



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE  
PROVEEDORES Y EMPLEADOS  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

CLASE DE CLIENTE    Proveedor     Empleado     FECHA DILIGENCIAMIENTO    10 / 02 / 2022  
DIA    MES    AÑO

**1. INFORMACIÓN GENERAL**  
 PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS**    Identificación tipo: C.C.     C.E.     T.I.     Fecha de Expedición 27 / 06 / 1977  
Hna Olga Lucio Zubaga S    Número 32 313 099    Expedida en Bello-Antioquia  
 Fecha de Nacimiento    Lugar de Nacimiento    Nacionalidad  
 Año 1954    Mes 10    Día 22    Santuario-Antioquia    Colombiana  
 Dirección Residencia    Ciudad    Teléfono casa    Celular  
Cra 20 N° 2 Sur 185    Medellin    3269100    \_\_\_\_\_

**DETALLE ACTIVIDAD**  
 Asalariado     Independiente     Estudiante     Rentista     Socio     Pensionado   
 Código de Actividad "CIIU" 9191    E-Mail clinicaelrosario@clinicaelrosario.com  
 Ocupación / Profesión    Nombre Empresa donde Trabaja    Cargo que Desempeña  
Administradora    Medellin    3269100    clinicaelrosario@clinicaelrosario.com  
 Dirección Empresa    Ciudad    Teléfono    E Mail  
Cra 20 N° 2 Sur 185    Medellin    3269100    clinicaelrosario@clinicaelrosario.com

**PERSONA JURÍDICA**

Razón Social Comun. Inas Dominicas de la Presentación    NIT 890905843  
 Dirección Oficina Principal    Ciudad    Teléfono    Fax  
Cra. 41 N° 62-05    Medellin    9959000    2842460  
 Dirección Sucursal o Agencia    Ciudad    Teléfono    Fax  
Cra 20 N° 2 Sur 185    Medellin    3269100    3269235  
 Tipo de empresa: Pública     Privada     Mixta     Inversión extranjera     Otra     Cuál? \_\_\_\_\_  
 Código de Actividad "CIIU" 9191    E-Mail clinicaelrosario@clinicaelrosario.com

**2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)**

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**    a Dec - 2011 Miles de Pesos

Total Activos \$ 112.147.820    Total Pasivos \$ 34.524.913  
 Ingresos Mensuales \$ 7.040.510    Otros Ingresos \$ 598.297    Concepto \_\_\_\_\_  
 Egresos Mensuales \$ 6.349.692    Otros Egresos \$ 698.788    Concepto \_\_\_\_\_

**4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

Realiza transacciones en moneda extranjera?    SI     NO     Tipo de Transacción:    Importación     Exportación   
 Inversiones     Préstamos     Transferencias     Otros     Cuál? \_\_\_\_\_

Tipo de Producto	Identificación ó Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO**

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)  
Prestación de Servicios de Salud.
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo a POSITIVA Compañía de Seguros S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

**6. INFORMACIÓN BANCARIA**

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
<u>Bancolombia</u>	<u>Principal</u>	<u>Cta Corrientes</u>	<u>006-905843-66</u>

**7. FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Andrés Lucio Zubiré  
Director Administrativo

Firma Representante Legal del Proveedor ó Empleado



Huella

**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

Lugar de la entrevista Telefónico

Fecha de la entrevista 

DÍA	MES	AÑO	Hora
<u>10</u>	<u>02</u>	<u>2012</u>	<u>8:00</u>

Nombre Funcionario Responsable  
Ana Carrascal

Firma Funcionario Responsable  
[Firma]

Resultado de la Entrevista  
Documentos OK

**9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de Verificación 

DÍA	MES	AÑO	Hora
<u>13</u>	<u>02</u>	<u>2012</u>	<u>2:02</u>

Nombre y Cargo de quien verifica  
Ana Carrascal

Firma  
[Firma]

Resultado de la Verificación  
Diligencia OK

000105

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. \_\_\_\_\_ DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

