

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

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

NIT: 805001157-2

CONTRATISTA: INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSE DE GERONA

NIT: 890.301.430-5

FECHA DE INICIO: PRIMERO (01) DE MAYO DE DOS MIL ONCE (2011)

FECHA DE TERMINACIÓN: PRIMERO (01) DE MAYO DE DOS MIL DOCE (2012)

NUMERO DEL CONTRATO: 0477

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad 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 Cali, que para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte y la Hermana **LUCIA MARTINEZ PEREZ** mayor de edad, vecina de la ciudad de Cali, identificada con cédula de ciudadanía 29.032.508 de Pácora/Caldas, quien obra en nombre y representación del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSE DE GERONA**, entidad religiosa sin ánimo de lucro, establecida canónicamente en la Arquidiócesis de Cali, que goza de todos los efectos civiles y eclesiásticos que le confiere la ley concordataria No. 20 de 1974, que para efectos de este contrato se denominará **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 la sede de **EL CONTRATISTA** ubicada en el municipio de Cali. **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 para los afiliados al Plan Complementario de

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

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 SNS, 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 y demás normas que las completan 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 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

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 1715 de 2005 modificada por la Resolución 058 de 2007 y demás normas concordantes. Deberá efectuar el registro obligatorio de todo cuanto compete 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

con los parámetros establecidos en la Ley, Decretos, Jurisprudencia y demás, de acuerdo a la actividad médica; 13. Cumplir cabalmente con el 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 CNSSS, 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**. **PARAGRAFO 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

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. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las normas aquí previstas se aplicaran al presente contrato mientras no surja norma que las derogue, sustituya o modifique. **22. 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; **23.** Cumplir con los procedimientos de acuerdo con lo establecido en el **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR.** **24.** 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.** **25.** 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 tres 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; **26.** 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; **27.** No exigirle al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento de acuerdo a lo establecido por el Decreto 4747 de 2007; **28.** Diligenciar documentos para notificar a la respectiva Seccional o Secretaría de Salud, enfermedades de obligatorio reporte. **29.** Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al paciente durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios **EL CONTRATISTA** atribuible a dolo o negligencia así sea levísima durante la estadía del paciente en dichas instalaciones. **30.** 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

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

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 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 topes en SMLMV vigentes 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**

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
Call - Colombia

Página 6 de 23

427

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

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 identificando plenamente los servicios POS y NO POS y el número y fecha de la autorización de servicios emitida por **EL CONTRATISTA**, de acuerdo al procedimiento que para tal efecto se encuentra establecido por la normatividad vigente. 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.-** 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. **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, con la presentación de las pólizas correspondientes y el respectivo recibo de pago. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- VIGENCIA** el presente contrato entrará en vigencia y ejecución a partir del primero (01) de Mayo de 2011. **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. **DECIMA. SISTEMA DE INFORMACIÓN- EL CONTRATISTA** se obliga a aceptar el Sistema de Información implementado por **EL CONTRATANTE**. **DÉCIMA PRIMERA: 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.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

de Salud competente. **b)** En caso que **EL CONTRATANTE** encontrare que **EL CONTRATISTA** incumpla parcialmente las obligaciones contraídas en virtud del contrato.

DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN. El presente contrato se terminará por cualquiera de las siguientes causales: **a)** Por vencimiento del término inicialmente pactado o el 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 inexacta o irreal. **g)** Por la revocatoria o vencimiento del registro especial de prestadores de servicios de salud, por parte de la autoridad competente. **h)** El incumplimiento por parte de **EL CONTRATISTA**, de entregar y mantener vigentes las pólizas de seguros, señaladas en la cláusula décima cuarta. **i)** 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. **j)** Por las demás causales previstas en la ley y en los reglamentos.

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.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- El proceso de liquidación del contrato no podrá durar más de cuatro (4) meses desde la fecha de vencimiento del contrato. La liquidación constará por escrito en la cual se determinarán 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 TERCERA. 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 CUARTA. GARANTÍAS.- **EL CONTRATISTA** tomará a su costa y por su cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país y vigilada por la Superintendencia Financiera: **a)** Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual con una vigencia igual al término inicial del contrato y tres (3) meses más y durante cada una de sus prorrogas. Esta póliza deberá incluir los amparos de daños en bienes y personas. Se

