



001108

POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., Y LA CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN PROVINCIA BOGOTÁ

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 COMPAÑIA 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 **La HNA. TULIA CESAREA REINA CASTILLO**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 20'030.457 expedida en Bogotá, en ejercicio del poder general que consta en escritura pública No. 3774 de 29 de abril de 2009 de la Notaría Setenta y Una del Círculo de Bogotá, conferido por la **Hna. FANNY YOLANDA BARRANTES MUÑOZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 41'352.419 expedida en Bogotá, en calidad de Representante Legal de la **CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN, PROVINCIA BOGOTÁ**, identificada con NIT 860.006.745-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, y de la cual la **Clínica Palermo** es una obra, entidad que en adelante se denominará la **CONTRATISTA**; con fundamento en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, 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 **CONTRATISTA** 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 **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 de accidente de trabajo o enfermedad profesional o los servicios considerados como experimentales, cosméticos o suntuarios. Para tal efecto la **ASEGURADORA** se compromete a pagarle a la **CONTRATISTA** el valor de los servicios de salud en caso de la atención de urgencias, y todos los servicios que se deriven de la atención que se preste a sus afiliados por causa de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, y la **CONTRATISTA** se compromete a prestar a los afiliados de la **ASEGURADORA** que accedan a sus servicios por causa de accidentes de trabajo o enfermedad 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 diagnostico y tratamiento.

[Handwritten signatures and notes]
088-860
4-07-04

001103



POSITIVA
SEGUROS

PARÁGRAFO PRIMERO: Las prestaciones asistenciales se otorgarán de acuerdo a lo estipulado en la Ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2.007, Resolución 3047 de 2008 referentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la regulación de algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y el Decreto 1011 de 2.006, 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 **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, 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, que en forma independiente se haya afiliado o 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. 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**, siempre que lo porte el afiliado.
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.

El 2/10



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 PRIMERO: La **CONTRATISTA** no podrá solicitar ningún depósito, ni efectuar ningún cobro al usuario que se acredite como afiliado activo a la **ASEGURADORA**, y que acceda al servicio por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Teniendo en cuenta que la atención inicial de urgencias no se encuentra sujeta a la obtención de autorización alguna, la **ASEGURADORA** deberá asumir el costo de dicha atención, y no será motivo de glosa. **PARÁGRAFO TERCERO.** La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, deberá darse por parte de la **ASEGURADORA** dentro de los siguientes términos: **i)** para la atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud; **ii)** para la atención de servicios adicionales: dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud. De no obtenerse respuesta por parte de la **ASEGURADORA** dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura. La negación de autorización la hará la **ASEGURADORA** mediante el diligenciamiento del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. **PARÁGRAFO CUARTO.** La solicitud de autorizaciones se harán a través de las líneas 018000912868, 3534848 en Bogotá D.C.

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 **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 **CONTRATISTA**, sobre la atención prestada en la urgencia, dentro de los dos (2) días siguientes al conocimiento del evento o patología objeto de la atención. 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: PROCESO Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Con el fin de garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios objeto del presente contrato, la **ASEGURADORA** allegará el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucra las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de su red, el cual hace parte integrante del

3/10

001108



POSITIVA
SEGUROS

presente contrato. Cuando un usuario que habiendo ingresado a la **CONTRATISTA** requiera de servicios médicos que no se encuentren dentro del objeto del presente contrato, hagan parte de otro nivel de complejidad o que por alguna contingencia o razón justificada la prestación del servicio no se pueda llevar a cabo, la **CONTRATISTA** deberá observar el proceso de referencia y contrarreferencia en función de la organización de la red definida por la **ASEGURADORA**.

CLÁUSULA QUINTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** pagará a la **CONTRATISTA** el valor de los servicios prestados de acuerdo a las tarifas establecidas en el Anexo No. 1 "Anexo de Tarifas".

Tomarse en cuenta:

-Base tarifaria ISS 2.001 + 37%.

-Medicamentos: Las tarifas para medicamentos, insumos y materiales se pactan a las tarifas establecidas por la Clínica Palermo, las cuales tiene vigencia de un año.

-El material de osteosíntesis y las prótesis se cancelarán de acuerdo al precio de la factura de compra con un recargo del 12%.

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.

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 **CONTRATISTA** y la **ASEGURADORA**

PARAGRAFO TERCERO: En los casos en que el material de osteosíntesis sea totalmente indispensable para salvaguardar la salud del paciente, la **CONTRATISTA** lo suministrará. En este caso el valor a cobrar a la **ASEGURADORA** será el valor del material más 12% por concepto de esterilización. Para ello será necesario allegar soporte de la factura de compra.

Para los procedimientos y cirugías programadas, la **ASEGURADORA** proveerá directamente el material de osteosíntesis. En este caso la **CONTRATISTA** cobrará a la **ASEGURADORA** el 12% del valor del material por concepto de esterilización.

