

000378

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

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 **JULIO CESAR CASTELLANOS RAMIREZ** mayor de edad y domiciliado(a) en BOGOTA identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.80.351.105 expedida en MOSQUERA quien obra en su calidad Representante Legal de **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, con NIT. No.860.015.536-1 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, Si la capacidad instalada de la IPS lo permite.
4. Suministro de medicamentos intrahospitalarios
5. Suministro de medicamentos ambulatorios que se encuentren incluidos en el vademécum de la IPS.
6. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
7. manejo para accidente riesgo biológico
8. Psiquiatría en medicina laboral
9. Demás servicios ofertados por la IPS



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.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En caso de que se requiera el traslado del paciente o 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, a su vez la Aseguradora informará a la IPS sobre esta red de prestadores.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN 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 al número de teléfono que determine la **ASEGURADORA**. Si no se produce el respectivo aviso, la **ASEGURADORA** se reserva los derechos de pago sobre dicha cuenta, salvo casos de fuerza mayor. 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** cuando el usuario disponga del mismo.
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 para pacientes ambulatorios que requieren procedimientos electivos. 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. El trámite operativo sobre este aspecto será definido de común acuerdo entre las partes.



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.

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, con excepción de aquellos eventos en los que **LA ASEGURADORA** no otorgue cobertura

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 A. R. P. para lo 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 SEXTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** reembolsará a la **I.P.S.** el valor de los servicios prestados de acuerdo con las tarifas del ISS del año 2.001 (Acuerdo 256 de 2.001) + 32.5%, excluyendo los servicios que se pactaron con tarifa propia de la IPS (VER TABLA DE PRECIOS)

-Medicamentos e insumos se pagarán a las tarifas del hospital, las cuales serán notificadas anualmente a la aseguradora, dichos precios entran en vigencia a partir del 1 de febrero de cada año. Durante este periodo si se llegan a presentar cambios estos serán notificados oportunamente a la **ASEGURADORA**.

La IPS remitirá de manera anual la lista de precios de material de osteosíntesis y prótesis, en caso de presentarse algún cambio este será notificado a la **ASEGURADORA**. Lo anterior suprime como soporte de la cuenta la copia de la factura de compra del mismo.

PARAGRAFO PRIMERO: No se pagaran las complicaciones médicas imputables a la **I.P.S.**, lo anterior si es determinado por un juez de la república.

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**.



000378

PARAGRAFO TERCERO: La negociación de tarifas de procedimientos y servicios se llevará a cabo a mediados del mes de enero de cada año, tarifas que entraran en vigencia el 1 de febrero del año en que se realiza la negociación.

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 POSITIVA Compañía de Seguros S.A. 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:

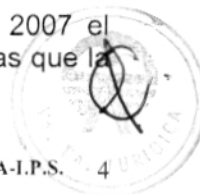
- Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Autorización si aplica.
- Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrísis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los 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.
- Comprobante de recibo del servicio por parte del usuario. (Suscripción de la factura y/o cuenta de cobro de la atención otorgada por parte del usuario o su acompañante)
- Copia del Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT) para los pacientes que ingresen por urgencias, sin embargo, la ausencia del mismo no es causal de glosa.
- 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.

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:



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.

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.

El saldo de las facturas aceptadas se pagará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al plazo inicial de treinta (30) días hábiles.

Las facturas glosadas se notificarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura.

Se cancelará la parte no glosada en los cinco (5) días hábiles siguientes a los treinta días (30) hábiles iniciales.

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 al plazo de respuesta mencionado.

En aquellos casos en los cuales una cuenta sea objetada o glosada sin causa justificada, la IPS procederá a realizar el cobro de intereses.

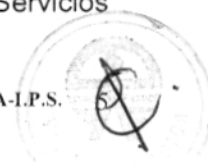
En el evento que la glosa u objeción presentada sea consecuencia de discrepancias en el origen del accidente o enfermedad, los días establecidos en los incisos anteriores se adicionarán al tiempo necesario para poder agotar todas las instancias necesarias para su definición. Resuelta la controversia, 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.
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 **A.R.P.**, 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**, siempre que la capacidad instalada de la IPS lo permita, y con 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. 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.
5. Informar a la **A.R.P.** el diagnóstico confirmado o presuntivo de cualquier enfermedad de origen profesional, en el momento en que este se realice.
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 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 a cinco días calendario, el valor de la fotocopia será asumida por el solicitante
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, cumpliendo con los estándares establecidos en la normatividad vigente.
Cumplir de acuerdo con las posibilidades de la IPS con las recomendaciones y requerimientos formulados por el departamento de auditoría médica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad. Su implementación se realizará siempre que se encuentre acorde con las políticas de la IPS

000378

11. Confirmar que quien se presenta para la atención de urgencias efectivamente se encuentra afiliado a la **ASEGURADORA** exigiendo el carné que identifica al trabajador como afiliado a la **ASEGURADORA** y en caso de no presentar carné indagando directamente con la **ASEGURADORA**
12. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

CLÁUSULA DECIMA: RESPONSABILIDAD

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, que legalmente le competan y le resulten atribuibles, 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 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 DÉCIMO SEGUNDA: DURACIÓN

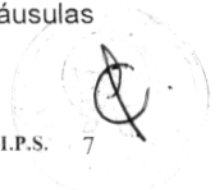
El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contados a partir de la fecha de su firma. Para efectos de la prórroga del presente contrato las partes de mutuo acuerdo establecerán las condiciones necesarias.

CLÁUSULA DECIMO TERCERA: 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. 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 **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 convenio.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS



0003 7 8

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.

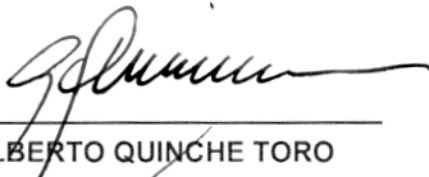
CLÁUSULA SEPTIMA: VALOR DEL CONTRATO

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 29 de ENE. del 2010.

POSITIVA

IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO



GILBERTO QUINCHE TORO

JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMIREZ

Representante Legal

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

C.C. 80.351.105 de Mosquera

