Recurso de Apelación 2018-109-00

Andrés Felipe Ríos García <andresrios100@hotmail.com>

Mié 05/06/2024 14:47

Para:Juzgado 02 Civil Circuito - La Guajira - Riohacha <j02cctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:DRA NUBIA ARCINIEGAS GELVEZ <juridico@cmsinapsis.com.co>

1 archivos adjuntos (762 KB)

Recurso de apelacion IPS.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de andresrios100@hotmail.com. Por qué esto es importante

Bucaramanga, 5 de junio de 2024.

SEÑORA JUEZ:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO RIOHACHA
E.S.D.

Referencia: **Recurso de apelación en contra del auto de fecha 29 de mayo de 2024.**

Proceso: Ejecutivo
Demandante: CUIDAMOS SALUD LTDA
Demandado: CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS
Radicado: 440013103002-2018-00109-00

Bucaramanga, 5 de junio de 2024.

SEÑORA JUEZ:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO RIOHACHA
E.S.D.

Referencia: **Recurso de apelación en contra del auto de fecha 29 de mayo de 2024.**

Proceso:	Ejecutivo
Demandante:	CUIDAMOS SALUD LTDA
Demandado:	CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS
Radicado:	440013103002-2018-00109-00

ANDRÉS FELIPE RÍOS GARCÍA actuado como apoderado de la parte demandada interpongo recurso de apelación en contra de la decisión proferida el día 29 de mayo de 2024 por el juez de primera instancia, por medio de la cual se negó la devolución de las sumas de dinero retenidas por parte de SALUD TOTAL EPS, bajo los siguientes argumentos:

- **Frente a la inembargabilidad de los recursos del sistema de salud.**

Recientemente la **H. Corte Constitucional** mediante **Sentencia de fecha 18 de febrero de 2022**[1], ordenó al CSJ divulgar la sentencia entre los Despachos judiciales del país, con el fin de que los parámetros allí establecidos sean tomados en cuenta por los jueces de la República a la hora de resolver sobre la imposición de medidas cautelares respecto de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; **reiterando su postura en torno al principio de inembargabilidad de los recursos del sistema de salud** de la siguiente forma:

"7.1. Marco normativo

El artículo 2 de la Constitución contempla dentro de los fines esenciales del Estado los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los derechos consagrados en la Carta, entre los cuales –al tenor de los artículos 48 y 49 ibidem– se encuentra la salud y la seguridad social, reconocidos en su doble dimensión de derechos y servicios en cabeza del propio Estado. Para asegurar la efectiva consecución de los mismos, el ordenamiento jurídico prevé principios superiores y dispositivos legales que procuran la protección de los recursos públicos destinados a la materialización de aquellos fines de interés general, manifestación de lo cual son el principio de inembargabilidad y la destinación específica de tales rubros.

[1] Sentencia. T-053/22 Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS

La salvaguarda de los recursos con los que el Estado asegura el gasto público en salud y seguridad social se encuentra sólidamente fundamentada en diferentes preceptos constitucionales. El artículo 48 C.P. consagra que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella; el artículo 63 C.P. defiere al Legislador la potestad de definir cuáles bienes son inalienables, imprescriptibles e inembargables –aspecto que ha sido desarrollado por diferentes normas que se expondrán a continuación–; el artículo 356 C.P. crea el Sistema General de Participaciones –SGP–con el fin de asegurar los recursos para que las entidades territoriales puedan financiar específicamente la prestación de los servicios de salud, educación, agua potable, saneamiento y servicios públicos domiciliarios a su cargo; al paso que el artículo 366 C.P. consagra como objetivo fundamental de la actividad del Estado la solución de las necesidades insatisfechas de salud –entre otros– y determina que en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

A su vez, a nivel legal son varias las disposiciones que concretizan los citados mandatos constitucionales encaminados a garantizar la protección y adecuada administración de los recursos públicos del sistema de salud.

*La **Ley 100 de 1993** –Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones– prescribe en su artículo 9 que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella; en su artículo 153, numeral 3.13, establece que las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito; en su artículo 154, literal g), obliga al Estado a intervenir para evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes; en su artículo 182 señala expresamente que las cotizaciones que recauden las EPS pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en el parágrafo de la misma norma precisa que dichas entidades deberán manejar los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad; en sus artículos 218 y siguientes se crea y regula el Fondo de Solidaridad y Garantía para la administración de los recursos de la salud –función que posteriormente asumiría la ADRES– y, a partir de su artículo 225 diseña un esquema de vigilancia y control para preservar una rigurosa supervisión sobre el funcionamiento del sistema y el adecuado manejo de la información y de los respectivos recursos.*

*El **Decreto 111 de 1996** –Estatuto Orgánico del Presupuesto– señala en sus artículos 11 y 19 que la inembargabilidad es uno de los principios rectores del sistema presupuestal y que las rentas, bienes y derechos del presupuesto general de la Nación son inembargables.*

*Por su parte, la **Ley 715 de 2001** –Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357*

(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros– regula el Sistema General de Participaciones –SGP– constituido por los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales para financiar, entre otros, el servicio de salud, y prescribe en sus artículos 3, 84 y 89 que tales recursos son de destinación específica, y en su artículo 91 señala que los recursos de SGP no forman unidad de caja con los demás recursos de presupuesto, que su administración debe realizarse en cuentas separadas, y que por su destinación social constitucional estos recursos no pueden ser sujetos de embargo, con las precisiones fijadas en la jurisprudencia.

En el mismo sentido, el ***Decreto Ley 28 de 2008*** *–Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones– indica en su artículo 21 que los recursos del SGP son inembargables, atributo que ha sido modulado por la Corte Constitucional en los términos que se analizarán más adelante.*

La ***Ley 1438 de 2011*** *–Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones–, expedida con el objetivo de fortalecer el sistema y a generar condiciones que protejan la salud de la población colombiana, preceptúa en su artículo 23 que los recursos para la atención en salud no podrán usarse en actividades distintas a la prestación de servicios de salud, y que el gasto de administración de las EPS no podrá ser superior al 10% de la unidad de pago por capitación –UPC– conforme a los lineamientos del Gobierno Nacional.*

A su vez, la ***Ley 1564 de 2012*** *–Código General del Proceso– dispone en su artículo 594, numeral 1, que los recursos de la seguridad social tienen el carácter de inembargables. En el respectivo parágrafo se ordena a los funcionarios judiciales o administrativos abstenerse de decretar órdenes de embargo sobre este tipo de recursos, al tiempo que se establecen unas reglas a seguir para los eventos en que por ley fuere procedente decretar la medida no obstante el principio de inembargabilidad, conforme a las cuales: (i) el funcionario deberá invocar en la orden de embargo el fundamento legal para su procedencia, (ii) si no se indicare el fundamento legal para la procedencia de la excepción, el destinatario de la orden judicial o administrativa de embargo se podrá abstener de cumplirla; (iii) caso en el cual el destinatario de la orden deberá informar al día hábil siguiente sobre el hecho del no acatamiento de la medida a la autoridad que la decretó, en razón a la calidad de inembargables de los recursos afectados; (iv) la autoridad que decretó la medida deberá pronunciarse dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación, acerca de si procede alguna excepción legal a la regla de inembargabilidad; (v) si al cabo de tres días hábiles el destinatario no se recibe oficio alguno, se entenderá revocada la medida cautelar; (vi) si la autoridad insiste en ordenar la medida de embargo el destinatario la cumplirá, pero congelará los recursos en una cuenta especial que devengue intereses en las mismas condiciones de la cuenta o producto de la cual se debitó en razón del embargo; y, (vii) en todo caso, las sumas retenidas solamente se pondrán a disposición del juzgado, cuando cobre ejecutoria la sentencia o la providencia que le ponga fin al proceso que así lo ordene.*

A su vez, en su artículo 597, numeral 11, el Código General del Proceso contempla que las medidas cautelares impuestas podrán ser levantadas a solicitud del Procurador General de la Nación, el Ministro del respectivo ramo, el Alcalde, el Gobernador o el Director de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, cuando recaigan sobre recursos de la seguridad social, y como consecuencia del embargo se produzca insostenibilidad fiscal o presupuestal del ente demandado.