4

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

aceptarán las pólizas Multiriesgo o Contra todo riesgo siempre que comprendan todos los amparos mencionados. **b)** De responsabilidad civil profesional para clínicas, hospitales y médicos independientes por un valor de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes por evento o siniestro, por un término igual al inicial y durante cada una de sus prórrogas. **c)** Póliza de Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones laborales, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) años mas, por el cinco por ciento (5%) del valor total del contrato. **d)** Póliza de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a cargo del afianzado, por un término igual a la duración del contrato y dos (2) meses más, por un valor igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato. **PARÁGRAFO.-** Para los efectos del otorgamiento de las pólizas enunciadas en la primera parte de esta cláusula, las partes estiman el valor del presente contrato, en una suma de **CIEN MILLONES MONEDA CORRIENTE (\$100.000.000=)**. No obstante, si durante la ejecución del presente contrato, el valor se incrementará proporcionalmente, **EL CONTRATISTA** ajustará el monto de las pólizas y entregará copia a **EL CONTRATANTE**. **e)** Tomar a su costa y por su cuenta y riesgo la Póliza de Complicaciones Quirúrgicas, por cada paciente que llegue a ser intervenido en el procedimiento de cirugía bariátrica. La póliza deberá contener una cuantía no inferior a cincuenta millones de pesos mcte. (\$50.000.000). La Póliza de Seguro de Complicaciones Quirúrgicas, deberá ser expedida por una compañía de seguros legalmente constituida en el país y vigilada por la Superintendencia Financiera. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Siempre que se prorrogue la duración del contrato, **EL CONTRATISTA** deberá renovar todas las pólizas mencionadas en esta Cláusula. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Cualquiera de estas garantías podrá hacerse exigible por **EL CONTRATANTE** inmediatamente se establezca el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contenidas en el presente contrato, sin que deba mediar requerimiento judicial alguno, proceso civil o reclamación previa a los cuales renuncia expresamente **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO TERCERO.- EL CONTRATISTA** deberá suscribir y entregar las pólizas de que trata la presente cláusula y sus respectivos recibos de pago a **EL CONTRATANTE**, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del presente contrato. **DÉCIMA QUINTA. SOLUCION 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 SEXTA. 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**, la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio. 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, será exclusiva de **EL CONTRATISTA**. **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**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

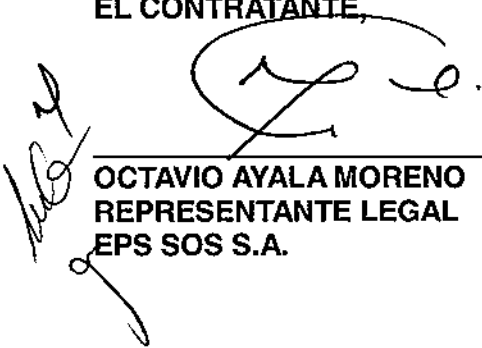
CONTRATANTE fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra de **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y comparezca a los juicios de responsabilidad en que se le vincule. **PARÁGRAFO TERCERO** - En caso que **EL CONTRATANTE** fuera condenado en proceso de responsabilidad médica, en el cual **EL CONTRATISTA** hubiera incurrido en alguna de las causales de culpa, autoriza a **EL CONTRATANTE** para que repita en contra de este los dineros que hubiere cancelado. **PARÁGRAFO CUARTO** - En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos **EL CONTRATANTE** podrá hacer exigible la garantía de "Responsabilidad Civil Extracontractual" requerida en la correspondiente cláusula de este contrato. **DÉCIMA SÉPTIMA. 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 OCTAVA. 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 las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007, 3047 de 2008, y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan. **DÉCIMA NOVENA. 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. **VIGÉSIMA. CESIÓN.**- **EL CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización expresa y por escrito de **EL CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA. 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) Presentación y aprobación de las pólizas exigidas a **EL CONTRATISTA**, 3) 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)

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

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. VIGÉSIMA SEGUNDA. DOCUMENTOS Y ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO.-** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos: **1.** Pólizas de seguros y sus correspondientes recibos de pago **2.** Certificado de Existencia y Representación legal de las partes. **3.** Fotocopia del NIT **4.** Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal **5.** Certificación de la entidad financiera correspondiente en original, en la que conste una cuenta bancaria abierta y activa a nombre de **EL CONTRATISTA**. **6.** Carta suscrita por el Representante Legal de **EL CONTRATISTA** en la que autoriza a **EL CONTRATANTE** consignar en la cuenta bancaria por ella indicada, el valor mensual causado del contrato. **7.** Anexos: Anexo No. 1.- Registro o Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud (Decreto 2309 de 2002) 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 (CD); Anexo No. 4 reporte Enos y Centinelas; Anexo No. 5 Sistema de referencia y contrarreferencia;(CD) y anexo No. 6 - Formato de Recaudo de Cuota de Recuperación. **VIGÉSIMA TERCERA.- 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 No. 23N-55, teléfono 4898686 Ext. 3330 y **EL CONTRATISTA:** En la Avenida 2N No. 24-157, teléfono 6081000 – 6677227.

