

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

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 **JULIO ERNESTO TORO RESTREPO** mayor de edad y domiciliada(o) en Calle 64 No.51D - 154, identificada(o) con Cédula de Ciudadanía No. 8.282.725 expedida en Medellín quien obra en su calidad Representante Legal de **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**, con NIT. No. **890.900.518-4**, entidad que en adelante se denominará **EL HOSPITAL**; 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 HOSPITAL** y específicamente, la prestación de los servicios de salud para los asegurados a la **ASEGURADORA**, que accedan a los servicios de **EL HOSPITAL** 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 **EL HOSPITAL** 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 **EL HOSPITAL** 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 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. Acuerdo 008 de 2.009 expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), 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 HOSPITAL** deberá tener en cuenta para la formulación de medicamentos los contenidos en los Acuerdos anexo técnico 1 del Acuerdo 08 de 2.009 expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), de acuerdo con principios de racionalidad técnica 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, 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 HOSPITAL** 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 HOSPITAL** 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. 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 - anexo técnico 2 del Acuerdo 008 de 2.009. 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 III nivel o los considerados de alta complejidad no incluidos en el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, y para los procedimientos quirúrgicos adicionales a los autorizados o no relacionados con el diagnóstico que justifica la actual hospitalización. **PARAGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** no podrá solicitar



000503

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 HOSPITAL deberá prestar al paciente afiliado a la **ASEGURADORA** la atención integral de urgencias. En el evento que **EL HOSPITAL** 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 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 4747 de 2007. 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 Alternativa de la **ASEGURADORA**, circunstancia que deberá ser avisada por **EL HOSPITAL** 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 Alternativa de la **ASEGURADORA**, y la remisión sea necesaria pero no urgente, para su realización, **EL HOSPITAL** deberá obtener autorización previa de la **ASEGURADORA**. Los eventos en los cuales la **ASEGURADORA** apoye el proceso de referencia y contrarreferencia solicitada por **EL HOSPITAL**, este apoyo no comprometen la responsabilidad de la **ASEGURADORA**, ni releva la de **EL HOSPITAL**.....

CLÁUSULA SEXTA: TARIFAS

La **ASEGURADORA** reembolsará al **EL HOSPITAL** 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. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Para la liquidación de tarifas se aplicará todo de acuerdo a la clasificación de **EL HOSPITAL** como institución de tercer nivel de atención y se utilizará como norma y referencia para la facturación de todo tipo de servicios de salud sean actividades, procedimientos o intervenciones. El valor de los trasplantes estará sujeto a facturación por conjunto de atención integral definido por **EL HOSPITAL (Anexo Nro. 3)** y comunicado de manera previa a la realización de dichos procedimientos. Para los medicamentos y para los materiales médico-quirúrgicos el precio será el consignado en los catálogos vigentes de **EL HOSPITAL** al momento de la prestación del servicio, dicho precio se podrá ajustar de común acuerdo evaluando los precios del mercado en condiciones similares. En cirugía plástica se prestará el servicio de urgencias y de quemados. Otros servicios de cirugía plástica y electiva se prestarán mediante la modalidad de conjunto, los cuales serán presentados por el Hospital y autorizados de manera previa por la **ASEGURADORA**. Las actividades, intervenciones y procedimientos necesarios para la complementariedad de la atención del usuario y realizados por **EL HOSPITAL** a través de un tercero, la **ASEGURADORA** las reconocerá acorde con la tarifa existente entre **EL HOSPITAL** y el tercero. Para las consultas externas de especialista y subespecialista se considera el valor fijado por **EL HOSPITAL**, el cual está contenido en un anexo a este contrato. El valor de la atención médica general y/o especializada, ya sean actividades, intervenciones o procedimientos realizados en los servicios de internación o de cuidado intensivo, en los cuales participe el profesional en forma directa, será reconocido por la **ASEGURADORA**, en una sola vez por cada día de hospitalización. **PARAGRAFO TERCERO:** En los casos en que el material de osteosíntesis sea totalmente indispensable para salvaguardar la salud del paciente, **EL HOSPITAL**, podrá suministrarlo.....