*Igualmente, la **Ley Estatutaria 1751 de 2015** –Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones– determinó en su artículo 25 que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.*

*Del mismo año, la **Ley 1753 de 2015** –Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"– creó en su artículo 66 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES– como entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a la que se le encomendó –entre otras funciones– administrar los recursos del Sistema, incluidos los del Fosyga, efectuar el reconocimiento y pago de las UPC y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, así como realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, con miras a la optimización del flujo de recursos. En su artículo 67, la ley enlistó los recursos que administraría la ADRES –entre los que se encuentran las cotizaciones de los afiliados al SGSSS recaudados por las EPS y los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud– y cuál sería la destinación de los mismos –incluidos el reconocimiento y pago a las EPS por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al SGSSS, la financiación de los programas de promoción y prevención, el pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad, entre otros–.*

*En concordancia con lo anterior, el **Decreto 2265 de 2017** –mediante el cual se establecen las condiciones generales para la operación de la ADRES y se fijan los parámetros para la administración de los recursos del SGSSS y su flujo– en su artículo 2.6.4.1.4. dispone que se hallan amparados por el principio de inembargabilidad los recursos públicos que financian la salud administrados por la citada entidad, incluidos los de las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo, así como los destinados al cumplimiento de su objeto, a la luz del artículo 25 de la Ley 1751 de 2015; en su artículo 2.6.4.1.5. alude a la destinación de los recursos de la seguridad social en salud precisando que son de naturaleza fiscal y parafiscal y por lo tanto no pueden ser objeto de ningún gravamen; al tiempo que en su artículo 2.6.4.2.1.2. contempla que el recaudo de las cotizaciones al SGSSS se hará a través de la cuenta*

maestra registrada por las EPS ante la ADRES, cuenta que debe ser utilizada exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del régimen contributivo del SGSSS y será independiente de aquellas en las que las EPS manejen los demás recursos.

*Más recientemente, la **Ley 1955 de 2019** –Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022– señala en su artículo 239 que la ADRES realizará, en nombre de las EPS, el giro directo de los recursos correspondientes a UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios, así como a los proveedores, de conformidad con los porcentajes y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*En similares términos, la **Ley 1966 de 2019** –Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones– preceptúa en su artículo 12 que los recursos corrientes de la UPC deberán girarse por la ADRES, en nombre de las EPS, al prestador de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.*

Con la visión que ofrece el anterior recuento normativo es plausible inferir que al interior de nuestro ordenamiento jurídico se ha diseñado un profuso entramado de instrumentos, órganos y reglas encaminados invariablemente a salvaguardar al máximo los recursos destinados al SGSSS, y a propender a que su manejo en los diferentes niveles o estamentos sea riguroso y se adelante atendiendo estrictos criterios de orden, transparencia, optimización y eficiencia, con el propósito de prevenir que los mismos puedan llegar a ser desviados de su auténtica finalidad, que no es otra que garantizar la efectividad de los derechos irrenunciables a la salud y a la seguridad social de todas las personas, como exigencia de la cláusula de Estado social de derecho.

(…)
En cambio, respecto de los recursos provenientes de las cotizaciones al SGSSS recaudados por las EPS, la jurisprudencia constitucional no ha introducido excepción alguna a su inembargabilidad.

Antes bien, acerca de esta tipología de recursos que son los aportes que reciben las entidades promotoras de salud por parte de sus afiliados con capacidad económica, ha sostenido la Corte que (i) son parafiscales, de modo que no ingresan al presupuesto general de la Nación ni se mezclan con otros recursos del erario; (ii) tienen una destinación específica, cual es la financiación de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, previa su conversión a UPC mediante el proceso de compensación; (iii) pertenecen al SGSSS y no al patrimonio de las EPS, por lo que deben manejarse en cuentas separadas de los dineros propios de dichas entidades –las cuales solo obran como delegatarias del Estado en lo que a su recaudo concierne–; (iv) están exentos de ser gravados con impuestos y otros tributos, pues ello desnaturalizaría su destinación específica; (v) deben ser excluidos de la masa a liquidar de los entes financieros que, siendo sus depositarios, entren en proceso de

liquidación; (vi) no pueden ser utilizados para la adquisición de activos fijos e infraestructura por parte de las EPS; (vii) no pueden ser objeto de acuerdos de pagos con acreedores que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta; y, (viii) el Legislador tiene prohibido modificar su destinación específica.

De modo que, acogiendo íntegra y fielmente el precedente sentado por la Sala Plena de esta Corporación, de ninguna parte se extrae que los dineros producto del recaudo que adelantan las EPS en relación con los aportes al SGSSS hayan sido calificados como susceptibles de embargos, como equivocadamente lo asumió el juez accionado en el presente trámite.

(…)
Aunado a lo anterior, cabe agregar que, a partir de una interpretación sistemática de los postulados trazados en la jurisprudencia constitucional, es razonable inferir que los recursos del SGSSS cuya destinación específica es preservar el funcionamiento del sistema como condición sine qua non para la prestación permanente del servicio de salud no pueden ser bloqueados so pretexto de procurar el pago a los acreedores de las EPS, en tanto con ello se genera un sacrificio desproporcionado de los derechos fundamentales de los afiliados y beneficiarios.

(…)
En ese sentido, partiendo del supuesto de que el cobro judicial de las obligaciones claras, expresas y exigibles hace parte del derecho a una tutela judicial efectiva, no cabe duda de que las IPS ejecutantes que hayan acreditado –y que en adelante acrediten– sus respectivos títulos, bien pueden proseguir con sus legítimas reclamaciones contra la EPS morosa, persiguiendo ya no los recursos públicos, inembargables y de destinación específica del SGSSS sino la prenda general de garantía de la deudora, sujetándose para el efecto a las reglas y los procedimientos consagrados tanto en las normas civiles como en aquellas disposiciones especiales que resulten aplicables, por ejemplo, en virtud de medidas como la intervención administrativa y/o toma de posesión dictadas por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus competencias de inspección, vigilancia y control, como en efecto se pretende con la Resolución No. 2022320000000189-6 de 2022, mediante la que recientemente se dispuso la liquidación de la sociedad Coomeva EPS S.A. como consecuencia de la toma de posesión de la misma."

De acuerdo con la normatividad y la reiterada jurisprudencia de la H. Corte Constitucional se puede determinar que los recursos del sistema de salud tienen como fin el pago de la atención médica, el cual debe llegar a su destinación final, lo que quiere decir que **los dineros** con los **que** las E.P.S. y las A.R.S. **deben cancelar a las I.P.S.** los **servicios de salud prestados a sus afiliados**, **no** pueden ser usados para un fin diferente; por lo tanto, **dichos recursos no pueden ser objeto de acuerdos** de pago **con acreedores** que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta Política.

En el mismo orden se indica que **los recursos** provenientes de las cotizaciones **al Régimen de Seguridad Social en Salud no son propios de las entidades que los administran** (EPS, ARS y FOSYGA), pues son dineros públicos que deben destinarse a la prestación del servicio público de salud, como se señaló anteriormente en la normativa expuesta en la sentencia T-053-22, tratando el tema de la inembargabilidad de los Recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud que administraba la ya liquidada EPS COOMEVA.

La Sentencia C-867 de 2001 consideró que "*el mandato de que los recursos de la seguridad social sean de destinación específica no puede ser desconocido por el Legislador en ningún caso, ni aun en aras de la reactivación económica. Por lo tanto, los recursos destinados a atender las necesidades del servicio de salud y a asegurar la efectividad del derecho a la salud no pueden ser objeto de acuerdos de pagos con acreedores que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta. En la aplicación de los demás instrumentos de intervención previstos en la ley, debe respetarse estrictamente esta prohibición constitucional.*"

En efecto, el artículo 48 de la Constitución Política indicó que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado; agregando que la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, y aseverando que **los recursos de la institución de la Seguridad Social no podrán destinarse ni utilizarse para fines dientes**.