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

EL CONTRATANTE,


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

EL CONTRATISTA,


**Hna. LUCIA MARTINEZ PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL
INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSE DE
GERONA**

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
Call - Colombia

Página 11 de 23

422

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

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

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS)	
SERVICIOS	TARIFAS POS
CONSULTA EXTERNA - NEUROCIRUGIA	\$ 25.000

ESTANCIAS	VALOR
INTERNACION EN SERVICIOS DE COMPLEJIDAD ALTA-UNIPERSONAL	\$ 125.880
INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	\$ 636.360
INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	\$ 636.360
INTERNACION CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO	\$ 279.906
INTERNACION CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL	\$ 279.906
INTERNACION EN SERVICIOS DE COMPLEJIDAD ALTA-BIPERSONAL	\$ 99.414
INTERNACION UNIDAD AISLAMIENTO PREVENTIVO	\$ 125.880

URGENCIA	VALOR
CONSULTA MEDICO URGENCIAS	ISS 2001+30%
INTERCONSULTA MEDICO ESPECIALISTA	ISS 2001+30%
VALORACION DIARIA MEDICO ESPECIALISTA	ISS 2001+30%

REHABILITACION CARDIACA	VALOR
SESION REHABILITACION CARDIACA	\$ 22.000

LABORATORIOS	VALOR
SERVICIOS AMBULATORIOS	ISS 2001+ 20%
SERVICIOS HOSPITALARIOS	ISS 2001+ 25%

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

Página 12 de 23

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

IMAGENOLOGIA	VALOR
HOSPITALARIOS: - Rx Convencional - Mamografía - Angiotac - Doppler - Escanografía - Ecografías	ISS 2001 + 25% ✓
AMBULATORIOS: - Rx Convencional - Mamografía - Angiotac - Doppler - Escanografía - Ecografías	ISS 2001 + 20%

ENDOSCOPIAS	VALOR
ENDOSCOPIAS - Ambulatorias	ISS 2001+ 20%
ENDOSCOPIAS - Hospitalarias	ISS 2001+ 25%

OTROS SERVICIOS	VALOR	
	Ambulatoria	Hospitalaria
ECOGRAFIA TERCER NIVEL (Cod.850035)	ISS 2001 + 20%	ISS 2001 + 25%
	Ambulatoria	Hospitalaria
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON ANALISIS DE PLIEGUE NUCAL	ISS 2001 + 20%	ISS 2001 + 25%
CINEVIDEODEGLUSION	\$ 435.000	

4

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

CARDIOLOGIA	VALOR	
EXAMENES DE CARDIOLOGIA:	Ambulatoria	Hospitalaria
• Prueba Ergométrica (Incluido EKG) • Electrocardiografía Dinámica Holter 24 Horas • Monitoria Tensión Arterial 24 Horas • Ecocardiograma BD a Color • Electrocardiograma Convencional • Ecocardiograma Transesofágico • Ecocardiograma de Estrés con Dobutamina	ISS 2001 + 11%	ISS 2001 + 30%

SERVICIO POS	TARIFA POS
CIRUGIA POS	ISS 2001 + 30%
PUNTO QUIRURGICO	\$ 1.651

MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS	El valor de los MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS serán pactados de común acuerdo con una periodicidad no menor a seis (6) meses ni mayor a un (1) año. Los ajustes quedarán plasmados dentro de un otro sí, definiendo la periodicidad de la cual aplica. La negociación de las modificaciones por terminación de vigencia, serán realizadas con treinta (30) días de anticipación, en la cual EL CONTRATANTE enviará contrapropuesta sobre la modificación reportada por EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA no podrá aplicar modificación de tarifas sin previo aval del EL CONTRATANTE, de ser así, las facturas de medicamentos e insumos serán liquidadas conforme a lista de precios de EL CONTRATANTE (EPS S.O.S.). La lista de precios definida por ambas partes estarán sujetas a las modificaciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social. Los medicamentos e insumos definidos con precio techo serán liquidados conforme al valor máximo reportado por el Ministerio de la Protección Social, en caso que los valores facturados sean mayores al valor máximo definido por el MPS.
---	---

