

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y UNION TEMPORAL MISION VITAL (operador Hospital Departamental de San Andres Islas)**

Entre los suscritos a saber: **GILBERTO QUINCHE TORO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.497.294 expedida en Bogotá, Representante Legal de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, identificada con Nit. 860.011.153 -6 y autorizada para funcionar como **Entidad Administradora de Riesgos Profesionales** por la Superintendencia Bancaria mediante Resolución Número 3187 del 28 de Diciembre de 1995, por una parte, que en adelante se denominará la **ASEGURADORA** y por la otra **RANDY ALLEN BENT HOOKER** mayor de edad y domiciliada en San Andrés, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 73.154.7084 expedida en San Andrés quien obra en su calidad Representante Legal de **UNION TEMPORAL MISION VITAL (operador Hospital Departamental Amor de Patria, ubicado en la Carretera San Luis Sector Bahia Hooker de San Andres Islas- Hospital Local de Providencia ubicado en el Sector de Santa Isabel en la Isla de Providencia )**, con NIT. No. 900192913-7, entidad que en adelante se denominará la **I.P.S.**; con fundamento en los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, del Decreto 1295 de 1994, la circular 001 de 1998 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y demás normas concordantes y reglamentarias, las cuales facultan a las **A.R.P** para suscribir convenios con las **I.P.S.** para la prestación de los servicios de salud derivadas de riesgos profesionales hemos acordado celebrar el presente contrato, el cual está regido por las cláusulas que se transcriben a continuación y, en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social.

**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**

El presente contrato tiene por objeto regular las relaciones entre la **ASEGURADORA** y la **I.P.S** y específicamente, la prestación de los servicios de salud para los asegurados a la **ASEGURADORA**, que accedan a la **I.P.S.** en calidad de afiliados a la **ASEGURADORA**, por causa exclusiva de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, encontrándose excluidos del presente contrato los servicios de salud y todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la patología derivada del evento calificado como profesional o los servicios considerados como experimentales, cosméticos o suntuarios. Para tal efecto la **ASEGURADORA** se compromete a pagarle a la **I.P.S.** el valor de los servicios de salud en caso de la atención de urgencias que preste a sus afiliados por causa de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, y la **I.P.S.** se compromete a prestar a los afiliados de la **ASEGURADORA** que accedan a sus servicios por causa profesional, las siguientes prestaciones asistenciales:

1. Servicios de urgencia (incluido consulta de urgencias, observación y manejos de alta complejidad) Accidente de trabajo – Enfermedad Profesional.
2. Atención Médica, Quirúrgica y farmacéutica.
3. Servicio de hospitalización en habitación bipersonal excepto cuando por condiciones medicas justificadas se requiera una habitación individual.
4. Suministro de medicamentos incluidos en la atención inicial de urgencias.
5. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
6. Y todo los contenidos en el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud, que se anexa al presente contrato.



**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las prestaciones asistenciales se otorgarán de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 2309 de 2002, Decreto 1011 de 2.006, Decreto 4747 de 2.007 y las normas que los modifican o complementan, las cuales reglamentan el Sistema de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las prescripciones éticas y legales que rigen su objeto social, en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia utilizando para este propósito, la tecnología disponible en la entidad. Así mismo, dichos servicios se prestarán de conformidad con lo dispuesto en la resolución No. 5261 de Agosto de 1994, emanada del Ministerio de Protección Social, "por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", y de acuerdo con las demás normas que lo adicionen, aclaren, complementen, reformen o sustituyan, las cuales se entienden incorporadas dentro del presente contrato siempre y cuando estas disposiciones no contravengan las obligaciones de la **ASEGURADORA** en la atención de las prestaciones asistenciales a que tienen derecho sus afiliados.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** La **I.P.S.** deberá tener en cuenta para la formulación de medicamentos los contenidos en los Acuerdos 83 y 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con principios de racionalidad técnico científica, sin que esto sea un obstáculo para brindar la mejor calidad en la atención. En los casos de requerirse uno o varios medicamentos fuera de los definidos en este Acuerdo se deberá remitir a la **ASEGURADORA** justificación por parte del médico tratante, con el aval de la Dirección Científica de la Institución, o quien haga sus veces, en los formatos de Medicamentos NO POS definidos en las normas vigentes. De presentarse cobro por uno o varios medicamentos que estén fuera del citado Acuerdo sin una justificación médica acorde con el diagnóstico y tratamiento del paciente, se procederá a glosar el valor cobrado por los mismos.

