

000439

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y CONSULTORIA Y GESTION EN SALUD

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 **CESAR AUGUSTO CARRASCAL ANZOATEGUI** mayor de edad y domiciliado(a) en la ciudad de Bogotá, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 19'146.319 expedida en Bogotá quien obra en su calidad Representante Legal de **ConSalud C&G** con NIT. No.830045959-2, 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. 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 y servicios de medicina laboral:

1. **Calificación de origen:** establecer el origen de la patología o del accidente, cumpliendo con los requisitos técnicos y normativos definidos en la legislación vigente y las metodologías definidas por la **ASEGURADORA**. Incluye:

- a. Análisis de documentación.
- b. Valoración del paciente por médico laboral.
- c. Valoración por fisiatra especialista en medicina laboral.
- d. Elaboración de ponencias de casos si se requiere.
- e. Representación de **LA ASEGURADORA** en Juntas de Calificación si se requiere.
- f. Seguimiento conjunto de los casos.



2. **Calificación de pérdida de capacidad laboral:** su objetivo es establecer el grado de pérdida de capacidad laboral del afiliado aplicando los criterios y tiempos definidos en el Manual Único de Calificación de Invalidez, de acuerdo con las demás normas que lo adicionen, aclaren, complementen, reformen o sustituyan y las metodologías definidas por la **ASEGURADORA**. Incluye:
 - a. Análisis de documentación.
 - b. Valoración del paciente por médico laboral.
 - c.
3. **Elaboración de estudios de puesto de trabajo ergonómicos para la definición de origen:** debe establecer las condiciones de riesgo ergonómico del puesto de trabajo desempeñado por el trabajador en proceso de calificación de origen, de acuerdo a las metodologías definidas por la **ASEGURADORA**. Incluye:
 - a. Visita al puesto de trabajo a cargo de terapeuta especialista en salud ocupacional en los siguientes cinco (5) días de realizada la solicitud.
 - b. Entrega del informe en los tres (3) días siguientes a la evaluación.
4. Presentación y seguimiento conjunto de los casos.

PARAGRAFO PRIMERO: En los casos de medicina laboral la información debe quedar registrada en el sistema de información de **LA ASEGURADORA** de acuerdo a sus especificaciones técnicas y en el tiempo acordado.

PARÁGRAFO SEGUNDO: 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, Ley 1122 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.

PARÁGRAFO TERCERO: 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

PARAGRAFO CUARTO: 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: 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: 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. Autorización de la Gerencia Médica para la realización de todas las actividades y procedimientos. 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 se tramitarán de acuerdo a lo establecido de común acuerdo por las partes.

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 CUARTA: CONDICIONES PARA LA REMISIÓN DEL AFILIADO

La **I.P.S.** deberá prestar al paciente afiliado a la **ASEGURADORA** la atención objeto del presente contrato. 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 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 QUINTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** reembolsará a la **I.P.S.** el valor de los servicios asistenciales prestados de acuerdo con las siguientes:

Tarifas para Calificación de origen:

Valoración del paciente por médico laboral y elaboración de informe:
\$130.000

Tarifas para Calificación de pérdida de capacidad laboral:

Valoración de medicina laboral y calificación de pérdida de capacidad laboral: \$
120.000

Elaboración de estudios de puesto de trabajo ergonómicos para la definición de origen: Evaluación de exigencias del puesto de trabajo y entorno laboral (visita e informe): \$150.000

Representación en Juntas de Calificación, Juzgados, etc.

\$200.000

Reincorporación al puesto de trabajo:

\$250.000

OTRAS TARIFAS:

Consulta de medicina laboral: tarifas SOAT vigentes + 100%.

PARAGRAFO: En todo caso, la facturación deberá ceñirse a lo estipulado en los artículos y cláusulas de tarifas en comento y sólo podrán salirse de estos parámetros cuando las partes así lo convengan.

CLÁUSULA SEPTIMA: PRESENTACIÓN DE CUENTAS Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Las partes convienen que la presentación de las cuentas de cobro y/o factura se hará en las oficinas de la **ASEGURADORA** en la ciudad de Bogotá, Calle 99 No. 10 - 08. El pago de los servicios asistenciales se hará de acuerdo a los términos establecidos en la Ley 1122 de 2007 y Decreto 4747 de 2.007 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

La **I.P.S.** 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.
- 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.
- Hoja de traslado en el caso de servicio de transporte.
- Comprobante de recibido del usuario.

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 y/o factura 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 (20) 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 y/o factura 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.
4. Mantener vigente su autorización de funcionamiento y demás requisitos legales.