4

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC)		
PLANES PREFERENCIALES		
PLAN EXCELENCIA Y BIENESTAR	SERVICIOS	TARIFAS PAC
	IMAGENOLOGIA - HOSPITALARIA	ISS 2001 + 50%
	IMAGENOLOGIA - AMBULATORIA	ISS 2001+30%
	LABORATORIO - HOSPITALARIO	ISS 2001 + 50%
	LABORATORIO - AMBULATORIO	ISS 2001+30%
	CONSULTA REHABILITACION CARDIACA	\$ 25.000
	SESION REHABILITACION CARDIACA	\$ 22.000
	MAMOGRAFIAS	\$ 65.000
	URGENCIAS	VALOR
	CONSULTA URGENCIAS MEDICO GRAL	ISS 2001 + 71%
	CONSULTA URGENCIAS MEDICO ESPECIALISTA	ISS 2001 + 71%
	DER SALA OBSERVACION	ISS 2001 + 71%
	ESTANCIA	VALOR
	HABITACION INDIVIDUAL	\$182.381
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	\$ 658.662
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	\$ 658.662
	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS	\$ 298.716
	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES	\$ 298.716
	ESTANCIA EN CUNA	\$ 102.525

4

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

PLAN FAMILIAR	IMAGENOLOGIA - HOSPITALARIA	ISS 2001+50%
	IMAGENOLOGIA - AMBULATORIA	ISS 2001+30%
	LABORATORIO - HOSPITALARIO	ISS 2001+50%
	LABORATORIO - AMBULATORIO	ISS 2001+30%
	SESION REHABILITACION CARDIACA - (Hospitalaria)	\$ 22.000
	MAMOGRAFIAS - (Hospitalario)	\$ 65.000
	URGENCIAS	
	CONSULTA URGENCIAS MEDICO GRAL	ISS 2001+65%
	CONSULTA URGENCIAS MEDICO ESPECIALISTA	ISS 2001+65%
	DER SALA OBSERVACION	ISS 2001+65%
	ESTANCIA	
	HABITACION INDIVIDUAL	\$ 154.576
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	\$ 658.662
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	\$ 658.662
	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS	\$ 298.716
	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES	\$ 298.716
	ESTANCIA EN CUNA	\$ 102.525

4

417

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

SERVICIO PAC	TARIFA PAC - FAMILIAR
CIRUGIA PAC – PLAN FAMILIAR	ISS 2001 + 30%
PUNTO QUIRURGICO	\$ 2.575

SERVICIO PAC	TARIFA PAC - BIENESTAR
CIRUGIA PAC – PLAN BIENESTAR	ISS 2001 + 30%
PUNTO QUIRURGICO	\$ 3.700

SERVICIO PAC	TARIFA PAC - EXCELENCIA
CIRUGIA PAC – PLAN EXCELENCIA	ISS 2001 + 30%
PUNTO QUIRURGICO	\$ 4.100

MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS	El valor de los MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS serán pactados de común acuerdo con una periodicidad no menor a seis (6) meses ni mayor a un (1) año. Los ajustes quedarán plasmados dentro de un otro si, definiendo la periodicidad de la cual aplica. La negociación de las modificaciones por terminación de vigencia, serán realizadas con treinta (30) días de anticipación, en la cual EL CONTRATANTE enviará contrapropuesta sobre la modificación reportada por EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA no podrá aplicar modificación de tarifas sin previo aval del EL CONTRATANTE, de ser así, las facturas de medicamentos e insumos serán liquidadas conforme a lista de precios de EL CONTRATANTE (EPS S.O.S.). La lista de precios definida por ambas partes estarán sujetas a las modificaciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social. Los medicamentos e insumos definidos con precio techo serán liquidados conforme al valor máximo reportado por el Ministerio de la Protección Social, en caso que los valores facturados sean mayores al valor máximo definido por el MPS.
---	---

4

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

**PAQUETES ACEPTADOS NEGOCIACION 2011
POS Y PAC**

CODIGO	COLUMNA	TARIFA POS Y PAC
C4CO01	ESCOLIOSIS UN ABORDAJE	26.500.000
C4CO02	ESCOLIOSIS DOBLE ABORDAJE	29.600.000
C4CO03	HERNIA DE DISCO	2.300.000
C4CO04	LAMINECTOMIA	2.300.000
C4CO05	FORAMINOTOMIAS	2.800.000
C4CO06	MICRODISCOIDECTOMIAS	2.800.000
C4CO07	ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACION CON LAMINECTOMIA	3.500.000

