

000473

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y FUNDACION CARDIOVASCULAR DE
COLOMBIA**

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 **VICTOR RAUL CASTILLO MANTILLA** mayor de edad y domiciliado en Floridablanca, S.S. con Cédula de Ciudadanía No. 19.288.515 expedida en Bogotá, quien obra en su calidad Representante Legal de la **FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**, con NIT. 890.212.568-0, entidad que en adelante se denominará el **CONTRATISTA**; con fundamento en los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, del Decreto 1295 de 1994 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 en caso de la atención de urgencias 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,



FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
VEN. INSTITUTO DEL CORAZÓN
CONVENIOS



ASEGURADORA

000473

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 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El **CONTRATISTA** deberá tener en cuenta para la formulación de medicamentos los contenidos en los Acuerdos 228/2002, 236/2002 y 282/2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con principios de racionalidad técnico científica, sin que esto sea un obstáculo para brindar la mejor calidad en la atención.

En el caso del uso de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de 2002 y demás normas que lo modifiquen y adicionen, su prescripción se realizará según los lineamientos de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la Resolución 3099 de 2008.

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: AFILIADOS AL SERVICIO

Son sujetos de la cobertura de prestaciones asistenciales descritas en la cláusula anterior las personas naturales definidas como afiliados al Sistema de Riesgos Profesionales, cuyo empleador las haya afiliado a la **ASEGURADORA**, de acuerdo a lo definido en el artículo 13 del Decreto 1295 de 1994 y las normas que lo modifiquen o complementen.

CLÁUSULA TERCERA: COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O LA ENFERMEDAD DE ORIGEN PROFESIONAL

En el evento de atender a un afiliado de la **ASEGURADORA** por presunto accidente o enfermedad profesional, el **CONTRATISTA** deberá reportar a la **ASEGURADORA** todos estos eventos o patologías de los cuales se presume o se tenga sospecha de su origen profesional por parte del médico tratante de la **IPS**, sobre la atención prestada en la urgencia, dentro de los dos (2) días siguientes al conocimiento del evento o patología objeto de la atención. Si no se produce el respectivo aviso, la **ASEGURADORA** se reserva los derechos de pago sobre dicha cuenta. En el caso en el que el paciente requiera estancia por tiempo superior a 24 horas (observación, hospitalización) se debe dar aviso inmediato a las líneas de call center 018000111170, 3307000 en Bogotá D.C. En todos los casos deberá seguirse el procedimiento definido en el Decreto 4747 de 2.007 y la Resolución 3047 de 2.008, y las normas que los complementen o modifiquen.

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

CLÁUSULA CUARTA: CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN DEL AFILIADO

Los requisitos para la atención de los afiliados son:

1. Presentación del documento de identidad
2. Presentación del carné que lo acredite como afiliado a la **ASEGURADORA** si el usuario lo porta.



FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
UN. INSTITUTO DEL CORAZÓN
CONVENIOS

79



000473

3. Verificación de derechos de afiliados de la **ASEGURADORA** mediante comunicación al call center 018000111170, 3307000 en Bogotá D.C., los mecanismos tecnológicos existentes. El proceso de verificación será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

4. Orden de servicios o Autorización expedida por la **ASEGURADORA**, para la realización de todas las actividades y procedimientos diferentes a las atenciones relacionadas con la urgencia, incluyéndose las que se encuentran fuera del Plan Obligatorio de Salud POS. El proceso de autorización debe realizarse de acuerdo a lo definido en el Decreto 4747 de 2.007 y la Resolución 3047 de 2.008 y las normas que los complementen o modifiquen.

Las solicitudes de servicios electivos o posteriores a la atención de urgencias se tramitarán de acuerdo a lo definido por el Decreto 4747 de 2.007 y las normas que lo complementan o modifican.

5. En los procedimientos de hospitalización debe solicitarse autorización adicional para la realización de estudios de diagnóstico de IV nivel o los considerados de alta complejidad no incluidos en el MAPIPOS, y para los procedimientos quirúrgicos adicionales a los autorizados o no relacionados con el diagnóstico que justifica la actual hospitalización.

PARAGRAFO PRIMERO: El **CONTRATISTA** no podrá solicitar ningún depósito, ni efectuar ningún cobro al afiliado a la **ASEGURADORA** que acceda al servicio por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

CLÁUSULA QUINTA: CONDICIONES PARA LA REMISIÓN DEL AFILIADO

El **CONTRATISTA** deberá prestar al paciente afiliado a la **ASEGURADORA** la atención integral de urgencias. En el evento que el **CONTRATISTA** no cuente con los medios o tecnología necesarios para continuar con la atención del paciente deberá remitirlo a otra **I.P.S.** que sí reúna dichas condiciones y que esté adscrita a la **E.P.S.** a la cual esté afiliado el trabajador o a la Red Alterna de la **ASEGURADORA**, aplicando siempre el sistema de referencia y contrarreferencia, según los procedimientos establecidos y el régimen de responsabilidad consagrado en 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 o a la Red Alterna de la **ASEGURADORA**, circunstancia que deberá ser avisada por el **CONTRATISTA** a la **ASEGURADORA** y **E.P.S.** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia.

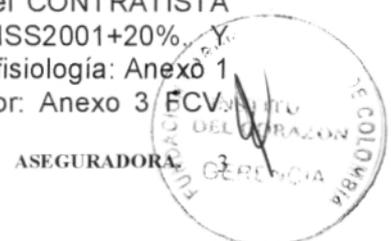
Cuando la remisión se realice a una **I.P.S.** no adscrita a la red asistencial de la **E.P.S.** a la que se encuentre afiliado el paciente atendido o a la Red Alterna de la **ASEGURADORA**, y la remisión sea necesaria pero no urgente, para su realización, el **CONTRATISTA** deberá obtener autorización previa de la **ASEGURADORA**.

