

00 02 701



**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y ELECTROFISIATRÍA LTDA**



Entre los suscritos a saber: **GILBERTO QUINCHE TORO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.497.294 expedida en Bogotá D.C., Representante Legal de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, identificada con N.I.T. 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, y que en adelante se denominará la **ASEGURADORA**, por una parte, y por la otra **WILLIAM MENESES PARRA** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.416.601 expedida en Bogotá, quien obra en su calidad de Representante Legal de **ELECTROFISIATRÍA LTDA.**, con N.I.T. 900.103.925-5, entidad que en adelante se denominará la **CONTRATISTA**; con fundamento en los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, del Decreto 1295 de 1994, la Circular Unificada del Ministerio de Protección Social del 22 de abril de 2004 y demás normas concordantes y reglamentarias, las cuales facultan a las **A.R.P.** para suscribir contratos con las **CONTRATISTA.** para la prestación de los servicios de salud derivados 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 **CONTRATISTA.** y, específicamente, la prestación de los servicios de salud, para los afiliados a la **ASEGURADORA.**, residentes en Colombia, que accedan a la **CONTRATISTA.** 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 **CONTRATISTA** se compromete a prestar a los afiliados de la **ASEGURADORA.** que accedan a sus servicios por causa profesional, las siguientes prestaciones asistenciales:

- A. Consulta especializada de Fisiatría (Medición Física y Rehabilitación).
- B. Procedimientos de electrodiagnóstico que incluyen:
  - 1. Neuroconducción cada extremidad.
  - 2. Electromiografía de Aguja cada extremidad.
  - 3. Reflejo palpebral, F ó H.
  - 4. Potenciales evocados auditivos.
  - 5. Potenciales evocados visuales.
  - 6. Potenciales evocados somatosensoriales.
  - 7. Potenciales evocados por dermatomas.
  - 8. Electromiografía en cara.
  - 9. Electromiografía de esfínter anal.
  - 10. Test de estímulo nervioso repetitivo (Iambert).
  - 11. Reflejo de parpadeo (Blink Reflex).

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las prestaciones asistenciales se otorgarán de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1011 de 2006, que reglamenta el Sistema de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, utilizando para este propósito la tecnología media disponible en el país, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del artículo 6 del Decreto 1295 de 1994, en concordancia con el artículo 8 del



Decreto 1771 de 1994. Así mismo, dichos servicios se prestarán de conformidad con lo dispuesto en la resolución No. 5261 de Agosto de 1994, emanada del Ministerio de Salud, "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 y 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 **CONTRATISTA**.. 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, y demás normas que lo adicionen o lo modifiquen. La formulación de medicamentos deberá ceñirse a principios de racionalidad técnico científica.

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

**CLÁUSULA SEGUNDA: AFILIADOS AL SERVICIO**

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, el **CONTRATISTA** 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 de call center 018000111170, 3307000 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.

De igual forma, el **CONTRATISTA** deberá en todos los casos, solicitar y adjuntar el físico del FORMULARIO ÚNICO DE REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO (FURAT), expedido por la **ASEGURADORA**.

**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** si el usuario lo porta.
3. Verificación de derechos de afiliados de la **ASEGURADORA** mediante comunicación al call center 018000111170, 3307000 en Bogotá D.C., 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 diferentes a las atenciones relacionadas con la urgencia, 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 PRIMERO:** El **CONTRATISTA** 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: INCAPACIDADES TEMPORALES**

La **CONTRATISTA** expedirá directamente la incapacidad, la cual deberá ser entregada al afiliado en original y deberá contener nombre completo, número de cédula, código de diagnóstico, nombre de la enfermedad y firma del médico que la expide con su correspondiente número de registro.

**PARÁGRAFO:** Cuando la emisión de incapacidades se realice en forma electrónica, se aceptará la firma registrada y no será indispensable el sello físico.

#### **CLÁUSULA SEXTA: TARIFAS**

La **ASEGURADORA** reembolsará a la **CONTRATISTA** el valor de los servicios prestados de acuerdo con las tarifas ISS 2001 (Acuerdo 256 de 2001) + 30%.