**PARAGRAFO TERCERO:** En caso de que se requiera el traslado del paciente a otra entidad, la **ASEGURADORA** dispondrá de su red de prestadores de servicios de salud que garantizan la disponibilidad y suficiencia de los servicios, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: CONDICIONES PARA LA ATENCION DEL AFILIADO**

Son sujetos de la cobertura de prestaciones asistenciales descritas en la cláusula anterior, las personas naturales definidas como afiliados al Sistema de Riesgos Profesionales, cuyo empleador las haya afiliado a la **ASEGURADORA**, de acuerdo a lo definido en el artículo 13 del Decreto 1295 de 1994 y las normas que lo modifiquen o complementen,

#### **CLÁUSULA TERCERA: COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O LA ENFERMEDAD DE ORIGEN PROFESIONAL**

En el evento de atender a un afiliado de la **ASEGURADORA** por presunto accidente o enfermedad profesional, la **IPS** deberá reportar a la **ASEGURADORA** todos estos eventos o patologías de los cuales se presume o se tenga sospecha de su origen profesional por parte del médico tratante de la **IPS**, sobre la atención prestada en la urgencia, dentro de los dos (2) días siguientes al conocimiento del evento o patología objeto de la atención. Si no se produce el respectivo aviso, la **ASEGURADORA** se reserva los derechos de pago sobre dicha cuenta. En el caso en el que el paciente requiera estancia por tiempo superior a 24 horas (observación, hospitalización) se debe dar aviso inmediato a las líneas 018000912868, 3534848 en Bogotá D.C. En todos los casos deberá seguirse el procedimiento definido en el Decreto 4747 de 2.007 y la Resolución 3047 de 2.008, y las normas que los complementen o modifiquen.

**CLÁUSULA CUARTA: CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN DEL AFILIADO**

Los requisitos para la atención de los afiliados son:

1. Presentación del documento de identidad
2. Presentación del carné que lo acredite como afiliado a la **ASEGURADORA**
3. Verificación de derechos de afiliados de la **ASEGURADORA** mediante los mecanismos tecnológicos existentes. El proceso de verificación será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.
4. Orden de servicios o Autorización expedida por la **ASEGURADORA**, para la realización de todas las actividades y procedimientos incluyéndose las que se encuentran fuera del Plan Obligatorio de Salud POS. El proceso de autorización debe realizarse de acuerdo a lo definido en el Decreto 4747 de 2.007 y la Resolución 3047 de 2.008 y las normas que los complementen o modifiquen.

Las solicitudes de servicios electivos o posteriores a la atención de urgencias se tramitarán de acuerdo a lo definido por el Decreto 4747 de 2.007 y las normas que lo complementan o modifican.

5. En los procedimientos de hospitalización debe solicitarse autorización adicional para la realización de estudios de diagnóstico de IV nivel o los considerados de alta complejidad no incluidos en el MAPIPOS, y para los procedimientos quirúrgicos adicionales a los autorizados o no relacionados con el diagnóstico que justifica la actual hospitalización.

**PARAGRAFO:** La **I.P.S.** no podrá solicitar ningún depósito, ni efectuar ningún cobro al afiliado a la **ASEGURADORA** que acceda al servicio por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

**CLÁUSULA QUINTA: CONDICIONES PARA LA REMISIÓN DEL AFILIADO**

La **I.P.S.** deberá prestar al paciente afiliado a la **ASEGURADORA** la atención integral de urgencias. En el evento que la **I.P.S.** no cuente con los medios o tecnología necesarios para continuar con la atención del paciente deberá remitirlo a otra **I.P.S.** que si reúna dichas condiciones y que esté adscrita a la E.P.S. a la cual esté afiliado el trabajador o a la Red Alternativa de la **ASEGURADORA**, aplicando siempre el sistema de referencia y contrarreferencia, según los procedimientos establecidos y el régimen de responsabilidad consagrado en el Decreto 2759 de 1991 y el Decreto 4747 de 2.007. Lo anterior, excepto en aquellos casos en que el tratamiento de urgencia específico que requiere el afiliado haga necesaria su remisión a una **I.P.S.** no adscrita a la red asistencial de la E.P.S. a la que se encuentre afiliado el paciente atendido, circunstancia que deberá ser avisada por la **I.P.S.** a la **ASEGURADORA** y **E.P.S.** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia.