Entre los suscritos a saber: **GILBERTO QUINCHE TORO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.497.294 expedida en Bogotá D.C., quien en calidad de **PRESIDENTE**, nombrado mediante Decreto 2046 del 10 de junio de 2008 y posesionado mediante acta No 1810 de junio 12 de 2008 y debidamente autorizado por la Superintendencia Financiera de Colombia, quien obra en nombre y Representación Legal de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** que por escritura pública Nro. 1260 de fecha octubre 25 de 2008 de la Notaría 74 de Bogotá, inscrita el 30 de octubre de 2008, en el libro IX bajo el Nro. 1252868 cambió su razón social de **LA PREVISORA VIDA S.A.**, a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** con NIT. 860.011.153 -6, autorizada para funcionar como Entidad Administradora de Riesgos Profesionales por la Superintendencia Financiera mediante Resolución Número 3187 del 28 de Diciembre de 1995, por una parte, que en adelante se denominará **POSITIVA** y por la otra **Hermana OLGA LUCIA ZULUAGA SERNA** mayor de edad y domiciliada(o) en Sede Centro: Carrera 41 No. 62-05, identificada(o) con Cédula de Ciudadanía No. 32.313.099 expedida en Medellin quien obra en su calidad Representante Legal de **COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO**, con NIT. No. 890.905.843-6, 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, 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**

Regular las relaciones entre **POSITIVA** y el **CONTRATISTA** y específicamente, la prestación de los servicios de salud para los afiliados a **POSITIVA**, que accedan a los servicios del **CONTRATISTA** en calidad de asegurados, 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 y la atención a la población escolar asegurada, 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 **POSITIVA**, 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 o enfermedad profesional, y el **CONTRATISTA** se compromete a prestar a los afiliados de **POSITIVA**, 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 045 de 2006, con el cumplimiento de los requisitos técnicos y normativos definidos en la legislación vigente y las metodologías definidas

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

por POSITIVA. 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 los principios estipulados en el Decreto 1011 de 2.006, Ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2.007, Acuerdo 08 de la CRES 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.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** En caso de que se requiera el traslado del paciente a otra entidad, POSITIVA 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.

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

**PARAGRAFO CUARTO:** La prestación de los servicios asistenciales depende de la demanda, por lo tanto El CONTRATISTA acepta que con ocasión a la existencia del siniestro POSITIVA remitirá a sus Asegurados.

**CLÁUSULA SEGUNDA: COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE**

En el evento de atender a un afiliado de POSITIVA por presunto accidente o enfermedad profesional, el CONTRATISTA deberá reportar a POSITIVA 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, POSITIVA 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 POSITIVA. Esta solicitud la debe hacer directamente a POSITIVA a la Línea 018000111170, en ningún caso al Afiliado.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En el evento de atender a un afiliado de POSITIVA por presunto Accidente Escolar, el CONTRATISTA no requiere hacer reporte a POSITIVA, solamente garantizar la correspondiente acreditación y cobertura del evento. Para lo cual podrá comunicarse a la Línea 018000111170 para la determinación de cobertura y montos, o a través de nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co).

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012**  
**CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE**  
**HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS**  
**PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

**CLÁUSULA TERCERA: CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN DEL AFILIADO**

Los requisitos para la atención de los afiliados son:

REQUISITOS PARA LA ATENCION	ARP	AP ESCOLARES
1. Presentación del documento de identidad	X	X
2. Presentación del carné que lo acredite como afiliado a <b>POSITIVA</b> , si el usuario lo porta. Para POLIZA ESCOLARES Carnet y/o Copia Poliza	X	x
3. Verificación de derechos de afiliados de <b>POSITIVA</b> mediante comunicación al call center 018000111170, 3307000 en Bogotá D.C., y 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.	X	
4. Orden de servicios o Autorización expedida por <b>POSITIVA</b> , 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.	X	
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.	X	
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 Acuerdo de la CRES, y para los procedimientos quirúrgicos adicionales a los autorizados o no relacionados con el diagnóstico que justifica la actual hospitalización.	X	

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

**CLÁUSULA CUARTA: CONDICIONES PARA LA REMISIÓN DEL AFILIADO**

El **CONTRATISTA** deberá prestar al paciente afiliado a **POSITIVA** 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 afiliado o a la Red Alternativa de **POSITIVA**, 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 Alternativa de la **ASEGURADORA**, circunstancia que deberá ser avisada por el **CONTRATISTA** a **POSITIVA** y E.P.S. dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia. Para todos los casos el **CONTRATISTA** podrá solicitar a **POSITIVA** a través de su Línea 018000111170

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

realizar el proceso de referencia y contrarreferencia. Los eventos en los cuales **POSITIVA** 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**. 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 **CONTRATISTA** deberá obtener autorización previa de **POSITIVA**.

**CLÁUSULA QUINTA: TARIFAS**

**POSITIVA** reembolsará al **CONTRATISTA** el valor de los servicios de **ARP** y **AP ESCOLES** de acuerdo con las tarifas: Sede Centro a **SOAT** Vigente al momento de la prestación del servicio, Sede El Tesoro a tarifas institucionales diseñadas para **POSITIVA**. Clínica del dolor de acuerdo a tarifas anexas al presente contrato.

