

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A CELEBRARSE ENTRE COLMEDICA EPS Y CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.**

Contrato No	1-11001-060-2006
Versión Contrato	POS IPS SERVICIOS HOSPITALARIOS 2006
Regional	CENTRO
Ciudad	Bogotá
Contratante	Colmédica EPS – Nit No 830113831-0
Contratista	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.
Nit del Contratista	860.090.566-1
Dirección del Contratista	Avenida Las Américas No. 71C-29
Teléfono del Contratista	Teléfono 425 4620 425 4669 Fax 425 4620
Objeto del Contrato	Prestación de servicios de salud en las áreas de hospitalización y cirugía, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico ambulatorio y hospitalario, consulta externa por medicina general y especializada, suministro de medicamentos intrahospitalarios.
Vigencia	Un año con prórroga automática
Tarifas	Las establecidas según la Ficha de negociación tarifaria anual.
Coberturas	MAPIPOS - Resolución 5261 de 1994
Afiliados a atender	Todos los que remita Colmédica EPS y/o las IPS capitadoras de la red a través del proceso denominado TRIANGULACION
Tipo de Habitación	Bipersonal
Valor del Contrato	Cuantía Indeterminada
Portafolio	El contratado por LA ENTIDAD con coberturas limitadas al MAPIPOS.
Medicamentos	Genéricos intrahospitalarios – terapéutica (Acuerdos 228 y 236 de 2002 y 282 de 2004) o los que los llegaren a modificar, complementar o adicionar Otros medicamentos – Realización de CTC, previo cumplimiento de requisitos por LA INSTITUCIÓN.
Días de radicación de las facturas	Del 1 al 20 de cada mes en horario hábil de la oficina de Colmédica

Entre los suscritos, MARGARITA RAMIREZ GRACIA, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá, identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 21.068.897 de Usaquén, quien obra en su calidad de REPRESENTANTE LEGAL y por tanto en nombre y representación de COLMEDICA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. (COLMEDICA EPS), Sociedad Comercial debidamente inscrita ante la Cámara de Comercio de Bogotá, con NIT No 830.113.831-0, de acuerdo con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se adjunta, quien en adelante se denominará LA ENTIDAD, y EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de

COLMEDICA EPS

GERENCIA JURÍDICA/CONVENIOS MEDICOS POS

06/12/06

**DIRECCIÓN GENERAL** Av. el Dorado No. 69 c 03 Piso 3 Bogotá D.C. pbx: 3240250 ó 3240660 \* **REGIONAL CENTRO** Cra. 8 No. 38 31 Bogotá D.C. pbx: 3239800 3239200

\* **REGIONAL NORTE** Carrera 58 No. 75 12 piso 2 Barranquilla pbx: 3532771 fax: 3532779 \* **REGIONAL OCCIDENTE** Avenida 5 N No. 23 69 Versalles Cali pbx : 6605555 fax : 6605555 ext 140

\* **REGIONAL ANTIOQUIA** Avenida el Poblado Cra. 43ª No. 14 40 Medellín pbx : 3549111 Fax: 2669914

Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía Número 19.100.720 de Bogotá, obrando en calidad de REPRESENTANTE LEGAL y por tanto en nombre y representación de CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., con NIT No. 860.090.566-1, según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, el cual se adjunta, parte que en lo sucesivo se denominará LA INSTITUCIÓN, se ha celebrado el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** que se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por las normas legales pertinentes a su materia.

#### ANTECEDENTES:

La Ley 100 de 1.993 prevé la organización de la Prestación de los Servicios del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) y la Prestación de Planes Complementarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.), las cuales a su vez están facultadas para contratar la prestación de dichos servicios, con Instituciones y Profesionales de la Salud.

COLMEDICA desarrolla actividades de una Entidad Promotora de Salud de conformidad con la normatividad vigente y en tal virtud, ha suscrito contratos con diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y ha conformado una red de centros médicos propios, bajo la modalidad de capitación ambulatoria, en adelante IPS (s) capitadora (s) ambulatoria (s), cuyas coberturas, en términos generales, corresponden a servicios diagnósticos y terapéuticos contemplados dentro de la Resolución 5261 de 1994 – MAPIPOS, en los niveles I a IV ambulatorio, coberturas que en algunos casos, prestará LA INSTITUCIÓN.

LA INSTITUCIÓN va a prestar sus servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto en la parte hospitalaria como los servicios cobertura de la capitación ambulatoria.

Teniendo en cuenta lo anterior, las partes han acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO:** Por virtud del presente contrato LA INSTITUCIÓN se obliga a prestar directamente de manera eficiente y oportuna, y con sus propios recursos a los afiliados del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) de LA ENTIDAD que le sean remitidos bien sea por esta última y/o por las IPSs adscritas y/o contratadas en la red de prestadores de LA ENTIDAD, los servicios correspondientes según el MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS POS (MAPIPOS), y en especial los servicios profesionales de salud en las áreas de hospitalización y cirugía, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico ambulatorio y hospitalario, consulta externa por medicina general y especializada, suministro de medicamentos intrahospitalarios, acorde con el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud radicado en la Secretaría de Salud de Bogotá, todo lo anterior, encaminado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, bajo el entendido que en desarrollo del objeto de este contrato, LA INSTITUCIÓN observará el marco de la normatividad legal vigente sobre la materia, por lo tanto quedan expresamente excluidos del objeto del presente contrato los servicios de salud definidos como exclusiones en el Acuerdo 8 del CNSSS y el artículo 18 de la Resolución Número 5261 de 1994 - MAPIPOS, y demás normas reglamentarias sobre el tema.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** LA INSTITUCIÓN, le prestará a las IPSs ambulatorias adscritas a la red de prestadores de LA ENTIDAD y a los centros médicos propios, los servicios profesionales de salud en las áreas de hospitalización y cirugía, urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico ambulatorio y hospitalario, consulta externa por medicina general y especializada, suministro de medicamentos intrahospitalarios, cuando la prestación de tales servicios haya sido previamente autorizada para tal fin por la IPS de capitación y/o LA ENTIDAD. La red de IPSs ambulatorias adscritas a la red de prestadores de LA ENTIDAD se relaciona en el anexo denominado RED DE IPS DE CAPITACION, el cual puede ser actualizado en cualquier momento por LA ENTIDAD.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando en este contrato se mencionen de manera específica normas que regulan la materia de la que se trate, se entiende por las partes que además de las mencionadas, se hace relación a la reglamentación que la modifique, complemente o sustituya, entendiéndose así mismo que en virtud de la naturaleza de orden público de las normas que regulan el SGSSS, dichas normas se consideran integradas al contrato.

**PARÁGRAFO TERCERO:** Cuando en este contrato se mencione el término "afiliados", se entenderá que se está haciendo referencia tanto a los cotizantes como a los beneficiarios de LA ENTIDAD.

**PARÁGRAFO CUARTO:** LA ENTIDAD no autoriza a LA INSTITUCIÓN en ningún caso la realización de estudios o prácticas en afiliados a LA ENTIDAD, tendientes a investigaciones de cualquier naturaleza a través de cualquier modalidad no aprobada por las sociedades científicas reconocidas en la república de Colombia.

**CLÁUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DE LA INSTITUCIÓN:** Las siguientes son las obligaciones a cargo de LA INSTITUCIÓN:

1. Prestar los servicios objeto del presente contrato a los afiliados de LA ENTIDAD, con la mayor diligencia accesibilidad y oportunidad, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios.
2. Ofrecer a los afiliados de LA ENTIDAD la oportunidad de recibir la atención en los servicios objeto del presente contrato en un término de tiempo que no exceda del estrictamente necesario para la atención de la patología que aqueje su salud, acorde con la clasificación de la atención de urgencias denominada TRIAGE definida en el anexo que lleva el mismo nombre y que forma parte integral del presente contrato. Para el caso de la atención de urgencias clasificada como TRIAGE I y II y los eventos derivados de las mismas, éstas deberán ser atendidas por LA INSTITUCIÓN de manera inmediata con la responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente debe remitirse, la responsabilidad de LA INSTITUCIÓN llega hasta el momento en que el afiliado ingrese a la entidad receptora.
3. Ofrecer oportunamente a los afiliados de LA ENTIDAD los servicios ambulatorios tales como consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico, y demás relacionados con el objeto contractual, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
4. Atender a los afiliados de LA ENTIDAD sin hacer ningún tipo de discriminación en relación con los pacientes particulares o de otras entidades.
5. Exigir a los afiliados de LA ENTIDAD para la prestación de los servicios la presentación del documento de identificación. No será necesario la presentación del carnet que los identifica como afiliados a COLMÉDICA para el Plan Obligatorio de Salud, excepto en el caso de los menores de edad quienes

- deben presentar el carné en caso de no contar con documento de identificación. La atención de urgencias no podrá estar sometida ni condicionada a la presentación de ningún documento.
6. Exigir a los afiliados de LA ENTIDAD para la realización de eventos programados la autorización correspondiente expedida por LA ENTIDAD o la IPS, la cual será soporte para el pago de la respectiva cuenta por parte de LA ENTIDAD o la IPS capitadora ambulatoria, según sea el caso. En los casos de urgencias, la atención no podrá estar sometida ni condicionada a la presentación de la autorización del servicio, sin embargo para efectos de presentación de la factura, LA INSTITUCIÓN deberá validar derechos del afiliado con LA ENTIDAD.
  7. Indagar acerca del origen de la enfermedad o accidente para recobro a otros actores del SGSSS.
  8. Calificar en primera instancia el origen de los eventos de salud, asegurando los recursos técnicos y administrativos necesarios para la adecuada calificación de conformidad con lo previsto en la normatividad vigente.
  9. Expedir los certificados de incapacidad temporal dentro de los parámetros de la pertinencia médica y con los datos mínimos descritos en la cláusula denominada incapacidades del presente contrato.
  10. Responsabilizarse por el manejo de la papelería institucional utilizada para formulación, indicaciones o recomendaciones médicas, órdenes de servicio, incapacidades, licencias y demás, generadas por LA INSTITUCIÓN y/o los profesionales vinculados o adscritos a ella, en términos de contenido y buen uso. LA ENTIDAD está exenta de cualquier responsabilidad que se derive del manejo inapropiado en este sentido.
  11. Informar a LA ENTIDAD durante las dieciocho (18) horas hábiles siguientes al ingreso del paciente cuando un afiliado deba ser hospitalizado.
  12. Formular medicamentos en forma genérica de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia. En caso de requerirse medicamentos que no estén cubiertos dentro de la norma vigente, LA INSTITUCIÓN dará aplicación a las normas que regulan el Comité Técnico Científico.
  13. Cumplir con las normas legales relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 y la Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006, entre otras); participar en forma activa en los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad y tomar las medidas correctivas correspondientes para el logro de los objetivos definidos en forma conjunta y reportar la información requerida por LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN en los términos establecidos por LA ENTIDAD de acuerdo con los parámetros definidos por la Superintendencia Nacional de Salud.
  14. Garantizar la realización de las actividades de promoción y prevención definidas en la cláusula denominada Procedimientos párrafo quinto del presente contrato, entregando oportunamente a LA ENTIDAD la información requerida por ella.
  15. Cumplir con el proceso establecido por LA ENTIDAD en el anexo titulado PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA AMBULATORIA, así como con el proceso de referencia y contrarreferencia establecido por la normatividad vigente, en relación con el proceso hospitalario.
  16. Establecer un canal de comunicación con LA ENTIDAD, a través del cual se definan todos los aspectos relacionados con la ejecución del presente contrato.
  17. Mantener en total reserva el contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en los casos que la ley lo exija.
  18. Informar de manera oportuna a todo el personal tanto administrativo como asistencial la ejecución del presente contrato así como las modificaciones que se puedan presentar durante el tiempo de su vigencia.

19. Apoyar a LA ENTIDAD y suministrar oportunamente y con toda la seriedad y veracidad del caso, la información que esta última requiera para la resolución adecuada y oportuna de quejas, peticiones, reclamos, requerimientos y acciones judiciales interpuestas por los afiliados o por los Organismos de Control y Vigilancia, por causa o por ocasión del servicio prestado o no en virtud del presente contrato, dentro de los límites y términos que le hayan sido impuestos a LA ENTIDAD para tal fin.
20. Permitir la instalación en LA INSTITUCIÓN, de publicidad de LA ENTIDAD, previo acuerdo entre las partes.
21. Informar a la ENTIDAD cualquier modificación de su perfil tributario de acuerdo con la Normatividad vigente para efecto de pagos, anticipos, tasas, contribuciones y retenciones de Ley. Las sanciones y pagos que por efecto de omisión de esta solicitud se generen para la ENTIDAD, serán asumidos por la INSTITUCION en su totalidad y podrá la ENTIDAD descontar los valores pagados por estos conceptos, de los saldos pendientes por cancelar a la INSTITUCION.
22. Informar a LA ENTIDAD el número de cuenta bancaria para efectos de pago de los servicios prestados mediante certificación bancaria de apertura de cuenta dirigida a LA ENTIDAD y carta autenticada y firmada por el Representante legal de LA INSTITUCION autorizando el pago en dicha cuenta.

**CLÁUSULA TERCERA. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD:** Las siguientes son las obligaciones de LA ENTIDAD:

1. Pagar a LA INSTITUCIÓN las facturas por los servicios prestados a los afiliados de LA ENTIDAD, según las tarifas y forma de pago convenidas dentro del presente texto contractual.
2. Brindar a LA INSTITUCIÓN los canales de comunicación que permitan el flujo de información requerido para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance de LA ENTIDAD, con el fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato.
3. Mantener en total reserva el contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en los casos que la ley lo exija.
4. Mantener actualizada a LA INSTITUCIÓN acerca de los procedimientos y requisitos que establezca LA ENTIDAD.
5. Expedir las respectivas autorizaciones de servicio previa solicitud médica y validación de derechos del usuario de acuerdo con el modelo general de validación de derechos POS PURO ( número de validación de derechos: NVD) La autorización de servicio no podrá ser anulada por LA ENTIDAD con efectos retroactivos, pero la entidad puede cubrir servicios hasta una fecha determinada después de haber emitido una autorización de servicios, informando a LA INSTITUCIÓN tal decisión de no cubrimiento en adelante, previa justificación fundamentada en las normas del SGSSS.
6. Responder por las obligaciones dinerarias que surjan como consecuencia de las autorizaciones que se emitan mientras las mismas se encuentren vigentes y hasta por el término de su vigencia, y abstenerse de efectuar correcciones con efectos retroactivos que afecten económicamente a LA INSTITUCION frente a servicios ya prestados, siempre y cuando dicha prestación se haga dentro de los términos del presente contrato y de las normas del SGSSS.