5. La **ASEGURADORA** se compromete a informar oportunamente cualquier cambio que afecte el modelo de atención, así mismo expedir carta de presentación del Auditor de Servicios Médicos designado por la **ASEGURADORA**
6. Informar a la **I.P.S.** 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 I.P.S

La **I.P.S.** 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 y la comisión laboral de la **ASEGURADORA**, 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 acordados de común acuerdo para la atención de usuarios de la **ASEGURADORA** para el proceso de medicina laboral 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.
4. 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 convenio y señalará los parámetros establecidos para la correcta ejecución del mismo.
5. Garantizar el manejo racional de los recursos aplicando la pertinencia médica en la solicitud y formulación de exámenes diagnósticos.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulado por el departamento de auditoría médica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad.
10. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

11. La información relacionada con los pacientes de medicina laboral debe quedar registrada en el sistema de información de **LA ASEGURADORA** de acuerdo a sus especificaciones técnicas y en el tiempo acordado.

CLÁUSULA DECIMA: GARANTIAS

La **ASEGURADORA** no asume responsabilidad por la prestación de servicios asistenciales suministrados directamente por la **I.P.S.** Dicha responsabilidad será asumida directamente por la **I.P.S.** Adicionalmente, la **I.P.S.** responderá civilmente por todos los daños o perjuicios causados a los trabajadores beneficiarios de este contrato, que se vean afectados por la mala calidad de los servicios objeto del mismo, por lo que debe anexar al presente contrato la copia de la Póliza de Responsabilidad Civil que posea, en la que se encuentren amparados los profesionales de la salud que prestan sus servicios en la misma.

Con el fin de avalar el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato la **I.P.S.** se compromete, a más tardar dentro los dos (2) días hábiles siguientes a la firma del presente contrato, a constituir a su costa y en favor de la **ASEGURADORA**, una garantía única consistente en una póliza expedida por una Compañía de Seguros legalmente autorizada para funcionar en Colombia o una garantía bancaria, la cual se entenderá vigente hasta la liquidación del contrato, si a ello hubiere lugar, y hasta la prolongación de sus efectos. La Garantía Única deberá amparar: **a) De Cumplimiento General del Contrato**, por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato, por el plazo del mismo y cuatro (4) meses más. **b) De Buena Calidad del Servicio**, por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por el plazo del mismo, y cuatro (4) meses más. **c) Amparo de pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones, al personal que emplee el contratista en la ejecución del contrato**, por suma equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato y por el plazo del mismo y tres (3) años más.

PARAGRAFO PRIMERO: La garantía estipulada en esta cláusula requerirá la aprobación por parte de la **ASEGURADORA**. La póliza no expirará por falta de pago de la prima o por revocatoria de una de las partes que en este acto intervienen. Será de cargo de la **I.P.S.** el pago oportuno de las primas y erogaciones de constitución y mantenimiento de la garantía, para lo cual debe anexarla a cada póliza, anexo o modificación, el recibo de pago. Igualmente deberá reponer los valores asegurados cuando el valor de los mismos se vea afectado por razón de siniestro. La **I.P.S.** deberá entregar la póliza debidamente constituida y firmada.

PARAGRAFO SEGUNDO: El hecho de la constitución de estas garantías no exonera a **I.P.S.**, de sus responsabilidades legales con todos los riesgos asegurados. La **I.P.S.** deberá entregar la póliza debidamente constituida y firmada.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: 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 entre ellas, ni entre **LA ASEGURADORA** y los trabajadores dependientes o subcontratistas que ocupe la **I.P.S.** para ejecutar el objeto del contrato. En consecuencia la **I.P.S.** 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 salud, personal administrativo y trabajadores de la **I.P.S.**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DURACIÓN

El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contados a partir de la fecha de su firma.

Para efectos de la prorrogación del presente contrato las partes de mutuo acuerdo establecerán las condiciones necesarias.

CLÁUSULA DECIMO TERCERA: TERMINACIÓN

El presente contrato podrá darse por terminado por las 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 **I.P.S.** se regirán por lo establecido en las disposiciones legales.

Los eventos y conflictos que al momento de la terminación del contrato se encuentren pendientes, derivados de accidente de trabajo ocurrido y enfermedades profesionales diagnosticadas antes de la terminación del contrato, seguirán rigiéndose por las cláusulas contenidas en el presente contrato.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA: 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 DECIMA QUINTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN

La **I.P.S.** no podrá ceder el presente contrato a persona alguna sin el consentimiento previo y escrito de la **ASEGURADORA**.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: GASTOS

Los gastos que se generen con ocasión de la celebración del presente contrato, serán asumidos por la **I.P.S.**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO

Este contrato se entenderá perfeccionado en la fecha en que sea firmado por las partes.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: VALOR DEL CONTRATO

000430

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 efectos de la constitución de la garantía se establece como valor del contrato la suma de dieciocho millones de pesos (\$18.000.000 mcte).

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL

EL CONTRATISTA deberá realizar la publicación del presente contrato en el Diario Oficial y entregar el recibo de pago a **POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.**

CLÁUSULA VIGÉSIMA: CONTROL DE EJECUCIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LUGAR DE EJECUCIÓN

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede(s)

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: 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 dos (2) ejemplares originales el 05 de MAY del 2009.

POSITIVA

CONSALUD C&G



GILBERTO QUINCHE TORO

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

CESAR CARRASCAL ANZOATEGUI

Representante Legal

C.C. 19'146.319 expedida en Bogotá