**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 **POSITIVA** será el acordado por las partes.

**POSITIVA** reembolsará al **CONTRATISTA** el valor de los servicios **PARA LA TOMA DE UN SEGURO DE LA COMPAÑIA** de acuerdo con las tarifas:



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
 CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
 HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
 PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

### Tarifas Médicas 2012

#### SEGUROS DE VIDA INDIVIDUAL

Descripción del Examen	TARIFAS 2012
Examen Médico	70.000.00
Domicilio para examen medico	12.000.00
Electrocardiograma	59.000.00
Electrocardiograma con prueba de esfuerzo	150.000.00
Acido Úrico	17.000.00
Colesterol Alta Densidad (H.D.L.)	17.000.00
Colesterol Baja Densidad (L.D.L.)	21.000.00
Colesterol Total	14.000.00
Creatinina	17.000.00
Cuadro Hemático - Hemograma	14.000.00
Cuadro Hemático con Sedimentación	17.000.00
Cuadro Hemático III Generación	21.000.00
Glicemia (glucosa en ayunas)	14.000.00
H.I.V.	61.000.00
Parcial de Orina	12.000.00
Radiografía de Tórax Ap. y Lateral	98.000.00
Sedimentación Globular V.S.G: (Eritros)	6.000.00
Transaminasas (ASAT)	17.000.00
Transaminasas (ALAT)	17.000.00
Gamma -glutamil transpeptidasa (GGT)	17.000.00
Antígeno Prostático	42.000.00
Triglicéridos	18.000.00


#### CLÁUSULA SEXTA: 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 sucursales de POSITIVA, de acuerdo con la siguiente relación:

**DIRECTORIO SUCURSALES**  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

NIT 860011153-6

19 DE JULIO 2011



POSITIVA 5

0.00105

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. \_\_\_\_\_ DE 2012  
 CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
 HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
 PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

CIUDAD	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO
AMAZONAS - LETICIA	CLL 10 # 9 - 88	5925103
ANTIOQUIA - MEDELLIN	CLL 64 # 51 - 31	2112222
ATLANTICO - BARRANQUILLA	CR 54 # 72 -128	3582015
ARAUCA	CR 19 # 15 - 23	8854516
BOGOTA	AV19 # 143 - 30	6502200 Ext. 2535
BOLIVAR - CARTAGENA	CR 5 36 61	6651811
BOYACA - TUNJA	CLL 22 # 9 - 84	7432085
CALDAS - MANIZALES	CR 23 # 69 - 54	8872844
CAQUETA - FLORENCIA	CR 9A # 9A - 40	4356720
CASANARE - YOPAL	CLL 13 # 25 -33	6358081
CAUCA - POPAYAN	CLL 11 NORTE # 8 - 25	8204545
CESAR - VALLEDUPAR	CR 11 # 17 - 74	5706632
CHOCO - QUIBDO	CLL 31 # 3 - 27	6709449
CORDOBA - MONTERIA	CR 4 # 26 - 46 LOCAL 1	7811828
GUAJIRA - RIOHACHA	CLL 14 # 15 - 69	7282108
HUILA - NEIVA	CLL 15 # 5 - 58	8722997
MAGDALENA - SANTA MARTA	CR 12 # 27 - 09	4314416
META - VILLAVICENCIO	CR 41 # 34 - 07	6725257
NARIÑO - PASTO	CLL 19 # 30 - 80	7310097
NORTE DE SANTANDER - CUCUTA	AV 6E # 9 - 114	5779933
PUTUMAYO - MOCOA	CLL 14 # 10 - 15 PISO 1	4200898
QUINDIO - ARMENIA	CLL 11 NORTE # 14 - 04	7451138
RISARALDA - PEREIRA	AV CIRCUNVALAR # 9 - 10	3255419
SAN ANDRES	AV PROVIDENCIA # 1 - 35 LOCAL 237	3255419
SANTANDER - BUCARAMANGA	CR 33 # 42 - 51	6327050
SUCRE - SINCELEJO	CR 19 A # 14 A - 39	2817181
TOLIMA - IBAGUE	CR 5 # 39 - 67	2658496
VALLE - CALI	CR 4 OESTE # 12 - 89 PISO 3	8929880

**PRESENTACIÓN Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES ARP**

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, Decreto 4747 de 2.007 y la Ley 1438 de 2011.

El **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a **POSITIVA** una cuenta de cobro y/o factura general, anexando los siguientes documentos por cada afiliado 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.



000105

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. \_\_\_\_\_ DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

- 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.