**CLÁUSULA CUARTA. PROCEDIMIENTOS:** LA INSTITUCIÓN definirá con base en la impresión diagnóstica y/o diagnóstico, el procedimiento médico a seguir. El tratamiento médico necesario se ordenará y suministrará en relación estrecha y estricta con los parámetros de calidad y racionalidad técnico científica establecidos tanto por la ley como por LA ENTIDAD. De otra parte, LA INSTITUCIÓN se compromete a

observar y cumplir los procedimientos y protocolos de atención establecidos por LA INSTITUCION para la prestación de los servicios médicos.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Cuando un afiliado que habiendo ingresado a LA INSTITUCIÓN requiera de servicios médicos que no se encuentran dentro del objeto del presente contrato, LA INSTITUCIÓN deberá observar la normatividad relacionada con la referencia y contra – referencia que reglamenta a las instituciones prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con la cual la responsabilidad de éstas llega hasta el momento en que el afiliado ingresa a la institución prestadora de servicios de salud receptora. Por su parte, LA ENTIDAD garantizará una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud suficiente que permita el manejo adecuado del estado de salud de sus afiliados en estos casos y autoriza a LA INSTITUCIÓN para que en los casos en que dicha red no satisfaga esta necesidad se solicite a la Central de Referencia y contrarreferencia de LA ENTIDAD, la autorización del traslado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud que no forme parte de la red contratada por LA ENTIDAD.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En el evento en que el servicio solicitado por el médico tratante de LA INSTITUCION para el afiliado sea de aquellos amparados por virtud del presente contrato y LA INSTITUCIÓN no esté en condiciones de prestarlo, bien sea porque las circunstancias del momento o el estado de sus equipos no se lo permiten, LA INSTITUCIÓN deberá asumir los costos de traslado y el mayor valor de los costos inherentes al servicio solicitado y no prestado, siempre y cuando LA INSTITUCION no haya notificado por escrito a LA ENTIDAD con una antelación mínima de 72 horas.

**PARÁGRAFO TERCERO:** LA INSTITUCIÓN dará cumplimiento a la normatividad vigente relacionada con el consentimiento informado, garantizando que dicho acto se realizará en dos tiempos: el primero, en el cual el médico tratante de manera verbal dará a su paciente o al responsable de éste la información diagnóstica y de conducta pertinentes, para que el paciente o su responsable acepte su pleno entendimiento y manifieste su aceptación o rechazo y el segundo tiempo, será la confirmación o constancia de dicho proceso en un documento que deberá incorporarse a la historia clínica como parte esencial de ésta y que debe ser firmado por el médico y el paciente o el responsable de éste como constancia del acuerdo a que llegan.

En caso que LA INSTITUCIÓN realice al usuario tratamientos y/o procedimientos no contemplados dentro del POS de igual manera deberá surtir el acto de consentimiento informado ya descrito, dejando expresa constancia que se exonera a LA ENTIDAD de cualquier tipo de complicación inherente a la atención de la actividad no contemplada dentro del POS. En todo caso el costo de dichos tratamientos y /o procedimientos, estará a cargo del usuario.

**PARÁGRAFO CUARTO:** LA INSTITUCIÓN asumirá todos los costos derivados de las complicaciones que puedan ocasionarse a los afiliados por fallas en la prestación de los servicios objeto del presente contrato en las que se demuestre que hubo falla en el diagnóstico, tratamiento o los cuidados de enfermería sin perjuicio de que LA ENTIDAD haga efectivas las garantías de que trata el presente contrato. Para la identificación y calificación de estos casos se conformará un comité de pares interinstitucional.

**PARÁGRAFO QUINTO:** LA ENTIDAD garantizará el cumplimiento de la normatividad vigente en el ámbito hospitalario, relacionada con las normas técnicas y guías de atención contenidas en la Resolución 412 de 2000 expedida por el Ministerio de Salud ahora Ministerio de la Protección Social, a través de LA



INSTITUCION con quien ha contratado la prestación de estos servicios. Por lo tanto, LA INSTITUCION identificará, diagnosticará, tratará y reportará a LA ENTIDAD todos los casos exigidos en dicha normatividad, haciendo especial énfasis en la salud materno - fetal y las enfermedades infecto - contagiosas de los afiliados a LA ENTIDAD. LA ENTIDAD, por su parte, cancelará dichos servicios a la tarifa pactada en el presente contrato y que consta en el Anexo de Tarifas.

**CLÁUSULA QUINTA. MEDICAMENTOS:** LA INSTITUCIÓN prescribirá y suministrará los medicamentos que requieran los afiliados de LA ENTIDAD, los cuales deberán guardar relación estrecha y estricta con los parámetros de calidad y racionalidad técnico científica establecidos por la Ley y LA ENTIDAD, así:

1. Medicamentos incluidos en el manual de medicamentos y terapéutica (Acuerdos 228 y 236 de 2002 y 282 de 2004) o los que los llegaren a modificar, complementar o adicionar) formulados en denominación genérica.
2. Para el caso en que de acuerdo con la Resolución 3797 de 2004 emanada del Ministerio de la Protección Social, resulte imperativo suministrar medicamentos no incluidos en el manual de medicamentos y terapéutica (Acuerdos 228 y 236 de 2002 y 282 de 2004) o los que los llegaren a modificar, complementar o adicionar.), LA INSTITUCIÓN deberá observar las siguientes reglas: 1) Formulará dichos medicamentos en denominación genérica. 2) Presentará al Comité Técnico Científico de LA ENTIDAD, en adelante CTC, para su respectivo estudio, la solicitud del medicamento ya utilizado. 3) La decisión final del CTC en cuanto a aprobación, aplazamiento o negación del medicamento estará sujeta al cumplimiento por parte de LA INSTITUCIÓN de los requisitos establecidos en la Resolución 3797 de 2004 o la norma que la llegare a modificar, complementar o adicionar. 4) En el evento de ser extemporánea la presentación para estudio de CTC por parte de LA INSTITUCIÓN, LA ENTIDAD no estará obligada a cancelar el valor de los mismos. 5) LA ENTIDAD únicamente reconocerá a LA INSTITUCIÓN el valor de los medicamentos intrahospitalarios especificados en esta cláusula y hasta por un monto que no exceda el precio reportado en el vademécum de LA INSTITUCION, de acuerdo con la tarifa que se defina en la Ficha de Negociación tarifaria anual.

**CLÁUSULA SEXTA. ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL:** LA INSTITUCIÓN hará constar en la historia clínica el origen del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, explicando los datos relacionados con el diagnóstico y la calificación del origen del evento y/o patología. LA INSTITUCIÓN deberá garantizar el idóneo diligenciamiento de la historia clínica y por tanto deberá quedar consignada la ocurrencia del accidente de trabajo, ocupación del usuario, fecha y hora de ocurrencia, su mecanismo de ocurrencia y la lesión derivada del mismo (diagnóstico). Igualmente, en los casos detectados como presunta enfermedad profesional, deberá quedar consignada en la historia clínica la ocupación del usuario, el diagnóstico y de manera breve, los motivos por los cuales se sospecha el origen profesional de la (s) patología (s) del paciente.

En todo caso, LA INSTITUCION informará del hecho a LA ENTIDAD dentro de los dos (2) días siguientes a la fecha de la atención del afiliado (cotizantes), de conformidad con lo establecido en el Decreto 1295 de 1994.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los eventos de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional que sean detectados, reportados, atendidos y resueltos en debida forma por LA INSTITUCIÓN, generarán como contraprestación adicional a favor de LA INSTITUCIÓN un valor fijado por las partes de común acuerdo. Para efectos de la radicación y pago de las facturas relacionadas con la prestación de servicios por ATEP, las

partes de común acuerdo han establecido que LA INSTITUCIÓN acompañará en cada caso a la factura, los siguientes documentos indispensables para que LA ENTIDAD pueda realizar el recobro correspondiente, a la ARP respectiva: a) Factura con los requisitos señalados en la cláusula denominada FACTURACIÓN y PAGO del presente contrato; b) Copia o resumen de la Historia Clínica correspondiente a los servicios prestados; c) Resultados de ayudas diagnósticas realizadas; d) Copia del IPAT (Informe Patronal de Accidente de Trabajo) y, d) Originales de los soportes de los gastos de hospitalización.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** El pago correspondiente a los anteriores eventos, previo el cumplimiento de los requisitos mencionados en el párrafo anterior, lo realizará LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN, dependiendo del día de radicación de la factura en las dependencias de LA ENTIDAD de acuerdo con los cortes indicados en la cláusula denominada FACTURACION y PAGOS.

