para el manejo del paciente se requieran medicamentos NO POS-S ambulatorios y hospitalarios **EL CONTRATISTA** deberá previamente reunir el comité Técnico sustituyan. 9. Disponer del Sistema de Información y Atención al Usuario como mecanismo para recibir, tramitar y solucionar las quejas, peticiones o sugerencias de los afiliados de **LA EMPRESA** con el Comité Técnico Científico de la ARS, y el Medicamento tener un concepto favorable por parte del mismo detallando: justificación del medicamento No POS-S, Resumen de la Historia clínica, Fórmula médica, y documentos completos del paciente. 10. Suministrar o Entregar medicamentos que registrados ante el INVIMA y certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM). 11. Suministrar los medicamentos hospitalarios y ambulatorios incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de **LA EMPRESA**, según justificación médica y en todo caso, ceñidos a los mandatos del Acuerdo 228 de 2.002 del CNSSS, y demás normas que lo adicionen, complementen, modifiquen o sustituyan; 12. Realizar el cobro de los copagos de acuerdo con lo reglamentado el Acuerdo 260 de 2.004, el Literal g del Artículo 14 Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007 y de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución No. 0157 del 27 de Febrero de 2.007 emanada por la Gerencia General de **LA EMPRESA**, por la cual se reglamenta el Cobro y Recaudo de los Copagos, para los afiliados al Régimen Subsidiado. 13. Definir junto con **LA EMPRESA** de conformidad con la normatividad legal vigente, un sistema de control y evaluación periódica de la suficiencia y calidad de los servicios prestados poniendo a disposición la información necesaria para los controles, auditoría y vigilancia que realice directamente y Determinar y Certificar por acto propio y conjuntamente con el Auditor de **LA EMPRESA** la capacidad real de oferta de servicios según las normas vigentes. 14. Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de abril 2006 y demás normas que lo modifiquen, complementen y sustituyan. 15. **EL CONTRATISTA** permitirá a **LA EMPRESA** representado por los funcionarios que este delegue, practicar las auditorías médicas, y de calidad según requerimientos del Decreto 1011 de abril 2006 y Resolución 1043 de 2006, pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin. La consulta de las Historias Clínicas que haga **LA EMPRESA** tendrá como único fin la auditoría médica y en su desarrollo deberá garantizar el carácter reservado de las mismas, asumiendo el costo de las copias que para el efecto requiera. 16. Cumplir con lo dispuesto en la Circular 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás estándares e indicadores de calidad concertados, anexos al presente contrato. 17. Presentar las facturas de cobro respectivas, dentro de los plazos pactados, anexándole los soportes correspondientes, entre los cuales deberán estar la totalidad de la factura individuales de prestación de servicios las cuales deben contener como mínimo y en forma legible la identificación del afiliado y los códigos del diagnóstico principal e relacionados, y los códigos de todos los procedimientos, actividades y/o intervenciones realizadas al paciente, así como los códigos de los medicamentos suministrados. En el caso de facturación por paquete no se realiza detalle de cargos. 18. Dar información permanente a **LA EMPRESA**, especialmente para la atención en los casos de urgencias, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la recepción del usuario según la necesidad, en caso de no enviarse autorización escrita, se entenderá aceptada la continuidad en la prestación de los servicios. 19. Prestar los servicios contratados de forma integral al afiliado derivando sus costos a las fuentes de financiación del sistema. 20. En los casos de accidentes de tránsito, cobrará las sumas equivalentes a los primeros 800 SMLDV directamente a la Empresa de Seguros que maneje el SOAT y al Fondo de Solidaridad, según el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes y complementarias. 21. Informar a **LA EMPRESA** los casos de accidente de tránsito, accidente de trabajo y eventos catastróficos, en los formatos correspondientes para cada actividad o en su defecto vía telefónica a **LA EMPRESA**. 22. Realizar el correspondiente trámite a FISCALUD en lo relacionado con la atención de eventos terroristas, conforme lo determina el decreto 1283 de 1.996. 23. En el caso que la Secretaría de Salud, Dirección de salud o Departamento Administrativo de Salud aplique una medida de seguridad Sanitaria sobre sus servicios debe reportar de manera inmediata a **LA EMPRESA** so pena de suspensión del contrato. 24. Garantizar el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación declaradas. **CLAUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DE LA EMPRESA.** **LA EMPRESA** se compromete a cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, y se obliga para con **EL CONTRATISTA** a cumplir con el presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, en adelante las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones derivadas del presente contrato: 1. Cancelar el valor del contrato de conformidad con la forma de pago acordada. 2. Efectuar la inspección y vigilancia, sobre la prestación del servicio y ejecución del presente contrato. 3. Designar el Auditor de servicios de salud con la experiencia y el perfil requerido, encargado de realizar el seguimiento al servicio, dentro de los plazos establecidos por el decreto No 3260 de 2.004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan, sin perjuicio de las competencias que sobre la materia ejercen la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccional y Locales de Salud. El Auditor será presentado formalmente a **EL CONTRATISTA**, en ejecución de sus actividades se someterá al reglamento interno de **EL CONTRATISTA**. 4. Informar la red de prestadores de servicios y sistema de referencia y contrarreferencia e inscribir a **EL CONTRATISTA** como parte integrante de la de la red prestadora de servicios. 5. Informar a los afiliados sobre el tipo de servicios contenidos en el Régimen Subsidiado, sus deberes y derechos dentro del SGSSS. 6. Fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. 7. Cumplir con los requisitos establecidos en las normas vigentes para desempeñarse como EPS. 8. **LA EMPRESA** se obliga a obtener autorización directa del paciente cuando por situaciones de control requiera el conocimiento de su Historia Clínica. 9. **LA EMPRESA** adoptará las medidas conducentes para impedir la ocurrencia de la inasistencia injustificada de los usuarios a los servicios contratados. 10. Asumir el pago del excedente a los 800 smldv por la atención de prestada a sus afiliados en los casos de accidentes de tránsito. Para los servicios contemplados en el Numeral 1 del

