



Super**Subsidio**

## SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ D.C. 16/05/2024

**LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 2595 DE 2012**

#### CERTIFICA

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

NIT. 890.303.208-5

DOMICILIO: CALI

DIRECCIÓN: CARRERA 23 No. 26B - 46 AUTOPISTA SUR ORIENTAL

TELÉFONO: 3340000, 3358742, 3364353

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES: [notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co)

#### CONSTITUCIÓN Y OBJETO

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2734 DEL 3 DE OCTUBRE DE 1957, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA DE MANERA INDEFINIDA Y SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTICULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN.

EL OBJETO DE LA CORPORACIÓN ES EL DE PROMOVER LA SOLIDARIDAD SOCIAL ENTRE EMPLEADORES Y TRABAJADORES MEDIANTE EL OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO EN DINERO O EN ESPECIE Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE, ORGANIZADOS CON EL ESFUERZO COMÚN, INCREMENTEN EL PODER ADQUISITIVO DE LOS NÚCLEOS FAMILIARES. ESPECÍFICAMENTE LA CAJA TENDRÁ LAS FUNCIONES QUE SE SEÑALAN EN EL ARTÍCULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, QUE ADICIONA EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 21 DE 1982.

#### REPRESENTACIÓN LEGAL

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 21 DE 1982 Y EL ARTÍCULO 49 DE LOS ESTATUTOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B - 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





XX, LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CORPORACIÓN ESTA A CARGO DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO, QUIEN SERA ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRES	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	16.789.565	JACOBO TOVAR CAICEDO	112 25/02/2016
SUPLENTE	66.783.599	ALEJANDRA JARAMILLO GONZÁLEZ	0135 24/03/2021
TERCER SUPLENTE	16.696.618	DAVID ALBERTO LONDOÑO ISAZA	0524 02/10/2009

#### **FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

CONFORME AL ARTICULO 50 DE LOS ESTATUTOS SON FUNCIONES DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO LAS SIGUIENTES: A) CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LOS ESTATUTOS, REGLAMENTOS INTERNOS, ORDENES Y RESOLUCIONES DE LOS DIVERSOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN. B) PRESENTAR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR LOS INFORMES GENERALES O PERIÓDICOS QUE SE LE SOLICITEN SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LOS PLANES Y PROGRAMAS, LA SITUACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD Y LOS TÓPICOS QUE SE RELACIONAN CON LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO. C) RENDIR ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO LOS INFORMES TRIMESTRALES DE GESTIÓN Y DE RESULTADOS. D) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EN ASOCIO DEL CONSEJO DIRECTIVO EN LAS SESIONES ORDINARIAS DE AQUELLA, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN Y SOBRE LAS INNOVACIONES QUE CONVenga INTRODUCIR, PROYECTOS DE DESARROLLO, PROGRAMAS TENDIENTES AL MEJOR SERVICIO DE LOS ASOCIADOS. E) PRESENTAR AL CONSEJO DIRECTIVO LOS PROYECTOS DE DESARROLLO DESTINADOS AL MEJORAMIENTO Y EXTENSIÓN A OTRAS ÁREAS DE LOS SERVICIOS DE LA CAJA, ASÍ COMO LOS PRESUPUESTOS DE INGRESOS Y GASTOS DE LA CORPORACIÓN EN CADA CASO Y CON LA PERIODICIDAD CONVENIENTE. F) CUIDAR DE LA RECAUDACIÓN E INVERSIÓN DE LOS FONDOS DE LA CORPORACIÓN. G) ADQUIRIR Y ENAJENAR BIENES MUEBLES E INMUEBLES, CELEBRAR EL CONTRATO COMERCIAL DE CAMBIO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES, ASÍ COMO LOS DEMÁS ACTOS DE DISPOSICIÓN Y ADMINISTRACIÓN, DENTRO DE LAS LIMITACIONES QUE ESTABLEZCA EL CONSEJO DIRECTIVO PERIÓDICAMENTE. H) ASUMIR LA REPRESENTACIÓN DE LA CAJA CON ATRIBUCIONES PARA CONFERIR A TERCEROS EN ORDEN DE LA DEFENSA DE LOS INTERESES DE LA ENTIDAD CON FACULTADES PARA CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR, DESISTIR Y SUSTITUIR, CON LA LIMITACIÓN EN CUANTÍA QUE PREVIAMENTE FIJE EL CONSEJO DIRECTIVO. I) HACER LOS NOMBRAMIENTOS DEL PERSONAL PARA LOS CARGOS CREADOS POR EL CONSEJO DIRECTIVO Y QUE NO

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





SEAN DE LA EXCLUSIVA COMPETENCIA DE ESTE O DE LA ASAMBLEA GENERAL. J) SEÑALAR LAS ATRIBUCIONES DE CADA CARGO; DELEGAR LAS FUNCIONES QUE ESTIME CONVENIENTE DE CONFORMIDAD CON EL CONSEJO Y PRESENTAR A ESTE ÚLTIMO PERIÓDICAMENTE EL PROYECTO DE ASIGNACIONES DENTRO DE LAS CORRESPONDIENTES CATEGORÍAS EN QUE SE ENCUENTRE UBICADO EL PERSONAL DENTRO DEL ESCALAFÓN DE OFICIOS Y SALARIOS DE LA EMPRESA. K) LLEVAR LA REPRESENTACIÓN DE LA CORPORACIÓN ANTE LOS ESTAMENTOS CÍVICOS, SOCIO- ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LA COMUNIDAD. L) LOS DEMÁS QUE LE ASIGNE EL CONSEJO DIRECTIVO O LA ASAMBLEA.

#### **LIMITACIONES PARA CONTRATAR:**

EN EL ACTA No. 71 CORRESPONDIENTE A LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE EMPLEADORES AFILIADOS REALIZADA EL 25 DE MAYO DE 2023, SE ESTABLECIÓ LA CUANTÍA HASTA LA CUAL PUEDE CONTRATAR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO ASÍ:

- PARA SUSCRIBIR CONTRATOS HASTA POR MIL (1000) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES.
- CONTRATOS PARA LA VENTA O SUMINISTRO DE BIENES O SERVICIOS CON PERSONAS NATURALES O JURÍDICA DE CARÁCTER PRIVADO O PÚBLICO, QUE NO COMPRENDA LA VENTA Y/O COMPRA DE BIENES INMUEBLES DE LA CORPORACIÓN, UNA CUANTÍA DE CINCO MIL (5000) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES.

ESTA DECISIÓN FUE APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0017 DEL 04 DE ENERO DE 2024. (EJECUTORIADA EL 07 DE FEBRERO DE 2024).

#### **REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES:**

NOMBRE: DAVID ALBERTO LONDOÑO ISAZA

C.C. 16.696.618

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0524 DEL 2/10/2009

#### **CONSEJO DIRECTIVO - PERIODO 2022 - 2026**

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 632 DEL 29/09/2022.

PRINCIPAL		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





PRIMER RENGLÓN	INNOVACIÓN Y GERENCIA LTDA. NIT. 900.115.850-3	EDUARDO FERNÁNDEZ DE SOTO TORRES C.C. No. 14.986.983
SEGUNDO RENGLÓN	EXTRAS S.A. NIT. 890.327.120-1	MARCELA LONDOÑO ESTRADA C.C. No. 66.987.159
TERCER RENGLÓN	VALLECILLA B. Y VALLECILLA M. Y CIA S.C.A CARVAL DE COLOMBIA NIT. 890.318.919-9	LILIANA VALLECILLA MARTÍNEZ C.C. No. 31.147.223
CUARTO RENGLÓN	MULTI OFICINAS DE COLOMBIA S.A.S NIT. 900.512.969-3	KEES GUILLERMO STAPEL CAICEDO C.C. No. 16.749.106
QUINTO RENGLÓN	FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA NIT. 860.007.538-2	HÉCTOR FABIO CUELLAR LÓPEZ C.C. No. 19.345.998
<b>SUPLENTE</b>		
<b>RENGLÓN</b>	<b>AFILIADO</b>	<b>DESIGNADO</b>
PRIMER RENGLÓN	DATECSA S.A NIT. 800.136.505-4	CARLOS ANDRÉS PIEDRAHITA TELLO C.C. No. 94.382.633
SEGUNDO RENGLÓN	CARVAJAL PROPIEDADES E INVERSIONES S.A. NIT. 890.300.005-3	ANA MILENA MUÑOZ ROLDAN C.C. 31.176.480
TERCER RENGLÓN	TECNOQUÍMICAS S.A NIT. 890.300.466-5	ANA MARÍA ÁLVAREZ ROBLEDO C.C. No. 31.170.896
CUARTO RENGLÓN	GESTIONES & NEGOCIOS SAS NIT. 800.109.327	FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTROYA C.C. 16.737.287
QUINTO RENGLÓN	PROTERRA COLOMBIA S.A NIT. 891.300.671-2	MAURICIO BARNEY VILLEGAS C.C. No. 16.781.818

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 3021 DEL 27 DE JULIO DE 2022 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DEL TRABAJO Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR LA

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio







SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A PARTIR 27 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

