



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

000490

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - NIT 860.011.153-6  
Línea Positiva 01 8000 111 176 / En Bogotá (30) 4444  
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y FUNDACION CLINICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA**

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 **LUIS BERNARDO HERNANDEZ OROZCO** mayor de edad y domiciliada(o) en Calle 20 No. 5 - 70, identificada(o) con Cédula de Ciudadanía No. 19.105.539 expedida en Bogota quien obra en su calidad Representante Legal de **FUNDACION CLINICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA**, con NIT. No. **900.283.694-1**, 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



*[Handwritten signature]*



000490



**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 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:



LEVENTE/POSITIVA - FRENTE AL SERVIDOR







0 0 0 4 9 0

**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

**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**.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** En los casos en que el material de osteosíntesis sea totalmente indispensable para salvaguardar la salud del paciente, el **CONTRATISTA**, podrá suministrarlo. En todos los casos el costo del material de osteosíntesis y prótesis cobrado a la **ASEGURADORA** deberá ser soportado con la factura de compra del material.

**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 Pereira, Av. Circunvalar No. 9 - 10. 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 **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.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- 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.
- 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 Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT).
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

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.





000490

**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

**PARÁGRAFO DOS:** Se determinará 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.

-El **CONTRATISTA** debe dar respuesta a las glosas presentadas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.

-Una vez recibida la respuesta de las glosas, **LA ASEGURADORA** decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción.

-Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes informando de este hecho al **CONTRATISTA**.

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 origen como profesional.

El pago de las cuentas se hará a través de giro interbancario.

**PARAGRAFO CUATRO:** El Manual de Radicación de Cuentas de la **ASEGURADORA** hace parte integral del presente contrato en el **Anexo 3**.

**CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE LA A.R.P**

La **ASEGURADORA** se obliga con el **CONTRATISTA** a:

1. Cancelar oportunamente las cuentas de cobro presentadas por el **CONTRATISTA** de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula séptima del presente contrato.









000490

**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 SEGUNDA: 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 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, 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 CUARTA: 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 QUINTA: 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**,



17