Adicionalmente, el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 indicó que las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud (EPS) **pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

A su vez, también se pone de presente que la Procuraría General de la Nación mediante Directiva 22 de abril de 2010, reiteró la inembargabilidad de los recursos de salud, e instó a los jueces a que se abstengan de ordenar o decretar embargos sobre recurso del SGP; de igual forma se encuentra la circular 014 del 8 de julio de 2018 expedida por la misma Procuraduría, donde se reitera la inembargabilidad de los recursos destinado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el Despacho de primera instancia dentro del proceso de la referencia expidió auto de fecha 18 de septiembre de 2018 en la cual en su parte final dispuso "*Exceptúense los dineros inembargables.*" , no obstante, la EPS SALUD TOTAL ha informado que con destino al presente proceso de la referencia, ha realizado consignaciones de recursos, que se encuentran bajo la excepción de la inembargabilidad, sin exponer los motivos por los cuales en su sentir son dineros embargables.

Se equivoca el a quo al considerar que los dineros de la EPS SALUD TOTAL no gozan del beneficio de parafiscalidad. Contrario a lo considerado por el Juez de Primera instancia, el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 señaló que las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud (EPS) **pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud**; seguidamente, la H. Corte Constitucional mediante

Sentencia T-053 **de fecha 18 de febrero de 2022**, anteriormente expuesta, consideró que la jurisprudencia constitucional no ha introducido excepción alguna a la inembargabilidad de los recursos provenientes de las cotizaciones al Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS) y menos aún de los recursos que las EPS reciben toda vez que estos se consideran, entre otras situaciones, **i)** como parafiscales; **ii)** tienen destinación específica; **iii)** pertenecen al SGSSS y **no al patrimonio de las EPS**; **iv)** no pueden ser objeto de acuerdos de pagos con acreedores que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta; y **v)** el legislador tiene prohibido cambiar su destinación especifica. Lo anterior textualmente señalado por la máxima Corporación así:

> *"En cambio, respecto de los recursos provenientes de las cotizaciones al SGSSS recaudados por las EPS, la jurisprudencia constitucional no ha introducido excepción alguna a su inembargabilidad.*
>
> *Antes bien, acerca de esta tipología de recursos que son los aportes que reciben las entidades promotoras de salud por parte de sus afiliados con capacidad económica, ha sostenido la Corte que (i) son parafiscales, de modo que no ingresan al presupuesto general de la Nación ni se mezclan con otros recursos del erario; (ii) tienen una destinación específica, cual es la financiación de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, previa su conversión a UPC mediante el proceso de compensación; (iii) pertenecen al SGSSS y no al patrimonio de las EPS, por lo que deben manejarse en cuentas separadas de los dineros propios de dichas entidades –las cuales solo obran como delegatarias del Estado en lo que a su recaudo concierne–; (iv) están exentos de ser gravados con impuestos y otros tributos, pues ello desnaturalizaría su destinación específica; (v) deben ser excluidos de la masa a liquidar de los entes financieros que, siendo sus depositarios, entren en proceso de liquidación; (vi) no pueden ser utilizados para la adquisición de activos fijos e infraestructura por parte de las EPS; (vii) no pueden ser objeto de acuerdos de pagos con acreedores que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta; y, (viii) el Legislador tiene prohibido modificar su destinación específica.*
>
> *De modo que, acogiendo íntegra y fielmente el precedente sentado por la Sala Plena de esta Corporación, de ninguna parte se extrae que los dineros producto del recaudo que adelantan las EPS en relación con los aportes al SGSSS hayan sido calificados como susceptibles de embargos, como equivocadamente lo asumió el juez accionado en el presente trámite."*

Tan convencida estaba la H. Corte Constitucional al realizar las consideraciones y tomar las decisiones en la ya reiterada Sentencia T-053 de 2022, que ninguno de los Magistrados de la Sala Novena de Revisión hizo uso del salvamento de voto ni aclaración de voto, además es importante señalar que contra la Sentencia T-053 de 2022 se interpuso solicitud de nulidad, la cual fue resuelta por la Sala Plena de misma Corporación mediante Auto A965-22 de fecha 13 de julio de 2022, donde se concluyó que "*Por todo lo anterior, para la Sala Plena es claro que la sentencia T-053 de 2022 no quebrantó los artículos 34 y 36 del Decreto 2591 de 1991, puesto que: i) no fijó*

efectos erga omnes; ii) las órdenes para su divulgación no implican un cambio en los efectos de la misma; y iii) tal divulgación solo estaba dirigida a dar mayor publicidad a la ratio decidendi de la sentencia T-053 de 2022 que sí constituye precedente constitucional y tiene, en principio, fuerza vinculante para los operadores jurídicos nacionales. Por tanto, la solicitud de nulidad de la sentencia por esta causal será negada."

También la providencia A965-22 recordó que el órgano de cierre constitucional es la Corte Constitucional y no la Corte Suprema de Justicia "*En efecto, y como bien lo indicaron algunos de los intervinientes, según el artículo 241 de la Constitución el órgano de cierre de la jurisdicción constitucional es la Corte Constitucional y no la Corte Suprema de Justicia. Si bien la Constitución tiene fuerza vinculante y debe ser aplicada y desarrollada por todos los operadores jurídicos, la interpretación de cierre de la Constitución está a cargo de la Corte Constitucional. En otros términos, cuando la Corte Suprema de Justicia opera como juez de tutela no está actuando como órgano de cierre de la jurisdicción constitucional y, por ende, la Corte Constitucional no está obligada a seguir sus precedentes. De allí que este argumento de los solicitantes no cumpla las exigencias para que prospere un estudio de fondo.*"

En el mismo sentido, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-824 de 2004 indicó cuales recursos pueden ser gravados tributariamente "*los recursos propios de las EPS y ARS producto de sus ganancias, de los contratos de medicina prepagada, publicidad y demás actividades son ingresos que pueden ser gravados ya que específicamente esos dineros no son de la seguridad social*", recordando que los gastos administrativos financiados con recursos del sistema de seguridad social no pueden ser gravados "*todos los recursos que integran la UPC, tanto los administrativos como los destinados a la prestación del servicio de salud forman parte del Sistema General y por consiguiente han sido separados constitucionalmente para el cumplimiento de los fines propios de su destinación específica*"

Resulta claro, que como los recursos que gira la EPS SALUD TOTAL a esta IPS no parten de ganancias, atención de medicina prepagada, y publicidad; resulta claro que es por la atención en salud a la población afiliada a la EPS SALUD TOTAL del régimen contributivo, dineros que de acuerdo con la constitución y al Ley provienen de los recurso del Sistema General de la Seguridad Social que se hallan amparados por el principio de inembargabilidad de los recursos públicos que financian la salud, y que son administrados por la EPS SALUD TOTAL, donde se incluyen las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo.

En el mismo sentido, dentro de las consideraciones del contrato CTE026 suscrito entre SALUDTOTAL y el CENTRO MEDICO SINAPSIS se consideró "***2. Salud Total EPS-S S.A.*** *se ha configurado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud como una Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo, responsable de la afiliación y del recaudo de las cotizaciones de sus usuarios*". (Subrayado fuera de texto)

Que dentro del mismo contrato CTE026 expuesto anteriormente, la cláusula primera estableció el objeto del contrato señalando lo siguiente: "*(..) servicios que están contenidos dentro del Plan de Beneficios en Salud con* ***cargo a la UPC*** *y bajo las condiciones de prestación de servicios allí contemplados (…)*"; en el parágrafo tercero de la misma clausula se indicó "*Así mismo, en el caso que se contraten servicios catalogados como de promoción y prevención el CONTRATISTA garantizará la prestación de los servicios de salud en cuanto a FOMENTO Y PREVENCIÓN detallados en la Tabla de Negociación siempre y cuando estén contenidos dentro del Plan de Beneficios en Salud con* ***cargo a la UPC*** *y bajo las condiciones de prestación de servicios allí contemplados*" (Negrilla fuera de texto)