Cuando la remisión se realice a una **I.P.S.** no adscrita a la red asistencial de la **E.P.S.** a la que se encuentre afiliado el paciente atendido, y la remisión sea necesaria pero no urgente, para su realización, la **I.P.S.** deberá obtener autorización previa de la **ASEGURADORA**

Los eventos en los cuales la **ASEGURADORA** apoye el proceso de referencia y contrarreferencia solicitada por la **I.P.S.**, este apoyo no compromete la responsabilidad de la **ASEGURADORA**, ni releva la de la **I.P.S.**

**CLÁUSULA SEXTA: TARIFAS**

La **ASEGURADORA** reembolsará a la **I.P.S.** el valor de los servicios prestados de acuerdo con las tarifas SOAT vigentes en el Departamento Archipiélago de San Andrés Islas

**PARAGRAFO PRIMERO:** En todo caso, la facturación deberá ceñirse a lo estipulado en los artículos y cláusulas del manual de tarifas en comento y sólo podrán salirse de estos parámetros cuando las partes así lo convengan. No se pagaran las complicaciones médicas imputables a la **I.P.S.**

**PARAGRAFO SEGUNDO:** El porcentaje adicional, en caso de que sea pactado, no podrá aplicarse a insumos, materiales de sutura y curación, siendo que para éstos casos se deberá regir de acuerdo con el incremento específico pactado entre la **I.P.S.** y la **ASEGURADORA**

**CLÁUSULA SEPTIMA: PRESENTACIÓN DE CUENTAS Y REEMBOLSO DE SERVICIOS**

Las partes convienen que la presentación de las cuentas de cobro se hará en las oficinas de la **ASEGURADORA** en la ciudad de Bogotá, Calle 99 No. 10 - 08. El pago de los servicios se hará de acuerdo a los términos establecidos en los Decretos 046 de enero de 2000, 723 de agosto de 1997, Decreto 3260 de 2.004, Ley 1122 de 2007 y Decreto 4747 de 2.007.

La **I.P.S.** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a la **ASEGURADORA** una cuenta de cobro general, anexando los siguientes documentos por cada afiliado a la **ASEGURADORA** atendido, de acuerdo a lo definido por la Resolución 3047 de 2.008 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan:

- Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Autorización si aplica.
- Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Formatos de medicamentos NO POS si aplica.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1.994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Descripción quirúrgica si aplica.
- Registro de anestesia si aplica.
- Fotocopia de la fórmula médica para medicamentos u oxígeno.
- Hoja de traslado en el caso de servicio de ambulancia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Soportes de compra de material de osteosíntesis o prótesis (copia de la factura).
- Copia del Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT).
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

Con periodicidad mensual la **I.P.S.** debe anexar la información señalada en la Resolución 03374 de Diciembre 27 de 2000 (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud "RIPS") y la circular 025 de 2001 en comento, con el registro de los pacientes atendidos y facturados en este periodo de tiempo.

**PARÁGRAFO UNO:** Se determinara como fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro aquella fecha en que la misma es presentada por la **I.P.S.** y recibida por la **ASEGURADORA**, y para todos los efectos ésta deberá ser la fecha que permitan clasificar la edad de la cartera, y así efectuar los pagos en los plazos establecidos.

**PARAGRAFO DOS:** Las cuentas de cobro de los servicios médico - asistenciales deberán ser presentadas por la **I.P.S.** a la **ASEGURADORA**, dentro de los primeros veinte (20) días calendario de cada mes. Factura por cada paciente.