CLÁUSULA SEPTIMA: PREVISADO:

LA ASEGURADORA y EL HOSPITAL en aplicación a la Resolución 3047 de 2008, reglamentaria del Decreto 4747 de 2007 y su Artículo 13. "Revisión y visado previo a la presentación y/o



10 0 05 03

radicación de facturas o cuentas. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas." Acuerdan implementar EL PREVISADO cuyo objetivo es disminuir los trámites administrativos y agilizar el flujo de pago. Los Elementos para efectuar EL PREVISADO son El Acuerdo de Voluntades, con los correspondientes anexos y la normatividad vigente. EL PREVISADO será de tipo médico y administrativo, en donde se realiza la revisión de la pertinencia médica: atención, estancia, procedimientos y oportunidad en los servicios, y se evalúan aspectos como: tarifa pactada, soportes administrativos y clínicos de acuerdo con las normas, autorizaciones, inconsistencias en afiliación, algunos aspectos facturables y no facturables y realiza conteos, lo que permite que la factura salga conciliada y aprobada de **EL HOSPITAL**, lo cual se demuestra con el sello de aval por el auditor designado por **LA ASEGURADORA**, esto implica que la factura no tiene revisión adicional por parte de **LA ASEGURADORA**. EL PREVISADO se adelantará en el Área de Facturación de **EL HOSPITAL**. En el proceso participaran como responsables por parte de **LA ASEGURADORA** el auditor médico y/o el auxiliar administrativo y por **EL HOSPITAL** los auditores médicos y auxiliares, el mismo se hará por parte de **LA ASEGURADORA** tres veces por semana preferiblemente lunes, miércoles y viernes de 2 p.m. a 5 p.m. y las partes elaborarán un cronograma mensual para efectuar **EL PREVISADO**. El Procedimiento será el siguiente: •**EL HOSPITAL** entregará mediante planilla las facturas para pre-visado •**EL HOSPITAL** debe disponer la factura con la historia clínica al auditor de **LA ASEGURADORA**, ese día se toma como la fecha entrega a **LA ASEGURADORA** para pre-visado. •Para las atenciones electivas si el soporte clínico se encuentra en la factura no se requiere aportar la historia clínica. •Una vez se entrega la factura con el soporte clínico pertinente, se debe efectuar el pre-visado en un plazo no mayor a 5 días hábiles. •Si por alguna circunstancia; incapacidad, vacaciones, acumulo de facturas, etc., no se cumple con los 5 días hábiles para efectuar el pre-visado, la factura se puede radicar sin el pre-visado, previa notificación a **LA ASEGURADORA**. **Causales de terminación de la actividad de Pre-visado:** En caso que se demuestre que los tiempos de pago o de revisión de las facturas se han afectado negativamente por incumplimiento en lo pactado o se están generando re-procesos innecesarios, cualquiera de las partes puede comunicar a la otra con treinta días calendario de antelación que no se continuará con este tipo de revisiones previas a la radicación o presentación de las facturas y en consecuencia no se podrá exigir como requisito para el recibo de las facturas. **Otras consideraciones:** •Tanto para el pre-visado como para la auditoría de cuentas médicas al interior de **LA ASEGURADORA**, se debe ceñir al contrato, los anexos y la normatividad vigente. •No procede que las facturas que ya fueron pre-visadas presenten nuevas glosas. •**LA ASEGURADORA** evaluará y considerará las notas crédito efectuadas durante el pre-visado para no efectuar glosa por estos aspectos y generar re-procesos en ambas entidades. •Los tiempos pactados entre las partes para entregar las facturas susceptibles de recobro corren a partir del pre-visado.....

CLÁUSULA OCTAVA: 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 Medellín, Calle 64 No. 51 - 31. 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.

EL HOSPITAL 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



0 0 0 5 0 3

normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan: 1. Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido, 2. Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle, 3. Autorización. Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrísis. 4. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. 5. Formatos de medicamentos NO POS si aplica. 6. 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. 7. Descripción quirúrgica si aplica. 8. Registro de anestesia si aplica. 9. Fotocopia de la fórmula médica para medicamentos u oxígeno. 10. Hoja de traslado en el caso de servicio de ambulancia. 11. Comprobante de recibido del usuario. 12. Copia del Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT). 13. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito. Con periodicidad mensual **EL HOSPITAL** 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 HOSPITAL** 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 o cuenta de cobro aquella fecha en que la misma es presentada por **EL HOSPITAL** y recibida por la **ASEGURADORA**. **PARAGRAFO TRES:** Las cuentas de cobro de los servicios médico - asistenciales deberán ser presentadas por **EL HOSPITAL** 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 a **EL HOSPITAL** 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 HOSPITAL** 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 a **EL HOSPITAL**. 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 NOVENA: OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA



La **ASEGURADORA** se obliga con **EL HOSPITAL** a: 1. Cancelar oportunamente las cuentas de cobro presentadas por **EL HOSPITAL** de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula séptima del presente contrato. 2. La **ASEGURADORA** está 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 **EL HOSPITAL** 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 **EL HOSPITAL** 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. Aceptar de común acuerdo las actividades de docencia e investigación médica aprobadas por **EL HOSPITAL**. 9. Cumplimiento de otras disposiciones normativas: las partes de común acuerdo aplicarán en el corto plazo lo definido en el Decreto 4747 de 2007 y su reglamentación; entre las cuales se destacan los siguientes temas; no solicitar fotocopias a los usuarios, la clasificación de pacientes en urgencias (triage), solicitudes de autorización sin desplazamiento de usuarios en los servicios de urgencias y trazabilidad de la factura. Para el reporte de los anexos técnicos establecidos por la Resolución 3047 de 2008 y Decreto 4747 de 2007, la **ASEGURADORA** pone a disposición de **EL HOSPITAL** los correos electrónicos cuando tenga establecido el proceso acorde a las exigencias normativas, siendo los siguientes actividades y procedimientos de notificación por parte de **EL HOSPITAL**.....

CLÁUSULA DÉCIMA: OBLIGACIONES DE EL HOSPITAL

EL HOSPITAL 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, 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. Estas actividades serán coordinadas con el área de garantía de la Calidad de **EL HOSPITAL**. 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 previamente acordados con **EL HOSPITAL**. 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 medica en la solicitud y formulación de exámenes diagnósticos, procedimientos medicoquirúrgicos 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



000503

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 auditoria medica 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. **PARAGRAFO PRIMERO: Cumplimiento de otras disposiciones normativas:** las partes de común acuerdo aplicarán en el corto plazo lo definido en el Decreto 4747 de 2007 y su reglamentación; entre las cuales se destacan los siguientes temas; no solicitar fotocopias a los usuarios, la clasificación de pacientes en urgencias (triage), solicitudes de autorización sin desplazamiento de usuarios en los servios de urgencias y trazabilidad de la factura.....

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: GARANTIAS

EL HOSPITAL prestará los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios de **LA ASEGURADORA** con plena autonomía técnica y científica. En consecuencia **EL HOSPITAL** asume la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de los servicios de salud que preste a los afiliados y beneficiarios de **LA ASEGURADORA**, así como la responsabilidad que puede derivarse de los actos y omisiones del personal Médico y Paramédico. Esto no será aplicable en el caso que por sentencia judicial la responsabilidad sea exclusiva de **LA ASEGURADORA**, en cuyo caso **EL HOSPITAL** quedará exonerado de toda responsabilidad.

PARAGRAFO PRIMERO: La garantía estipulada en esta cláusula requerirá la aprobación por parte de la **ASEGURADORA**.....

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 **LA ASEGURADORA** y los trabajadores dependientes o subcontratistas de **EL HOSPITAL** que ocupe **EL HOSPITAL** para ejecutar el objeto del contrato. En consecuencia **EL HOSPITAL** 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 **EL HOSPITAL**.....

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: 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 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. 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 **EL HOSPITAL** 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 QUINTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el evento de cualquier controversia derivada del presente contrato, éste se solucionará en primera instancia mediante dialogo directo entre las partes.....

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN

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

CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: GASTOS

Los gastos que se generen con ocasión de la celebración del presente contrato, serán asumidos por **EL HOSPITAL**.....

CLÁUSULA DECIMA OCTAVA: VALOR DEL CONTRATO

El valor del presente contrato es de cuantía indeterminada y corresponderá al valor de los servicios asistenciales prestados por **EL HOSPITAL** 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 DECIMA NOVENA: CONTROL DE EJECUCIÓN

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

CLÁUSULA VIGESIMA: LUGAR DE EJECUCIÓN

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede: **Calle 64 No.51D - 154 Medellín, telefono (094)2635333**.....

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: DOMICILIO CONTRACTUAL

Para todos los efectos las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Medellín.

Para constancia se firma el presente contrato en dos (2) ejemplares originales el 22 de JUL. del 2010.

POSITIVA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

GILBERTO QUINCHE TORO

JULIO ERNESTO TORO RESTREPO

Representante Legal

Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

C.C. 8.282.725 de Medellín