**CLÁUSULA SÉPTIMA. ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y RIESGOS CATASTRÓFICOS:** El valor de los servicios de salud y complementarios que se deriven de accidentes de tránsito de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1.993 y los decretos reglamentarios, solo será cubiertos por LA ENTIDAD cuando la cuantía de tales servicios exceda de quinientos (500) SMLVD (salarios mínimos legales vigentes diarios), o de ochocientos (800) SMLVD, en los casos de víctimas politraumatizadas. LA INSTITUCIÓN se obliga a cobrar los primeros quinientos (500) SMLVD directamente a la compañía de seguros que haya expedido la póliza de seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y/o al Fosyga, según sea el caso, y los restantes trescientos (300) SMLVD también al Fosyga, cuando a ello hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación sobre el particular. En consecuencia, LA ENTIDAD sólo cancelará a LA INSTITUCIÓN las sumas de dinero que excedan los topes antes mencionados dejando expresa constancia de que tales excesos los cancelará a las tarifas convenidas en el presente contrato y definidas en el anexo de tarifas, y según las coberturas definidas en la Resolución 5261 de 1994 – MAPIPOS y aplicando los periodos mínimos de cotización. En casos de eventos terroristas y catastróficos, LA INSTITUCIÓN cobrará al Fosyga las sumas por la atención de los afiliados de LA ENTIDAD víctimas de dichos eventos, de conformidad con lo establecido en el literal B) del artículo 34 del Decreto 1283 de 1996.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En todos los casos en que LA INSTITUCIÓN atienda a alguno de los afiliados de LA ENTIDAD como consecuencia de un accidente de tránsito, deberá informar por escrito o confirmación vía fax a la Dirección de Auditoría de LA ENTIDAD la ocurrencia de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 del Decreto 1283 de 1996.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Para efectos de la radicación y pago de las facturas relacionadas con la prestación de servicios por Accidente de tránsito y Riesgos catastróficos, las partes de común acuerdo han establecido que LA INSTITUCIÓN acompañará en cada caso a la factura, los siguientes documentos: a) Factura con los requisitos señalados en la cláusula denominada FACTURACIÓN y PAGO del presente contrato; b) Copia o resumen de la Historia Clínica correspondiente a los servicios prestados y, c) Copia de los soportes (factura, gastos de hospitalización por servicio, resultados de exámenes de diagnóstico, etc.) de los gastos derivados de la atención a cargo de la aseguradora SOAT y/o el FOSYGA.

**PARÁGRAFO TERCERO:** El pago correspondiente a los anteriores eventos, previo el cumplimiento de los requisitos mencionados en el párrafo anterior, lo realizará LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN, dependiendo



del día de radicación de la factura en las dependencias de LA ENTIDAD de acuerdo con los cortes indicados en la cláusula denominada FACTURACION y PAGO.

**CLÁUSULA OCTAVA. HISTORIA CLÍNICA, AUDITORÍA MÉDICA E INDICADORES DE GESTION:** De conformidad con las normas vigentes del Sistema de Calidad del SGSSS, además de las que las modifiquen o complementen, y que se entienden incorporadas al presente contrato, LA INSTITUCIÓN se compromete a:

1. Cumplir a cabalidad lo establecido en las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas (Resolución 1995 de 1999 y demás normas que la complementan, modifican o aclaran).
2. Permitir a LA ENTIDAD, el acceso a la información relacionada con el estado de salud de sus afiliados y a la prestación de los servicios de salud, por medio de la auditoría de la historia clínica y demás documentos que requiera LA ENTIDAD y que se produzcan en desarrollo de la atención de los afiliados. Para tal efecto LA INSTITUCIÓN deberá archivar todos los documentos relacionados con la salud, diagnóstico, tratamiento, procedimientos, ordenes de exámenes de cada uno de los afiliados de LA ENTIDAD.
3. Así mismo, LA INSTITUCIÓN se compromete a dejar constancia en la historia clínica del origen del Accidente o la Enfermedad, indicando expresamente los casos que se deriven de Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional, Accidente de Tránsito, y eventos terroristas o catastróficos, explicando los datos relacionados con el diagnóstico.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Cuando LA ENTIDAD requiera copia de la historia clínica, LA INSTITUCIÓN deberá suministrarla, previa autorización del usuario, o de su representante legal, según sea el caso. El costo de las fotocopias será definido con cargo a quien va dependiendo el caso, aspecto que se definirá en forma conjunta.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** LA INSTITUCIÓN se compromete a implementar su propio sistema de auditoría médica y a permitir que LA ENTIDAD realice inspección y control sobre el cumplimiento de los protocolos de atención, de los recursos físicos, humanos y/o tecnológicos utilizados por LA INSTITUCIÓN. En caso de incumplimiento por parte de LA INSTITUCIÓN de las obligaciones adquiridas en esta cláusula, LA ENTIDAD se encuentra plenamente facultada para dar por terminado unilateralmente el contrato, avisando con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la pretendida fecha de terminación, sin que tal determinación de lugar al pago de suma alguna de dinero por concepto de indemnización y/o incumplimiento del contrato.

**PARÁGRAFO TERCERO:** En aquellos eventos en los cuales LA INSTITUCIÓN le preste a las IPS de Capitación adscritas a la red de prestadores de LA ENTIDAD y/o a los centros médicos propios, los servicios profesionales en las áreas de urgencias triage III y IV, apoyo diagnóstico y terapéutico ambulatorio, consulta externa general y especializada, suministro de medicamentos ambulatorios, dichas IPS, adelantarán las labores propias de revisión de cuentas que por tales servicios presente LA INSTITUCIÓN.

**PARÁGRAFO CUARTO:** LA ENTIDAD y LA INSTITUCIÓN definirán en forma conjunta la generación de indicadores de gestión y su periodicidad propendiendo por el establecimiento de planes de mejoramiento y su cumplimiento.