Artículo 2 del acuerdo 306 de 2005. 11. Suministrar a EL CONTRATISTA el listado de las personas beneficiarias y carnetizadas. Los listados de afiliación serán entregados en medio magnéticos y ajustados bimensualmente según lo emanado en la resolución 890 y 1375 de 2002. 12. Exigir a EL CONTRATISTA, Copia del formulario de Inscripción en el Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud que acrediten la existencia de los servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia, la póliza de responsabilidad civil; la póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato. 13. Autorizar los servicios contenidos en el POS-S del II, III y IV nivel de complejidad, se exceptúa los servicios urgencias. 14. Las demás que se deriven del contrato y sean afines con la naturaleza del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: DURACION.** El presente contrato tendrá una duración de ONCE (11) MESES Y QUINCE (15) DIAS contados a partir de 17/01/2009 - 31/12/2009, sin embargo las partes de común acuerdo podrán prorrogarlo antes de su vencimiento. En ningún caso habrá prórrogas automáticas. **PARAGRAFO:** No obstante la terminación del contrato, los afiliados que se encuentren siendo atendidos por EL CONTRATISTA continuarán hasta el fin de su tratamiento y LA EMPRESA reconocerá a EL CONTRATISTA el valor de la atención de acuerdo al porcentaje de la UPC-S asignada en el presente Contrato. **CLAUSULA NOVENA: RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.** EL CONTRATISTA contará con plena autonomía científica, técnica y administrativa, para efectos de la prestación de los servicios aquí contratados; por tal razón, EL CONTRATISTA asume en forma total o exclusiva, la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios que preste y a los afiliados de LA EMPRESA, así como también la responsabilidad que pueda derivarse de sus actos u omisiones y en igual sentido la relación médico - paciente - Hospital por lo que cualquier responsabilidad surgida de dicha relación será exclusiva de EL CONTRATISTA que presta los servicios; por lo tanto, LA EMPRESA no se hará responsable por los perjuicios que puedan derivarse del desarrollo de las actividades contratadas en la cláusula primera de este contrato prestada por EL CONTRATISTA. En el evento de que LA EMPRESA fuere condenada a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial por perjuicios causados a un afiliado remitido y atendido por EL CONTRATISTA, LA EMPRESA podrá ejercer la acción de repetición o la de llamamiento en garantía en contra de EL CONTRATISTA respectivamente. EL CONTRATISTA asumirá a partir del Ingreso a sus instalaciones de los afiliados a LA EMPRESA la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio a los afiliados. Siempre y cuando los hechos le sean imputados judicialmente. **PARAGRAFO PRIMERO: RELACION LABORAL.** LA EMPRESA no adquiere ningún tipo de relación laboral con EL CONTRATISTA ni con el personal que este contrate para la ejecución del contrato, por lo cual EL CONTRATISTA se compromete a pagar todos los derechos laborales que se desprendan del personal o personas que éste contrate para la ejecución del mismo. En este aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre el contratante. **PARAGRAFO SEGUNDO: GARANTIAS: EL CONTRATISTA se obliga para con LA EMPRESA a su costa, a suscribir con una compañía de seguros legalmente establecida en el país, una póliza de responsabilidad civil profesional para Clínicas, Hospitales y médicos independientes, por evento o siniestro, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) meses más. CLAUSULA DECIMA: AUDITORIA:** LA EMPRESA, establecerá, su propio sistema de auditoria, para garantizar la calidad de la prestación de los servicios de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011/2006, sin perjuicio de la auditoria médica que implante EL CONTRATISTA con los mismos fines. **PARAGRAFO PRIMERO: LA EMPRESA,** designará un AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD, con la experiencia y el perfil requerido para el desarrollo de esta actividad, el cual será acreditado y presentado formalmente y por escrito EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO SEGUNDO: AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD** designado por LA EMPRESA velará por la adecuada atención de sus afiliados, comprobando derechos, situación de afiliación, estado de salud, revisando la pertinencia y oportunidad de los tratamientos y procedimientos que se deban aplicar al paciente, y autorizando la expedición de orden de servicios cuando se requiera. **PARAGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** facilitará al AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de LA EMPRESA sus instalaciones y el acceso a la historia clínica. **EL AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de LA EMPRESA** se registrará por la Resolución 1995 de 1999 con respecto a la Historia Clínica. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: RESPONSABILIDADES EN EL PAGO.** Salvo la atención de urgencias, LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA los gastos que correspondan a la realización de los servicios que figuren única y exclusivamente en las respectivas Órdenes de Apoyo que expida para la atención del usuario. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: CESION.** EL CONTRATISTA no podrá ceder los derechos y obligaciones que adquieren por este contrato a ninguna persona natural o jurídica sin autorización previa y escrita de LA EMPRESA. No se permite la subcontratación de servicios para el cumplimiento del objeto contractual según norma vigente decreto 515 habilitación de Administradoras del Régimen Subsidiado. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: CAUSALES DE TERMINACION.** El presente Contrato terminará por las siguientes causas: a) La ocurrencia de hechos imprevisibles e inevitables que imposibiliten la ejecución total del contrato. b) Por mutuo acuerdo entre las partes. c) La fuerza mayor o caso fortuito demostrado d) Incumplimiento de una o varias de las cláusulas de este contrato e) Vencimiento del término, el Objeto o el monto del contrato f) por deslealtad y mala fé en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, caso en que LA EMPRESA procederá la terminación unilateral sin perjuicio de las acciones legales del caso. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: INTERVENTORIA Y SUPERVISION CONTRACTUAL.** LA EMPRESA designará como Interventor al Gerente Seccional quien evaluará y supervisará la ejecución del presente contrato de prestación de servicios de salud y cumplirá las funciones legales, específicamente las siguientes: a) Propender porque el objeto del Contrato se cumpla en el término estipulado. b) Exigir la información y formular las observaciones del caso con el fin de ser analizados conjuntamente con LA EMPRESA y efectuar por parte de ésta las modificaciones y correcciones a que hubiere lugar. La anterior Interventoria se hará sin perjuicio de la que implemente EL CONTRATISTA. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: LIQUIDACION.** Para efectos de la liquidación del presente contrato LA EMPRESA realizará una liquidación final y preliquidaciones mensualizadas teniendo en cuenta el valor mensual inicial del contrato y la diferencia que resulte del último reporte de novedades de afiliación presentado por la respectiva entidad territorial de salud. LA EMPRESA designará al Gerente Seccional quien al momento de su liquidación se acogerá en lo dispuesto a la ley 80 de 1.993, con un plazo máximo de cuatro meses (04) contados a partir de la fecha de su terminación para la liquidación final. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: COMPROMISORIA:** Las partes acuerdan que en la eventualidad del surgimiento de discrepancias o diferencias por razón o con ocasión del desarrollo del presente Contrato, buscarán la solución en forma directa mediante conciliación o transacción, para lo cual se conceden mutuamente un plazo de diez (10) días a partir de la notificación que una de las partes le haga a la otra. Si en dicho término no fuere posible acordar fórmulas de arreglo en forma total o parcial, someterán sus diferencias a la amigable composición ante autoridad competente de conformidad con las normas vigentes sobre la materia. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: MERITO EJECUTIVO.** El presente contrato con las facturas por prestación de servicios, constituyen título valor complejo y en consecuencia, prestarán merito ejecutivo cuando contengan una obligación clara, expresa y exigible. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: MODIFICACIONES.** Este Contrato esta sujeto a las modificaciones que establezcan las autoridades competentes, en los términos y condiciones relacionados con el mismo. Respecto de las que estipulen las partes, de su puesta en vigencia quedará constancia por escrito con las formalidades correspondientes y se anexará al contrato original. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: IMPUTACION PRESUPUESTAL.** Sin perjuicio de la normatividad que rige la celebración, ejecución y terminación de este contrato, para cancelar los servicios causados por concepto de su ejecución, LA EMPRESA ha apropiado la Disponibilidad Presupuestal respectiva con cargo al Rubro: NIVEL IV DE COMPLEJIDAD, del presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de 2.009, según Certificación Nº 00843. **CLAUSULA VIGESIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para efectos de este contrato las partes establecen como domicilio Contractual la ciudad de Cali, la facturación y demás comunicaciones que remita EL CONTRATISTA serán recepcionadas por LA EMPRESA, en la Ciudad de Cali. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.** 1) El portafolio de Servicios de EL CONTRATISTA. 2) Formulario de inscripción en el Registro Especial de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud debidamente radicado ante la entidad departamental o Distrital de salud correspondiente el cual incluye el detalle de los servicios declarados. 3) fotocopia de cedula de ciudadanía del Representante legal. 4) copia del RUT de acuerdo a norma tributaria. 5) Certificado de antecedentes penales, disciplinarios y fiscales del representante legal de la IPS Actualizados. 6) Base de Datos de los afiliados a LA EMPRESA en medio magnético a quienes atenderá EL CONTRATISTA. 7)

