





**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

0 0 0 3 0 0

## Tarifas Médicas 2010

### SEGUROS DE VIDA INDIVIDUAL

Descripción del Examen	TARIFAS 2010
Examen Médico	39,800.00
Electrocardiograma	53,000.00
Electrocardiograma con prueba de esfuerzo	65,300.00
Acido Úrico	15,300.00
Colesterol Alta Densidad (H.D.L.)	15,300.00
Colesterol Baja Densidad (L.D.L.)	18,400.00
Colesterol Total	12,200.00
Creatinina	15,300.00
Cuadro Hemático - Hemograma	12,200.00
Cuadro Hemático con Sedimentación	15,300.00
Cuadro Hemático III Generación	18,400.00
Glicemia (glucosa en ayunas)	12,200.00
H.I.V.	55,000.00
Parcial de Orina	10,200.00
Radiografía de Tórax Ap y Lateral	88,700.00
Sedimentación Globular V.S.G: (Eritros)	5,100.00
Transaminasas (ASAT)	15,300.00
Transaminasas (ALAT)	15,300.00
Gamma -glutamil transpeptidasa (GGT)	15,300.00
Antígeno Prostático	37,500.00
Triglicéridos	16,300.00

**PARAGRAFO:** No se aceptaran facturas que sobrepasen los máximos establecidos.

**QUINTA.- FORMA DE PAGO:** LA COMPAÑÍA reconocerá a **EL EXAMINADOR MÉDICO** por cada examen practicado a sus potenciales asegurados, previa presentación de la cuenta de cobro correspondiente, de acuerdo a la suma acordada en la tarifa convenida que hace parte del presente contrato. **EL EXAMINADOR MÉDICO** deberá enviar las cuentas de cobro a nombre de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS., N.I.T. 860.011.153-6**, adjuntando la autorización médica correspondiente y que cumplan las normas legales vigentes. Las cuentas de cobro deben traer desglosado el nombre de los pacientes, con el número de la cédula de ciudadanía, el nombre del examen que le practicaron y el costo por cada uno (La compañía responderá hasta el valor máximo autorizado), además informarnos el número de cuenta bancaria a donde podemos efectuar la consignación correspondiente. Hacerlas llegar directamente a las Sucursales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS o directamente a Casa Matriz, ubicada en la Calle 99 No. 10-08 piso 4to, Bogotá,

*Handwritten signature/initials*





**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

0 0 0 3 0 0

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - NIT 860.011.153-6

Línea Positiva 01 8000 111 170 / En Bogotá 330 7000

Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)

Colombia, enviarla a nombre de la Gerencia de Suscripción de la Vicepresidencia Técnica.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** El pago se efectuará en forma mensual, previa presentación de la cuenta de cobro correspondiente, acompañado de los siguientes documentos:

a) Orden de la solicitud de exámenes de Asegurabilidad (Formato VO-RE-OEM-01), emitida por la Compañía.

Fotocopia del documento de identidad del potencial asegurado a examinar.

b) Seguro de Vida – Informe Médico – declaraciones del potencial asegurado a examinar (Forma EVI-025), completamente diligenciado, con firma y huella de la persona examinada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Como quiera que los servicios prestados por **EL EXAMINADOR MÉDICO** tienen origen en las Pólizas de Seguros de Personas expedidas por **LA COMPAÑÍA**, los pagos por la prestación de servicios estarán condicionados a la existencia de la orden de la solicitud de Exámenes de Asegurabilidad, (Formato VO-RE-OEM-01), emitida por **LA COMPAÑÍA**.

**SEXTA.- GARANTIAS:** **POSITIVA** 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 **POSITIVA**. 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 primas y erogaciones de constitución y mantenimiento de la garantía, para lo cual debe anexarla a cada póliza, anexo o modificación, el recibo de pago. Igualmente deberá reponer los valores asegurados cuando el valor de los mismos se vea afectado por razón de siniestro. El **CONTRATISTA** deberá entregar la póliza debidamente constituida y firmada.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** El hecho de la constitución de estas garantías no exonera al **CONTRATISTA**, de sus responsabilidades legales con todos los riesgos asegurados.

**PARÁGRAFO CUARTO:** **EL CONTRATISTA** deberá entregar la póliza debidamente constituida y firmada.

**SEPTIMA.- OBLIGACIONES ESPECIALES DE EL EXAMINADOR MÉDICO:** Para la prestación del servicio, **EL EXAMINADOR MÉDICO** se obliga a exigir la orden de la solicitud de Exámenes de Asegurabilidad, (Formato VO-RE-OEM-01), emitida por **LA COMPAÑÍA** y documento de identidad del usuario del servicio.

**OCTAVA.- OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA COMPAÑÍA:** A solicitud de **EL EXAMINADOR MÉDICO** y dentro de los horarios de atención, **LA COMPAÑÍA** atenderá las consultas que se formulen en relación con los Asegurados.



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - NIT 860.011.153-6  
Calle Positiva 01 8000 111 170 / En Bogotá 330 7000  
Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)

000300

**NOVENA: LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA:** La responsabilidad de **EL EXAMINADOR MÉDICO** se limitará a los exámenes previamente acordados entre las partes.

**DECIMA.- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Cualquier conflicto que surja con ocasión de la ejecución o interpretación del presente contrato, y antes de acudir a la justicia ordinaria, las partes de común acuerdo, escogerán uno cualquiera de los mecanismos alternos de solución de conflictos previstos en la Ley.

**UNDECIMA: DOMICILIO:** Sin perjuicio de las disposiciones procesales pertinentes, para todos los efectos legales se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá

D.C.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los

20 MAR 2011

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

EXAMINADOR MEDICO

GILBERTO QUINCHE TORO  
Representante Legal

C.C. 19.497.294 expedida en Bogotá

MILLER FERNANDO GOMEZ VELASQUEZ

C.C. 17.319.802 expedida en Villavicencio