



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

000430

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA
DE SEGUROS S.A. Y ZAGETH LOPEZ DUARTE**

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 **ZAGETH LOPEZ DUARTE** mayor de edad y domiciliada(o) en Calle 7 No. 1 - 78 local 102, identificada(o) con Cédula de Ciudadanía No. 27.004.194 expedida en San Juan del Cesar quien obra en calidad de Persona Natural quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**; 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 el **CONTRATISTA** y específicamente, la prestación de los servicios de salud para los asegurados a la **ASEGURADORA**, que accedan a los servicios del **CONTRATISTA** en calidad de afiliados a la **ASEGURADORA**, por causa exclusiva de un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o los servicios para la toma o atención de un Seguro del portafolio de la entidad, 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 al **CONTRATISTA** el valor de los servicios de salud que preste a sus afiliados por causa de accidentes de trabajo, enfermedad profesional o los servicios para la toma o atención de un Seguro del portafolio de la entidad, y el **CONTRATISTA** se compromete a prestar a los afiliados de la **ASEGURADORA**, que accedan a sus servicios por causa profesional, todos los servicios que se encuentren dentro de su Portafolio de servicios y que se encuentren habilitados, en cumplimiento con lo establecido en los Decretos 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos No. 1 y 2, Circular Única 047 de 2007, modificada por la Circular Única 048, con el cumplimiento de los requisitos técnicos y normativos definidos en la legislación vigente y las metodologías definidas por la **ASEGURADORA**. El formato de habilitación hace parte integral del presente contrato en el **Anexo 1**. El Portafolio de Servicios hace parte integral del presente contrato en el **Anexo 2**.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las prestaciones asistenciales se otorgarán de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2007, 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



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

0 0 0 4 3 0

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 las siguientes normas y sentencias: 1. 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", 2. Sentencia C- 463 de 2008 y T- 760 de 2008 de la Corte Constitucional. 3. Las demás normas o sentencias de constitucionalidad 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.

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. 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.

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 CUARTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** reembolsará al **CONTRATISTA** el valor de los servicios prestados de acuerdo con las tarifas SOAT Vigente al momento de la prestación del servicio.

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**.

CLÁUSULA QUINTA: PRESENTACIÓN Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES

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 Valledupar, 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, 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



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

0 0 0 4 3 0

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.
- Informe de la atención, resumen de atención o epicrisis.
- 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.
- Comprobante de recibido del usuario.

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: Antes de las fechas de radicación de la factura o cuenta de cobro, el **CONTRATISTA** deberá realizar una pre auditoría, con el personal de auditoría 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 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 TRES: 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.



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 CLAUSULA 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 convenio y señalará los parámetros establecidos para la correcta ejecución del mismo.
8. Garantizar el manejo racional de los recursos aplicando la pertinencia médica en la solicitud y formulación de exámenes diagnósticos, procedimientos médico quirúrgicos y suministro de medicamentos.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulado por el departamento de auditoría médica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad.
13. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

CLÁUSULA OCTAVA: GARANTIAS

La **ASEGURADORA** no asume responsabilidad por la prestación de servicios asistenciales suministrados directamente por el **CONTRATISTA**. Dicha responsabilidad será asumida directamente por el **CONTRATISTA**. Adicionalmente, el **CONTRATISTA** 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.

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 del **CONTRATISTA** el pago oportuno de las



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

000430

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 TERCERA: 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 CUARTA: GASTOS

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

CLÁUSULA DECIMO QUINTA: 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 DECIMO SEXTA: CONTROL DE EJECUCIÓN

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

CLÁUSULA DECIMO SEPTIMA: LUGAR DE EJECUCIÓN

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede: Calle 7 No. 1 - 78 local 102, Teléfono 7741653, San Juan del Cesar.

CLÁUSULA DECIMO OCTAVA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

CLÁUSULA DECIMO NOVENA: 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 2010. 01 JUN. 2010

POSITIVA


GILBERTO QUINCHE TORO

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

ZAGETH LOPEZ DUARTE


ZAGETH LOPEZ DUARTE

Persona Natural

C.C. 27.004.194 de San Juan del Cesar