295 37  
25  
58  
Selvasalud  
Naturalmente!

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS No. 090176001316 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS Y FUNDACION VALLE DE LILI

Certificados de existencia y representación legal de EL CONTRATISTA. 8) Documentos de nombramiento y acta de posesión del Representante legal. 9) Pólizas de responsabilidad civil descritas en el parágrafo Segundo de la Cláusula Novena de este contrato. 10) Registrar La Cuenta Bancaria Tipo, Número, para efectuar los pagos, la cuenta debe estar registrada a nombre de EL CONTRATISTA. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: GARANTIAS:** EL CONTRATISTA se compromete a constituir a favor de LA EMPRESA Póliza por: a.) buen manejo y la correcta inversión del anticipo, sobre el 100% de la cuantía del anticipo y con una duración igual a la del contrato; b.) El cumplimiento de las obligaciones derivadas de la celebración, ejecución y liquidación del contrato, sobre el 10% del valor del contrato con una vigencia igual a su duración y cuatro (04) meses más. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: IMPUESTO DE TIMBRE:** LA EMPRESA descontará a EL CONTRATISTA, el valor del impuesto de Timbre en el primer pago que se deba realizar con ocasión de la prestación del servicio, en un porcentaje del 0.25% del valor total del contrato. **CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: PERFECCIONAMIENTO.** El presente Contrato se considera perfeccionado con 1) la firma de las partes, 2) Aprobación de las garantías 3) La expedición del Registro Presupuestal de LA EMPRESA. 4) Cancelación del anticipo Inicial del 50% (\$250.000.000). Hasta aquí las cláusulas del contrato.

Para constancia se firma a 17 de Enero de 2009.

Por LA EMPRESA

  
EMMA CECILIA GARCIA  
Gerente Seccional Valle del Cauca  
Resolución No. 4175 de 29 de 2008

Por EL CONTRATISTA

  
VICENTE BORRERO RESTREPO  
Representante Legal

## CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No:

### RP00843

### CERTIFICA:

Que en el presupuesto de SELVASALUD S.A. EPS-S con Nit. 846.000.244-1 existe disponibilidad para la presente vigencia fiscal 2009 para dar REGISTRO PRESUPUESTAL de acuerdo a la siguiente referencia:

**NIT / C.C. :** 890324177-5

**PROVEEDOR :** CLINICA VALLE DEL LILI

**DESCRIPCION :** CTTO 090176001361 - 17/01/09 - 31/12/09

DESCRIPCION	CD	CODIGO	VALOR
Nivel IV de Atención	CD00843	640207360103	500,000,000.00
	TOTAL RP :		500,000,000.00

Dado en Mocoa, a los 17 días del mes de Enero de 2009.

  
Presupuesto

297  391

Selvasalud  
Naturalmente!

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO PARCIAL No. 090176109074 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS Y  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA

CONTRATO No.	090176109074 DE 2009
CLASE DE CONTRATO	SERVICIOS MEDICOS - PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL
EMPRESA	SELVASALUD S.A. EPS-S
NIT EMPRESA	846.000.244 - 1
CONFIRMACION ARS	RESOLUCIÓN 1108 DE 5 DE JUNIO DEL 2001
REPRESENTANTE LEGAL	EMMA CECILIA GARCIA
IDENTIFICACIÓN	49.783.843 DE Valledupar (Cesar)
ACTO DE DESIGNACION	Resolucion No. 4175 DEL 29 de diciembre de 2008
MODALIDAD DE PAGO	EVENTO
NIVEL DE COMPLEJIDAD	PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL
SEDE	BUENAVENTURA
DEPARTAMENTO	VALLE
CONTRATISTA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA
REPRESENTANTE LEGAL	MARIA LEONOR AMU SINESTERRA
IDENTIFICACION	34.876.126 Expedida en GUAPI (CAUCA)
NIT	890312840-9
VALOR	\$ 10.000.000,00
POBLACION AMPARADA	NOVECIENTOS SETENTA Y UN AFILIADOS
INICIO	DESDE 01/01/2009
FINALIZACION	HASTA 31/12/2009
DISPINIBILIDAD PRESUPUESTAL	00507