Con lo anterior y en atención a las consideraciones de la Sentencia T-053-22, resulta claro que los recursos con los cuales la EPS SALUD TOTAL hace el giro a la IPS CENTRO MEDICO SINAPSIS provienen del Sistema General de Seguridad Social en Salud del régimen contributivo y con cargo a la UPC, en efecto, dichos recursos son parafiscales de naturaleza inembargable. "*La Corte recordó que las rentas del SGSSS son, por definición, recursos parafiscales, reiterando lo sentado en las sentencias C-577 de 1995 y SU-480 de 1997. Para dar respuesta a la pregunta sobre cuál es el límite de la parafiscalidad en el ciclo del uso de los recursos de la Seguridad Social en Salud, esta Corporación indicó que las EPS son las responsables de recaudar las cotizaciones de los afiliados y facilitar la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantías y hacer un manejo eficiente de los recursos de la UPC, aclarando que estos no pueden catalogarse como rentas propias de aquellas entidades, como tampoco le pertenecen a quien los cancela, sino al sistema en general.*" (T-053-22)

Por lo anterior, solicito muy comedidamente señores Magistrados se revoque el auto de fecha 29 de mayo de 2024, y en su lugar se ordene la devolución de los recursos que hayan consignado la EPS SALUD TOTAL, toda vez que se encuentran inmersos en la excepción de inembargabilidad que inclusive se encuentra expuesta en el auto de fecha 18 de septiembre de 2018 que decretó el embargo y retención.

De igual forma se solicita muy respetuosamente **Exhorte a la EPS SALUD TOTAL** con el fin de que esta ultima no siga girando dineros al Despacho que son de naturaleza inembargables.

Anexos: Contrato CTE026

Cordialmente,

ANDRÉS FELIPE RÍOS GARCÍA
Apoderado de la parte ejecutada.
T.P 331.945.

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE PAGO POR EVENTO – SUSCRITO ENTRE SALUD TOTAL EPS-S S.A. Y CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS S.A.

NÚMERO DE APROBACIÓN: CTE026

Entre los suscritos a saber, por una parte, **DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGON**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. **80.062.096** expedida en Bogotá D.C., quien obra en calidad de representante legal de **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, sociedad con domicilio principal en Bogotá, D.C., legalmente constituida mediante Escritura Pública número dos mil ciento veintidós (2122) de fecha quince (15) de mayo de mil novecientos noventa y uno (1991), otorgada en la Notaría Séptima (7) del Círculo de Bogotá, con Número de Identificación Tributaria (NIT) **800.130.907-4** y con Matrícula Mercantil No. 00455874, de conformidad con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que en adelante se denominará la **ENTIDAD**, y por otra, **WILSON JAVIER GIL ESTEVEZ**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bucaramanga (Santander), identificado con cédula de ciudadanía No. 91.071.190 expedida en San Gil, quien actúa en calidad de representante legal de **CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS S.A.**, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bucaramanga (Santander), legalmente constituida mediante Escritura pública No 1883 del treinta (30) de Julio de dos mil ocho (2008) de Notaria 09 de Bucaramanga, inscrito en la Cámara de Comercio el nueve (09) de Septiembre de dos mil ocho (2008), con el No 76871 del libro IX, con Número de Identificación Tributaria (NIT) **900.239.673-9** y Matricula Mercantil No. 05-156024-04, de conformidad con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bucaramanga, que para efectos del presente contrato se denominará el **CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar un **CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE PAGO POR EVENTO**, regido por las cláusulas que se transcriben a continuación y, en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia, especialmente las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES:

1. El artículo 4 de la Ley 100 de 1.993 establece: "*La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*"

2. **Salud Total EPS-S S.A**. se ha configurado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud como una Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo, responsable de la afiliación y del recaudo de las cotizaciones de sus usuarios; cuya función principal es la de organizar y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud a los afiliados y sus familias en todo el territorio nacional, de manera eficiente, oportuna, integral y con calidad.

3. De conformidad con lo anterior, **Salud Total EPS-S S.A.**, tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá, D.C., pero acorde a las disposiciones comerciales, ha realizado apertura de Sucursales en diferentes ciudades del país a través de las cuales desarrolla su objeto social, encontrándose autorizada para operar a nivel nacional de acuerdo con lo señalado en la Resolución 967 del 27 de diciembre de 1994 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

4. **Salud Total EPS-S S.A.**, podrá prestar los servicios de salud directamente o a través de la contratación de Instituciones Prestadoras de Salud, de conformidad con lo establecido por el literal (k) del artículo 156 y por el artículo 179 de la Ley 100 de 1993; para lo cual, podrá adoptar las modalidades de contratación establecidas por la ley Decreto 780 de 2016, Decreto 441 de 2022 y demás normas que aclaren y o modifiquen, como pago por capitación, por evento y por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos, con el fin de brindarle a sus usuarios una diversidad de opciones para la prestación de los servicios de salud que estos requieran.

5. Que las PARTES declaran conocer la normatividad aplicable, en especial lo establecido en el Decreto 780 de

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

2016, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 441 de 2022 y demás normas complementarias, sobre los requisitos y condiciones mínimas que deben ser tenidos en cuenta para la suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud entre Entidades Responsables de Pago (ERP) y Prestadores de Servicios de Salud.

6. Que el **CONTRATISTA** declara que cuenta con la infraestructura física, capacidad técnica, financiera, administrativa, tecnológica, científica y asistencial para prestar los servicios de salud objeto del presente acuerdo de voluntades, de conformidad con las definiciones, criterios y parámetros establecidos en el presente Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, contenidos en la Resolución 3100 de 2019 y demás normas que la aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan.

7. Teniendo en cuenta lo anterior, las PARTES han decidido celebrar un acuerdo de voluntades en la modalidad de contratación por evento en los términos del numeral cuarto (4) del artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, el cual aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.

8. Por lo tanto, el presente contrato es viable dentro del marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, motivo por el cual las partes proceden a celebrarlo, de acuerdo con las siguientes:

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- OBJETO: El **CONTRATISTA**, por sus propios medios, equipos, personal e instalaciones, con plena autonomía científica, técnica y administrativa, sin restricciones, límites ni formalidades que puedan reñir con el libre ejercicio de su actividad se obliga para con la **ENTIDAD**, bajo la modalidad de pago por evento, a prestar a los afiliados y beneficiarios de esta última los siguientes servicios de salud: Biopsia, Consulta Externa, Procedimientos diagnosticos y demás servicios señalados en la tabla de negociación con fecha de inicio vigencia **primero (01) de marzo del dos mil veintitrés (2023)** anexa y parte integral de este documento para todos los efectos; servicios que están contenidos dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y bajo las condiciones de prestación de servicios allí contemplados, en especial de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2808 de 2022, Resolución 2238 de 2020, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, Resolución 3047 de 2008, Resolución 2438 de 2018, Resolución 1885 de 2018, Resolución 4331 de 2012, Resolución 3100 de 2019, Resolución 1552 de 2013, Resolución 1604 de 2013, decreto 441 de 2022 y demás normas que los aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan.

En lo referente a los medicamentos se atenderá especialmente lo estipulado en la Resolución 2808 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan y respecto al suministro de medicamentos su formulación se hará por escrito, utilizando la Denominación Común Internacional (DCI) cumpliendo los requisitos señalados en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Así mismo, en el caso que se contraten servicios catalogados como de promoción y prevención el **CONTRATISTA** garantizará la prestación de los servicios de salud en cuanto a FOMENTO Y PREVENCIÓN detallados en la Tabla de Negociación siempre y cuando estén contenidos dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y bajo las condiciones de prestación de servicios allí contemplados, según la normatividad establecida en el inciso inmediatamente anterior, así como en la normatividad vigente al momento de la prestación de los servicios, y en los demás términos y condiciones previstos en este escrito.