PRINCIPAL		
RENGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER RENGLÓN	INDUSTRIA LICORERA DEL VALLE NIT. 890.399.012-0	VICTOR MANUEL ESCOBAR MORENO CC. 14.880.373
SEGUNDO RENGLÓN	SOCIEDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS DEL VALLE DEL CAUCA S.A. E.S.P. NIT. 890.399.032-8	MARGARITA LÓPEZ C.C. No. 29.809.875
TERCER RENGLÓN	CARTÓN DE COLOMBIA S.A. NIT. 890.300.406	LUIS ÁLVARO VILLANUEVA SANTOS C.C. No. 10.024.196
CUARTO RENGLÓN	PROVIDENCIA NIT. 891.300.238-6	DIEGO TEJADA MÁRQUEZ C.C. No. 6.402.590
QUINTO RENGLÓN	MANUELITA S.A. NIT. 891.300.241-9	JAIRO ANTONIO SAAVEDRA GONZÁLEZ C.C. No. 6.292.294
SUPLENTE		
RENGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER RENGLÓN	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT 890.303.841-8	LUIS ENRIQUE VALENCIA ANGULO C.C. No. 16.779.703
SEGUNDO RENGLÓN	BAVARIA S.A NIT- 860.005.224-6	JIMMY CAMARILLO VIVAS C.C. No. 94.524.744
TERCER RENGLÓN	U.A.E. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	SAMUEL JOSÉ GARCÍA PABÓN C.C. No. 79.807.712

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





	NIT. 800.197.268-4	
CUARTO RENGLÓN	AGRÍCOLA CAUCANA S.A NIT. 891.300.222-9	NELSON MOLINA C.C. No. 6.398.928
QUINTO RENGLÓN	INGENIO CARMELITA NIT. 891.900.196- 1	APOLINAR SOLIS MOSQUERA C.C. No. 94.391.653

**REVISOR FISCAL - PERIODO 2022-2026**

REVISOR FISCAL	PERSONA JURÍDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	ACTA Y FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	CG CONSULT ORÍA CONTABLE S.A.S. NIT. 900.763.41 8-3	CONSTANZA EUGENIA COLLAZOS GÓMEZ	31.938.125	36.623-T	0632 29/09/2022	003 25/04/2023
SUPLENTE	N/A	CARLOS ANDRÉS BUENO PORTILLA	16.506.322	97940-T	0017 04/01/2024	013 06/03/2024

EL PRESENTE CERTIFICADO CUENTA CON UNA VIGENCIA DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO.

**GLORIA MARIBEL TORRES RAMÍREZ**  
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA  
Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Proyectó: Laura Carolina Porras Melgarejo – Profesional Universitario  
Revisó: Ledys Stella Riascos Suarez – Coordinadora Grupo Interno de Registro y Control

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional [www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co)

Correo electrónico [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**CONTRATANTE:** EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS

**NIT:** 805001157-2

**CONTRATISTA:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)

**NIT:** 890.303.208-5

**FECHA DE INICIO:** PRIMERO (1º) DE ENERO DE DOS MIL DOCE (2012)

**FECHA DE TERMINACIÓN:** TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE DOS MIL DOCE (2012)

**NUMERO DEL CONTRATO:** 1062

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud, identificada con el Nit. 805001157-2 y con domicilio principal en la ciudad de Santiago de Cali, que para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE** o también **EPS SOS S.A.**, de una parte y **EDUARDO GARCES MENDOZA**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Santiago de Cali, identificado con cédula de ciudadanía 16.595.198 de Cali, quien obra en calidad de Director Administrativo Suplente y como tal representante legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**, Corporación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con existencia legal y domicilio en la ciudad de Santiago de Cali, con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante Resolución N° 2734 del 3 de Octubre de 1957, institución prestadora de servicios de salud debidamente inscrita en el registro de prestadores de servicios de salud por la autoridad competente según consta en la certificación que se acompaña como **Anexo N° 1 – FORMULARIO DE HABILITACIÓN O CERTIFICADO DE HABILITACIÓN** al presente contrato, quien en adelante para efectos de este contrato se llamará **COMFANDI** o también **EL CONTRATISTA**, de otra parte, acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Asistenciales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), todos bajo la modalidad de **EVENTO**, regido por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas se aplicaran las normas correspondientes. **PRIMERA: OBJETO.-** El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios asistenciales de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo vigente al momento de la prestación de servicios y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), a todos los afiliados y beneficiarios que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, atención que se prestará con la debida diligencia y cuidado que se acostumbra en el ejercicio de sus actividades profesionales, en forma independiente, autónoma y bajo su propia cuenta y riesgo, en las sedes de **EL CONTRATISTA** ubicadas en los siguientes municipios: **Zona Norte:** Cartago;

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

Página 1 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**Zona Centro:** Buga, El Cerrito, Guacarí, Tuluá; **Zona Occidente:** Buenaventura; **Zona Sur:** Cali, Candelaria, Pradera, Palmira, Yumbo; Clínica Comfandi Tequendama y Clínica Amiga.

**PARÁGRAFO:** Los servicios que deberá prestar **EL CONTRATISTA** bajo el presente contrato serán únicamente aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos identificados en el **Anexo No. 2 - PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS** para el plan obligatorio de Salud y en el anexo N° 2 para los afiliados al Plan Complementario de Salud PAC- servicios que se encuentren debidamente habilitados por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 FORMULARIO DE HABILITACION Y/O CERTIFICACION DE HABILITACION** que hace parte

integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda.

**SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.-** **EL CONTRATISTA** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con la prestación de los servicios objeto del presente contrato: **1.** Prestar los servicios especificados en el presente contrato o sus anexos que se encuentren habilitados al momento de la prestación del servicio a todos los afiliados y beneficiarios de **EL CONTRATANTE** que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, cumpliendo los estándares de calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y lo, establecido en el **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR**. **2.** Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos:

**A)** Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados, **B)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, **C)** Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única. **3.** En razón de la naturaleza de los servicios prestados **EL CONTRATISTA** se obliga dentro del marco que imponen las normas legales a cumplir con aquellas que fijan las condiciones sanitarias, a tener implementado el Sistema de Quejas y Reclamos, las que reglamentan la libre y leal competencia, el régimen de referencia y contrarreferencia, al nombramiento posesión e inscripción de Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud (a menos que **EL CONTRATISTA** demuestre que legalmente no está obligado) para lo cual aportará la respectiva Acta de Posesión ante la Superintendencia Nacional de Salud, al pago de la Tasa de Contribución a la Superintendencia Nacional de Salud, al reporte de la información a la Supersalud, así como el cumplimiento de las demás condiciones como IPS establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Única y sus normas reglamentarias, a cumplir permanentemente con los requisitos de habilitación establecidos en el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007 y demás normas que las completen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento durante toda la vigencia del mismo; **4.** Prestar los servicios de salud objeto del presente contrato, a través de profesionales de salud idóneos y debidamente autorizados para ejercer los servicios

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 2 de 24



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

contratados, por parte de la autoridad competente; 5. Poner a disposición de la población amparada de forma permanente y continua todos los recursos científicos, tecnológicos, humanos, insumos y demás, que garanticen el acceso a los servicios de salud conforme al nivel de atención requerido, con el fin de proporcionar una adecuada atención al usuario; 6. Verificar la calidad de afiliado que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por **EL CONTRATANTE**, para lo cual deberá exigir el documento de identidad. 7. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule **EL CONTRATANTE** en el desarrollo y ejecución del objeto del presente contrato, entre los cuales se encuentran: a) **EL CONTRATISTA**, suministrará los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), acorde con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000. b) Suministrar los informes definidos en la **Circular Única 049 de 2008** con la periodicidad allí establecida. c) Suministrar información estadística que **EL CONTRATANTE** requiera y en la forma que éste determine, con la periodicidad previamente acordada con **EL CONTRATISTA**. d) Suministrar mensualmente a **EL CONTRATANTE**, los indicadores de seguimiento de riesgo y de calidad e) **EL CONTRATISTA**, presentará con una periodicidad mensual, el informe de actividades de detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública y el consolidado de actividades educativas según formato **ANEXO No. 4 (Formato reporte Enos y Centinelas – Decreto 3518 de 2006)** suministrado por **EL CONTRATANTE**, f) Informar mensualmente a **EL CONTRATANTE** sobre los eventos de interés de la Vigilancia en Salud Pública, de conformidad con lo estipulado en el Decreto 3518 de 2006; y el Plan Nacional de Salud Pública vigente para el cuatrienio. Así como la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos centinelas que se presenten entre los usuarios afiliados (cotizantes o beneficiarios) de **EL CONTRATANTE** de acuerdo a lo previsto en la Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de la Protección Social; 8. Informar a **EL CONTRATANTE** todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios, cuando estos sean identificados; 9. Cumplir permanentemente con las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mejoramiento de la calidad y el componente de Auditoría Médica, de conformidad a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1446 de 2006, la Resolución 2680 de 2007 y la Circular Única 049 de 2008, y demás normas que las complementen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento; 10. Informar a **EL CONTRATANTE** sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su atención, y enviar copia del Certificado de Defunción debidamente diligenciado, junto con la facturación de los servicios prestados. **PARÁGRAFO:** La información de fallecidos será reportada a la **EPS SOS S.A** o en su defecto, directamente a la jefatura de Epidemiología y Salud Pública dentro del término de presentación de la facturación que tenga estipulado el prestador. 11. Cumplir con lo previsto para las Historias Clínicas en la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999 y demás normas concordantes. Deberá efectuar el registro obligatorio de todo cuanto competa a la atención del servicio de salud. En caso de sistematización de la misma, se debe garantizar su inalterabilidad. Deberá conservar la historia clínica por un período mínimo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención; mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo quince (15) años en el archivo central. 12. Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, cumpliendo con los parámetros establecidos en la Ley, Decretos, Jurisprudencia y demás, de acuerdo a la actividad médica; 13. Cumplir cabalmente con el