Entre los suscritos a saber, **EMMA CECILIA GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 49.783.843 expedida en Valledupar (Cesar), en su calidad de **Gerente Seccional Valle del cauca** de SELVASALUD S.A. EPS-S Entidad Promotora de Salud de Economía Mixta con el régimen de empresa industrial y comercial del estado del orden departamental, confirmada para operar el Régimen Subsidado según Resolución No. 1108 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud el 05 de junio de 2001; autorizado para contratar según Resolución No. Resolución No. 4175 del 29 de diciembre de 2008, quien se denominará **LA EMPRESA**, por una parte y por **MARIA LEONOR AMU SINESTERRA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 34.876.126 Expedida en GUAPI (CAUCA) en calidad de Representante Legal de **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA**, condición que acredita según Decreto de Nombramiento número 0377 de Marzo 05 de 2004 y Acta de Posesión No. 1652 de 2004 quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente Contrato de **SERVICIOS MÉDICOS**, contenido en las cláusulas mencionadas a continuación, previas las siguientes consideraciones: **I)** Que las condiciones de celebración, ejecución y liquidación de este contrato se sujetan en su integridad las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud y a las reglas civiles, y comerciales pertinentes; **II)** Que el/la representante legal del/la **EL CONTRATISTA** afirma bajo juramento surtido mediante la suscripción de este contrato, que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades y demás prohibiciones para contratar previstas en la Constitución Política, en el artículo 8º de la Ley 80 de 1993, la Ley 42 de 1993 en su artículo 85, y demás disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la Ley 80 de 1993; **III)** Que las entidades contratantes cuentan con sus respectivas certificaciones de funcionamiento, expedidas por la autoridad correspondiente; **IV)** Que **LA EMPRESA** celebra este contrato con fundamento en el artículo 93º de la ley 489 de 1998 en tanto constituye la actividad propia de su gestión económica, razón por la cual se sujeta al régimen de derecho privado; **V)** Que este contrato se registrará además de sus estipulaciones y normas relacionadas, a los mandatos de los principios de la buena fe y la equidad, de manera tal que las partes eviten incurrir en conflictos de intereses o conductas desleales o ilícitas. **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.** **EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA EMPRESA** a prestar de manera eficiente, permanente y oportuna servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidado POS-S a personas que **LA EMPRESA** ha inscrito como afiliados y están legalmente carnetizados en los términos de este contrato, y lo hará con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y hospitalarios, de conformidad con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, sus decretos reglamentarios, los Acuerdos del cnss, Acuerdo 306 de 2.005, 228 de 2.002, y en las Resoluciones 5261 de agosto de 1994, 3374 de 2000, 412 y 3384 de 2.000, Acta 356 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3099 de 2008, las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan debiendo corresponder con los servicios ofertados y detallados en su Declaración de cumplimiento de las condiciones de habilitación para la inscripción ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1011 de Abril 2.006, garantizando los siguientes servicios del **PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL**: Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el numeral 2.6 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2º conforme el Acuerdo 306, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología; La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en numerales 1 y 2.1 y en lo pertinente, por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2º del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año; Los medicamentos, incluidos en el Manual de medicamentos vigente del sistema que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en las actividades anteriormente relacionadas **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los servicios contratados se prestarán con plena observancia de los postulados de la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) en lo aplicable al Régimen Subsidado de Salud y los protocolos de procedimientos médicos que para el efecto diseñe u oriente el Ministerio de la Protección Social o las autoridades competentes. Cuando el diseño de los protocolos o guías sean elaborados por **EL CONTRATISTA**, estos serán debidamente concertados por las partes de este contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Dentro de la atención que presta **EL CONTRATISTA**, se excluye la práctica de aquellos servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidado; aquellos que **EL CONTRATISTA** no haya declarado ante las autoridades de salud competentes; y los que no se encuentren en su Portafolio de Servicios. **PARÁGRAFO TERCERO:** En lo relacionado con los servicios contratados **EL CONTRATISTA** se compromete para con **LA EMPRESA** a suministrar insumos y medicamentos hospitalarios que se encuentren contemplados en el POS S. En estos eventos **EL CONTRATISTA** a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de Calidad, y suficiencia y no podrá facturar los elementos suministrados

298 88 40  
Selvasalud  
Notarías

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO PARCIAL No. 090176106074 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS Y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA**

por LA EMPRESA en casos en que esta lo haga. **PARÁGRAFO CUARTO:** La prescripción de los medicamentos realizada por los profesionales Médicos, siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el objeto contractual se hará en Genéricos y se ajustará a los dispuesto en el Acuerdo 228 de 2002, 263, 236, 282 de 2004, 336 de 2.006 del CNSSS y al Decreto 2200 del 2005, Cuando se necesite la prescripción de un medicamento no contemplado en el acuerdo 228 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, se hará ajustado a las normas con la debida solicitud y/o justificación del medicamento No POS por parte del medico tratante, de forma clara, completa y cumpliendo los requisitos establecidos en la resolución 002933 de 2006 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, sustituyan o complementen.