Los eventos en los cuales la **ASEGURADORA** apoye el proceso de referencia y contrarreferencia solicitada por el **CONTRATISTA**, este apoyo no compromete la responsabilidad de la **ASEGURADORA**, ni releva la del **CONTRATISTA**.

CLÁUSULA SEXTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** reembolsará al **CONTRATISTA** el valor de los servicios prestados de acuerdo con las tarifas ISS 2001 + 35% para manejo institucional y SOAT Vigente al momento de la prestación de servicios con un incremento del 5% para los honorarios de especialistas, excepto los honorarios médicos relacionados en cada uno de los anexos tarifarios propios del **CONTRATISTA**. Los insumos y medicamentos a las tarifas institucionales del **CONTRATISTA** anexas al presente contrato. Resonancia Magnética, Medicina Nuclear y TAC: ISS2001+20%. Y tarifas propias de EL **CONTRATISTA** así: Paquetes de Hemodinamia y Electrofisiología: Anexo 1

FCV. Laboratorios Especializados: Anexo 2 FCV. Clínica del Dolor: Anexo 3



000473

Medicamentos e Insumos: Anexos 4 y 5 Tarifas propias FCV, los cuales tienen vigencia hasta diciembre 31 de 2010 con revisión periódica cada 4 meses. Cualquier modificación por incremento o baja de precios será notificado oportunamente por la FCV. Los medicamentos, insumos y/o material de osteosíntesis nuevo durante la vigencia del contrato, se podrán incluir en los anexos tarifarios sin que medie acuerdo previo entre las partes. Servicio de Gastroenterología: Anexo 6 FCV Tarifas propias FCV. Servicios de la Unidad de Neurociencias: Anexo 7 FCV. Neumología: Anexo 8 FCV Hemato-Oncología Pediátrica: Anexo 9 FCV Oxígeno: 13,00 litro. Pletismografía Arterial: \$159.000,00 y medición de presiones segmentarias e índices arteriales con doppler \$74.000,00. Dermatología Pediátrica: Consulta externa \$48.000,00. Perinatología: Consulta externa \$50.000,00 Psiquiatría: Interconsulta \$27.000,00 Otorrinolaringología Pediátrica: Interconsulta \$70.000,00, Procedimientos: ISS2001+35%, Alquiler equipo: \$40.000 Otorrinolaringología Adultos: Interconsulta \$40.000,00, Procedimientos: ISS2001+35%, Alquiler equipo: \$40.000 Servicio de Ambulancia: Traslado simple o redondo a la Foscal, traslados a Floridablanca y Meseta de Bucaramanga: \$68.000,00, traslado simple al aeropuerto \$125.000,00, traslado redondo al aeropuerto \$198.000,00, traslado simple a Piedecuesta y Girón \$94.000,00, traslado redondo a Piedecuesta y Girón \$114.000,00, Traslado simple a Lebrija \$125.000,00, Traslado redondo a Lebrija \$146.000,00. Los traslados a otros municipios de Santander y traslados interdepartamentales el valor se condiciona a cotización previa por parte de la Institución Prestadora de este Servicio (Manual de INVIAS). Traslado simple o redondo a la Foscal, traslados a Floridablanca y Meseta de Bucaramanga: \$65.000,00, traslado simple al aeropuerto \$120.000,00, traslado redondo al aeropuerto \$190.000,00, traslado simple a Piedecuesta y Girón \$90.000,00, traslado redondo a Piedecuesta y Girón \$110.000,00, Traslado simple a Lebrija \$120.000,00, Traslado redondo a Lebrija \$140.000,00. Los traslados a otros municipios de Santander y traslados interdepartamentales el valor se condiciona a cotización previa por parte de la Institución Prestadora de este Servicio (Manual de INVIAS). La tarifa base acordada y los anexos tarifarios propios FCV tienen vigencia año calendario hasta el 31 de diciembre. El **CONTRATISTA** no entrega factura de compra por ningún tipo de medicamento, insumo, y/o material de osteosíntesis; así mismo no permite el suministro de los mismos por parte de la **ASEGURADORA**.

PARAGRAFO PRIMERO: En todo caso, la facturación deberá ceñirse con 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.

CLÁUSULA SEPTIMA: 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 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, Ley 1122 de 2007 y Decreto 4747 de 2.007.

El **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a la **ASEGURADORA** una cuenta de cobro y/o factura general, anexando los siguientes documentos por cada afiliado a la **ASEGURADORA** atendido, de acuerdo a lo definido por la Resolución 3047 de 2.008 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan:

- Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Autorización si aplica.
- Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrisis.



ASEGURADORA. 4

4/9
CONVENIOS

000473.

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 técnica 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. 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**.
14. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

CLÁUSULA DECIMA: 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 anéjar al

FCV
OFICINA
URIDICA
7/9

FUNDACION CARDIOFUNDACION
VEN. INSTITUTO DEL CEREBRO
CONVENIOS

ASEGURADORA
GEUTIA

CONVENIOS

000473

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 SEPTIMA: 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 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 **1 SANTANDER: Calle 155 A No. 23 -58, Teléfono 6396767, 6399292: Sede 2 MAGDALENA: Carrera 4 No. 26ª - 71, teléfonos 4316485.**

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 VIGESIMO PRIMERA: 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 **01 JUL. 2010**

POSITIVA

GILBERTO QUINCHE TORO

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

VICTOR RAUL CASTILLO MANTILLA

Representante Legal

C.C. 19.288.515 expedida en Bogotá



9/9