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

proceso y procedimiento que hace parte integral del presente contrato, establecido para la remisión de los afiliados que ingresen por su institución, hacia cualquiera de las IPS que conforman la red de prestadores de **EL CONTRATANTE**, o a la que en casos de excepción éste le autorice, garantizando en todo caso la continuidad de la atención, manejo y cuidado del paciente hasta el ingreso de éste a la IPS receptora. **Anexo No. 5 - MANUAL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA;** 14. Expedir los certificados de incapacidad y licencias por maternidad a que diere lugar el proceso de atención del afiliado y dejar constancia en la Historia Clínica; 15. Permitir a **EL CONTRATANTE** el ejercicio permanentemente de la interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA;** 16. Diligenciar los documentos soportes (Historia Clínica, justificación de solicitud de medicamentos y/o procedimientos NO POS, orden y/o fórmula médica) para tramitar ante el Comité Técnico Científico los medicamentos y/o procedimientos que no hacen parte de la cobertura del Plan Obligatorio de salud, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3099 de 2008 y Resolución 3754 de 2008. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** suministrará todos los documentos soportes al **CONTRATANTE** dentro de las 24 horas siguientes a la formulación de medicamentos y/o procedimientos NO POS, para que **EL CONTRATANTE** proceda a analizar la solicitud en el Comité Técnico Científico; 17. Atender las recomendaciones y sugerencias realizadas por los auditores de Garantía de Calidad de **EL CONTRATANTE;** 18. Garantizar la suficiencia de infraestructura física y recurso humano para prestar los servicios objeto del presente contrato a partir de la capacidad instalada, en relación con la población de **EL CONTRATANTE;** 19. Cobrar los copagos y cuotas moderadoras contempladas en el Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, aclaren, deroguen o adicionen, normas que forman parte integral de éste contrato, cuyo recaudo efectivo hará parte del valor mensual que **EL CONTRATANTE** reconoce como contraprestación a **EL CONTRATISTA.** **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de no realizarse recaudo efectivo de la totalidad de la cuota de recuperación, este hecho se declarará en formato definido para tal fin (FGDQ50-0) y el valor efectivamente no recaudado no se descontará a **EL CONTRATISTA.** **Anexo No. 6 - FORMATO DE NO RECAUDO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN.** **EL CONTRATISTA** debe abstenerse de cobrar al afiliado suma adicional alguna por la prestación de los servicios contenidos en el objeto del presente contrato diferentes de los copagos y cuotas moderadoras; 20. Responder con la oportunidad que requieran las solicitudes que haga **EL CONTRATANTE** directamente o a través de la auditoría, en relación con la calidad y oportunidad de los servicios prestados o a la pertinencia de los procedimientos o formulación de los medicamentos a los usuarios o que generen quejas, tutelas, derechos de petición u otras, deberán resolverse dentro de los términos de Ley o los indicados en las mismas y se conformará un comité integrado por dos representantes del **CONTRATANTE** y dos representantes del **CONTRATISTA** para elaborar y seguir un plan de mejoramiento que establezca metas que deberán cumplirse en los plazos pactados; 21. Prestar el Plan Obligatorio de Salud de conformidad con la normatividad vigente y adoptar como guía para la formulación los medicamentos considerados en el manual de medicamentos establecido en Plan Obligatorio de Salud vigente y las normas que lo adicionen o modifiquen, siguiendo los lineamientos contemplados en el Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. **PARÁGRAFO:** Las normas aquí previstas se aplicaran al presente contrato mientras no surja norma que las derogue, sustituya o modifique. 22. **EL**

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 4 de 24



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**CONTRATISTA** se compromete con **EL CONTRATANTE**, en enviar factura con soporte detallado de la compra de medicamentos e insumos, de conformidad a la Resolución 3047 de 2008 – Anexo Técnico No. 5 Literal a, Numeral 11. **23. EL CONTRATISTA** se compromete a no prescribir los servicios de salud que se deriven de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y/o los considerados como cosméticos y/o suntuarios; **24.** Cumplir con los procedimientos de acuerdo con lo establecido en el **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR.** **25.** Suministrar a **EL CONTRATANTE** los soportes documentales que provengan de **EL CONTRATISTA**, que sean necesarios y obligatorios para adelantar el trámite de recobro ante el FOSYGA, ARP, compañías de seguro y otras EPS, por prestación de servicios según lo establecido en el **Anexo No. 3– MANUAL DEL PRESTADOR.** **26.** Prestar los servicios asistenciales en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional de acuerdo a las disposiciones de la Ley 776 de 2002 y el Decreto 1295 de 1994 y demás normas complementarias, y dar aviso por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, normas que hacen parte integral de éste contrato. Estos eventos serán pagados por **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA** de acuerdo con las tarifas pactadas en el presente contrato, previa presentación de la cuenta de servicios diligenciada y acompañada de los documentos que a continuación se relacionan: **1)** Resumen amplio, legible y completo de la historia clínica. **2)** Factura individual por atención en original y dos copias firmadas por el afiliado y/o su representante. **3)** Autorización de servicios si es el caso. **4)** Resumen de atención de acuerdo a la Resolución No. 3905 de 1994 del Ministerio de la Protección Social. **5)** Soportes originales de los servicios facturados. **6)** Informe del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional; **27.** Informar por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso del paciente, la atención que presten con ocasión de eventos urgentes, **EL CONTRATISTA** notificara en caso de accidente de tránsito al **CONTRATANTE** en el término previsto en la ley y antes de que se agote el tope vigente del SOAT; **28.** No exigirle al usuario autenticaciones de ningún documento; **29.** Diligenciar documentos para notificar a la respectiva Seccional o Secretaría de Salud, enfermedades de obligatorio reporte. **30.** Responder legal y patrimonialmente por los daños y/o perjuicios que hubiera cancelado **EL CONTRATANTE** por cualquier clase de condena, en el cual hubiera mediado dolo o culpa en cualquier grado por parte del **CONTRATISTA**, en cumplimiento del presente contrato. **31.** Adquirir los **Formatos de control para medicamentos especiales** regulados en la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Protección Social en los expendios oficiales. **32.** Las demás obligaciones que emanen de la naturaleza del presente contrato y las que se deriven o impongan de las normas legales sobre los servicios objeto del mismo. **TERCERA OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.-** Son obligaciones de **EL CONTRATANTE**, además de las que por ley le corresponden para la operación de aseguramiento en salud del régimen contributivo, las siguientes: **1.** Disponer medios de comunicación que permitan la identificación de la población objeto de la prestación de servicios de este contrato; **2.** Garantizar una red suficiente para la referencia y contrarreferencia, para servicios no incluidos en el objeto del presente contrato. **PARÁGRAFO:** Cuando **EL CONTRATISTA** por motivos de disponibilidad y/o capacidad, no pueda prestar los servicios incluidos en el objeto del presente contrato, solicitará y validará con **EL CONTRATANTE** la remisión del usuario a la red adscrita; **3.** Incorporar, en su Manual de

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

Auditoría de Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría que le permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de **EL CONTRATISTA**, teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 6, numeral 9, del Decreto 4747 de 2007, respecto a la periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas; **4.** Pagar a **EL CONTRATISTA** el valor de los servicios contratados debidamente habilitados, especificados dentro del objeto del presente contrato, en los plazos y condiciones establecidos en el mismo; **5.** Dar a conocer a **EL CONTRATISTA** los mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador, así como los indicadores que serán utilizados para tal fin, lo anterior hace parte del presente contrato. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR.**; **6.** Cubrir la parte de los servicios médicos asistenciales con ocasión de accidentes de tránsito que excedan los toques en SMLMV que corresponden asumir al fondo o seguro obligatorio de accidentes de tránsito – SOAT y al FOSYGA, de acuerdo a la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio, siempre y cuando hagan parte del objeto del presente contrato. **7.** Recibir las facturas presentadas por **EL CONTRATISTA** siempre y cuando reúnan los soportes detallados en la Resolución 3047 de 2008 y los demás establecidos en el presente contrato, según la modalidad de facturación **8.** Hacer la revisión íntegra de las facturas antes de proceder a efectuar las glosas; **9.** Garantizar una línea de atención 24 horas para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes; **10.** Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato o de las normas que lo rigen. **CUARTA. EXCLUSIONES.-** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** No obstante lo anterior y en virtud del cumplimiento de fallo de tutela o mediante autorización del Comité Técnico Científico, CTC, hospitalario en casos de urgencia o autorización del CTC del contratante, se procederá de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Séptima del presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Acuerdo 008 de 2009 y la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que lo modifiquen, adicionen y que no estén plenamente derogadas. **QUINTA. PROHIBICIONES.- EL CONTRATISTA** no podrá: **1.** Realizar prácticas discriminatorias en su atención a los usuarios; **2.** Divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera **EL CONTRATANTE**, para efectos de éste contrato, o la autoridad competente o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación de **EL CONTRATISTA** obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud, excepto los requeridos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. **SEXTA. TARIFAS.- EL CONTRATANTE** reconocerá a **EL CONTRATISTA** por sus servicios, el valor definido en el **Anexo No. 2 PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALORES DE LOS SERVICIOS**, que hace parte integral del presente contrato. El pago se efectuará a los sesenta (60) días calendario siguiente al de la presentación de la factura o de conformidad al procedimiento establecido en la normatividad vigente, mediante consignación a una cuenta bancaria que se encuentre debidamente certificada por la entidad financiera. **SÉPTIMA. FACTURACIÓN Y GLOSAS.- EL CONTRATISTA** deberá presentar la factura acompañada de la relación discriminada de cada uno de los servicios prestados