**PARÁGRAFO QUINTO:** los controles especializados posquirúrgicos posteriores a los treinta días del egreso hospitalario; y los controles especializados posteriores a una estancia no quirúrgica durante los quince días siguientes al egreso hospitalario serán cubiertos por EL CONTRATISTA con recursos del sistema de oferta. **PARÁGRAFO SEXTO:** Expresamente las partes acuerdan contratar exclusivamente los servicios de PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL, previa remisión de LA EMPRESA. **PARÁGRAFO SEPTIMO:** El CONTRATISTA respetará las disposiciones contenidas en la Resolución No. 3047 de 2008 y 5334 de 2008 en lo relacionado con la solicitud de autorizaciones para EVENTOS NO POS-S. **PARÁGRAFO OCTAVO:** El sitio de atención para la prestación del servicio será las instalaciones habilitadas por parte de EL CONTRATISTA. **CLAUSULA SEGUNDA: VALOR DEL CONTRATO.** Para todos efectos el valor del contrato se estima en la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS (\$ 10.000.000,00) MCTE.** **PARÁGRAFO PRIMERO:** En todo caso el valor del contrato será la cantidad resultante de sumar las liquidaciones mensuales definitivas, entendiéndose por definitivas aquellas que después de agotar el procedimiento correspondiente de auditoría y revisión para su pago, hayan quedado en firme. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando se agote el 70 % de la disponibilidad presupuestal inicialmente apropiada para el pago del presente contrato, EL CONTRATISTA comunicará a LA EMPRESA, quien deberá emprender las acciones administrativas que sean necesarias para garantizar la prestación de servicios mediante la reasignación de recursos. **CLAUSULA TERCERA: FORMA DE PAGO.** Los servicios se cancelarán **POR EVENTO** y de acuerdo a lo reglamentado en la Ley 1122, el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan; y se hará previa a la presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro, las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes, como se describe a continuación: **1º) EL CONTRATISTA** presentará la cuenta de cobro liquidada mensualmente dentro de los veinte (20) primeros días del mes siguiente al de prestación de los servicios asistenciales, en la oficina de LA EMPRESA ubicada en BUENAVENTURA anexando los siguientes documentos: a- Original de las facturas individuales de atención ajustadas a la normatividad tributaria vigente, debidamente firmadas por el usuario y el personal de facturación de EL CONTRATISTA b- El registro individual de prestación de servicios de salud de las actividades realizadas en el mes reportado, de acuerdo a lo reglamentado en el Sistema Integral de información conforme lo establecido en la Resolución 3374 del 2000 y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan c- resumen de atención o epicrisis para pacientes atendidos por el servicio de urgencia si este requiere observación, o para pacientes hospitalizados e- RIPS en medio físico en el que se especifique el diagnóstico del usuario, para pacientes atendidos en el servicio de urgencias que no requieran observación; f- En el caso de terapias o demás procedimientos múltiples se debe anexar consolidado de firmas del usuario que certifique cada atención recibida. g- Cada uno de los documentos detallados en el presente contrato en el caso de la facturación de eventos de alto costo. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma. En el evento de que EL CONTRATISTA presente extemporáneamente dichas cuentas, estas se tramitarán en el periodo siguiente. **2º) LA EMPRESA**, dentro de los cinco (5) días siguientes a la presentación y radicación de la cuenta de cobro, realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura. LA EMPRESA dentro de los Veinticinco (25) días posteriores a la presentación y radicación de la cuenta de cobro, revisará íntegramente las facturas y formulará únicamente en esta oportunidad, las glosas a que haya lugar e informará por escrito y devolverá las facturas glosadas con sus soportes a EL CONTRATISTA para que se efectúen las correcciones respectivas; cancelando dentro de los diez (10) días siguientes, las cuentas aceptadas. En el evento en que no se presenten glosas u objeciones LA EMPRESA pagará el 50% restante dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, siempre y cuando haya recibido los recursos por parte del ente territorial. **3º) EL CONTRATISTA** contará con quince (15) días calendario para responder las glosas formuladas por LA EMPRESA. **4º) LA EMPRESA** tendrá un plazo máximo de cinco (5) días para informar a EL CONTRATISTA si acepta o no las explicaciones dadas a las glosas, y proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas. **PARÁGRAFO PRIMERO: DESEMBOLSO PREVIO PARA EL PAGO.** Es requisito indispensable para el pago, el desembolso efectivo previo por parte del Ente Territorial de las cuotas correspondientes al contrato de Administración de los Recursos del Régimen Subsidado. Sin embargo, LA EMPRESA cancelará a EL CONTRATISTA los valores adeudados y cobrados en forma proporcional a los recursos que reciba por parte del Ente Territorial. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Las partes deberán aclarar las diferencias surgidas en el trámite de las glosas máximo durante el mes siguiente a la presentación de las glosas por parte de LA EMPRESA. **PARÁGRAFO TERCERO: EQUILIBRIO CONTRACTUAL.** En ningún caso podrá entenderse que la falta de cumplimiento en los términos establecidos en esta cláusula, exonera al EL CONTRATISTA de restituir aquellos saldos resultantes a favor de LA EMPRESA, ni a ésta, de cancelar los servicios prestados por aquí. **PARÁGRAFO CUARTO: COBRO DE COPAGOS.** De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución No. 0157 del 27 de Febrero de 2.007 expedida por la Gerencia General de LA EMPRESA y conforme con el Acuerdo 260 de 2004 y el Literal g del Artículo 14 Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007, por la cual se reglamenta el Cobro y Recaudo de los Copagos, para los afiliados al Régimen Subsidado de LA EMPRESA, a) EL CONTRATISTA se abstiene de realizar copagos a los siguientes servicios: actividades de Promoción y Prevención, Atención al menor de un año, atención a enfermedades de alto costo, atención inicial de urgencias, consulta ambulatoria de medicina especializada, fórmula de medicamentos, procedimientos diagnósticos solicitados ambulatoriamente; b) Sólo se aplicarán copagos a los siguientes servicios: Atención hospitalaria de mayor complejidad para los casos que requieran: Apendicetomía, colecistectomía, histerectomía por diferentes causas al cáncer, herniorrafia crural, herniorrafia umbilical, cirugías oftalmológicas, cirugías ortopédicas, material de osteosíntesis, ortesis e Insumos médicos, procedimientos de pequeña cirugía, procedimientos de medicina física y rehabilitación, estudios histopatológicos y procedimientos odontológicos. c) debe entenderse que el cobro de copagos no será una barrera para el acceso a los servicios que soliciten los pacientes que no cuenten con recursos económicos suficientes, previo estudio socioeconómico por parte de la trabajadora social de EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO QUINTO:** Es obligación de EL CONTRATISTA enviar facturas de cobro consolidadas de acuerdo con el tipo de actividad o atención por separado, de la siguiente manera: las atenciones de urgencias, las Atenciones ambulatorias, las hospitalizaciones, las Atenciones de Patologías de Alto Costo, los procedimientos quirúrgicos. **PARÁGRAFO SEXTO: EL CONTRATISTA** podrá presentar cuentas parciales cuando la hospitalización del paciente se prolongue por más de veinticinco (25) días. **PARÁGRAFO SEPTIMO: CONSIGNACIONES.** Los Pagos podrán realizarse mediante consignación bancaria a nombre de EL CONTRATISTA y LA EMPRESA enviará, copia de la consignación y del comprobante de pago correspondiente indicando el número de las facturas canceladas. **CLAUSULA CUARTA: MODALIDAD Y TARIFAS:** El presente contrato se celebra por la modalidad de **EVENTO**. La tarifa de cada uno de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidado POS-S son las establecidas en el decreto 2423 de 1996; de esta manera se facturará por evento a tarifas **SOAT NACIONAL**. **CLAUSULA QUINTA: FACTURACIÓN DE EVENTOS DE ALTO COSTO:** EL CONTRATISTA brindará especial atención a la facturación de eventos de Alto Costo y en las facturas correspondientes a dichos eventos anexará: 1) fotocopia de documento de identidad 2) formato de autorización del servicio por parte de LA EMPRESA en original, 4) original de la factura individual y dos copias al carbón (no fotocopias) detallando el tratamiento o servicio prestado de manera individualizada. 5) resumen de atención o epicrisis. 6) Resultado del Informe de patología si hubiere lugar (confirmatorio de patología amparada). 7) en el caso de patologías cardíacas hoja quirúrgica. 8) en el gran quemado anexar carta de superficie corporal de Lund and Browder, 9) en el paciente de VIH prueba de Western Blot. 10) Para tratamiento de diálisis renal soporte de aplicación de la diálisis con firma y o huella del usuario. 11) Reportes de ayudas diagnósticas invasivas e Imagenología de III nivel, 12) reportes de paraclínicos, 13) Los **PARÁGRAFO:** La facturación de los eventos de Alto Costo deberá presentarse en documento equivalente de venta o factura de venta independiente. **CLAUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** En cumplimiento a lo previsto en la Cláusula Primera del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete a: 1. Prestar eficiente, permanente y oportuna los servicios de salud contenidos en el POS-S a las