Las condiciones del trámite de las facturas serán las incluidas en la Ley 1122 de 2007 el Decreto 3260 de 2.004, Decreto 4747 de 2.007, Resolución 3047 de 2.008 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, así:

-Se cancelará un pago anticipado del cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas radicadas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de radicación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura

-Una vez radicadas las cuentas, la **ASEGURADORA** tendrá un plazo de veinte (30) días hábiles a partir de la fecha de radicación de la factura para formular y comunicar a la **I.P.S.** las observaciones sobre las facturas, las cuales pueden ser devolución, aceptación o glosa.

-Las facturas devueltas no se considerarán presentadas para los plazos de pago definidos por la norma.

-Una vez formuladas las glosas a una factura, **LA ASEGURADORA** no podrá formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

-Las facturas glosadas se notificarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura. La información se remitirá con base en la codificación y alcance definido en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas definido en el Decreto 4747 de 2.007 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

-La **I.P.S.** debe dar respuesta a las glosas presentadas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.

-Una vez recibida la respuesta de las glosas, **LA ASEGURADORA** decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción.

-Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes informando de este hecho a la **I.P.S.**

En el evento que la glosa u objeción presentada sea consecuencia de discrepancias en el origen del accidente o enfermedad, los días establecidos en los incisos anteriores se adicionarán al tiempo necesario para poder agotar todas las instancias necesarias para su definición. Resuelta la controversia, el pago se realizará en el mes siguiente, si se definió el origen como profesional.

El pago de las cuentas se hará a través de giro interbancario.

#### **CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE LA A.R.P**

La **ASEGURADORA** se obliga con la **I.P.S.** a:

1. Cancelar oportunamente las cuentas de cobro presentadas por la **I.P.S.** de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula séptima del presente contrato.
2. La **ASEGURADORA** esta obligada a cubrir los costos de los servicios de salud autorizados y objeto de este contrato. Si el paciente o sus familiares desean servicios adicionales a los estipulados dentro del régimen de Riesgos Profesionales, no serán asumidos por la **ASEGURADORA**
3. Ilustrar a sus afiliados sobre los procesos a seguir para el acceso a la red asistencial adscrita a la **I.P.S.** en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

diagnosticadas antes de la terminación del contrato, seguirán rigiéndose por las cláusulas contenidas en el presente convenio.33339

**CLÁUSULA DECIMA CUARTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En el evento que cualquier controversia derivada del presente contrato no pueda ser resuelta directamente por las partes la **ASEGURADORA** y la **I.P.S.**, convocarán a una junta de amigables componedores. De no llegarse a un acuerdo, dicha controversia o diferencia será sometida a la decisión de árbitros según lo estipulado en los artículos 2011 y 2025 del Código del Comercio. Los árbitros serán designados por la Cámara de Comercio y deberán estar domiciliados en la ciudad y ser ciudadanos colombianos en ejercicio de sus derechos civiles. Los árbitros quedan facultados para conciliar las pretensiones opuestas y sus sentencias deben dictarse en derecho.

**CLÁUSULA DECIMA QUINTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN**

Ninguna de las partes podrá ceder total o parcialmente el presente contrato, salvo autorización expresa de la otra.

**CLÁUSULA DECIMA SEXTA: GASTOS**

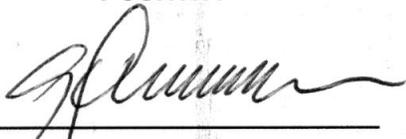
Los gastos que se generen con ocasión de la celebración del presente convenio, serán asumidos por los contratantes por partes iguales.

**CLÁUSULA SEPTIMA: VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato corresponde al valor de los servicios asistenciales prestados por la **I.P.S.** a los usuarios de la **ASEGURADORA**, los cuales están incluidos en las facturas pagadas y en las glosadas pendientes de pago, durante la vigencia del presente contrato.

Para constancia se firma el presente contrato en dos (2) ejemplares originales el 11 de ABR del 2009.

**POSITIVA**



**GILBERTO QUINCHE TORO**

**Representante Legal**

**C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá**

**CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL E.U.**



**RANDY ALLEN BENT HOOKER**

**Representante Legal**

**C.C. 73.154.708 de San Andres**