PARÁGRAFO PRIMERO.- LUGAR DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO: El **CONTRATISTA** prestará los servicios objeto del presente documento en sus instalaciones debidamente habilitadas según Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, ubicadas en la ciudad de **Bucaramanga (Santander)** y en el municipio de **Barrancabermeja (Santander)**, administrada por georreferenciación por la sucursal **SANTANDER** de la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- OPORTUNIDAD: El **CONTRATISTA** prestará los servicios objeto del presente

contrato, de acuerdo con el detalle contenido en las Tablas de Negociación que de mutuo acuerdo suscriban las partes, en la oportunidad señalada en el documento *"estándares y promesa de servicio"* de la **ENTIDAD**, documento que hace parte integral del presente contrato para todos los efectos, y en la versión que se encuentre vigente para el momento de su prestación, sin perjuicio de la que de manera especial establezca la normatividad vigente, caso en el cual será la aplicable.

En todo caso, esta será la oportunidad máxima, teniendo en cuenta que de conformidad con lo contemplado en el artículo 23 de la Ley 1122 de 2007, las EPS y de contera, las IPS contratadas *"…deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente…"*. En el evento en el que la normatividad vigente establezca de manera específica una oportunidad inferior a la anteriormente relacionada, será obligación del **CONTRATISTA** ajustarla a lo definido en esta, tal es el caso de lo regulado por el Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas concordantes y complementarias en lo que hace a la oportunidad de citas en medicina general y/o especializada de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el gobierno nacional. En todo caso, el incumplimiento en la oportunidad establecida, será causal de falta grave en las obligaciones del **CONTRATISTA**.

De la misma manera y sin perjuicio de la oportunidad pactada, será obligación del **CONTRATISTA** contar con agenda abierta para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año, de conformidad con lo señalado en el artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, y así mismo, dará prelación a la atención de pacientes gestantes o que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, o a aquellos que por su condición clínica lo requieran, ajustando su oportunidad cuando ello sea posible; en el caso de no serlo, dejará sustentadas por escrito las razones, para efectos de que la **ENTIDAD** pueda dar respuesta a requerimientos de entes de control y demás autoridades judiciales y/o administrativas.

Igualmente, el **CONTRATISTA** se obliga a disponer de un sistema de información para las citas de odontología, medicina general y especializada, cuando ello aplique, en el que se registren los datos señalados en el artículo 2 de la Resolución 1552 de 2013, y los entregará a la **ENTIDAD** de manera mensual o en su defecto en la periodicidad que para tales efectos señale la normatividad vigente.

En todos los casos, el **CONTRATISTA** deberá garantizar la asignación oportuna de citas a los afiliados a la **ENTIDAD**, ya sea por vía presencial, telefónica y/o por cualquier otro medio no presencial.

PARÁGRAFO TERCERO.- Así mismo, tratándose de adultos mayores, el **CONTRATISTA**, en su calidad de prestador directo de servicios de salud, dará cumplimiento a lo previsto en los artículos 12 y 13 de la Ley 1171 de 2007.

Cuando se trate de atención de personas en condición de discapacidad, el **CONTRATISTA** garantizará el acceso efectivo de esta población a los servicios de salud, para lo cual dispondrá de todos los medios y procedimientos necesarios que aseguren la prestación de tales servicios, eliminando cualquier barrera física que dificulte la atención de esta población; así mismo, otorgará información clara y específica, de modo tal, que sea comprensible para todos los agentes del sistema y el paciente, incluso de ser necesario para tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, el **CONTRATISTA** tramitará la solicitud de dichos servicios ante la **ENTIDAD**, en concordancia con lo dispuesto en la Circular 16 de 2014 y la Circular 10 de 2015, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y dando especial cumplimiento a la Ley 1618 de 2013 y todas las normas que la desarrollen, aclaren, modifiquen o sustituyan.

PARÁGRAFO CUARTO.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: En caso que dentro del objeto del presente contrato, se encuentren incluidas actividades de promoción y prevención, éstas se ceñirán a lo establecido en la Resolución 4505 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, la Resolución 1588 de 2016, la Resolución 3280 de 2018, Circular Externa No. 47 de 2022, Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y la Resolución 3100 de 2019 en cuanto a cumplimiento de condiciones de habilitación para servicios de promoción y prevención y demás normas que las aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

PARÁGRAFO QUINTO.- TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO: EL **CONTRATISTA** dará cumplimiento a las directrices e instrucciones establecidas en la Resolución 094 de 2020 "Por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados a los Regímenes contributivo y subsidiado por parte de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES", así mismo, dará cumplimiento a la Resolución 1139 de 2022 y demás normas que deroguen, aclaren o modifiquen expedidas por el MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL (MSPS).

SEGUNDA.- GARANTÍA DE CALIDAD: El **CONTRATISTA** será responsable frente a la **ENTIDAD** y frente a cualquier tercero por la calidad del servicio, al igual que por la idoneidad y profesionalismo del personal que lo preste, bajo el entendido que ello no supone delegación del riesgo del aseguramiento en los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007; así, en virtud del principio del *Neminem non laedere* y en aplicación de lo dispuesto en los artículos 1604 y 2341 del Código Civil en lo pertinente, asumirá la responsabilidad que se derive de lo anterior, así como aquella que legalmente le corresponda, incluyendo perjuicios patrimoniales, morales, fisiológicos y de cualquier otra naturaleza que determine la ley y/o jurisprudencia que pudieran derivarse de los actos u omisiones, incluidas las complicaciones que le sean imputables por acción u omisión, tanto del personal médico y paramédico a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud, así como de su personal administrativo.

En el evento en que derivare reclamación de cualquier tipo para con la **ENTIDAD**, para con terceros o para con el usuario, afiliado y/o beneficiario, el **CONTRATISTA** asumirá por sus propios medios la defensa, toda vez que prestará los servicios de salud a los afiliados de la **ENTIDAD** con plena autonomía científica, técnica y administrativa, sin restricciones, límites ni formalidades que puedan reñir con el libre ejercicio de su actividad siendo sus resultados ajenos a la responsabilidad de la **ENTIDAD**. No obstante lo anterior, en los eventos de existencia de las referidas reclamaciones, será obligación del **CONTRATISTA** aportar oportunamente a la **ENTIDAD** y a petición de esta, la historia clínica completa y sus anexos, cuya guarda le corresponde en virtud de lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, decreto 780 de 2016, Decreto 441 de 2022 y demás normas concordantes; la no remisión, o remisión incompleta, ilegible y/o tardía de dicho documento y sus anexos que afecte el derecho de defensa que le asiste a la **ENTIDAD** y que genere por ese hecho condena en su contra, dará lugar al reembolso por parte del **CONTRATISTA** de los valores que la **ENTIDAD** haya tenido que pagar por dicho concepto; respecto de lo anterior, en caso que aplique, los integrantes de la Unión Temporal que integren al **CONTRATISTA** serán solidariamente responsables frente a la **ENTIDAD**. Si en virtud de la ejecución de auditoría externa que debe realizar la **ENTIDAD** a las IPS con que tenga algún tipo de acuerdo de voluntades según el artículo 2.5.1.4.2 del Decreto 780 de 2016, o de la normatividad que lo modifique, adicione o aclare, se concluyera que durante la simple estancia existió falla en el servicio que genera responsabilidad, será de cargo exclusivo del **CONTRATISTA**.

En todo caso, la **ENTIDAD** podrá repetir contra el **CONTRATISTA** o recobrarle las sumas a las que eventualmente sea condenada judicialmente o sancionada por las autoridades competentes o, en general, por aquellos conceptos por los cuales la **ENTIDAD** debiera responder por cuenta de sanciones, fallos, conciliaciones, transacciones, amigables composiciones, laudos arbitrales, entre otros mecanismos de solución de conflictos, como consecuencia de la prestación del servicio a cargo del **CONTRATISTA** u omisión en la prestación del servicio prestado por él o por su personal adscrito y/o vinculado, o por sus subcontratistas según sea el caso. Lo anterior, sin perjuicio de que la **ENTIDAD** pueda llamar al **CONTRATISTA** en garantía o denunciarlo en pleito dentro del respectivo proceso judicial, trámite arbitral, administrativo, etc.