299 4.1

Selvasalud 184  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO PARCIAL No. 090176109074 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS-S Y**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA**

contrato, **EL CONTRATISTA** se compromete a: 1. Prestar eficiente, permanente y oportuna los servicios de salud contenidos en el POS-S a las personas beneficiarias del subsidio en salud a los afiliados y carnetizados por **LA EMPRESA**; identificados con el carné y/o adjuntando el documento de identidad correspondiente. Los servicios contratados deberán prestarse **PREVIA AUTORIZACIÓN de la EMPRESA, excepto los casos de urgencia**, utilizando los recursos y tecnología idónea, de manera, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación. 2. Asignar el personal médico, paramédico, de enfermería, técnico y auxiliar capacitado y en el número necesario que le permita garantizar en forma eficaz y oportuna la atención integral en salud incluida en el POS-S para el primer nivel de Atención a los afiliados de **LA EMPRESA**. 3. Prestar a los usuarios de **LA EMPRESA**, los servicios estipulados en el objeto del presente contrato, con el máximo de diligencia y responsabilidad, asignando oportunamente las citas médicas y demás servicios contratados que requieran los usuarios de **LA EMPRESA**, dentro de los parámetros de calidad en la atención. 4. Dar cumplimiento al sistema de referencia y contrarreferencia, dentro de la red de servicios que ofrezca **LA EMPRESA** para los afiliados que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que **EL CONTRATISTA** ofrezca y que aquí se contrata. Ello de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5261 de 1996 y Decreto 2759 de 1991. 5. Garantizar el cumplimiento de los protocolos de Manejo o Guías de Atención de las Patologías en el primer Nivel de Atención, en aras de lograr la calidad y eficacia de los tratamientos correspondientes y la racionalidad del recurso humano, tecnológico y económico. Dichos protocolos deben ser formalmente socializados a **LA EMPRESA** y deben contener como mínimo los siguientes datos: Justificación epidemiológica, definición y aspectos conceptuales, definición de la patología, descripción clínica, Factores de riesgo, Factores de protección, Complicaciones, Población objeto, Características de la atención, Detección: búsqueda y localización de casos (fuentes de infección), Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento, Normas administrativas del protocolo: Referencia y contrarreferencia, y Evaluación de referencia y contrarreferencia, Vigilancia en salud pública: Flujos de Información y periodicidad e Indicadores de evaluación de control, Flujogramas. 6. Cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas por el Sistema de Información en Salud del SGSSS y de acuerdo a la resolución 3374 de 2000, artículo 41 del decreto 050 y las que las modifiquen, complementen y fin de garantizar y exigir la calidad del servicio. 7. Garantizar el diligenciamiento, archivo y protección adecuada de las Historias Clínicas y demás registros obligatorios de atención de los afiliados de **LA EMPRESA** según lo estipulado en la Resolución 1995 de 1999, garantizando a **LA EMPRESA** el acceso a la misma. 8. Formular los medicamentos incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de **LA EMPRESA**, de acuerdo al manual de Medicamentos y Terapéutica del Ministerio de Protección Social. Para la Prescripción de Medicamentos **EL CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a lo siguiente: a) Toda formulación quedará soportada en la Historia Clínica; b) Realizarse en formato preimpreso de **EL CONTRATISTA** en original y copia; c) Diligenciar en su totalidad los datos de identificación del afiliado, fecha, firma y registro del Médico que prescribe; d) La prescripción de medicamentos en su denominación genérica e) Las fórmulas se realizarán en letra legible y sin enmendaduras; f) La cantidad de medicamentos prescritos deberá quedar en la fórmula en números y letras. Cuando para el manejo del paciente se requieran medicamentos NO POS-S ambulatorios y hospitalarios **EL CONTRATISTA** deberá previamente reunir el comité Técnico sustituyan. 9. Disponer del Sistema de Información y Atención al Usuario como mecanismo para recibir, tramitar y solucionar las quejas, peticiones o sugerencias de los afiliados de **LA EMPRESA** con el Científico de la ARS, y el Medicamento tener un concepto favorable por parte del mismo detallando: justificación del medicamento NO POS-S, Resumen de la Historia clínica, Fórmula médica, y documentos completos del paciente. 10. Suministrar o Entregar medicamentos que registrados ante el INVIMA y certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM). 11. Suministrar los medicamentos hospitalarios y ambulatorios incluidos en el POS-S para los afiliados del Régimen Subsidiado de **LA EMPRESA**, según justificación médica y en todo caso, ceñidos a los mandatos del Acuerdo 228 de 2.002 del CNSSS, y demás normas que lo adicionen, complementen, modifiquen o sustituyan; 12. Realizar el cobro de los copagos de acuerdo con lo reglamentado el Acuerdo 260 de 2.004, el Literal g del Artículo 14 Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007 y de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución No. 0157 del 27 de Febrero de 2.007 emanada por la Gerencia General de **LA EMPRESA**, por la cual se reglamenta el Cobro y Recaudo de los Copagos, para los afiliados al Régimen Subsidiado. 13. Definir junto con **LA EMPRESA** de conformidad con la normatividad legal vigente, un sistema de control y evaluación periódica de la suficiencia y calidad de los servicios prestados poniendo a disposición la información necesaria para los controles, auditoría y vigilancia que realice directamente y Determinar y Certificar por acto propio y conjuntamente con el Auditor de **LA EMPRESA** la capacidad real de oferta de servicios según las normas vigentes. 14. Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de abril 2006 y demás normas que lo modifiquen, complementen y sustituyan. 15. **EL CONTRATISTA** permitirá a **LA EMPRESA** representado por los funcionarios que este delegue, practicar las auditorías médicas, y de calidad según requerimientos del Decreto 1011 de abril 2006 y Resolución 1043 de 2006, pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin. La consulta de las Historias Clínicas que haga **LA EMPRESA** tendrá como único fin la auditoría médica y en su desarrollo deberá garantizar el carácter reservado de las mismas, asumiendo el costo de las copias que para el efecto requiera. 16. Cumplir con lo dispuesto en la Circular 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud y la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social en los plazos establecidos por **LA EMPRESA**, y demás estándares e indicadores de calidad concertados, anexos al presente contrato. 17. Presentar las facturas de cobro respectivas, dentro de los plazos pactados, anexándole los soportes correspondientes, entre los cuales deberán estar la totalidad de la factura individuales de prestación de servicios las cuales deben contener como mínimo y en forma legible la identificación del afiliado y los códigos del diagnóstico principal y relacionados, y los códigos de todos los procedimientos, actividades y/o intervenciones realizadas al paciente, así como los códigos de los medicamentos suministrados. 18. Dar información permanente a **LA EMPRESA**, especialmente para la atención en los casos de urgencias, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la recepción del usuario según la necesidad, en caso de no enviarse autorización escrita, se entenderá aceptada la continuidad en la prestación de los servicios. 19. Prestar los servicios contratados de forma integral al afiliado derivando sus costos a las fuentes de financiación del sistema. Para el caso POS-S cubrirá los costos **LA EMPRESA** y para las atenciones no POS-S **EL CONTRATISTA** cobrará la atención al Sistema General de Participación en Salud, rentas cedidas, SOAT, FOSYGA y demás fuentes legales, según corresponda el caso, todo ello en cumplimiento estricto de lo señalado por la constitución política, las normas legales y reglamentarias pertinentes. 20. En los casos de accidentes de tránsito, cobrará las sumas equivalentes a los primeros 800 SMLDV directamente a la Empresa de Seguros que maneje el SOAT y al Fondo de Solidaridad, según el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes y complementarias. 21. Informar a **LA EMPRESA** los casos de accidente de tránsito, accidente de trabajo y eventos catastróficos, en los formatos correspondientes para cada actividad. 22. Realizar el correspondiente trámite a FISCALUD en lo relacionado con la atención de eventos terroristas, conforme lo determina el decreto 1283 de 1.996. 23. En el caso que la Secretaría de Salud, Dirección de salud o Departamento Administrativo de Salud aplique una medida de seguridad Sanitaria sobre sus servicios debe reportar de manera inmediata a **LA EMPRESA** so pena de suspensión del contrato. 24. Garantizar el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación declaradas. **CLAUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DE LA EMPRESA.** **LA EMPRESA** se compromete a cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, y se obliga para con **EL CONTRATISTA** a cumplir con el presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, en adelante las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones derivadas de la prestación del servicio y ejecución del presente contrato. 1. Cancelar el valor del contrato de conformidad con la forma de pago acordada. 2. Efectuar la Inspección y vigilancia, sobre el encargo de realizar el seguimiento al servicio, dentro de los plazos establecidos por el decreto No 3260 de 2.004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, complementen o sustituyan, sin perjuicio de las competencias que sobre la materia ejercen la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccional y Locales de Salud. El Auditor será presentado formalmente a **EL CONTRATISTA**, en ejecución de sus actividades se someterá al reglamento interno de **EL CONTRATISTA**. 4. Informar la red de prestadores de servicios y sistema de