**PRESENTACIÓN Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES POR AP  
ESCOLARES – SEGUROS DE LA COMPAÑIA**

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 la Ley 1438 de 2011.

El **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a **POSITIVA** una cuenta de cobro y/o factura general en la que se discrimine claramente que se trata de un evento de **VIDA – AP ESCOLARES**, anexando los siguientes documentos por cada afiliado atendido:

- Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido.
- Copia del carnet del estudiante y/o póliza.
- Formato de reclamación debidamente diligenciado (este formato está disponible a través de la página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) o en los puntos de radicación de cuentas a nivel nacional.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. 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).
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

**PARA TODOS LOS PRODUCTOS ARP – AP ESCOLARES**

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 **POSITIVA**, 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.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las cuentas de cobro de los servicios médico - asistenciales deberán ser presentadas por el **CONTRATISTA** a **POSITIVA**, 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, **POSITIVA** 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, **POSITIVA** 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, **POSITIVA** 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 el origen como profesional.

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

**PARAGRAFO SEGUNDO:** Hace parte integral del presente contrato, el Manual de radicación de cuentas de **POSITIVA**.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

**CLÁUSULA SEPTIMA: FACTURACION ELECTRONICA**

El contratista podrá facturar los servicios prestados en virtud del presente contrato a través de **FACTURA ELECTRÓNICA**, para lo cual se compromete a dar cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1929 de 2007 y en lo estipulado en la Resolución 14465 de 2007 o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Las partes acuerdan que si se opta por la **MODALIDAD DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**, a través de acta de comité se estipularán los requisitos mínimos como los son: fecha a partir de la cual rige, causales de terminación de esta modalidad, los intervinientes en el proceso, las operaciones de venta a las que aplica, los procedimientos de expedición, entrega, aceptación, conservación y exhibición, el formato electrónico de conservación, la tecnología de información usada.

Igualmente, en el acta de comité deberá preverse un procedimiento de contingencia, aplicable cuando se presenten situaciones que no permitan llevar a cabo los procedimientos y medios acordados, para dar cumplimiento a la presente cláusula.

**CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

El **CONTRATISTA** se obliga con **POSITIVA** a:

1. Prestar los servicios asistenciales establecidos en la cláusula primera del presente contrato, a los afiliados a **POSITIVA** 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 **POSITIVA** y el personal de auditoría concurrente, a su red asistencial, donde se encuentre el afiliado atendido, su historia clínica y demás documentos pertinentes, para fines exclusivos de auditoría médica.
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 establecidos para la atención de usuarios de **POSITIVA**: 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**, párrafo 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 **POSITIVA** 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 **POSITIVA** que accedan a los servicios por causa profesional. Para tal efecto,

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. \_\_\_\_\_ DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

**POSITIVA** suministrará el material necesario para la divulgación del contrato 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 medico quirúrgicos y suministro de medicamentos.
9. Enviar a **POSITIVA** 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 **POSITIVA**, 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 formulados por el departamento de auditoría 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 **POSITIVA** exigiendo el carné que identifica al trabajador como afiliado a **POSITIVA** y en caso de no presentar carné indagando directamente con **POSITIVA**.
14. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas con ocasión del presente contrato.

**CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DE POSITIVA**

**POSITIVA** 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.
2. **POSITIVA** 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 **POSITIVA**.
3. Ilustrar a sus afiliados sobre los procesos a seguir para el acceso a la red asistencial adscrita al **CONTRATISTA** en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
4. Mantener vigente su autorización de funcionamiento y demás requisitos legales.
5. **POSITIVA** 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 **POSITIVA**.
6. Informar al **CONTRATISTA** 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 contrato.

**CLÁUSULA DECIMA: VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato es de cuantía indeterminada y corresponderá al valor de los servicios asistenciales efectivamente prestados por el **CONTRATISTA** a los afiliados de

000105

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. \_\_\_\_\_ DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA**

**POSITIVA**, los cuales están incluidos en las facturas pagadas y en las glosadas pendientes de pago, durante la vigencia del presente contrato.

**PARAGRAFO:** Los pagos que se generen con ocasión a la ejecución del presente contrato, se harán con cargo a la reserva constituida para cada siniestro.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PLAZO**

El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contados a partir de la legalización. Podrá ser prorrogado de manera automática por un término igual al inicialmente pactado, si ninguna de las partes manifiesta su intención de darlo por terminado por lo menos con treinta (30) días de antelación a la fecha prevista como plazo del contrato. En el evento de aceptarse la prórroga la misma deberá constar por escrito mediante la suscripción del otro sí respectivo.