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

identificando plenamente los servicios POS y NO POS y el número y fecha de la autorización de servicios emitida por **EL CONTRATANTE**, de acuerdo al procedimiento que para tal efecto se encuentra establecido por la normatividad vigente y soporte detallado de compra de los medicamentos e insumos, de conformidad con la Resolución 3047 de 2008 - Anexo Técnico No.5, Literal a, Numeral 11. La factura deberá cumplir con todos los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos Nacionales y por el Código de Comercio. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR. PARÁGRAFO PRIMERO.-** En todos los casos, el valor del copago y de la cuota moderadora que haya recaudado **EL CONTRATISTA**, deberá ser descontado por este dentro de la factura que presente por el servicio afectado con tal cuota de recuperación. **PARAGRAFO SEGUNDO.-** Se procederá en el trámite de glosas, devoluciones y respuestas de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 4747 de 2007. **OCTAVA. DURACIÓN.-** La duración del presente contrato es de un (1) año, contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por períodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo que establezca la cláusula de terminación dispuesta en el presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** El presente contrato se entenderá perfeccionado una vez suscrito por los representantes legales. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- VIGENCIA** el presente contrato entrará en vigencia y ejecución a partir del **Primero (1) de Enero de 2012. NOVENA: AUTONOMIA:** Los servicios de salud a que se refiere este contrato serán prestados por **EL CONTRATISTA** a solicitud y por voluntad del usuario, a través de su personal médico, paramédico y administrativo con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa y bajo su propia y exclusiva responsabilidad, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes a su nivel de atención. **PARÁGRAFO:** Sin lesionar su autonomía técnica y profesional **EL CONTRATISTA** acepta que **EL CONTRATANTE** o su representante efectúe una supervisión o auditoría sobre la ejecución de su servicio profesional encomendado, fundamentalmente sobre los procedimientos utilizados y la actividad desplegada así como también acepta la formulación de las recomendaciones y sugerencias que **EL CONTRATANTE** considere necesarias para el logro en la prestación del servicio contratado. **DÉCIMA. SISTEMA DE INFORMACIÓN- EL CONTRATISTA** se obliga a aceptar el Sistema de Información implementado por **EL CONTRATANTE**. **DÉCIMA PRIMERA. MULTAS POR INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATISTA.-** En caso de mora o de incumplimiento parcial por parte de **EL CONTRATISTA** de cualquiera de las obligaciones contraídas en virtud del contrato **EL CONTRATANTE** podrá imponerle a **EL CONTRATISTA** multas equivalentes al (0.33%) diario y hasta por el diez por ciento (10%) del valor del contrato. Las multas de mayor cuantía se impondrán por incumplimiento en la prestación de los servicios, quejas presentadas por los usuarios sobre la calidad de la atención brindada, las cuales se entenderán probadas cuando haya mediado una evaluación por parte de la auditoría médica de **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA** y por la no entrega oportuna de la información. **DÉCIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se suspenderá por las siguientes causas: **a)** En caso de que **EL CONTRATANTE** encontrare que **EL CONTRATISTA** no cumple con una o más de las condiciones del sistema de habilitación en este caso pondrá en conocimiento del hecho a la Entidad Departamental de Salud competente. **b)** En caso que **EL CONTRATANTE** encontrare que **EL CONTRATISTA** incumpla parcialmente las obligaciones contraídas en virtud del contrato. **DÉCIMA TERCERA. TERMINACIÓN-** El presente contrato se terminará por cualquiera de las siguientes causales: **a)** Por vencimiento del término inicialmente pactado o el



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

de cualquiera de sus prorrogas. b) Por mutuo acuerdo de las partes. c) Por incumplimiento de cualquiera de las partes respecto de las obligaciones derivadas de este contrato. d) Cuando el incumplimiento sea en la calidad del proceso de atención brindada al usuario, el cual se entenderá probado cuando hayan mediado por lo menos (2) dos requerimientos documentados por parte de la auditoría médica de **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA**, sin que se haya dado cumplimiento al plan de acción acordado entre las partes. e) Si **EL CONTRATISTA**, comete irregularidades en la presentación de las cuentas de cobro y no son corregidas oportunamente o se demuestra que hubo dolo por parte de éste; f) Por la inclusión de cualquier registro, documento o informe, suministrado por **EL CONTRATISTA**, que sea ficticio. g) Por la revocatoria o vencimiento del registro especial de prestadores de servicios de salud, por parte de la autoridad competente. h) Unilateralmente por cualquiera de las partes mediante comunicación escrita con una antelación no inferior a sesenta (60) días a la fecha en que se desee dar por terminado. Las partes renuncian expresamente al cobro de cualquier indemnización, multa o pena por la aplicación de ésta causal. i) Por las demás causales previstas en la ley. **PARÁGRAFO PRIMERO.**- La terminación del contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita, suscrita por el representante legal de la entidad que haya decidido finalizar la relación contractual, indicando de forma expresa la causal de terminación y ordenando su liquidación en el estado en que se encuentre. En caso de que la terminación sea por mutuo acuerdo, la decisión deberá ser suscrita por los representantes legales de ambas entidades. (4) meses desde la fecha de vencimiento del contrato. La liquidación constará por escrito en la cual se determinaran todos los hechos del contrato, se discriminará el valor total del mismo, los valores pagados anticipadamente, los saldos a favor y en contra de cada una de las partes, y las fechas límite de pago de las sumas faltantes. El contrato y la liquidación prestarán mérito ejecutivo. **DÉCIMA CUARTA. EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL.- EL CONTRATISTA** obrará por su propia cuenta y riesgo en la prestación del objeto del presente contrato, sin que se encuentre sometido a subordinación, ni solidaridad laboral con **EL CONTRATANTE**, de manera tal que no se configura ningún tipo de relación laboral entre las partes ni entre **EL CONTRATANTE** y el personal que **EL CONTRATISTA** emplee para la ejecución y cumplimiento del presente contrato. **DÉCIMA QUINTA. PÓLIZAS DE SEGUROS. COMFANDI** declara que tiene constituidas pólizas de seguros de Responsabilidad Civil Extra contractual y de Responsabilidad Civil Profesional, para cubrir los eventos inciertos que pudieren llegar a ocurrir en la prestación de los servicios de salud objeto del presente contrato. **DÉCIMA SEXTA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.-** Las eventuales diferencias que llegaren a surgir entre los contratantes con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución y terminación de este contrato y que no pudiesen ser solucionados directamente por ellos, serán dirimidas mediante la jurisdicción ordinaria. **DÉCIMA SEPTIMA. RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS - EL CONTRATISTA** asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados de **EL CONTRATANTE**, el compromiso de actuar con diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud, so pena de responder por los perjuicios que cause con su actuación. Para efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación MÉDICO-PACIENTE con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta manera cualquier responsabilidad surgida de dicha relación corresponderá a **EL CONTRATISTA** en los términos de la Ley.

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**PARÁGRAFO PRIMERO - EL CONTRATANTE** no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO** - Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por **EL CONTRATISTA**, **EL CONTRATANTE** fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra de **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y comparezca a los juicios de responsabilidad en que se le vincule. **PARÁGRAFO TERCERO** - En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos **EL CONTRATANTE** podrá hacer exigible las garantías de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual" que tengan constituidas **EL CONTRATISTA**. **DÉCIMA OCTAVA. CONFIDENCIALIDAD.-** Las partes se comprometen a mantener de manera confidencial toda aquella información a la que tengan acceso con motivo o por ocasión del presente contrato. Ninguna de las partes podrá utilizarla parcial o totalmente, en provecho suyo o de un tercero para un fin o propósito diferente al debido cumplimiento de este contrato. La anterior obligación surtirá efecto a partir de la fecha en que se firme el presente contrato y tendrá vigencia hasta cinco (5) años después de terminado el mismo. **PARÁGRAFO.-** En el evento de incumplimiento del deber de confidencialidad la parte afectada tendrá derecho a exigir inmediatamente a la parte incumplida, y a título de pena, el pago de una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor anual del contrato. Esta suma podrá ser exigida ante la jurisdicción ordinaria, con la presentación de este contrato y la afirmación de la parte afectada acerca del incumplimiento y sin necesidad de requerimiento o constitución en mora, derechos a los que renuncian las partes. El cobro de la cláusula penal aquí prevista no excluye, ni impide el cobro de la totalidad de la indemnización por los perjuicios ocasionados por el incumplimiento, y en consecuencia, la parte afectada tendrá derecho a cobrar la totalidad de los perjuicios ocasionados, más la pena que aquí se establece. **DÉCIMA NOVENA. NATURALEZA DEL CONTRATO.-** El presente contrato es de naturaleza civil y comercial. Igualmente se registrará en especial por las normas contenidas en las Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, en los Decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en la Resolución 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007; Resolución 3047 de 2008, y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan. **VIGESIMA. MODIFICACIONES.-** Toda modificación que se efectúe al presente contrato, se deberá realizar de común acuerdo entre las partes, de lo cual se dejará constancia por escrito. **VIGESIMA PRIMERA.- CESIÓN: EL CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización expresa y por escrito de **EL CONTRATANTE**. **VIGESIMA SEGUNDA. PERFECCIONAMIENTO.-** El presente contrato se entiende perfeccionado una vez cumplidos los siguientes requisitos previos al inicio de su ejecución: **1)** La firma de las partes, **2)** Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos: **A)** Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados, **B)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, **C)** Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única. **D)** Certificación o declaración de haber cumplido todos los requisitos previos exigidos en virtud de lo dispuesto por la Circular Única de la Superintendencia de Salud, para obligarse como IPS a contratar. **VIGESIMA TERCERA.- DOCUMENTOS Y ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO:** Hacen parte

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 9 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos: 1. Certificado de Existencia y Representación legal de las partes. 2. Fotocopia del RUT 3. Fotocopia de la cédula de ciudadanía de los Representantes Legales 4. Certificación de la entidad financiera correspondiente en original, en la que conste una cuenta bancaria abierta y activa a nombre de **EL CONTRATISTA**. 5. **Anexos:** Anexo No. 1.- Registro o Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud (Decreto 1011 de 2006) o Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Entidad Departamental o municipal competente. (Decreto 1011 de 2006); Anexo No. 2.- Paquete de servicios de salud y valor de los servicios: el cual deberá señalar los servicios contratados, debidamente especificados, con su valor y su respectivo CUPS; Anexo No. 3 – Manual del Prestador Formato; Anexo No. 4 reporte Enos y Centinelas; Anexo No. 5 Sistema de referencia y contrarreferencia; y Anexo No. 6 - Formato de Recaudo de Cuota de Recuperación. **VIGÉSIMA CUARTA.- DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.-** Para todos los efectos del presente contrato, se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Cali, para lo cual **EL CONTRATANTE** recibirá notificaciones en la Avenida de las Américas N° 23N-55 de la ciudad de Santiago de Cali. Teléfono 4898686 Extensión 3330 y **EL CONTRATISTA:** Carrera 23 N° 26B-46 de la ciudad de Santiago de Cali. Teléfono (2) 3340000 Ext. 2791.