**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 al **CONTRATISTA**.

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

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESENTACIÓN DE CUENTAS Y REEMBOLSO DE SERVICIOS**

Las partes convienen que la presentación de las cuentas de cobro y/o facturas 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.

El **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a la **ASEGURADORA** una cuenta de cobro y/o factura 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 epicrísis.

- 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 el **CONTRATISTA** 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 el **CONTRATISTA** 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 el **CONTRATISTA** 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 (20) días hábiles a partir de la fecha de radicación de la factura para formular y comunicar al **CONTRATISTA** 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.

-El **CONTRATISTA** 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 al **CONTRATISTA**.



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 ASEGURADORA.**

La **ASEGURADORA**. se obliga con la **CONTRATISTA** a:

1. Cancelar oportunamente las cuentas de cobro presentadas por la **CONTRATISTA**.. de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula séptima del presente contrato.
2. 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, estos no serán asumidos por la **ASEGURADORA**.
3. Ilustrar a sus afiliados sobre los procedimientos a seguir para el acceso a la red asistencial adscrita a la **CONTRATISTA**.. en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
4. Mantener vigente su autorización de funcionamiento y demás requisitos legales.
5. Informar oportunamente cualquier cambio que afecte el modelo de atención. Así mismo, a expedir la carta de presentación del Auditor de Servicios Médicos designado por la **ASEGURADORA**.
6. Informar a la **CONTRATISTA** el diseño y organización de la red de servicios incluyendo el nombre, ubicación y nivel de complejidad de cada uno de ellos.
7. Informar los cambios de la población objeto de atención de este acuerdo de voluntades.

**CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA.**

La **CONTRATISTA** se obliga con la **ASEGURADORA**. a:

1. Prestar los servicios asistenciales establecidos en la cláusula primera del presente contrato, a los afiliados a la **ASEGURADORA** que accedan a su red asistencial por causa profesional, con la mayor diligencia en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia y utilizando el equipo humano, técnico y profesional idóneo para la prestación de dichos servicios y con la tecnología media disponible en el país.
2. Colaborar para permitir el acceso de los médicos, la comisión laboral de la **ASEGURADORA** y el personal de auditoría concurrente, a su red asistencial, donde se encuentre el afiliado atendido y a su historia clínica y demás documentos pertinentes, para fines exclusivos de auditoría médica.
3. Aplicar el sistema de referencia y contrarreferencia en los casos que sea necesario la remisión de pacientes.
4. Cumplir con los estándares de calidad establecidos para la atención de usuarios de la **ASEGURADORA**: citas de consulta externa de especialidades médicas máximo 2 días hábiles, cita inicial de fisioterapia máximo 1 día hábil, elementos de osteosíntesis y prótesis máximo 1 día hábil, formulación de medicamentos genéricos (salvo lo descrito en la CLÁUSULA PRIMERA, parágrafo segundo del presente contrato), y los indicadores de calidad definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
5. Suministrar los tratamientos que requieran los usuarios y que sean pertinentes de acuerdo al diagnóstico emitido y con racionalidad técnico científica, así mismo informar al usuario los aspectos relacionados con su salud y dar cumplimiento a los derechos de los pacientes establecidos en la legislación vigente.
6. Informar a la **ASEGURADORA** el diagnóstico confirmado o presuntivo de cualquier enfermedad de origen profesional, en el momento en que este se realice.