PARÁGRAFO PRIMERO. - El **CONTRATISTA** certifica que cuenta con los equipos médicos necesarios para prestar los servicios objeto de este contrato. Para efectos de dar cumplimiento a lo referido en el parágrafo tercero del artículo 38 del Decreto 4725 de 2005, el **CONTRATISTA** llevará el control de registros del mantenimiento, verificación de calibración y demás requerimientos establecidos por el fabricante para el funcionamiento seguro del equipo biomédico con el cual se prestará el servicio de salud. Así mismo, declara que cuenta con los planes de contingencia para cualquier eventualidad que ponga en riesgo la adecuada prestación del servicio y por ende el cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud del presente contrato. La **ENTIDAD** podrá, previa comunicación, verificar e incluso solicitar copia, y el **CONTRATISTA** suministrará los documentos que acrediten el cumplimiento de lo previsto en el mencionado decreto o demás disposiciones que lo aclaren, adicionen,

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

modifiquen o sustituyan. Teniendo en cuenta lo anterior, el **CONTRATISTA** será el único responsable de los perjuicios causados a los usuarios, a terceros o a la **ENTIDAD**, derivados de: falta o falla de los equipos médicos necesarios para la prestación del servicio, mal uso y/o uso indebido de los mismos.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - El **CONTRATISTA** prestará directamente los servicios que hagan parte de este contrato y en consecuencia, no podrá subcontratarlos, ni podrán desplegar conductas o acciones que impliquen intermediación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante lo anterior, el **CONTRATISTA**, previa notificación y aceptación por parte de la **ENTIDAD**, podrá contratar y prestar por otras IPS los servicios que legalmente pueden ser objeto de subcontratación, de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y en todos los casos, el **CONTRATISTA** responderá por la calidad del servicio y será causal de terminación del presente acuerdo de voluntades, el que los contrate sin la debida autorización a la **ENTIDAD**. La notificación se hará con el fin de que la **ENTIDAD** verifique si los servicios de la IPS subcontratada están debidamente habilitados y cumplen con las condiciones señaladas en la Resolución 3100 de 2019 o todas aquellas normas que los modifiquen, sustituyan o deroguen. En todo caso, cualquier perjuicio que se le pudiera ocasionar al afiliado, a terceros o a la **ENTIDAD** por cuenta de la atención en la institución mediante la que el **CONTRATISTA** preste los servicios, sea autorizada o no por la **ENTIDAD**, será responsabilidad exclusiva del **CONTRATISTA**. Será causal de terminación automática del presente contrato, subcontratar sin autorización de la **ENTIDAD**, hacerlo para servicios que no pueden ser objeto de subcontratación o cuando se generen gastos adicionales a los contemplados en el presente contrato en caso que se configure intermediación. La **ENTIDAD** no avalará ningún tipo de acuerdo entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los que se vea envuelto algún tipo de intermediación o en los que se genere gasto administrativo o de cualquier tipo en los que deba incurrir la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO TERCERO. - Las peticiones, quejas, reclamos y comunicados que se susciten tanto por parte de los usuarios de la **ENTIDAD**, como por esta al **CONTRATISTA** con ocasión de la ejecución del presente contrato, así como aquellos requerimientos derivados de entes de control o autoridades judiciales y/o administrativas, los contestará el **CONTRATISTA** de manera clara y precisa en un lapso no mayor a cinco (5) días hábiles después de la notificación. En aquellos eventos en los que las PQR involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, u otras que según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población tengan la marcación de “Riesgo de vida”, serán de inmediato cumplimiento, asimismo, aquellas PQR que la superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo vital deberán ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrá superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el traslado, de conformidad con lo previsto en la Circular Externa 08 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. El no dar respuesta en los plazos enunciados en la presente disposición será considerado como incumplimiento de los términos de este contrato, asumiendo como consecuencia el **CONTRATISTA** cualquier perjuicio de cualquier naturaleza que como consecuencia de ello pueda padecer la **ENTIDAD**.

Lo anterior, sin perjuicio que la **ENTIDAD** solicite respuesta en un término menor para casos puntuales, lo cual deberá ser cumplido por el **CONTRATISTA**.

PARÁGRAFO CUARTO.- El **CONTRATISTA** se obliga a contar con la habilitación de la totalidad de los servicios objeto del presente contrato, y manifiesta que respecto de su prestación por parte terceros en los casos autorizados de conformidad con la normatividad vigente, no se configura subcontratación ilegal y/o intermediación alguna, de tal manera que en el evento de incumplimiento e inobservancia de los anteriores, y estas generan sanción de cualquier naturaleza a cargo de la **ENTIDAD**, el **CONTRATISTA** asumirá cualquier sanción o perjuicio, pudiendo la **ENTIDAD** descontar su valor del precio de este acuerdo de voluntades. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de las demás consecuencias que de ello se deriven, de acuerdo con lo previsto a lo largo del presente documento.

TERCERA. - CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN AL AFILIADO: El **CONTRATISTA** tendrá derecho a la cobertura económica por cuenta de la **ENTIDAD** cuando preste los servicios mencionados en la Tabla de Negociación anexa al presente contrato, o las demás que adicionen las partes, a los afiliados a la **ENTIDAD**. Los servicios se prestarán a los afiliados de la **ENTIDAD** que presenten su documento de identificación y/o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y solo se solicitará el carné de afiliación siempre y cuando el usuario lo porte al momento de la atención, previa verificación de tal condición presentando la correspondiente

autorización emitida por la **ENTIDAD** para efectos de atención de sus afiliados. Así mismo, se obliga a aplicar todas las normas y protocolos que para el efecto expida el Gobierno Nacional, en especial lo dispuesto en la Resolución 4331 de 2012. El **CONTRATISTA** se obliga a adoptar los procedimientos y requisitos que la **ENTIDAD** ha establecido en sus protocolos de atención.

El **CONTRATISTA** al momento de prestar los servicios a los afiliados o inscritos de la **ENTIDAD** se obliga a: (i) adoptar los procedimientos y requisitos que la **ENTIDAD** ha establecido en sus protocolos de atención y (ii) cumplir con las condiciones de atención al afiliado que se estipulan en el Anexo de Contenidos Técnicos M-GINT-F003, el cual hace parte integral del presente contrato para todos los efectos.

Adicionalmente, el **CONTRATISTA** se obliga a cumplir con las siguientes condiciones al momento de prestar servicios a los afiliados o inscritos de la **ENTIDAD**:

1. El **CONTRATISTA** constatará la calidad de afiliado a la **ENTIDAD**, y solicitará al usuario las autorizaciones correspondientes para la prestación de los servicios expedidas por la **ENTIDAD**. La autorización al **CONTRATISTA** para prestar al afiliado los servicios médicos se dará a través de NAP (Número de Autorización Previa), el que se consignará en el encabezado de la historia clínica y en los soportes de facturación. Cuando se requiera cubrimiento económico de servicios que necesiten autorización o cuando sea necesario el cambio a un nivel superior, según lo expresamente establecido en los protocolos de procedimientos y requisitos necesarios para el acceso de los servicios por parte de los afiliados, deberá solicitarse una nueva autorización (NAP), según sea el caso. La historia clínica incluirá, entre otros, un código de identificación correspondiente al número del documento de identificación del afiliado.
2. En caso de no recibir autorización para asumir la cobertura económica del servicio a cargo de la **ENTIDAD**, sea porque la persona que requiere el servicio no es afiliado a la **ENTIDAD** o por cualquier otra razón legalmente válida, el valor de la atención será responsabilidad exclusiva del **CONTRATISTA**, quien en caso de incapacidad de pago del paciente, deberá cobrar al ente territorial respectivo, o en caso de haber capacidad de pago por parte del paciente o su familia, podrá cobrar al afiliado el valor de la atención, previa autorización expresa del usuario, pero en ningún caso será de cargo económico de la **ENTIDAD** la atención o servicio que se preste sin su respectiva autorización en los términos establecidos en el presente contrato. En ningún caso la no cobertura económica por parte de la **ENTIDAD** será justificación para la no prestación de un servicio a un usuario en una situación de urgencia, ni para eximirse de responsabilidad civil, penal, disciplinaria o administrativa en los mismos eventos.
3. En el evento que la **ENTIDAD** no emita la correspondiente autorización, esta negación se enviará al **CONTRATISTA** vía fax o e-mail. El **CONTRATISTA** se obliga a contar y tener siempre a disposición estos medios de comunicación para que una vez notifique al usuario la negación envíe de vuelta vía fax el correspondiente formato firmado por el usuario a la **ENTIDAD**.
4. En caso que el paciente al utilizar el servicio, presente el formato vigente de autorización de la **ENTIDAD** o cualquier otro que disponga la **ENTIDAD**, el **CONTRATISTA** revisará que este formato cuente con todos los requisitos exigidos en los protocolos de modelo de atención que pueda tener la **ENTIDAD**, y los cuales hacen parte integral de este contrato, para prestar el servicio ordenado por el médico.
5. El médico que preste la atención al usuario diligenciará la “Epicrisis” completa o resumen de atención, incluido el diagnóstico según lo dispuesto en la Resolución 3905 de 1994 y demás normas que la aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan. Adicionalmente deberá diligenciar la historia clínica, en la que se deberá consignar toda la información según lo contemplado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normas que la adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan, dejando claro si el evento es de origen laboral, accidente de tránsito, enfermedad general o evento catastrófico, para así mismo ser reportado adecuadamente al área de facturación.
6. Cuando el traslado se deba a que el usuario requiere la atención en un nivel superior o necesita un servicio que no hace parte del presente contrato, requerirá para su cobertura económica por parte de la **ENTIDAD** nueva autorización (NAP) para tal efecto. En caso de que no haya autorización de cobertura económica por parte de la **ENTIDAD**, los costos tanto de la atención como del traslado, no serán asumidos por la **ENTIDAD** sino que se serán responsabilidad exclusiva del **CONTRATISTA**.

PARÁGRAFO PRIMERO.- El **CONTRATISTA** prestará los servicios objeto del presente contrato de acuerdo con el horario que haya señalado en su Modelo de Atención y/o Prestación de Servicios, teniendo en cuenta que dicha información debe estar consignada en el mismo y que de conformidad con lo señalado en el numeral 2.1 del

www.saludtotal.com.co
Líneatotal Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

numeral 2 del artículo 2.5.3.4.2.1 del Decreto 780 de 2016, el mencionado documento es requisito básico para la negociación y posterior suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud.

En virtud de lo anterior, las modificaciones o ajustes sobre el Modelo de Atención y/o Prestación de Servicios del **CONTRATISTA** deberán ser informadas por este a la **ENTIDAD** y por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha en que pretendan implementarse, con el fin de que la **ENTIDAD** determine dentro de dicho término la conveniencia de continuar o no con la presente contratación de cara a las necesidades de sus afiliados, pudiendo en consecuencia proceder a la terminación unilateral del presente acuerdo de voluntades a partir de la fecha de implementación de los cambios en el Modelo de Atención y/o Prestación de servicios del **CONTRATISTA**. En consecuencia, cualquier cambio no informado a la **ENTIDAD** o no consentido por esta respecto de dicho documento se considerará como un incumplimiento contractual y dará lugar a su terminación en los términos señalados en la cláusula correspondiente del presente documento.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - El **CONTRATISTA** se obliga a cumplir las siguientes condiciones tratándose de contacto directo con el afiliado:

1. Tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios.
2. Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.
3. Las Oficinas de Atención al Usuario deberán contar con los medios idóneos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia. Así mismo, contar con un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

PARÁGRAFO TERCERO. - El **CONTRATISTA** no desplegará conductas que puedan considerarse como barreras de acceso a los servicios objeto del presente contrato, y en consecuencia no exigirá, entre otros, sellos respecto de las autorizaciones expedidas o trámites adicionales, debiendo en consecuencia observar lo señalado en el sistema autorizador de la **ENTIDAD** y en la normatividad vigente. La inobservancia de lo señalado en la presente estipulación será considerada como incumplimiento grave en los términos referidos en este documento.

CUARTA. - TARIFAS: El valor de los servicios que el **CONTRATISTA** prestará a los afiliados a la **ENTIDAD** en desarrollo del presente acuerdo de voluntades, será el que corresponda a las tarifas vigentes al momento de la prestación del servicio. Los servicios y tarifas se encuentran detallados en la Tabla de Negociación con fecha de inicio de vigencia el día **primero (01) de marzo del año dos mil veintitrés (2023)**, que tal y como se expresó en la primera disposición de éste documento, hace parte integral del mismo para todos los efectos.

PARÁGRAFO PRIMERO. - Las partes de mutuo acuerdo modificaran las tarifas siempre que haya transcurrido al menos un (1) año de su vigencia y por una sola vez al año, conforme a lo reglamentado en el artículo 2.5.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Decreto 441 de 2022 y demás normas que aclaren y/o modifiquen. Conforme las fórmulas de actualización definidas en el respectivo anexo técnico.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- El hecho que el valor de algunos de los servicios objeto del presente contrato se encuentren expresados en tarifas ISS o SOAT, no significará que todos los procedimientos del Manual ISS o SOAT o cualquier otro Manual, se encuentren contemplados en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pues los procedimientos contemplados dentro de este, son sólo los de la Resolución 2808 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen o aclaren.

Así mismo, en aquellos eventos en los que el **CONTRATISTA** deba prestar servicios que no se encuentren dentro del objeto del presente contrato (se encuentren o no dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC) a los usuarios de la **ENTIDAD** y previa autorización expresa por parte de ésta, su valor corresponderá al mismo expresado en el manual tarifario indicado como base del valor de los servicios contenidos en las Tablas de Negociación anexas o en su defecto al pactado de mutuo entre las partes.

PARÁGRAFO TERCERO. - EXCLUSIÓN DE SERVICIOS: La **ENTIDAD** podrá excluir del objeto del presente contrato, de manera parcial, los servicios, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y/o

medicamentos que a su criterio no requiera. Para ello, deberá notificar al **CONTRATISTA** con una antelación no inferior a treinta (30) días previos a la fecha en la cual se entenderá efectuada la respectiva exclusión. El uso de esta facultad no se mirará bajo ninguna circunstancia como incumplimiento de este contrato y no dará lugar al pago de ninguna clase de indemnización ni de sanción.

PARÁGRAFO CUARTO. - VALOR DEL PRESENTE CONTRATO: El presente contrato tiene un valor indeterminado, que se establecerá mensualmente de acuerdo con los servicios de salud facturados por el **CONTRATISTA** a la **ENTIDAD**, en la medida en que vaya prestando el servicio y durante la vigencia del mismo.

PARÁGRAFO QUINTO. - En el evento en que por circunstancias excepcionales la **ENTIDAD** deba autorizar servicios no incluidos de forma expresa en la tabla de negociación anexa al presente contrato, los mismos podrán ser facturados a tarifa global o a la tarifa que establezcan las partes de mutuo acuerdo, sin que para dichos servicios y por lo anterior pueda considerarse al **CONTRATISTA** como red de la **ENTIDAD**, teniendo en cuenta lo señalado en el numeral 4 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO SEXTO. - El **CONTRATISTA** garantizará las atenciones por portabilidad en salud que se encuentran referenciados en el Decreto 780 de 2016 y las normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren y que se presenten durante la ejecución de actividades del presente acuerdo de voluntades.

PARÁGRAFO SÉPTIMO.- Teniendo en cuenta que la facultad legal y estatutaria de firmas de contratos, otrosíes y/o cualquier documento que comprometa a la **ENTIDAD**, reposa en cabeza del representante legal principal de la sociedad o sus respectivos suplentes para ello, los gerentes de sucursal, directores médicos y/o funcionarios de la **ENTIDAD** en cada sucursal, no están autorizados para firmar y/o suscribir ningún documento contractual como tampoco comprometer a la sociedad en tal sentido, lo anterior sin detrimento de la función de interlocución, negociación, discusión y acercamiento que tales funcionarios ejercen para el buen relacionamiento comercial.