Para constancia se suscribe en la ciudad de Santiago de Cali. Se expiden dos ejemplares del mismo tenor para cada una de las partes.-.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**EPS SOS S.A.**

  
**EDUARDO GARCES MENDOZA**  
**REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE**  
**COMFANDI**





**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

**TARIFAS PARA CALI (Candelaria, Yumbo) - CARTAGO - BUGA (Guacarí) Y BUENAVENTURA**

SERVICIOS POS	TARIFARIO	AMB	HOSP	% NETO	VALOR	1,5% INCREMENTO 2012	VALOR 2012
CONSULTA MEDICO GENERAL /	ISS 2001	X		78,47%		81,15%	
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA /	ISS 2001	X		63,99%		66,45%	
CONSULTA ESPECIALIZADA GINECOBISTETRICIA / APLICA EN YUMBO **		X			\$ 20.475		\$ 20.782
CONSULTA ESPECIALIZADA REUMATOLOGIA /		X			\$ 80.000		\$ 81.200
CONSULTA DE REUMATOLOGIA CON MEDICO FAMILIAR		X			\$ 30.000		\$ 30.450
ODONTOLOGIA /	SOAT 2001	X		35,47%		37,50%	
PROMOCION Y PREVENCIÓN /	SOAT 2001	X		37,58%		39,64%	
LABORATORIO CLINICO /	ISS 2001	X		0,9200		- 6,62%	
LABORATORIO CLINICO	ISS 2001		X	3%		4,55%	
IMAGENOLOGIA (Rx - eco) /	ISS 2001	X	X	15,00%		16,73%	
ESCANOGRAFIA /	ISS 2001	X	X	---		15,00%	
RESONANCIA /	ISS 2001	X	X	---		15,00%	
AYUDAS DIAGNOSTICAS /	ISS 2001	X	X	27,71%		29,63%	
TERAPIAS CLINICA: FISICA - RESPIRATORIA - PSICOLOGIA - NUTRICION - ORTOPTICA / OCUPACIONAL (Cali, Cartago, Buga, Buenaventura)	ISS 2000		X	44,44%		46,61%	
TERAPIAS IPS AMB: FISICA - RESPIRATORIA - PSICOLOGIA - NUTRICION - ORTOPTICA - OCUPACIONAL (Solo para Cartago)	SOAT 2001	X		41,68%		43,81%	
CONSULTA OPTOMETRIA					\$ 6.825		\$ 6.927
PROCEDIMIENTOS MENORES EN LAS IPS (afono) /	SOAT 2001	X		41,68%		43,81%	
CONSULTA DE URGENCIAS /	ISS 2001	X		81,97%		84,70%	
INTERCONSULTA URGENCIAS /	ISS 2001	X			\$ 22.155		\$ 22.487
ESTANCIA HOSPITALARIA /	ISS 2000	X	X		\$ 103.967		\$ 105.527
DERECHOS DE SALA E INSUMOS CLINICA - /	ISS 2001	X	X	27,00%		28,91%	
ATENCION MEDICO PRIORITARIA /					\$ 15.645		\$ -- 15.880
HONORARIOS MEDICOS TRATAMIENTO HOSPITALARIO (Interconsulta hospitalaria)	ISS 2001		X	27,00%		28,91%	
PUNTO QX CIRUJANO /	ISS 2001				\$ 1.611		\$ 1.635
PUNTO QX ANESTESIOLOGO /	ISS 2001				\$ 1.171		\$ 1.189

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 11 de 24

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Call - Colombia




**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

PUNTO QX AYUDANTE /	ISS 2001				\$ 470		\$ 477
UCI /	ISS 2000		X		\$ 676.720		\$ 686.871
UCIN /	ISS 2000		X		\$ 299.722		\$ 304.218

*APLICACIÓN ERITROPOYECTINA 2000 U.I./2ml UNA AMPOLLA					\$ 55.834		\$ / 56.672
*APLICACIÓN ERITROPOYECTINA 2000 U.I./2ml DOS AMPOLLAS					\$ 85.000		\$ / 86.275
*APLICACIÓN VENOFRER 100 mg/5 ml UNA AMPOLLA					\$ 80.000		\$ / 81.200
*APLICACIÓN VENOFRER 100 mg/5 ml DOS AMPOLLAS					\$ 120.000		\$ / 121.800

Nota: \* El servicio se prestará en el punto de atención de Comfandi Tequendama

**TARIFAS PARA PALMIRA (El Cerrito, Pradera)**

SERVICIO POS	TARIFARIO	AMB	HOSP	% NETO	VALOR	1,5% INCREMENTO 2012	VALOR 2012
CONSULTA MEDICO GENERAL /	ISS 2001	X		-----	\$ 16.125		\$ 16.367
CONSULTA MEDICO ESPECIALISTA /	ISS 2001	X		60,92%	-----	63,33%	
INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA /	-----	X		-----	\$ 27.563		\$ 27.976
ODONTOLOGIA /	SOAT 2001	X		39,47%	-----	41,56%	
PROMOCION Y PREVENCIÓN /	SOAT 2001	X		30,19%	-----	32,14%	
LABORATORIO CLINICO /	ISS 2001	X		0,9200		- 6,62%	
LABORATORIO CLINICO	ISS 2001		X	3%		4,55%	
ODONTOLOGIA /	ISS 2001	X	X	19,00%	-----	20,79%	
AYUDAS DIAGNOSTICAS /	ISS 2001	X	X	28,95%	-----	30,88%	
TERAPIAS ( Física, Respiratoria, Psicología, Nutrición, Ortopédica, Ocupacional y Optometría)	SOAT 2001	X		41,62%		43,74%	
PROCEDIMIENTOS MENORES /	SOAT 2001	X		41,62%	-----	43,74%	
CONSULTA URGENCIAS /	ISS 2001	X		-----	\$ 22.938		\$ 23.282
INTERCONSULTA URGENCIAS /	ISS 2001	X		-----	\$ 22.371		\$ 22.707
ESTANCIA HOSPITALARIA /	ISS 2001	X	X	26,47%	-----	28,37%	
DERECHOS DE SALA E INSUMOS CLINICA /	ISS 2001	X	X	27,00%		28,91%	
HONORARIOS MEDICOS TRATAMIENTO HOSPITALARIO (Interconsulta hospitalaria) /	ISS 2001		X	30,19%	-----	32,14%	
PUNTO QX CIRUJANO /	ISS 2001			-----	\$ 1.611		\$ 1.635
PUNTO QX ANESTESIOLOGO /	ISS 2001			-----	\$ 1.171		\$ 1.189
PUNTO QX AYUDANTE /	ISS 2001			-----	\$ 470		\$ 477

4

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 12 de 24



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**SERVICIOS CONTRATADOS A VALORES FIJOS - PALMIRA**

ACTIVIDAD	VALOR	1,5% INCREMENTO 2012
ATENCION DIARIA INTRAHOSP. POR MED. GRAL	\$14.287	\$14.501
OBSERVACION MAYOR A 6 HORAS	\$35.758	\$36.294
ECG	\$13.861	\$14.069
EXAMEN PARCIAL DE ORINA	\$4.763	\$4.834
GLICEMIA	\$3.895	\$3.953
COPROLOGICO	\$3.750	\$3.806
COLESTEROL HDL	\$6.940	\$7.044
ACIDO URICO	\$4.171	\$4.234
TRIGLICERIDOS	\$6.506	\$6.604
CREATININA	\$6.506	\$6.604
ELECTROLITOS	\$26.641	\$27.041
SEROLOGIA	\$5.512	\$5.595
RADIOGRAFIA DE TORAX	\$26.249	\$26.643
RADIOGRAFIA DE TOBILLO	\$18.714	\$18.995
RX SENOS PARANASALES	\$25.207	\$25.585
REPARACION DE UNA SUPERFICIE DE AMALGAMA	\$12.038	\$12.219
APLICACIÓN DE SELLANTE	\$9.696	\$9.841
CONTROL DE ENFERMERIA (PYP)	\$5.215	\$5.293
BIOPSIA SIMPLE	\$27.278	\$27.687