7. Difundir el presente contrato a sus trabajadores, para que éstos tengan conocimiento de las normas y alcances que se deben tener en cuenta para la prestación de los servicios a los afiliados a la **ASEGURADORA** que accedan a los servicios por causa profesional. Para tal efecto, la **ASEGURADORA** suministrará el material necesario para la divulgación del contrato y señalará los parámetros establecidos para la correcta ejecución del mismo.
8. Enviar a la **ASEGURADORA** las solicitudes que esta haga de Historia Clínica, valoraciones médicas y/o de especialistas, resultados de exámenes, en un término no mayor a cinco días calendario.
9. Suministrar información clara y concreta sobre Pronóstico, Probabilidad de Rehabilitación y posibles secuelas de pacientes que sean solicitados por la **ASEGURADORA**, utilizando la clasificación y terminología de los procedimientos realizados de acuerdo a los manuales y disposiciones legales vigentes.
10. Mantener vigente su habilitación y actualizar sus licencias de funcionamiento de acuerdo con los servicios de salud que prestan, de igual forma abstenerse de prestar servicios a través de personas en entrenamiento o sin el cumplimiento de los estándares establecidos en la normatividad vigente.
11. Cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulado por el departamento de auditoria medica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad.
12. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: INDEPENDENCIA LABORAL**

El presente contrato es de naturaleza civil y se regirá por las normas del derecho privado. Las partes dejan expresa constancia que el presente contrato no constituye relación laboral alguna entre ellas, ni entre **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** y los trabajadores dependientes o subcontratistas que ocupe la **CONTRATISTA** para ejecutar el objeto del contrato. En consecuencia, la **CONTRATISTA** asume bajo su exclusiva responsabilidad todos los riesgos que se deriven de la ejecución del contrato actual y la cancelación de los salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones, honorarios y demás obligaciones del personal que utilice.

En ningún caso existirá relación jurídica o vinculación laboral alguna entre la **ASEGURADORA**, y los profesionales de la salud, personal administrativo y trabajadores de la **CONTRATISTA**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DURACIÓN**

El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su firma, término que se prorrogará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, toda vez que una de las partes no se pronuncien al respecto con treinta (30) días de antelación, o siempre que no concorra cualquier causal para su terminación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: TERMINACIÓN**

El presente contrato podrá darse por terminado por la siguientes causales: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por decisión unilateral de cualquiera de las partes, siempre y cuando se de aviso por escrito a la otra parte contratante con treinta (30) días de anticipación. c. Por incumplimiento, de cualquiera de las partes, de las obligaciones estipuladas en el presente contrato, sin perjuicio de la indemnización de perjuicios a que hubiere lugar según lo preceptuado en el artículo 1546 del Código Civil y demás normas concordantes. En este caso las relaciones entre la **ASEGURADORA** y la **CONTRATISTA** se regirán por lo establecido en las disposiciones legales.

**PARÁGRAFO:** Los eventos y conflictos que al momento de la terminación del contrato se encuentren pendientes, derivados de accidente de trabajo ocurrido y enfermedades



**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En el evento que cualquier controversia derivada del presente contrato, éste se solucionará en primera instancia mediante diálogo directo entre las partes.

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN**

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

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: GASTOS**

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

**CLÁUSULA DECIMA SEXTA: VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato es de cuantía indeterminada y corresponderá al valor de los servicios asistenciales prestados por el **CONTRATISTA** 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.

**CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: CONTROL DE EJECUCIÓN**

El control de ejecución de este contrato será ejecutado y/o realizado por la **GERENCIA MÉDICA**.

**CLÁUSULA DECIMA OCTAVA: LUGAR DE EJECUCIÓN**

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede(s): **Calle 112 No. 70 B – 28, Calle 50 No. 8 – 27 consultorio 307 y Calle 91 No. 19 C – 55 consultorio 209 Edificio Centro Médico Calle91.**

**CLÁUSULA DECIMA NOVENA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**EL CONTRATISTA** acreditará estar al día en pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales.

**CLÁUSULA VIGESIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL**

Para todos los efectos las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá, D.C.

Para constancia se firma el presente contrato en un (1) ejemplar original el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2009. **01 ABR. 2009**

**POSITIVA**

**ELECTROFISIATRÍA LTDA**

**GILBERTO QUÍNCHÉ TORO**

**WILLIAM MENESES PARRA**

**Representante Legal**

**Representante Legal**

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

**C.C. 19.416.601 expedida en Bogotá**