**CLÁUSULA NOVENA. INCAPACIDADES:** LA INSTITUCIÓN se compromete a expedir las incapacidades que lleguen a requerir los afiliados cotizantes de LA ENTIDAD. Los datos mínimos que deben contener los certificados de incapacidad temporal emitidos por LA INSTITUCIÓN son:

1. Fecha de emisión de la incapacidad
2. Nombre completo del cotizante, clase y número del documento de identificación
3. Ocupación
4. Número de días de incapacidad solicitados y descritos tanto en letras como en números
5. Fecha de inicio de la incapacidad
6. Descripción y código del diagnóstico de acuerdo con la codificación CIE 10
7. En caso que el certificado de incapacidad sea una prórroga, deberá consignarse expresamente tal situación por parte del médico que la emite y además señalarse si es una incapacidad ambulatoria u hospitalaria
8. En todos los casos, especialmente en los casos de trauma, debe estar explícita la causa del trauma, contingencia u origen (enfermedad general, enfermedad profesional, accidente de trabajo, licencia de maternidad, acto terrorista, evento catastrófico o accidente de tránsito)
9. Nombre completo del médico tratante y número de cédula legibles
10. Firma y sello del médico tratante

**CLÁUSULA DÉCIMA. PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN:** Cuando de conformidad con la reglamentación del SGSSS, el afiliado no tenga la antigüedad requerida para ser atendido por una patología sujeta a periodos mínimos de cotización, dicho afiliado deberá pagar el porcentaje del valor total del tratamiento que corresponda al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos aludidos, pago que deberá efectuar a LA INSTITUCIÓN de manera directa, obligándose esta última a efectuar el cobro y recaudo de dichas sumas de dinero, las cuales debe descontar del valor total de la factura. En caso de que el afiliado no cuente con capacidad de pago, LA INSTITUCIÓN será la responsable de remitirlo a instituciones de la red pública o a instituciones privadas con las cuales el Estado tenga contrato, para la continuación del tratamiento, para la cual solicitará apoyo de la Central de Referencia y Contrareferencia de LA ENTIDAD.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. RECAUDO DE COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS y ACORTAMIENTOS POR PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN:** LA INSTITUCION utilizando su propia infraestructura, recursos y funcionarios, realizará de manera autónoma e independiente la actividad de recaudo de los recursos provenientes del cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la autorización expedida por LA ENTIDAD. De la misma manera, realizará siempre el cobro de acortamientos por periodos mínimos de cotización exigidos por ley a los afiliados de LA ENTIDAD. Para los afiliados remitidos en el proceso de triangulación de los Centros Médicos de LA ENTIDAD, cada centro médico realizará el recaudo por concepto de copagos y cuotas moderadoras y por lo tanto, el afiliado deberá presentar ante LA INSTITUCION el soporte correspondiente.

**PARÁGRAFO:** Las sumas correspondientes a copagos, cuotas moderadoras y acortamientos por periodos mínimos de cotización, serán las únicas que LA INSTITUCIÓN cobrará al afiliado por la prestación de los servicios contenidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). Las sumas de dinero así recaudadas por

los conceptos anotados, deberán ser descontadas de la factura presentada por LA INSTITUCIÓN a LA ENTIDAD para su pago, toda vez que se trata de un anticipo al pago total de la factura.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. DURACIÓN Y PRORROGA:** Este contrato tendrá una duración de un (1) año contada a partir de la fecha de la firma y se prorrogará por el mismo término inicial en forma automática.

**PARÁGRAFO:** Las partes acuerdan que en aquellos eventos en que LA ENTIDAD determine por cualquier medio (revisión de autorizaciones, historia clínica, órdenes de servicio, auditoría médica, auditoría de servicios, cliente incógnita, resultado de ayudas diagnósticas, análisis de información, entre otros y sin limitarse a estos), que se han presentando irregularidades, dificultades, mal servicio, dilaciones, restricción y/o negación al acceso de los servicios solicitados y/o requeridos por los afiliados, así como incumplimiento en la prestación de los servicios bajo los parámetros de calidad, LA ENTIDAD requerirá por escrito a LA INSTITUCIÓN para que dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de dicho requerimiento, LA INSTITUCIÓN ofrezca también por escrito las explicaciones pertinentes. De no ser satisfactoria la respuesta para LA ENTIDAD, se citará a un Comité inter-institucional para el acta de mutuo acuerdo. LA ENTIDAD se encuentra plenamente facultada para suspender temporalmente la ejecución del contrato por el tiempo que estime conveniente y acorde con el plan de mejoramiento que LA INSTITUCIÓN debe entregar, y sin que haya lugar al pago de indemnización alguna, por parte de LA ENTIDAD. Esta decisión deberá ser comunicada por LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN por escrito con una antelación de tres (3) días calendario a la fecha de inicio de la suspensión. Lo anterior, sin perjuicio que LA ENTIDAD respecto de los pacientes hospitalizados a la fecha de suspensión del contrato, decida bien que éstos continúen en LA INSTITUCIÓN hasta finalizar su tratamiento, o bien, que deban ser trasladados a otra institución, siempre y cuando sus condiciones lo permitan.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. VALOR:** LA ENTIDAD pagará a LA INSTITUCIÓN el valor de los servicios objeto del presente contrato, de acuerdo con los términos del anexo denominado "TARIFAS" que forma parte integral del presente documento.

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. FACTURACION Y PAGO:** LA INSTITUCIÓN radicará en LA ENTIDAD para su pago, las facturas correspondientes, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. De conformidad con lo establecido en el numeral 1) del artículo 9 del decreto 3260 de 2.004, la IPS presentará las facturas, dentro del mes siguiente a la prestación del servicio.
2. Las facturas deberán contener la información señalada en el artículo 617 del Estatuto Tributario, incluyendo el nombre y número de identificación del usuario receptor del servicio.
3. Las facturas incluirán los descuentos por concepto de copagos, cuotas moderadoras y acortamientos por períodos mínimos de cotización recaudados por LA INSTITUCIÓN.
4. LA INSTITUCIÓN presentará las facturas de cobro a nombre de LA ENTIDAD en original y dos (2) copias, cualquier día hábil del mes entre el día primero (1) y el día veinte (20) en la dependencia de Cuentas Médicas Calle 63 No. 30-76. Cuando el día 20 sea en un fin de semana o festivo, se trasladará al día hábil inmediatamente anterior.
5. Cuando la factura deba presentarse ante la IPS Capitadora Ambulatoria, se deberá radicar copia en el mismo día en LA ENTIDAD. Para los servicios prestados a los afiliados de los Centros Médicos de LA ENTIDAD, LA INSTITUCIÓN, expedirá la factura a nombre de LA ENTIDAD y la radicará en la IPS

Chapinero ubicada en la Carrera 7 No. 52-53 entre el día 1 y el día 10 del mes siguiente a la prestación del servicio, clasificando la facturación por servicios y por IPS Centro Médico Colmédica donde se encuentra asignado el afiliado, remitiendo copia a LA ENTIDAD.

6. LA INSTITUCIÓN deberá anexar a las facturas, los siguientes documentos:
  - a) Autorización (es) de los servicios expedida(s) por LA ENTIDAD.
  - b) Facturas detalladas debidamente firmadas por los afiliados y/o responsables de estos.
  - c) Copia del resumen de la Historia Clínica o epícrisis correspondiente a los servicios relacionados en la factura debidamente firmadas por el médico tratante
  - d) Originales de los soportes de los gastos de hospitalización
  - e) Para los casos de ATEP o de Accidentes de Tránsito, adjuntar los soportes relacionados en las cláusulas denominadas ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL y ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y RIESGOS CATASTRÓFICOS.
  - f) En los casos de utilización de medicamentos no incluidos dentro del POS, LA INSTITUCIÓN debe consignar el número de CTC y el número del caso donde se apruebe el medicamento y la cantidad utilizada para el tratamiento del paciente, anexando la autorización expedida por el CTC de LA ENTIDAD.
  - g) Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), codificados de acuerdo con normatividad vigente.
  - h) Las facturas de servicios de urgencias y tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos deben ser radicadas previa firma del auditor médico de LA ENTIDAD en LAS INSTITUCIONES donde se tiene definido un modelo de auditoría concurrente.
7. Las sumas de dinero que deba reconocer LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN, serán pagadas por la primera de las mencionadas a la segunda, en forma vencida, por medio de una transferencia bancaria a la cuenta que este registre ante la ENTIDAD para tales fines, de la siguiente manera: las facturas radicadas entre el 1 y el día 10 de cada mes, se pagarán el día 6 del mes inmediatamente siguiente; las facturas radicadas entre el día 11 y el día 20, se pagarán el día 16 del mes inmediatamente siguiente. Para efectos de este proceso, se tendrá como fecha de radicación la fecha del sello de recepción por parte de LA ENTIDAD. Estas fechas de pago aplicarán para el pago de las facturas aceptadas integralmente por parte de LA ENTIDAD y para el pago de la parte no glosada de las facturas glosadas parcialmente.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. GLOSAS DE FACTURAS:** En caso de presentarse alguna irregularidad o glosa en relación con la factura presentada por LA INSTITUCIÓN ante LA ENTIDAD, se seguirán las siguientes reglas:

1. En todos los casos existirá pronunciamiento de LA ENTIDAD, con notificación de glosa escrita, anexa al extracto de pago que se remite a LA INSTITUCIÓN la notificación de la glosa podrá ser consultada en la oficina virtual de la página de Internet [www.colmedica.com](http://www.colmedica.com) previa solicitud de clave personalizada que otorga LA ENTIDAD. La devolución de los soportes físicos de las glosas serán entregadas el mes siguiente a la radicación en horario hábil de la oficina de LA ENTIDAD.
2. LA ENTIDAD contará con un término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la radicación de la factura por parte de LA INSTITUCIÓN, para glosar total o parcialmente, dicha factura.
3. Pasados treinta (30) días calendario desde la entrega de la glosa por parte de LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN, sin que esta se haya pronunciado sobre su contenido, dicha glosa se entenderá

- aceptada por LA ENTIDAD, y en consecuencia LA ENTIDAD solo reconocerá a LA INSTITUCION el valor de la factura, disminuido en el valor de la glosa.
4. En caso que LA INSTITUCION responda dentro de los treinta (30) días mencionados en el numeral anterior, y se encuentre de acuerdo con el valor de la glosa, LA ENTIDAD procederá al pago de la factura disminuido en el valor de la glosa.
  5. En los eventos en que LA ENTIDAD y LA INSTITUCION no logren ponerse de acuerdo sobre el contenido definitivo de las glosas, según el procedimiento establecido en los numerales de la presente cláusula, las partes convienen que LA ENTIDAD procederá al pago de la parte no glosada y respecto de la parte glosada tanto LA ENTIDAD, inicialmente, como LA INSTITUCION, seguidamente, tendrán oportunidades sucesivas de quince (15) días calendario para hacer conocer a la otra, los motivos que siguen sustentando su inconformidad. Si alguna de las partes deja vencer el término anterior, se entenderá que la otra ha aceptado los motivos de inconformidad de la parte que los alega, y en consecuencia, pagará, si es LA ENTIDAD o recibirá de conformidad, si es LA INSTITUCION, el valor que corresponda.
  6. Las partes acuerdan que una vez aclaradas las glosas, si LA ENTIDAD adeuda a LA INSTITUCION suma alguna de dinero, LA ENTIDAD contará con cinco ( 5) días calendario siguientes a la fecha de respuesta por parte de LA INSTITUCION para el pago del valor que acepta LA ENTIDAD.
  7. En aquellos eventos en que persistan las diferencias sobre las glosas, las partes acudirán a los mecanismos legales previstos para la definición de las controversias contractuales.
  8. El vencimiento de los plazos señalados en el presente artículo no implica la pérdida del derecho al cobro de los valores adeudados. No obstante, cuando a LA ENTIDAD le asista el derecho de recobrar al Fosyga alguno o algunos de los servicios incluidos en la factura y dicho derecho se vea enervado por el incumplimiento de los plazos previstos en la cláusula facturación y pago y en la presente cláusula de este contrato por parte de LA INSTITUCION, causando con ello en consecuencia perjuicios a LA ENTIDAD, ésta podrá descontar los perjuicios que se hubieren causado por el incumplimiento de la presentación de factura o respuesta de glosa dentro de los plazos señalados, perjuicios que serán equivalentes al monto que la ENTIDAD no pudo recobrar al Fosyga.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. PAGO MEDIANTE EL MECANISMO DE TRIANGULACIÓN

Es el procedimiento definido en forma conjunta entre las partes, de acuerdo con el cual LA ENTIDAD a través del presente contrato autoriza a LA INSTITUCION para la prestación de servicios a sus afiliados, que son cobertura del modelo de capita ambulatoria, razón por la cual su costo en todo caso está a cargo de la IPS capitadora ambulatoria. LA INSTITUCION deberá solicitar autorización de las IPS (s) capitadora (s) ambulatoria (s) para la prestación de servicios cobertura de la capita ambulatoria incluidos los servicios de urgencias clasificadas como triage III y IV. LA INSTITUCION autoriza a la IPS capitadora ambulatoria para la revisión de las cuentas presentadas por esta triangulación. Para efectos del procedimiento denominado triangulación, LA INSTITUCION expedirá la factura a nombre de la ENTIDAD y la radicará en la IPS de Chapinero ubicada en la Carrera 7 No. 52-53 entre el día 1 y el día 10 del mes siguiente a la Prestación del servicio, clasificando la facturación por servicios y por IPS capitadora ambulatoria donde se encuentra asignado el afiliado, remitiendo copia de la factura de a LA ENTIDAD, que se encuentra expresamente facultada por la IPS capitadora ambulatoria en el contrato de capita entre ellas celebrado, para que las descuente a la IPS capitadora de la factura de capita mensual.



**PARÁGRAFO.** En caso de presentarse alguna irregularidad o glosa en relación con las facturas presentadas por LA INSTITUCION a la IPS capitadora ambulatoria, se seguirán las siguientes reglas:

1. La IPS capitadora ambulatoria contará con un término de diez (10) días calendario, a partir de la radicación de la factura por parte de LA INSTITUCION, para glosar total o parcialmente dicha factura. La parte no glosada de la factura será tramitada por la IPS capitadora ambulatoria a través de proceso de triangulación para que sea LA ENTIDAD quien cancele a LA INSTITUCION, de acuerdo con lo dispuesto en esta cláusula.
2. Si la IPS capitadora ambulatoria no realiza la notificación a LA ENTIDAD dentro del término previsto en la presente cláusula, LA ENTIDAD está facultada para realizar el pago a LA INSTITUCION por el monto total facturado por ésta a la IPS capitadora ambulatoria. En tal virtud, los ajustes que se deban hacer por concepto de las glosas que presente la IPS capitadora ambulatoria, se harán en el mes inmediatamente siguiente.
3. LA INSTITUCION tendrá la obligación de aclarar a la IPS capitadora ambulatoria las glosas antes de la nueva vigencia de radicación.
4. LA ENTIDAD cancelará a LA INSTITUCION las glosas en la medida en que éstas sean aclaradas con la IPS capitadora ambulatoria y notificadas por ésta última a LA ENTIDAD dentro del plazo previsto en la cláusula de GLOSAS de este contrato.
5. En los eventos en que LA INSTITUCION y la IPS capitadora ambulatoria no logren un acuerdo sobre el contenido definitivo de las glosas, según el procedimiento establecido en la presente cláusula, LA INSTITUCION y la IPS capitadora ambulatoria, con presencia de LA ENTIDAD, deberán celebrar una reunión para establecer una conducta a seguir, a la cual deberá citar LA INSTITUCIÓN.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD:** LA INSTITUCIÓN prestará sus servicios en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios y recursos. En ningún caso existirá relación laboral entre LA ENTIDAD y el personal médico, paramédico o administrativo de LA INSTITUCIÓN, en consecuencia, LA INSTITUCIÓN 1) Asume los riesgos laborales y los demás que legalmente le competan en la ejecución de este contrato, utilizando sus propios medios y contratando y vinculando el personal que requiera para la ejecución de este contrato y en la celebración, ejecución y terminación de los contratos de trabajo o de cualquier otro tipo que celebre con profesionales independientes. Para tal fin, dará estricto cumplimiento a sus obligaciones laborales o cualesquiera otras que surgen de dichos contratos o convenios y, 2) Asume la absoluta responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, toda vez que el valor de las tarifas pactadas, soporta en debida forma la prestación de los servicios objeto del contrato según lo convenido por las partes. Tampoco LA ENTIDAD es solidariamente responsable por el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tuvieran derecho los trabajadores a cualquier título, contratados por LA INSTITUCIÓN. En el evento que se presente cualquier reclamación o acción del personal contratado por LA INSTITUCIÓN, que involucre a LA ENTIDAD, LA INSTITUCIÓN responderá e indemnizará plenamente a LA ENTIDAD.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. GARANTIAS.** LA INSTITUCIÓN se obliga a constituir a favor de LA ENTIDAD y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del presente contrato, las siguientes pólizas de garantía, expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en Colombia, previamente aprobadas por LA ENTIDAD:

1. De cumplimiento, por un monto mínimo equivalente a \$70.000.000, póliza que deberá estar vigente durante todo el término de duración del presente contrato y tres (3) meses más, luego de su terminación y cuyo objeto es garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones asumidas por LA INSTITUCIÓN.
2. De pago de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás acreencias de orden laboral del personal que haya de utilizar o haya utilizado LA INSTITUCIÓN en desarrollo de este contrato, será equivalente a \$70.000.000.00, póliza que deberá estar vigente durante todo el término de duración del presente contrato y tres (3) años más. La anterior garantía se hace exigible para precaver futuras responsabilidades de LA ENTIDAD, que pudieran atribuirse por autoridades laborales administrativas o judiciales, en virtud de su eventualidad solidaridad derivada de su objeto social.
3. De responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales por un monto mínimo equivalente a \$500.000.000.00 por evento vigencia, la cual deberá estar vigente durante el contrato con renovaciones anuales y tres meses más después de la terminación del contrato. Está garantía se exige por los daños materiales y/o lesiones o muerte a terceros que puedan ocasionarse en desarrollo de la ejecución de las labores objeto del presente contrato, con coberturas mínimas de predios, labores y operaciones, responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales, responsabilidad civil médicos y odontólogos, responsabilidad civil patronal. Las partes convienen que en el evento que LA INSTITUCIÓN sea demandada por un afiliado, se encuentra obligada a llamar en garantía a la Compañía Aseguradora con la cual tiene contratada la póliza de responsabilidad civil.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las garantías y seguros que se mencionan en esta cláusula se renovarán al vencimiento de cada anualidad del contrato, en los mismos plazos establecidos; para los efectos de establecer los valores asegurados de la nueva vigencia, LA ENTIDAD certificará los valores facturados durante el año inmediatamente anterior. Dichas garantías y seguros se modificarán por modificaciones al contrato, aceptadas por las partes. LA INSTITUCIÓN se obliga a hacer entrega de los documentos de renovación dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a aquel en que LA ENTIDAD certifique los valores facturados que servirán de base para el cálculo de los nuevos valores asegurados.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Al presentar LA INSTITUCIÓN las garantías y seguros que se mencionan en esta cláusula, deberá anexar a las mismas los correspondientes recibos de pago de la prima, emitidos por la aseguradora que expida dichas garantías y seguros.

**PARÁGRAFO TERCERO:** Las garantías y seguros de que trata esta cláusula son accesorios al contrato y se constituyen sin perjuicio del cumplimiento de todas las obligaciones que emanen del mismo y solo podrán ser cancelados una vez cumplidas las estipulaciones del mismo. LA INSTITUCIÓN debe mantener vigentes las garantías y seguros y serán de su cargo todas las primas y erogaciones para su constitución, prórroga o adición, cuando fuere necesario.

**PARÁGRAFO CUARTO:** Los deducibles que se llegasen a establecer en las pólizas de que trata la presente cláusula, serán asumidos en su totalidad por LA INSTITUCIÓN.

**PARÁGRAFO QUINTO:** En caso de incumplimiento o demora por parte de LA INSTITUCIÓN en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato, LA ENTIDAD podrá ordenar las prórrogas y/o modificaciones correspondientes y pagar las primas y erogaciones, las cuales descontará de manera automática de las cuentas que deba pagar a LA INSTITUCIÓN, sin perjuicio que LA ENTIDAD opte por la

facultad de dar por terminado el contrato, en los términos del literal d) de la cláusula denominada terminación del presente documento.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. CESIÓN DEL CONTRATO:** Las partes no podrán ceder ni subcontratar los servicios objeto del presente contrato, sin la previa aceptación escrita de la otra parte.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA. TERMINACIÓN:** Además de las causales específicas previstas dentro de su texto, este contrato podrá terminar por las siguientes causas:

- a) Mutuo acuerdo de las partes.
- b) Decisión unilateral de cualquiera de las partes, que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de sesenta (60) días calendario a la fecha deseada de terminación, sin que tal determinación implique para ninguna de las partes pago de indemnización alguna ni incumplimiento del presente contrato.
- c) Por incumplimiento de cualquiera de las partes. En este caso, la parte cumplida, informará a la parte incumplida su decisión de dar por terminado el contrato, con por lo menos treinta (30) días calendario de antelación a la fecha deseada de terminación, sin que tal determinación implique para la parte cumplida pago de indemnización alguna ni incumplimiento del presente contrato.
- d) La no constitución de las garantías y seguros dentro de los plazos indicados, ni su renovación, en caso de requerirse, facultará a LA ENTIDAD para dar por terminado el presente contrato por incumplimiento de LA INSTITUCIÓN, sin que tal determinación de lugar al pago de sumas de dinero por parte de LA ENTIDAD por concepto de indemnización y/o incumplimiento del contrato, pero si dará derecho a hacer efectivas dichas garantías.
- e) En cualquier momento, si LA INSTITUCIÓN no obtiene autorización y/o certificación de la autoridad competente para actuar como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.), de acuerdo con la normatividad vigente, sin que tal determinación implique pago de indemnización alguna ni incumplimiento del presente contrato; o si habiéndola obtenido, la misma le es revocada.
- f) Por cesación de pagos, concurso de acreedores o embargos judiciales de cualquiera de las partes que afecte el cumplimiento del presente contrato.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En todos los casos expuestos anteriormente que generen la terminación del vínculo contractual, los servicios objeto del presente contrato deberán ser prestados por LA INSTITUCIÓN, hasta el último día de vigencia del contrato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En todos los casos expuestos en la presente cláusula, deberá realizarse una reunión para definir en forma conjunta entre LA ENTIDAD Y LA INSTITUCIÓN, el manejo de diferentes aspectos como información a los usuarios, solicitud de información de pacientes crónicos, revisión de cartera, revisión de cuentas pendientes por radicar, servicios pendientes por facturar, mandato de pagos, definición del manejo de pacientes en tratamiento en el momento de terminación del contrato, entre otros y sin limitarse a estos, aspectos cuyo manejo definido deberá constar en acta firmada por las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** Cualquiera sea la causa de terminación del presente contrato, se procederá a su liquidación, la cual deberá finalizar con la suscripción del acta de liquidación por las partes contratantes. La liquidación del contrato se sujetará a las siguientes reglas: 1.) Se efectuará máximo dentro de los NOVENTA (90) días calendario siguientes a la terminación del

contrato. 2.) Se hará constar en acta que deberá ser firmada por las partes contratantes. 3.) La liquidación incluirá todas las obligaciones contractuales que tengan entre sí LA INSTITUCIÓN y LA ENTIDAD, así como todas aquellas obligaciones derivadas de los servicios prestados por intermedio de terceros previamente autorizados para tal fin por LA ENTIDAD. 4.) En el evento en que LA INSTITUCIÓN no comparezca a la reunión a la cual lo cite LA ENTIDAD para efectos de determinar la liquidación del contrato, LA ENTIDAD remitirá a LA INSTITUCIÓN el proyecto de acta de liquidación a la dirección que se indica en el contrato, y si no se recibe objeción y/o contestación alguna por parte de LA INSTITUCIÓN dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al envío del mencionado proyecto, las partes declaran expresamente que se entenderá aprobado en su totalidad por parte de LA INSTITUCIÓN. 5.) Para la liquidación se exigirá a LA INSTITUCIÓN la ampliación de las pólizas de garantía del contrato para amparar las obligaciones que se deban cumplir con posterioridad a la extinción del contrato.