2

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

Página 13 de 24

*[Handwritten signature]*

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

TARIFAS PARA TULUA							
SERVICIO POS	TARIFARIO	AMB	HOSP	% NETO	VALOR	1,5% INCREMENTO 2012	VALOR 2012
CONSULTA MEDICO GENERAL /	ISS 2001	X		80,24%	\$ 15.820	1,5%	\$ 16.057
CONSULTA MEDICO ESPECIALISTA /	ISS 2001	X		53,27%	\$ 19.255	1,5%	\$ 19.544
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA MEDICINA INTERNA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA ECOLOGIA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA OTORRINOLARINGOLOGIA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA PEDIATRIA /	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA ORTOPIEDIA Y TRAUMA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA ENDOCRINOLOGIA	----	X			\$ 40.000	1,5%	\$40.600
CONSULTA MEDICO ESPECIALIZADA NEUROPEDIATRIA	----	X			\$ 19.400	1,5%	\$ 19.691
PROMOCION Y PREVENCIÓN /	ISS 2001	X		27,72%		29,64%	
ODONTOLOGIA (Excepto Detartraje) /	SOAT 2001	X		39,56%		41,65%	
LABORATORIO CLINICO /	ISS 2001	X		0,9200		- 6,62%	
IMAGENOLOGIA /	ISS 2001	X		26,50%		28,40%	
AYUDAS DIAGNOSTICAS	ISS 2001	X		25,27%		27,15%	
PROCEDIMIENTOS MENORES /	SOAT 2001	X		40,33%		42,43%	
PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGICOS /	SOAT 2001	X		40,33%		42,43%	

TARIFAS PARA LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC)	
TARIFA: SOAT 2008 + 15%	
EXCEPCIONES	
SERVICIO	TARIFA PAC 2012
CONSULTA ESPECIALIZADA REUMATOLOGIA	\$ 81.200
CONSULTA DE REUMATOLOGIA CON MEDICO FAMILIAR	\$ 30.450

4

*[Handwritten signature]*

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

PAQUETES QUIRURGICOS	INCLUYE	POS	1,5% INCREMENTO 2012
<b>RESECCION PTERIGIO</b> Cód.103103	Derechos de Sala	\$ 211.669	\$ 214.844 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA</b> Cód. 132100	Derechos de Sala	\$ 735.272	\$ 746.301 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CORRECCION ESTRABISMO 1 - 2 MUSCULOS</b> Cód.154101	Derechos de Sala	\$ 434.479	\$ 440.996 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CORRECCION ESTRABISMO 3 - 4 MUSCULOS</b> Cód.154103	Derechos de Sala	\$ 679.569	\$ 689.763 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CIRUGIA LAPAROSCOPICA NIVEL I</b> Cód. 542100-4	Derechos de Sala	\$ 1.114.048	\$ 1.130.759 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CIRUGIA LAPAROSCOPICA NIVEL II</b> Cód.542100-5	Derechos de Sala	\$ 1.225.453	\$ 1.243.835 ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 15 de 24



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

<b>COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</b> Cód. 512104	Derechos de Sala	\$ 1.448.262	<b>\$1.469.986</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>PLASTIA DE CANALICULOS LAGRIMALES</b> Cód. 097100	Derechos de Sala	\$ 218.707	<b>\$ 221.988</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>LEGRADO BIOPSIA</b> Cód.690102	Derechos de Sala	\$ 222.184	<b>\$ 225.517</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CIRUGIA ARTROSCOPICA NIVEL I</b>	Derechos de Sala	\$ 1.225.453	<b>\$ 1.243.835</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse en caso de requerirse		
<b>CIRUGIA ARTROSCOPICA NIVEL II</b>	Derechos de Sala	\$ 1.671.072	<b>\$ 1.696.138</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CURETAJE CHALAZION</b> Cód. 082100	Derechos de Sala	\$ 94.694	<b>\$ 96.114</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>TRABECULECTOMIA</b> Cód. 125400	Derechos de Sala	\$ 647.136	<b>\$ 656.843</b> ✓
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA**

Página 16 de 24



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

	1 día hospitalización en caso de requerirse		
<b>CORRECCION PTOSIS PALPEBRAL (RESECCION INTERNA O EXTERNA)</b> Cód. 083300	Derechos de Sala	\$ 445.619	\$ 452.303
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse en caso de requerirse		
<b>FACO</b> Cód. 132300	Derechos de Sala	\$ 779.834	\$ 791.532
	Insumos		
	Honorarios Médicos Totales		
	1er Control Pos Quirúrgico		
	1 día hospitalización en caso de requerirse		

<b>PAQUETE QUIRURGICO DE CIRUGIA BARIATRICA</b>	<b>TARIFA AÑO 2012</b>
<b>SLEEVE</b> (Cód.438201-BP2) <b>BYPASS GÁSTRICO</b> (Cód.429301-PB1)	\$ 10.353.000

**INCLUYE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

<b>PREQUIRURGICO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Consulta con Cirujano	1
Consulta con Internista	1
Consulta con Anestesiólogo	1
Consulta con Psiquiatra	1
Consulta con Nutricionista	1
Exámenes incluidos:	
• Hemograma	1
• Glicemia	1
• Creatinina	1
• Prueba de Coagulación	1
• TSH	1
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Sala	1
Insumos	1
Honorarios:	
• Cirujano	1
• Anestesiólogo	1
• Ayudante 1	1
• Ayudante 2	1
Equipos	1
Recuperación	1
<b>HOSPITALARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Estancia (unipersonal)	2
• Medicamentos hospitalarios para el dolor	
• Oxígeno	

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 17 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

Terapia Física	1
Terapia Respiratoria	3
Rayos X	1
Endoscopia Diagnostica Digestiva	1
Eco de Hígado	1
<b>POST - HOSPITALARIO</b>	
<b>CANTIDAD</b>	
Control con Cirujano	4
Control con Nutricionista	3
Control con Psiquiatría	3
Laboratorio de control	1

<b>PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA PLASTICA</b>				
<b>CÓDIGO</b>	<b>TIPO DE PROCEDIMIENTO</b>	<b>PRÓTESIS</b>	<b>ESTANCIA HX.</b>	<b>TARIFA 2012</b>
868304PQ03	PQ. ABDOMINOPLASTIA		si	4.279.012 /
086101PQ02	PQ. BLEFAROPLASTIA 2 PÁRPADOS			1.757.807 /
086101PQ05	PQ. BLEFAROPLASTIA 4 PÁRPADOS			2.977.547 /
868305PQ01	PQ. BRAQUIOPLASTIA			3.215.800 /
868503PQ01	PQ. PLASTIA DE CICATRIZ			1.121.764 /
868503PQ02	PQ. PLASTIA DE CICATRIZ + COLGAJO			2.679.459 /
868304PQ38	PQ. DERMOLIPECTOMIA TÓRAX SUPERIOR		si	3.453.385 /
862501PQ02	PQ. RESECCIÓN DE LUNARES			1.081.144 /
868302PQ01	PQ. CRUROPLASTIA (LIFTING DE MUSLOS)		si	3.832.473 /
857100PQ01	PQ. MAMOPLASTIA DE AUMENTO	si		4.048.663 /
857100PQ03	PQ. MASTOPEXIA CON IMPLANTE (PEXIA DE MAMAS CON PRÓTESIS)	si		5.296.068 /
853100PQ02	PQ. MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON O SIN COLGAJO			4.426.046 /
853100PQ04	PQ. MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN + MAMA SUPERNUM			5.175.922 /
764305PQ01	PQ. MENTOPLASTIA			1.576.051 /
185101PQ01	PQ. OTOPLASTIA			2.210.725 /
866120PQ01	PQ. PEXIA CEJAS			1.936.884 /
868101PQ01	PQ. QUELOIDE BILATERAL OREJA			872.911 /
857100PQ14	PQ. RECONSTRUCCIÓN COMPLEJO AREOLA PEZÓN			2.029.700 /
535100PQ01	PQ. RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL + COLOCACIÓN MALLA		si	5.256.422 /
218304PQ01	PQ. RINOPLASTIA			2.767.831 /
868305PQ21	PQ. LIFTING FACIAL			6.737.498 /
868305PQ18	PQ. LIPOESCULTURA 1 HORAS			2.411.785 /
868305PQ20	PQ. LIPOESCULTURA 2 HORAS			3.582.992 /
868304PQ28	PQ. CERVICOPLAST			3.030.047 /
868304PQ29	PQ. COLGAJO PARA COBERTURA AREA CRUENTA			2.011.362 /
535100PQ02	PQ. UMBILICOPLASTIA			2.107.898 /
868305PQ24	PQ. SUSPENSIÓN CORPORAL TOTAL			3.359.047 /
868305PQ22	PQ. LIPO INYECCIÓN ESTRUCTURAL			2.011.362 /

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 18 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

868305PQ25	PQ. GLUTEOPLASTIA INCLUYE LIPOSUCCIÓN Ó COLGAJO			3.296.047 /
------------	---	--	--	-------------

**PROCEDIMIENTOS POR DIFERENTE VIA EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO**

Primer procedimiento de mayor Valor al 100%

Segundo procedimiento al 75%

Tercer procedimiento en adelante al 50%

**Nota:** Cuando el procedimiento que incluye prótesis y por su valor no es el primer procedimiento, el valor de la Prótesis va el 100% (\$1'200.000 actual)

**PROCEDIMIENTOS POR LA MISMA VIA EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO**

Primer procedimiento de mayor Valor al 100%

segundo procedimiento en adelante al 50%

Para procedimientos de Plástica, los procedimientos que se califican por la misma vía son los de Cara

**Nota:** Cuando el procedimiento que incluye prótesis y por su valor no es el primer procedimiento, el valor de la Prótesis va el 100% (\$1'200.000 actual)