CODIGO	CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA	TARIFA POS Y PAC
C4GE07	MINI BYPASS GASTRICO	9.900.000 *
C4GE10	SLEEVE GASTRICO	9.900.000 ✓
C4GE11	BYPASS GASTRICO	9.900.000 ✓

CODIGO	UNIDAD BILIODIGESTIVA	TARIFA POS Y PAC
CUP511110	COPER DIAGNOSTICA	600.000 *

CODIGO	NEUROCIRUGIA	TARIFA POS Y PAC
C4NE07	CIRUGIA ENDONASAL DE HIPOFISIS	8.000.000
C4NE10	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACION CEREBRAL POSTERIOR	5.500.000
C4NE11	RESECCIONES DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS	5.500.000
C4NE12	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES DE FOSA POSTERIOR	7.200.000
C4NE13	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES DE LINEA MEDIA	7.200.000
C4NE14	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES PONTOCEREBELOSOS U OTROS TUMORES HEMISFERICOS	7.200.000

CODIGO	OTROS SERVICIOS	TARIFA POS Y PAC
850050	SCORE DE CALCIO	250.000 *
850040	FARINGOLARINGOGRAFIA VIRTUAL	460.500 *

[Handwritten signature]

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

Página 18 de 23

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

415

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

PAQUETES QUIRURGICOS POS Y PAC INCLUSIONES Y EXCLUSIONES			
CODIGO	DESCRIPCION	INCLUSIONES	EXCLUSIONES
COLUMNA			
C4C001	ESCOLIOSIS UN ABORDAJE	Cirugía: - Medicamentos Insumos 100% ✓ - Monitoria Intraoperatoria - Derechos de Sala hasta por 8 horas - Injerto Óseo - Reserva y aplicación de glóbulos rojos hasta 2 unidades - Material de Osteosíntesis - Recuperación hasta 6 horas. Hospitalización: - Medicamentos 100% - Insumos 100% - Internación Habitación Bipersonal 4 días - Internación Habitación Ucin 1 día. Honorarios Médicos: - Honorarios Cirujano - Honorarios Anestesiólogo - Honorarios Ayudantes - Honorarios Monitoria Intraoperatoria - Consulta Pre Anestésica.	Exclusiones: - Complicaciones que requieren nivel III de atención o de nuevos procedimientos quirúrgicos. - No incluye los antibióticos indicados específicamente por una infección determinada y la droga que no tenga nada que ver con el procedimiento en sí (medicamentos antihipertensivos, antitrombóticos, fármacos para control de enfermedades sistémicas, etc). - En caso de necesitar más días de hospitalización por complicaciones, que sean o no inherentes al procedimiento, estos serán cubiertos por la EPS, fuera del paquete. Habrá una clara sustentación y comunicación con la entidad correspondiente para respaldar lo anterior.
C4C002	ESCOLIOSIS DOS ABORDAJES	Ayudas Diagnosticas: - TSH: 1 - Perfil Lipídico 1 - Cuadro Hemático 1 - Velocidad de sedimentación 1 - Proteína C reactiva 1 - Parcial de orina 1 - Creatinina Bun 1 - Glicemia 1 - Placa de rx del área comprometida (Rx ap y lateral del segmento comprometido): 1 - Placa de rx Panorámicas de miembros inferiores: 1 - Electrocardiograma 1 - Reserva de 2 Unidades de Glóbulos R. 2	Si se excede en los componentes del paquete -- se facturará el valor de paquete y adicional los gastos en que incurra.

[Handwritten signature]

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

		Controles postquirúrgicos : · Medico Cirujano Tratante 3 consultas · Hemoglobina 1 · Cuadro Hemático 1 · Placa de rx del área comprometida (Rx ap y lateral del segmento comprometido):1 · Placa de rx Panorámicas de miembros inferiores : 1	
C4CO03	HERNIA DE DISCO	Valoraciones pre quirúrgicas: · Consulta pre quirúrgica Neurocirujano · Consulta pre quirúrgica Anestesiólogo · Consulta pre quirúrgica Enfermería	Exclusiones: · Estancia en UCI o UCIN · Sangre o sus derivados
C4CO04	LAMINECTOMIA	Procedimiento quirúrgico: · Derechos de sala · Medicamentos e insumos Normatividad ISS	· Ayudas Diagnosticas
C4CO05	FORAMINOTOMIAS	· Cirujano 1 · Cirujano 2 · Anestesiólogo · Recuperación	· Materiales especiales como: Injertos, sustitutos, cemento, materiales de osteosíntesis, sutura de anclaje, Cerviset, entre otros.
C4CO06	MICRODISCOIDECTOMIAS	Hospitalización: · Estancia Hospitalización bipersonal 2 días	· Ínter consultas con otras especialidades
C4CO07	ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACION CON LAMINECTOMIA	· Medicamentos e insumos de hospitalización normatividad ISS Controles post quirúrgicos: · Valoración Neurocirujano a: 15 - 45 - 60 días	