300 58 42  
F40  
5

Selvasalud  
Naturalmente!

**CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO PARCIAL No. 090176109074 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPSS Y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA**

referencia y contrarreferencia e inscribir a **EL CONTRATISTA** como parte integrante de la de la red prestadora de servicios. 5. Informar a los afiliados sobre el tipo de servicios contenidos en el Régimen Subsidiado, sus deberes y derechos dentro del SGSSS. 6. Fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. 7. Cumplir con los requisitos establecidos en las normas vigentes para desempeñarse como EPS. 8. **LA EMPRESA** se obliga a obtener autorización directa del paciente cuando por situaciones de control requiera el conocimiento de su Historia Clínica. 9. **LA EMPRESA** adoptará las medidas conducentes para impedir la ocurrencia de la inasistencia injustificada de los usuarios a los servicios contratados. 10. Asumir el pago del excedente a los 800 smldv por la atención de prestada a sus afiliados en los casos de accidentes de tránsito. Para los servicios contemplados en el Numeral 1 del Artículo 2 del acuerdo 306 de 2005. 11. Suministrar a **EL CONTRATISTA** el listado de las personas beneficiarias y carnetizadas. Los listados de afiliación serán entregados en medio magnéticos y ajustados bimensualmente según lo emanado en la resolución 890 y 1375 de 2002. 12. Exigir a **EL CONTRATISTA**, Copia del formulario de inscripción en el Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud que acrediten la existencia de los servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia, la póliza de responsabilidad civil; la póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato. 13. Autorizar los servicios contenidos en el POS-S del II, III y IV nivel de complejidad, se exceptúa los servicios urgencias. 14. Las demás que se deriven del contrato y sean afines con la naturaleza del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: DURACION.** El presente contrato tendrá una duración de **DOCE (12) MESES** contados a partir del **01/01/2009** hasta el **31/12/2009**, sin embargo las partes de común acuerdo podrán prorrogarlo antes de su vencimiento, lo cual deberá constar por escrito. En ningún caso habrá prorrogas automáticas. **PARAGRAFO:** No obstante la terminación del contrato, los afiliados que se encuentren siendo atendidos por **EL CONTRATISTA** continuarán hasta el fin de su tratamiento y **LA EMPRESA** reconocerá a **EL CONTRATISTA** el valor de la atención de acuerdo al porcentaje de la UPC-S asignada en el presente Contrato. Si se termina el Contrato mientras se celebra el nuevo, los afiliados serán atendidos mediante una carta de intención. **CLAUSULA NOVENA: RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS.** **EL CONTRATISTA** contará con plena autonomía científica, técnica y administrativa, para efectos de la prestación de los servicios aquí contratados; por tal razón, **EL CONTRATISTA** asume en forma total o exclusiva, la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios que preste y a los afiliados de **LA EMPRESA**, así como también la responsabilidad que pueda derivarse de sus actos u omisiones y en igual sentido la relación médico - paciente - Hospital por lo que cualquier responsabilidad surgida de dicha relación será exclusiva de **EL CONTRATISTA** que presta los servicios; por lo tanto, **LA EMPRESA** no se hará responsable por los perjuicios que puedan derivarse del desarrollo de las actividades contratadas en la cláusula primera de este contrato prestada por **EL CONTRATISTA**. En el evento de que **LA EMPRESA** fuere condenada a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial por perjuicios causados a un afiliado remitido y atendido por **EL CONTRATISTA**, **LA EMPRESA** podrá ejercer la acción de repetición o la de llamamiento en garantía en contra de **EL CONTRATISTA** respectivamente. **EL CONTRATISTA** asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados a **LA EMPRESA** la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio a los afiliados. **PARAGRAFO PRIMERO: RELACION LABORAL.** **LA EMPRESA** no adquiere ningún tipo de relación laboral con **EL CONTRATISTA** ni con el personal que este contrate para la ejecución del contrato, por lo cual **EL CONTRATISTA** se compromete a pagar todos los derechos laborales que se desprendan del personal o personas que éste contrate para la ejecución del mismo. En este aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre el contratante. **PARAGRAFO SEGUNDO: GARANTIAS: EL CONTRATISTA** se obliga para con **LA EMPRESA** a su costa, a suscribir con una compañía de seguros legalmente establecida en el país, una póliza de responsabilidad civil profesional para Clínicas, Hospitales y médicos independientes, por evento o siniestro, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) meses más. **CLAUSULA DECIMA: AUDITORIA: LA EMPRESA**, establecerá, su propio sistema de auditoría, para garantizar la calidad de la prestación de los servicios de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011/2006, sin perjuicio de la auditoría médica que implante **EL CONTRATISTA** con los mismos fines. **PARAGRAFO PRIMERO: LA EMPRESA**, designará un AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD, con la experiencia y el perfil requerido para el desarrollo de esta actividad, el cual será acreditado y presentado formalmente y por escrito **EL CONTRATISTA**. **PARAGRAFO SEGUNDO: AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD** designado por **LA EMPRESA** velará por la adecuada atención de sus afiliados, comprobando derechos, situación de afiliación, estado de salud, revisando la pertinencia y oportunidad de los tratamientos y procedimientos que se deban aplicar al paciente, y autorizando la expedición de orden de servicios cuando se requiera. **PARAGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** facilitará al AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de **LA EMPRESA** sus instalaciones y el acceso a la historia clínica. El AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD de **LA EMPRESA** se regirá por la Resolución 1995 de 1999 con respecto a la Historia Clínica. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: RESPONSABILIDADES EN EL PAGO.** Salvo la atención de urgencias, **LA EMPRESA** pagará a **EL CONTRATISTA** los gastos que correspondan a la realización de los servicios que figuren única y exclusivamente en las respectivas Órdenes de Apoyo que expida para la atención del usuario. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: CESION.** **EL CONTRATISTA** no podrá ceder los derechos y obligaciones que adquieren por este contrato a ninguna persona natural o jurídica sin autorización previa y escrita de **LA EMPRESA**. No se permite la subcontratación de servicios para el cumplimiento del objeto contractual según norma vigente decreto 515 habilitación de Administradoras del Régimen Subsidiado. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: CAUSALES DE TERMINACION.** El presente Contrato terminará por las siguientes causas: a) La ocurrencia de hechos imprevistos e inevitables que imposibiliten la ejecución total del contrato. b) Por mutuo acuerdo entre las partes. c) La fuerza mayor o caso fortuito demostrado d) Incumplimiento de una o varias de las cláusulas de este contrato e) Vencimiento del término, el Objeto o el monto del contrato f) Por deslealtad y mala fe en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, caso en que **LA EMPRESA** procederá a la terminación unilateral sin perjuicio de las acciones legales del caso. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: INTERVENTORIA Y SUPERVISION CONTRACTUAL.** **LA EMPRESA** designará como Interventor al Gerente Seccional quien evaluará y supervisará la ejecución del presente contrato de prestación de servicios de salud y cumplirá las funciones legales, específicamente las siguientes: a) Propender porque el objeto del Contrato se cumpla en el término estipulado. b) Exigir la información y formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con **LA EMPRESA** y efectuar por parte de ésta las modificaciones y correcciones a que hubiere lugar. La anterior Interventoría se hará sin perjuicio de la que implemente **EL CONTRATISTA**. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: LIQUIDACION.** Para efectos de la liquidación del presente contrato **LA EMPRESA** realizará una liquidación final y preliquidaciones mensualizadas teniendo en cuenta el valor mensual inicial del contrato y la diferencia que resulte del último reporte de novedades de afiliación presentado por la respectiva entidad territorial de salud. **LA EMPRESA** Designará al Gerente Seccional quien al momento de su liquidación se acogerá en lo dispuesto a la ley 80 de 1.993, con un plazo máximo de cuatro meses (04) contados a partir de la fecha de su terminación para la liquidación final. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: COMPROMISORIA:** Las partes acuerdan que en la eventualidad del surgimiento de discrepancias o diferencias por razón o con ocasión del desarrollo del presente Contrato, buscarán la solución en forma directa mediante conciliación o transacción, para lo cual se conceden mutuamente un plazo de diez (10) días a partir de la notificación que una de las partes le haga a la otra. Si en dicho término no fuere posible acordar fórmulas de arreglo en forma total o parcial, someterán sus diferencias a la amigable composición ante autoridad competente de conformidad con las normas vigentes sobre la materia. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: MERITO EJECUTIVO.** El presente contrato con las facturas por prestación de servicios, constituyen título valor complejo y en consecuencia, prestarán mérito ejecutivo cuando contengan una obligación clara, expresa y exigible. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: MODIFICACIONES.** Este Contrato esta sujeto a las modificaciones que establezcan las autoridades competentes, en los términos y las formalidades correspondientes y se anexará al contrato original. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: IMPUTACION PRESUPUESTAL.** Sin perjuicio de la normatividad que rige la celebración, ejecución y terminación de este contrato, para cancelar los servicios causados por concepto **NIVEL SUBSIDIOS PARCIALES**, del presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de 2.009, según Certificación No 00507. **CLAUSULA VIGESIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL.** Para efectos de este contrato las partes establecen como domicilio Contractual la ciudad de Cali, La facturación y demás comunicaciones que remita **EL CONTRATISTA** serán recepcionadas por **LA EMPRESA**, en La Ciudad de