ATENCION DOMICILIARIA	TARIFA CALI AÑO 2012	TARIFA CARTAGO AÑO 2012	TARIFA BUGA AÑO 2012
SERVICIO			
1 Dosis / día auxiliar enfermería	\$ 11.141 /	\$ 10.392 /	----
2 Dosis / día auxiliar enfermería (Para aplicar medicamento cada 12 horas)	\$ 25.252 /	\$ 20.782	\$ 26.963 /
1 Dosis / noche auxiliar enfermería En horario nocturno de 6 PM a 6 AM.	\$ 14.112 /	\$ 13.688	----
2 Dosis / día + 1 Dosis / noche auxiliar de enfermería: (Para aplicar medicamento cada 8 horas)	\$ 32.137 /	\$ 31.174	\$ 34.424 /
3 Dosis / día + 8 horas noche auxiliar de enfermería: . (Para aplicar medicamento cada 6 horas)	\$ 69.274 /	\$ 67.196	----
4 Dosis / día + 8 horas noche auxiliar de enfermería: (Para aplicar medicamento cada 4 horas)	----	\$ 77.587	\$ 74.176 /
6 horas de día auxiliar de enfermería	\$ 21.425 /	\$ 20.782	----
8 horas / noche auxiliar enfermería	\$ 37.136 /	\$ 36.022	----
12 horas /día auxiliar enfermería	\$ 42.854	\$ 41.564	----
12 horas / noche auxiliar enfermería	\$ 54.275	\$ 52.648	----
24 horas auxiliar enfermería	\$ 97.126	\$ 94.212	----
Para los casos que el médico ordene medicamentos al mismo paciente, con horario de c / 8 horas y c / 12 horas se cancelara con horario de c/ 8 horas y adicional una dosis, así:			

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 19 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

En horario diurno	\$ 11.141 ✓	\$ 10.807	----
En horario nocturno.	\$ 14.112 ✓	\$ 13.731	----
<b>Nota: Se considera horario diurno de 6 AM a 6 PM y horario nocturno de 6 PM a 6 AM.</b>			
<b>TERAPIAS:</b> sesión. (Terapia Física, respiratoria, fonoaudiología y del lenguaje)	\$ 16.519	\$ 15.986	\$ 17.372 ✓
Consulta Médico General.	\$ 21.315	\$ 15.986	\$ 22.807 ✓
<b>INTERCONSULTA ESPECIALISTA:</b>			
Pos (Máximo una (1) Consulta durante el Tiempo de Hospitalización Domiciliaria).	\$ 19.930	\$ 19.930	----
Plan familiar	\$ 23.447	\$ 23.447	----
Bienestar y Excelencia (Máximo una (1) Consulta durante el Tiempo de Hospitalización Domiciliaria).	\$ 28.775	\$ 28.775	----
<b>PAQUETES DE CURACIONES:</b>			
<b>NECROSIS SECA:</b> (Duración de 24 a 48 horas) Incluye mano de obra. La realiza la enfermera profesional enterostomal.	\$ 54.935	\$ 53.288	\$ 63.538 ✓
<b>NECROSIS HÚMEDA:</b> (Duración de 48 a 72 horas) Incluye mano de obra. La realiza la enfermera profesional.	\$ 54.509	\$ 53.288	\$ 63.538 ✓
<b>HERIDA DESVITALIZADA, ULCERAS VENOSAS, HERIDAS INFECTADAS, ABDOMEN CON DEHISCENCIA DE SUTURA:</b> (Duración de 48 a 72 horas) Incluye mano de obra. La realiza la enfermera profesional enterostomal.	\$ 65.922	\$ 63.945	\$ 74.153 ✓
<b>GRANULACION DE ALTO EXHUDADO:</b> (Duración 3 días.) Incluye mano de obra. La realiza la enfermera profesional enterostomal.	\$ 50.540	\$ 49.025	\$ 56.850 ✓
<b>GRANULACION DE BAJO EXHUDADO:</b> (Duración de 4 a 5 días) Incluye mano de obra. La realiza la enfermera profesional.	\$ 49.442	\$ 47.959	\$ 55.615 ✓
<b>EPITALIZACIÓN:</b> (Duración de 5 a 6 días) Incluye mano de obra. La realiza el auxiliar de enfermería.	\$ 31.862	\$ 30.907	\$ 35.840 ✓
<b>CURACION SIMPLE:</b> (Duración de 5 a 6 días) Incluye mano de obra. La realiza el auxiliar de enfermería. Para heridas por lesiones inmediatas y evolución corta.	\$ 21.974	\$ 21.315	\$ 24.717 ✓
<b>CURACIÓN DE ABDOMEN ABIERTO:</b> Por requerimiento del paciente valor únicamente de mano de obra. La realiza la Enfermera con título de enfermera enterostomal.	\$ 49.442	\$ 47.959	----
<b>ATENCIÓN POR ENFERMERA PROFESIONAL PARA PACIENTES POSTRADOS,</b> Tarifa por atención	\$ 16.519	\$ 15.986	----
<b>ATENCIÓN POR NUTRICIONISTA, TARIFA POR ATENCIÓN</b> incluye la valoración nutricional, la solicitud de exámenes en caso de que se requiera, definición de plan de manejo en la posibilidad de formulas multimodulares (utilización de preparados casera )	\$ 20.874	\$ 20.249	----
<b>BOMBA DE INFUSION ENTERAL CRONICO Y/O TERMINAL</b>	----	----	\$ 10.150 (por día) ✓

4

*[Firma]*



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**PROGRAMA DE TUBERCULOSIS APLICA PARA CALI**

PROTOCOLO PRIMER MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
CONSULTA CON MEDICO ASIGNADO AL PROGRAMA	1	\$15.225	\$ 15.453
CONSULTA ADMINISTRATIVA DE INGRESO AL PROGRAMA POR ENFERMEDAD JEFE	1	\$14.175	\$ 14.388
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	24	\$50.400	\$ 51.156
CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA JEFE	4	-----	
VALORACION SICOSOCIAL (ATENCION DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL)	1	-----	
VALORACION PACIENTE	1	\$31.500	\$ 31.973
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 24 VECES	-----	-----	
BK SERIADO DE DIAGNOSTICO (INCLUYE 3 MUESTRAS)	-----	-----	
RX TORAX	1	-----	
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		<b>\$111.300</b>	<b>\$ 112.970</b>

PROTOCOLO SEGUNDO MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	24	\$50.400	\$ 51.156
EDUCACION POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	-----	
BACILOSCOPIA DE CONTROL 2DO MES	1	\$7.245	\$ 7.354
CONSULTA MEDICA DE CONTROL	1	-----	
BK DE CONTROL	-----	\$15.225	\$ 15.453
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 24 VECES	-----	-----	
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		<b>\$72.870</b>	<b>\$ 73.963</b>

PROTOCOLO TERCER MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	8	\$16.800	\$ 17.052
CONTROL POR ENFERMERIA JEFE	1	\$12.758	\$ 12.949
EDUCACION POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	-----	
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 9 VECES	-----	-----	
VALORACION SICOSOCIAL (ATENCION DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL)	1	\$37.800	\$ 38.367
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		<b>\$67.358</b>	<b>\$ 68.368</b>

PROTOCOLO CUARTO MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
BACILOSCOPIA DE CONTROL 4TO MES	1	\$7.245	\$ 7.354
CONSULTA MEDICA DE CONTROL	1	\$15.225	\$ 15.453
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	8	\$16.800	\$ 17.052

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 21 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

BK DE CONTROL		-----	
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 9 VECES		-----	
EDUCACION POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	-----	
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		\$39.270	\$ 39.859

PROTOCOLO QUINTO MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	8	\$16.800	\$ 17.052
EDUCACION POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	-----	
CONTROL POR ENFERMERIA JEFE	1	\$12.758	\$ 12.949
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 9 VECES		-----	
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		\$29.558	\$ 30.001

PROTOCOLO SEXTO MES			
ACTIVIDAD	CANTIDAD	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
BACILOSCOPIA DE CONTROL 6TO MES	1	\$7.245	\$ 7.354
CONSULTA MEDICA DE EGRESO	1	\$15.225	\$ 15.453
SUMINISTRO DE TRATAMIENTO	8	\$16.800	\$ 17.052
EDUCACION POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	-----	
BK DE CONTROL		-----	
CONSULTA MEDICA DE CONTROL		-----	
ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL TRATAMIENTO POR AUXILIAR 9 VECES		-----	
RX TORAX	1	-----	
<b>VALOR TOTAL POR MES</b>		\$39.270	\$ 39.859

CONSIDERACIONES	
-	OPCIONAL CULTIVO Y/O BK GASTRICO.
-	BK DE CONTROL EN EL QUINTO MES, EN CASO DE QUE EN EL CUARTO MES SEA (+) \$ 7.245=
-	CULTIVO DE ESPUTO CON ANTIBIOGRAMA, EN CASO DE QUE EL BK DEL QUINTO MES SE VEA NECESARIO 37.905= (PREVIA AUTORIZACION).
-	ENTREVISTA DECIERRE EN EL SEXTO MES POR ENFERMERA \$12.915=
-	CUALQUIER OTRA VISITA QUE REQUIERA DEL TRABAJO SOCIAL \$11.445=

4



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

**ACTIVIDADES EMPRESARIALES**

TARIFAS DE AREA DE INFLUENCIA TULUA			
AREA DE INFLUENCIA	TIPO DE PROFESIONAL	TARIFA	1,5% INCREMENTO 2012
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 65.200	\$ 66.178 ✓
ROLDANILLO	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 94.200	\$ 95.613 ✓
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 57.000	\$ 57.855 ✓
ZARZAL	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 79.000	\$ 80.185
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 38.000	\$ 38.570
LA MARINA	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 55.000	\$ 55.825
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 70.000	\$ 71.050
VENECIA	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 108.500	\$ 110.128
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 37.000	\$ 37.555
BUGA LA GRANDE	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 54.000	\$ 54.810
	NUTRICIONISTA		
	ENFERMERA	\$ 37.000	\$ 37.555
ANDALUCIA	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 54.000	\$ 54.810
	NUTRICIONISTA		
SAN PEDRO	ENFERMERA	\$ 37.000	\$ 37.555
	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 54.000	\$ 54.810
	NUTRICIONISTA		