**PARAGRAFO:** La duración del contrato no incluye la vigencia de las tarifas. Las tarifas podrán variarse en cualquier momento por acuerdo entre las partes.

**CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: LUGAR DE EJECUCIÓN**

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones de **EL CONTRATISTA** sede: Sede Centro: Carrera 41 No. 62-05; Sede Tesoro: Carrera 20 No. 2 Sur - 185, Teléfono 57-4-2959000 en la Ciudad de Medellín.

**CLÁUSULA DECIMA TERCERA: SUPERVISIÓN**

La Supervisión de este contrato será realizado por el GERENTE MÉDICO y el GERENTE DE INDEMNIZACIONES.

**CLÁUSULA DECIMA CUARTA: 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 Médica 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.

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

**PARÁGRAFO TERCERO:** Será de cargo de **EL 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.

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

**CLÁUSULA DECIMA QUINTA: INDEMNIDAD**

**EL CONTRATISTA** con la aceptación del presente contrato, se obliga a mantener a **POSITIVA** libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

**CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: TERMINACIÓN**

El presente contrato 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 contrato, 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 **POSITIVA** y el **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 contrato.

**CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: LIQUIDACION**

El presente Contrato será liquidado de común acuerdo por las partes dentro de los cuatro (4) meses a su terminación.

**CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN**

El **CONTRATISTA** no podrá ceder el presente contrato a persona alguna sin el consentimiento previo y escrito de **POSITIVA**.

**CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD Y PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información o los datos a los cuales tuviera acceso **EL CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato serán mantenidos en forma confidencial y reservada. Esta confidencialidad continuará aún terminado y liquidado el contrato. Toda la información es de propiedad de **POSITIVA**. En caso de fuga y/o apropiación indebida de la información, es causal de terminación inmediata del contrato sin necesidad de previo requerimiento, lo cual dará lugar a la exigencia de las garantías pertinentes y a las sanciones penales y/o administrativas del caso.

**CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA: RESTRICCIONES SOBRE EL SOFTWARE EMPLEADO**

Para el manejo de la información y del software **EL CONTRATISTA** se obliga a acatar la norma legal existente y los reglamentos internos de **POSITIVA** so pena de las sanciones penales y administrativas a que haya lugar

**CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA: NORMAS DE SEGURIDAD INFORMÁTICA Y FÍSICAS A SER APLICADAS**

**EL CONTRATISTA** se obliga a acatar los parámetros y exigencias establecidos en la reglamentación interna de **POSITIVA** en lo que corresponde a las normas de seguridad informática y físicas. Cualquier vulneración de dichas exigencias será causal de incumplimiento del contrato, por lo cual **POSITIVA** podrá darlo por terminado y en caso dado exigir las garantías de que trata el presente documento, si es del caso, dará lugar al trámite de las sanciones penales y/o administrativas del caso.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 000105 DE 2012  
CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y COMUNIDAD DE  
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS  
PROVINCIA DE MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - ANTIOQUIA

**CLÁUSULA TRIGESIMA SEGUNDA: MANUAL DE REQUISITOS Y OBLIGACIONES DE  
CONTRATISTAS EN SEGURIDAD, SALUD  
OCUPACIONAL Y AMBIENTE.**

Acatar y cumplir con el Manual de Requisitos y Obligaciones de Contratistas en Seguridad y Salud Ocupacional y Medio Ambiente de POSITIVA. Para el cumplimiento del mismo, se hace entrega en medio magnético, el cual declara recibido con la suscripción del presente contrato.

**CLÁUSULA TRIGESIMA TERCERA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

EL CONTRATISTA acreditará durante la ejecución del contrato, estar al día en pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales, en la certificación deberá informar el número de validación de los pagos al operador logístico y entregar en copia el reporte impreso del PILA.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA CUARTA: PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN**

Este contrato se entenderá perfeccionado en la fecha en que sea firmado por las partes

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO CONTRACTUAL**


Para todos los efectos legales las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Bogotá, D.C.

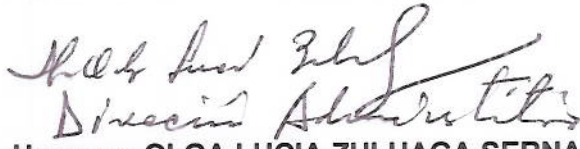
En constancia se firma el presente contrato, a los

09 FEB. 2012

  
POSITIVA,

COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS  
DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA  
VIRGEN DE TOURS PROVINCIA DE  
MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO

  
GILBERTO QUINCHE TORO  
Presidente

  
Hermana OLGA LUCIA ZULUAGA SERNA  
Representante Legal