301 43  
Selvasalud  
Naturalemente!

CONTRATO DE SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIO PARCIAL No. 090176109074 DE 2009, SUSCRITO ENTRE SELVASALUD S.A. EPS-S. Y  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA

BUENAVENTURA. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.** 1) El portafolio de Servicios de **EL CONTRATISTA.** 2) Formulario de inscripción en el Registro Especial de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud debidamente radicado ante la entidad departamental o Distrital de salud correspondiente el cual incluye el detalle de los servicios declarados. 3) fotocopia de cedula de ciudadanía del Representante legal. 4) copia del RUT de acuerdo a norma tributaria. 5) Certificado de antecedentes penales, disciplinarios y fiscales del representante legal de LA IPS Actualizados. 6) Base de Datos de los afiliados a LA EMPRESA en medio magnético a quienes atenderá **EL CONTRATISTA.** 7) Certificados de existencia y representación legal de **EL CONTRATISTA.** 8) Documentos de nombramiento y acta de posesión del Representante legal. 9) Pólizas de responsabilidad civil descritas en el parágrafo Segundo de la Cláusula Novena de este contrato. 10) Registrar La Cuenta Bancaria Tipo, Número, para efectuar los pagos, la cuenta debe estar registrada a nombre de **EL CONTRATISTA.** **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: GARANTIAS:** **EL CONTRATISTA** se compromete a constituir a favor de LA EMPRESA una Póliza que ampare: 1) El cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surjan a cargo del CONTRATISTA con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, constituida sobre el 10% del valor total del contrato y con una vigencia igual a la de su duración y cuatro (4) meses más. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: PERFECCIONAMIENTO.** El presente Contrato se considera perfeccionado con 1) la firma de las partes, 2) Aprobación de las garantías 3) la expedición del Registro Presupuestal de LA EMPRESA. Hasta aquí las cláusulas del contrato.

Para constancia se firma a 01 de Enero de 2009.

Por LA EMPRESA

  
EMMA CECILIA GARCÍA  
Gerente Seccional Valle del cauca  
Resolucion No. 4175 de 29 de diciembre de 2008

Por EL CONTRATISTA

  
MARIA LEONOR AMU SINISTERRA  
Representante Legal

REVISO: ANGELICA BERNAL

PROYECTO: GARDEL JURADO