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 23 de 24

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**

	ENFERMERA	\$ 37.000	\$ 37.555
RIO FRIO	EDUCADOR FISICO		
	MEDICO	\$ 54.000	\$ 54.810

INGENIO CARMELITA						1,5% INCREMENTO 2012
ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL	NOMBRE	No. CEDULA	HORARIO	VR. POR HORA	OBSERVACION	
General	Paulo Cesar Tascon	6445368	Martes, miércoles	\$ 38.000	-----	\$ 38.570
			y viernes			
			de 7 a 12 m			
Aux. Enfermería	Cecilia Herrera	39792961	Primer lunes	\$ 24.000	Consulta de enfermería Crónicos	\$ 24.360
			de cada mes			
			de 8 a 3 pm			

INGENIO SAN CARLOS						1,5% INCREMENTO 2012
ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL	NOMBRE	No. CEDULA	HORARIO	VR. POR HORA	OBSERVACION	
M. General	Paulo Cesar Tascon	6445368	Lunes y Jueves	\$ 28.000	-----	\$ 28.420
			de 7 a 12 m			
Aux. Enfermería	Cecilia Herrera	39792961	Primer lunes	\$ 14.000	Consulta de PYP, control HTA y DM	\$ 14.210
			de cada mes			
			de 8 a 3 pm			
Odontólogo	Luis F. Godoy	14802027	Jueves semanal	\$ 26.000	Consulta Odontológica	\$ 26.390

4

*[Handwritten signature]*

SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, MAYO DE 2024

Doctora

**CARMEN CECILIA LÓPEZ GARCÍA**  
JUEZ PRIMERA CIVIL DEL CIRCUITO  
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA  
E.S.D.

<b>REFERENCIA:</b>	LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
<b>LLAMANTE:</b>	<b>SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS S.A.</b>
<b>LLAMADO:</b>	<b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI</b>
<b>PROCESO:</b>	RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
<b>DEMANDANTE:</b>	CARLOS DARÍO GÓMEZ CEBALLOS Y OTROS
<b>DEMANDADO:</b>	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y OTROS
<b>RADICACIÓN:</b>	2024-054
<b>EXPEDIENTE:</b>	76520310300120240005400

Cordial saludo,

**ANA MARÍA MARTÍNEZ RIOJA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Santiago de Cali, identificada con la cédula de Ciudadanía No. 1'143.857.326, actuando en el presente proceso como APODERADA ESPECIAL de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S. A. SOS** identificada con NIT 805001157-2 y con domicilio principal en Cali, me permito mediante el presente escrito formular **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** dentro del presente proceso a **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI**, compañía identificada con NIT **8903032085** con domicilio principal en la ciudad de Santiago de Cali con dirección Carrera 23 No. 26B - 46 Autopista Sur Oriental; con dirección de notificación [notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co) representada por JACOBO TOVAR CAICEDO identificado con cédula de ciudadanía número 16.789.565 en su calidad de director administrativo y representante legal de la sociedad de la referencia, o por quien haga sus veces en el municipio de Santiago de Cali, para que conforme a la normatividad aplicable y encargada de regular el tema del llamamiento en garantía, se haga parte en el proceso de la referencia y ante una eventual condena proferida en contra de mi representada, Servicio Occidental de Salud, responda conforme los términos y condiciones contenidos en el contrato de prestación de servicios asistenciales del plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del plan de atención complementario bajo la modalidad de evento suscrito entre EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFAMILIAR ANDI COMFANDI.

La presente solicitud la realizo con base en los siguientes:

#### **I. HECHOS**

**PRIMERO:** mi representada, Servicio Occidental de Salud suscribió con la llamada en garantía un contrato para prestación de servicios asistenciales bajo la modalidad de evento identificado con el

consecutivo No. 1062 con inicio de vigencia 01 de enero de 2012 y prórroga automática anual.

**SEGUNDO:** dentro del contrato de prestaciones de servicios de salud suscrito se pactó en la cláusula décima séptima lo siguiente.

***Décima Séptima. Responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos. EL CONTRATISTA*** asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados de **EL CONTRATANTE**, el compromiso de actuar con diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud, **so pena de responder por los perjuicios que cause con su atención<sup>1</sup>**. Para efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación MÉDICO PACIENTE con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta manera, **cualquier responsabilidad surgida de dicha relación corresponderá a EL CONTRATISTA en los términos de la ley.**

***Parágrafo primero-***. El contratante no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por el contratista.

***Parágrafo segundo-***. Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por EL CONTRATISTA, EL CONTRATANTE fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y comparezca a los juicios de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos. **El contratante** podrá hacer exigible las garantías de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual que tengan constituidas por el contratista.

***Parágrafo tercero-***. En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos EL CONTRATANTE podrá hacer exigibles las garantías de responsabilidad civil contractual y extracontractual que tengan constituidas el contratista.

**TERCERO:** el proceso judicial dentro del que se realiza el presente llamamiento pretende imputar a mi representada una responsabilidad médica por concepto de error médico que alegan tuvo el personal de la salud al servicio de los afiliados de Servicio Occidental de Salud SOS EPS S.A, que atendió a la familiar de los demandantes en las instalaciones de IPS propiedad de **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI**, (Comfandi Palmira)

**SEXTO:** habida cuenta que la atención objeto de reproche fue brindada a una afiliada de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

<sup>1</sup> Subrayado y negrita fuera del texto original.



**SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S. A. SOS** en las instalaciones de IPS propiedad de la llamada en garantía, es válido el presente llamamiento para que, en cumplimiento del deber contractual adquirido entre las partes, ante una eventual condena contra mi representada, sea la llamada en garantía la que tenga el deber **de responder por los perjuicios que llegase a haber causado con su atención.**

Dadas las anteriores consideraciones fácticas, me permito formular ante su Despacho las siguientes:

## **II. PRETENSIONES**

- PRIMERA:** se admita el presente llamamiento en garantía.
- SEGUNDA:** se declare la existencia del contrato la modalidad de evento No. 1062 con inicio de vigencia 01 de enero de 2012, vigente a la fecha de los hechos objeto de reproche en la presente demanda.
- TERCERA:** que una vez se haya declarado el contrato de prestación de servicios, en virtud de lo pactado por las partes, según el contrato que se anexa al presente trámite, en caso de proferirse condena contra mi representada, se ordene a la entidad **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI** al pago de los perjuicios a los que haya lugar, en cumplimiento a la obligación contractualmente adquirida.

El presente llamamiento lo realizo conforme los siguientes:

## **III. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

- Como principales se tiene los Art. 64 del Código General del Proceso y siguientes.

**Art. 64.-Llamamiento en garantía.** Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

**Art. 65.-Requisitos del llamamiento.** La demanda por medio de la cual se llame en garantía deberá cumplir con los mismo requisitos exigidos en el artículo 82 y demás normas aplicables.

El convocado podrá a su vez llamar en garantía.

**Art. 66** Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.

El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer.

En la sentencia se resolverá, cuando fuere pertinente, sobre la relación sustancial aducida y acerca de las indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado en garantía.

**PARÁGRAFO.** No será necesario notificar personalmente el auto que admite el llamamiento cuando el llamado actúe en el proceso como parte o como representante de alguna de las partes.

- **Aunada a la normatividad previamente expuesta, sirven como fundamento al presente llamamiento** Arts. 1036 a 1089 del Código de Comercio, artículos 1494 y siguientes del C.C., 1602 y concordantes del C.C.

Evaluada los requisitos y condiciones que tiene la normatividad previamente relacionada para efectos de procedencia del llamamiento en garantía, se tiene que el realizado por mi representada a **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI**, cumple con todos los requisitos del caso. Lo anterior, por cuanto es claro que Servicio Occidental de Salud tiene contratado con la llamada en garantía la prestación de servicio y en dicho contrato quedaron debidamente pactadas las consecuencias de una condena dentro de un proceso civil por concepto de perjuicios causados por profesionales de la salud de COMFANDI. Por lo anterior, es válido afirmar que existe legitimidad por activa para mi representada presentar la debida reclamación a la entidad referida mediante la figura del llamamiento en garantía.

#### **IV. PRUEBAS**

Solicito Señor Juez, se sirva decretar como prueba dentro del llamamiento de la referencia las siguiente:

- **Documentales**
  1. Certificado de existencia y representación de mi poderdante, poder especial conferido; documentos aportados con la contestación de la demanda

2. Copia certificado de existencia y representación legal de **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI**.
3. Contrato para prestación de servicios asistenciales bajo la modalidad de evento No. 1062 con inicio de vigencia 01 de enero de 2012.

- **Interrogatorio de parte**

Ruego ordenar y hacer comparecer a su despacho al representante legal de la llamada en garantía, JACOBO TOVAR CAICEDO identificado con cédula de ciudadanía número 16.789.565 en su calidad gerente o quien haga sus veces, para que en audiencia pública absuelva interrogatorio que realizaré verbalmente sobre los hechos objeto de la demanda.

## V. ANEXOS

Las pruebas documentales relacionadas en el numeral inmediatamente anterior.

## VI. NOTIFICACIONES

La suscrita apoderada judicial de la parte demandada en Carrera 56 No 11 A – 88 Barrio Santa Anita de la Ciudad de Cali.

Mi representado en su domicilio principal Carrera 56 No 11 A – 88 Barrio Santa Anita de la Ciudad de Cali. [notificacionesjudiciales@sos.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@sos.com.co)

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI** en su domicilio principal en la Carrera 23 No. 26B - 46 Autopista Sur Oriental de Cali [notificacionesjudiciales@comfandi.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@comfandi.com.co)

Téngase como dirección de la parte demandante la presentada en la demanda.

Cordialmente,



**ANA MARÍA MARTÍNEZ RIOJA**

C. C No. **1143857326** de Santiago de Cali, Valle del Cauca  
T. P. No. **282.173** del C. S de la J.