CODIGO	DESCRIPCION	INCLUSIONES	EXCLUSIONES
CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA			
C4GE07	MINI BYPASS GASTRICO	Cirugía: · Medicamentos Insumos 100% · Torre de laparoscopia · Derechos de Sala hasta por 2 horas · Material Y suturas mecánicas · Recuperación hasta 6 horas	Exclusiones: · Complicaciones que requieren nivel III de atención o de nuevos procedimientos quirúrgicos.

4

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

C4GE10	SLEEVE GASTRICO	Hospitalización: • Medicamentos 100% • Insumos 100% • Internación Habitación unipersonal 2 días Honorarios Médicos: • Honorarios Cirujano • Honorarios Anestesiólogo • Honorarios 2 ayudantes • Honorarios Nutricionista • Honorarios Psiquiatra • Honorarios Fisiatra • Honorarios médico Internista • Consulta Pre. Anestésica Ayudas Diagnosticas: • Endoscopia • Ecografía • TSH • Perfil Lipídico • Cuadro Hemático • Glicemia • Creatinina • Placa de tórax • Electrocardiograma Controles postquirúrgicos: • Médico Cirugía – tratante 6 consultas • Nutricionista 4 consultas • Enfermería 4 consultas • Controles durante el (1) año	• Si se excede en los componentes del paquete – se facturará el valor de paquete y adicional los gastos en que incurra. • Esiancia en unidad de cuidados intensivos
C4GE11	BYPASS GASTRICO		

4

412

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

CODIGO	DESCRIPCION	INCLUSIONES	EXCLUSIONES
UNIDAD BILIODIGESTIVA			
CUP5111 10	CPER DIAGNOSTICA		

CODIGO	DESCRIPCION	INCLUSIONES	EXCLUSIONES
NEUROCIRUGIA			
C4NE10	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACION CEREBRAL POSTERIOR	Valoraciones pre quirúrgicas: • Consulta pre quirúrgica Neurocirujano • Consulta pre quirúrgica Anestesiólogo • Consulta pre quirúrgica Enfermería Procedimiento quirúrgico: • Derechos de sala • Medicamentos e insumos Normatividad ISS • Cirujano 1 • Cirujano 2 • Anestesiólogo • Recuperación Controles post quirúrgicos: • Valoración Neurocirujano a: 15 - 45 - 60 días	Exclusiones: • Estancia en hospitalización general • Estancia en UCI o UCIN • Sangre o sus derivados • Ayudas Diagnosticas • Materiales especiales como: Injertos, sustitutos, cemento, ganchos de aneurismas, materiales para craneoplastia, entre otros. • Inter consultas con otras especialidades
C4NE11	RESECCIONES DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS	Valoraciones pre quirúrgicas: • Consulta pre quirúrgica Neurocirujano • Consulta pre quirúrgica Anestesiólogo • Consulta pre quirúrgica Enfermería	Exclusiones: • Estancia en hospitalización general • Estancia en UCI o UCIN • Sangre o sus derivados • Ayudas Diagnosticas • Materiales especiales como: Injertos, sustitutos, cemento, entre otros. • Inter consultas con otras especialidades
C4NE12	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES DE FOSA POSTERIOR	Procedimiento quirúrgico: • Derechos de sala • Medicamentos e insumos Normatividad ISS • Cirujano 1 • Cirujano 2 • Anestesiólogo • Recuperación	
C4NE13	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES DE LINEA MEDIA		
C4NE07	CIRUGIA ENDONASAL DE HIPOFISIS		

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS) Y LOS PLANES DE
ATENCION COMPLEMENTARIA (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO
ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

C4NE14	RESECCION DE TUMORES CEREBRALES PONTOCEREBELOSOS U OTROS TUMORES HEMISFERICOS	Controles post quirúrgicos: • Valoración Neurocirujano a: 15 - 45 - 60 días	
--------	---	---	--