PARÁGRAFO CUARTO. Las anteriores tarifas serán incrementadas y modificadas el primero (01) de enero de cada año. Para tal efecto la **CONTRATISTA** enviará con un mes de anterioridad a esta fecha, el incremento propuesto a las tarifas vigentes que regirá para el respectivo año, con el ánimo de facilitar a la **ASEGURADORA** su revisión y análisis oportuno. De no tener respuesta por escrito durante el mes designado para su revisión por parte de la **ASEGURADORA**, se entenderá que hubo acuerdo entre las partes en lo que atañe a las tarifas y se procederá a dar aplicación a las mismas.

CLÁUSULA SEXTA: PRESENTACIÓN DE CUENTAS

Las partes convienen que la presentación de las facturas se hará en las oficinas de POSITIVA Compañía de Seguros S.A., en la ciudad de Bogotá D.C., Calle 99 No. 10 - 08. El pago de los

ASEGURADORA. 4

001108


POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

servicios se hará de acuerdo a los términos establecidos en la Ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2.007 y demás normas que las modifiquen, deroguen o sustituyan.

La **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a radicar ante la **ASEGURADORA** las facturas que se generaren por la prestación de prestados, anexando los siguientes documentos por cada afiliado 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.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Autorización si aplica.
- Informe de la atención inicial de urgencias
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos (aplica para la atención de urgencias).
- 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 (para casos de pacientes hospitalizados o de urgencias, éstos estarán incluidos en el resumen de historia clínica o epicrisis)
- 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 Unico de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT).
Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT, en caso de accidente de tránsito. (Aplicará para los casos en los cuales la ARP debe asumir los excedentes del SOAT)

Adjunto como soporte de las facturas LA **CONTRATISTA** deberá anexar la información señalada en la Resolución 03374 de Diciembre 27 de 2000 (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud "RCONTRATISTA"). En consecuencia, la periodicidad de su entrega, se encuentra sujeta a la periodicidad de la radicación de las facturas de venta de servicios.

PARÁGRAFO UNO: Antes de las fechas de radicación de la factura o cuenta de cobro, el **CONTRATISTA** deberá realizar una pre auditoría, con el personal de auditoria concurrente de **LA ASEGURADORA** autorizado para ello, de tales facturas o cuentas, con el fin de verificarse el contenido, soportes y pertinencia de las mismas.

PARÁGRAFO DOS: Se determinara como fecha de radicación de la factura aquella fecha en que la misma es presentada por la **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.

CLÁUSULA SEPTIMA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

001108



POSITIVA
SEGUROS

a) LA CONTRATISTA radicará en la siguiente dirección calle 99 No. 10-08 las facturas correspondientes, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la prestación del servicio. b) LA ASEGURADORA pagará a la CONTRATISTA las facturas por los servicios prestados, mediante anticipo del 50% del valor de la factura dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura. c) Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho a la CONTRATISTA. **Parágrafo primero.** Las partes acuerdan, que cuando la ASEGURADORA no le pague dentro de los plazos establecidos en el presente contrato a la CONTRATISTA, le reconocerá intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras **Parágrafo segundo.** El pago de las cuentas se hará a través de giro interbancario.

CLÁUSULA OCTAVA: TRAMITE DE GLOSAS

LA ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura, formularán y comunicarán debidamente justificadas las glosas a cada factura. b) Una vez recibida la formulación de la glosa, la CONTRATISTA le dará respuesta a la misma dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, en donde podrá: i) aceptar las glosas que estima justificadas, caso en el que se emitirán las correspondientes notas crédito; ii) subsanar las causales que generaron la glosa, caso en el cual la factura será enviada nuevamente a la ASEGURADORA, respetando el periodo acordado para la recepción de facturas, o iii) indicar en forma justificada que la glosa no tiene lugar. c) LA ASEGURADORA dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. d) Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho a la CONTRATISTA. e) En caso en que persista el desacuerdo, las partes se reunirán con el fin de estudiar conjuntamente la glosa, y tratar de llegar a un acuerdo sobre la misma, previa investigación de las partes. Si aún así persiste el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, para que ejerza ante dicho conflicto o desacuerdo su función de conciliadora, de conformidad con el artículo 38 de la Ley 1122 de 2007.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las partes acuerdan, que este también será el trámite para las glosas generadas por complicaciones derivadas de los servicios objeto del presente contrato. La CONTRATISTA asumirá las complicaciones derivadas de la atención o procedimientos médico quirúrgicos que le sean **IMPUTABLES**, imputabilidad determinada por las partes en conjunto, producto de la investigación de la (s) causa (s) de la complicación, de conformidad con lo aquí indicado.

PARÁGRAFO SEGUNDO. 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.

PARÁGRAFO TERCERO. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio por **LA ASEGURADORA**, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

CLÁUSULA NOVENA: 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 las cláusulas sexta y séptima del presente contrato.