**PARÁGRAFO:** LA INSTITUCIÓN autoriza de manera expresa a LA ENTIDAD para no dar curso ni pagar el valor de las facturas que haya presentado a partir de la fecha en que se conoció por las partes, la fecha exacta en que el contrato se terminará y hasta tanto se haga la liquidación final del mismo y se suscriba el acta correspondiente.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. IMPUESTO DE TIMBRE:** Teniendo en cuenta que según lo establecido en el inciso segundo del artículo 532 del estatuto tributario y el artículo 256 de la Ley 223 de 1.995, LA ENTIDAD se encuentra exenta del pago del impuesto de timbre nacional. El cincuenta por ciento (50%) de valor total del citado tributo, en caso de generarse, deberá ser cancelado por LA INSTITUCIÓN, salvo que la misma se encuentre exenta.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. GASTOS:** Los gastos que ocasione la legalización del presente contrato, como lo son las autenticaciones, presentaciones personales, reconocimientos de texto y de anexos, etc., serán de cargo de las partes contratantes en igualdad de proporciones.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. ADICIONES O MODIFICACIONES:** Cualquier adición o modificación que pretendan realizar las partes a este contrato, deberá realizarse de común acuerdo y deberá constar por escrito. No obstante, LA ENTIDAD queda expresamente facultada para realizar las modificaciones que desde el punto de vista operativo aseguren el mejoramiento del servicio a sus afiliados, las cuales deberá comunicar por escrito a LA INSTITUCIÓN.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. ANEXOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

- Certificados de existencia y representación legal de las partes, y/o el documento que haga sus veces.
- Fotocopia de cédula del representante legal
- Fotocopia del RUT/NIT
- Formulario de inscripción de Instituciones firmado por el representante legal de LA INSTITUCIÓN
- Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios
- Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación expedido por la entidad departamental o distrital de salud, una vez sea entrega por la misma.
- Original de las pólizas establecidas en el presente contrato, junto con los recibos de pago de las mismas, expedido por la Compañía de Seguros legalmente constituida en el país.
- Anexo denominado TARIFAS

- i) Ficha de negociación tarifaria
  - j) Red de IPSs de Capitación
  - k) Proceso de Referencia y Contrarreferencia ambulatorio
  - l) Balance general de LA INSTITUCIÓN con corte al 31 de diciembre de cada año con fecha límite de envío el día 15 del mes de abril de cada año
  - m) Estado de Pérdidas y Ganancias de LA INSTITUCIÓN con al 31 de diciembre de cada año con fecha límite de envío el día 15 del mes de abril de cada año
  - n) Certificación bancaria de apertura de cuenta a nombre de la INSTITUCION
  - o) Carta autenticada del representante legal autorizando los pagos a la cuenta bancaria registrada
  - p) Certificación de perfil tributario expedida por el contador de la Institución: anexas resolución que soporta dicho perfil.
  - q) Copia de la resolución y liquidación de la tasa y último recibo de consignación a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de funciones de supervisión
  - r) Copia de soporte de envío de la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud en la circular 011 o 012 del año 2004
  - s) Portafolio de la Institución
- Los demás que se generen en desarrollo del presente contrato.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. REEMPLAZO:** El presente contrato deja sin valor y efecto cualquiera otro contrato verbal o escrito relacionado con el mismo objeto, que se haya suscrito con anterioridad entre las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA. DOMICILIO :** Las partes establecen de común acuerdo que para todos los efectos legales o contractuales, el domicilio será la ciudad de Bogotá y las notificaciones serán recibidas por ellas, en las siguientes direcciones:


LA ENTIDAD: Avenida el Dorado No. 69C-03

LA INSTITUCION: Avenida Las Américas No. 71C-29




Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, el primer (1º) día del mes de Octubre del año 2.006 con vigencia el primero (1º) de Octubre del año 2006.

LA ENTIDAD

  
**MARGARITA RAMIREZ GRACIA**  
C.C. No. 20.068.897 de Usaquén  
COLMEDICA EPS

LA INSTITUCIÓN

  
**EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**  
C.C. No. 19.100.720 de Bogotá  
CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

## ANEXO DE TARIFAS

Por medio del presente anexo que forma parte integral del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD celebrado entre COLMEDICA EPS Y CLINICA DEL OCCIDENTE, las partes acuerdan lo siguiente:

Primero: LA INSTITUCIÓN recibirá por los servicios objeto del presente contrato, el pago de acuerdo a las tarifas definidas anualmente en la ficha de Renegociación tarifaria.

Segundo : Las tarifas convenidas para atención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, así como para accidentes de tránsito será la misma definida para POS según la ficha de Renegociación tarifaria de cada año.


Tercero : El valor a reconocer por medicamentos intrahospitalarios, insumos y medicamentos aprobados a través de comité técnico científico será el precio del vademécum de LA INSTITUCION, tarifa que no podrá sobrepasar la tarifa por PLM vigente menos un 20% de descuento o la tarifa que se defina en la ficha de renegociación tarifaria anual.

Cuarto: Las partes contratantes dejan constancia expresa que el valor pactado en los términos anteriores, soporta técnicamente la prestación de los servicios objeto del contrato.

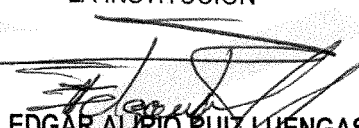
Quinto: El reajuste de tarifas se realizará de acuerdo con la vigencia establecida en la ficha de negociación tarifaria anual.

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, el primer (1°) día del mes de Octubre del año 2.006, con vigencia el primero (1°) de Octubre del año 2006.

LA ENTIDAD

  
**MARGARITA RAMIREZ GRACIA**  
C.C. No. 21.068.897 de Usaquén  
COLMEDICA EPS

LA INSTITUCIÓN

  
**EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**  
C.C. No. 19.100.720 de Bogotá  
CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

COLMEDICA EPS

GERENCIA JURIDICA/CONVENIOS MEDICOS POS

06/12/06

**DIRECCIÓN GENERAL** Av. el Dorado No. 69 c 03 Piso 3 Bogotá D.C. pbx: 3240250 ó 3240660 \* **REGIONAL CENTRO** Cra. 8 No. 38 31 Bogotá D.C. pbx : 3239800 3239200

\* **REGIONAL NORTE** Carrera 58 No. 75 12 piso 2 Barranquilla pbx: 3532771 fax: 3532779 \* **REGIONAL OCCIDENTE** Avenida 5 N No. 23 69 Versalles Cali pbx : 6605555 fax : 6605555 ext 140

\* **REGIONAL ANTIOQUIA** Avenida el Poblado Cra. 43ª No. 14 40 Medellín pbx : 3549111 Fax: 2669914