ASEGURADORA. 6

001108


POSITIVA
SEGUROS

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 los servicios contratados con la **CONTRATISTA** 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 **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.
8. Mantener en reserva absoluta las historias clínicas, excepto en los casos previstos en las disposiciones legales.
9. Enviar mensualmente a la **CONTRATISTA** un informe escrito o en medio magnético de los pagos efectuados o cuentas canceladas relacionando una a una las facturas que fueron objeto de pago
10. Formular y comunicar en forma justificada y en los tiempos acordados, las glosas a cada factura.
11. Contar con mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
12. Cumplir a cabalidad con los indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
13. Diseñar, organizar y documentar el proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de su red.
14. 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.

CLÁUSULA DECIMA: 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**, 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** 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 10 días hábiles o en su defecto dar aviso a la **ASEGURADORA**. 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.

ASEGURADORA. 7



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. 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 de accidente de trabajo o enfermedad 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.
7. Garantizar el manejo racional de los recursos aplicando la pertinencia médica en la solicitud y formulación de exámenes diagnósticos, procedimientos medicoquirúrgicos y suministro de medicamentos.
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 al acordado por las partes en el momento de la solicitud, y solo para los casos establecidos por la normatividad vigente.
9. Registrar información clara y concreta en la historia clínica sobre Pronóstico, Probabilidad de Rehabilitación y posibles secuelas de pacientes 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 auditoría médica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad, previa concertación entre las partes.
12. Confirmar que quien se presenta para la atención de urgencias efectivamente se encuentra afiliado a la **ASEGURADORA** de acuerdo a lo definido en la cláusula segunda, exigiendo el carné que identifica al trabajador como afiliado a la **ASEGURADORA** y en caso de no presentar carné indagando directamente con la **ASEGURADORA**
13. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

CLÁUSULA DECIMO PRIMERA: RESPONSABILIDAD

La **ASEGURADORA** no asume responsabilidad por la prestación de servicios asistenciales suministrados directamente por la **CONTRATISTA**. Dicha responsabilidad será asumida directamente por la **CONTRATISTA**. Adicionalmente, la **CONTRATISTA** responderá civilmente, previa decisión judicial en firme, 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.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: 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 **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** y los trabajadores dependientes o subcontratistas que



0011 08

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

ocupe el **CONTRATISTA** para ejecutar el objeto del contrato. En consecuencia el **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 salud, personal administrativo y trabajadores del **CONTRATISTA**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DURACIÓN

El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contados a partir de la legalización del presente, y podrá ser prorrogado de manera automática si ninguna de las partes notifica por escrito lo contrario con 30 días de antelación.

PARAGRAFO: La duración del contrato no incluye la vigencia de las tarifas, las cuales estarán sujetas a lo preceptuado en la clausula quinta del acto que se suscribe.

CLÁUSULA DECIMO CUARTA: TERMINACIÓN

El presente convenio 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, sin que este hecho genere indemnización alguna o pago de perjuicios. c) Por incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones estipuladas en el presente convenio, 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.

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 convenio.

CLÁUSULA DECIMO QUINTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el evento de cualquier controversia derivada del presente contrato que no pueda ser resuelta directamente por las partes, la **ASEGURADORA** y la **CONTRATISTA**, convocarán a una junta de amigables componedores. De no llegarse a acuerdo, dicha controversia o diferencia será sometida a la decisión de árbitros según lo estipulado en los artículos 2011 y 2025 del Código de Comercio. Los árbitros serán designados por la Cámara de Comercio de Bogotá, y deberán estar domiciliados en la misma ciudad, y deben 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. Se regirán por las normas y disposiciones de la Cámara de Comercio de Bogotá. En cuanto a los conflictos surgidos en razón a desacuerdos en glosas, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad a lo estipulado en la Cláusula octava.

CLÁUSULA DECIMO SEXTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN

El **CONTRATISTA** no podrá ceder el presente contrato a persona alguna sin el consentimiento previo y escrito de la **ASEGURADORA**.

CLÁUSULA DECIMO SEXTA: GASTOS

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



CLÁUSULA DECIMO OCTAVA: CONTROL DE EJECUCIÓN

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

CLÁUSULA DECIMO NOVENA: LUGAR DE EJECUCIÓN

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede: Calle 45C No. 22 – 02, Teléfono 5727777.

CLÁUSULA VIGESIMA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: VALOR DEL CONTRATO

El valor del presente contrato corresponde al valor de los servicios asistenciales prestados por la **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. En consecuencia para efectos fiscales la cuantía del mismo es indeterminada.

Para constancia se firma el presente contrato en dos (2) ejemplares originales a los ____ días del mes de ____ de 2009.

25 NOV. 2009

POSITIVA

CLINICA PALERMO

GILBERTO QUÍNCHHE TORO

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

HERMANA TULIA CESAREA REINA CASTILLO

Apoderada - Representante Legal

C.C. 20.030.457 de Bogotá

Nota: El presente contrato se firma en un solo original.