PARÁGRAFO OCTAVO. - El hecho de que algunos servicios médicos, medicamentos y/o insumos, no se encuentren en la Tabla de Negociación o en los anexos técnicos, se entenderán no negociados, por lo cual su tarifa será la de la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO NOVENO. - En el caso que en el presente contrato se encuentre estipulados procedimientos quirúrgicos y no estén bajo tarifario ISS2001, las partes acuerdan seguir los parámetros de liquidación establecidos en dicho manual tarifario.

QUINTA. - FORMA DE PAGO: La **ENTIDAD** cancelará los servicios que solicite al **CONTRATISTA**, a las tarifas señaladas en la Tabla de Negociación anexa al presente documento; para lo anterior, el **CONTRATISTA** deberá generar la factura correspondiente dentro de los treinta (30) días de cada mes en las condiciones y criterios establecidos en el manual de facturación electrónica publicada en la página web de la **ENTIDAD** **https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2022/08/MANUAL_FACTURACION-ELECTRONICA-12.pdf** y sus respectivos soportes serán cargados en la herramienta dispuesta por la **ENTIDAD,** bajo la estructura orientada por esta última. Dicha factura será cancelada a más tardar el día quince (15) del mes subsiguiente a la radicación. Lo anterior sin perjuicio de que las partes acuerden términos de pronto pago en virtud del principio de autonomía de la voluntad contractual, caso en el cual el pago se realizaría el día treinta (30) del mes siguiente a la radicación, En caso de que el día para pago llegase a ser no hábil se correrá el pago al siguiente día hábil sin que pueda por esta razón entenderse que la **ENTIDAD** está en mora con el **CONTRATISTA.**

El **CONTRATISTA** se obliga a enviar a la **ENTIDAD**, sus facturas anexando los siguientes documentos:

1. Relación detallada de los afiliados atendidos. El número de afiliados por factura no superará a los cincuenta (50).
2. Constancia individual de atención a cada afiliado, debidamente firmada por el respectivo afiliado atendido o acudiente.
3. En los casos de suministro de medicamentos no financiados con recursos de la UPC, copia simple de la factura de venta o documento equivalente expedida por el proveedor del **CONTRATISTA**, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018.

4. Resumen legible y completo de la Historia Clínica correspondiente a los servicios relacionados en la factura, que se hubieran prestado a cada uno de los afiliados atendidos, de acuerdo con la Resolución 3905 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud y demás normas que lo modifiquen o amplíen.
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, presentado de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 3374 de 2000 y 1036 de 2022 del Ministerio de Salud, y demás normas que la adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.
6. Número de Autorización (NAP) emitido por personal autorizado de la **ENTIDAD**, o váucher preimpreso, según sea el caso.
7. Recibo de caja de copagos, cuotas moderadoras, en caso de presentarse estos eventos.
8. Los demás soportes originales de los servicios facturados.

La factura, cumplirá los requisitos de ley y tributarios, especialmente los contemplados en la Resolución 042 de 2020 expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, Resolución 506 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Estatuto Tributario y demás normas que adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan.

Los valores recaudados por el **CONTRATISTA** por concepto de copagos y cuotas moderadoras que en principio son de propiedad de la **ENTIDAD**, una vez recaudados por el **CONTRATISTA**, se tendrán como pago parcial y anticipado del precio de este contrato. El plazo máximo para presentar facturas de cualquier servicio no podrá ser superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 1281 de 2002 del Ministerio de Salud, y demás normas que la aclaren, adicionen modifiquen o sustituyan.

En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud por parte de la **ENTIDAD** por servicios prestados con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la **ENTIDAD**, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias, lo anterior según lo dispuesto en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO PRIMERO.- La generación y trámite de glosa por parte de la **ENTIDAD** se efectuará de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016, así como lo dispuesto en el Manual Único de Devoluciones y Glosas a que hace referencia el Anexo Técnico No. 6 y 8 de la Resolución 3047 de 2008, la cual fue modificada parcialmente por la Resolución 4331 de 2012 y demás normatividad que aclare, modifique, adicione o sustituya la vigente, y su ejercicio no implica la devolución de las facturas al **CONTRATISTA**, toda vez que por normas tributarias, la **ENTIDAD** debe mantener las mismas como soporte contable, según lo establecido en la Resolución 1474 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas que las aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan, por lo que la glosa a la factura por parte de la **ENTIDAD** se presentará al **CONTRATISTA**, por medio de un informe detallado, indicando los motivos de la inconformidad, por lo que el **CONTRATISTA** deberá de forma periódica descargar las notificaciones de glosas y devoluciones desde el aplicativo web, que para tal efecto designe la **ENTIDAD**. De acuerdo con lo anterior, las partes acuerdan además que las glosas que se presenten por pertinencia se mantendrán.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - PROHIBICIÓN ESPECIAL: El **CONTRATISTA** no cobrará al afiliado ninguna suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en exceso de las sumas equivalentes a copagos, cuotas moderadoras o el valor de servicios que hayan sido solicitados e incumplidos por el afiliado. En el evento en que el **CONTRATISTA** suministre bienes o servicios en condiciones diferentes a las contempladas en la Resolución 2808 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá cubrir el cargo económico sin perjuicio de que opte por facturar los mismos a la entidad territorial o al usuario, previa aceptación del mismo, su acudiente o representante, pero en ningún caso a la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO TERCERO. - SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES POR TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC Y/O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: En el caso de requerirse prescripción de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y/o servicios complementarios, el **CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 1139 de 2022 y demás normas que deroguen, aclaren o modifiquen expedidas por el MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL (MSPS).

La **ENTIDAD**, queda facultada para establecer presupuestos máximos para las tecnologías NO PBS y/o no financiadas por la UPC de conformidad con la Resolución 1139 de 2022 y demás normas que deroguen, aclaren o modifiquen expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la relación contractual con el **CONTRATISTA**, de lo cual se dará previo y oportuno conocimiento a este último.

El **CONTRATISTA** deberá a través de su recurso humano medico disponible, prescribir la tecnología no financiada con recursos de la UPC y/o servicios complementarios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social – Plataforma MIPRES, para lo cual responderá por su pertinencia técnica y científica en cumplimiento a la autonomía médica y la auto-regulación; prescripción que será equivalente a la orden o fórmula médica y la cual permitirá ser impresa el mismo día de la prescripción para entrega directa al usuario.

El **CONTRATISTA** dará a conocer a todo su personal asistencial, la autorregulación, autocontrol y además tener presente que se debe justificar el riesgo – beneficio para el paciente, con base en evidencia científica de los ordenamientos NOPBS, para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud. No obstante, se debe activar la debida diligencia de haber agotado previamente las alternativas contempladas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC cuando quiera que, el caso así lo permita.

Se resalta que la financiación de medicamentos definido por el MSPS para personas que sean diagnosticadas por primera vez por una enfermedad huérfana, durante la vigencia del presupuesto máximo, será asumida por la ADRES siempre y cuando el paciente se encuentre registrado en el sistema de vigilancia y salud pública-SIVIGILA y del Instituto Nacional de Salud, la prescripción del medicamento se deberá realizar una vez se encuentre el paciente registrado en el SIVIGILA. Igualmente, el **CONTRATISTA** deberá diagnosticar, confirmar y prestar el servicio al paciente diagnosticado por primera vez.

Cuando se trate de prescripciones de servicios complementarios para pacientes con enfermedades huérfanas cuyo diagnóstico se encuentre confirmado y se esté tramitando una tecnología NOPBS, por la plataforma MIPRES, si el médico tratante marca la casilla de enfermedad huérfana, debe validar previamente que al paciente lo haya ingresado a SIVIGILA, con los soportes correspondientes por norma, lo anterior para garantizar el adecuado proceso de análisis, direccionamiento y entrega de la tecnología NO PBS.

El personal de salud tratante debe seguir y cumplir los protocolos de atención o guías de práctica clínica adoptadas para el tratamiento multidisciplinario del caso, el objetivo es tener una información clara en la línea de lo que ordenan los médicos. El **CONTRATISTA** debe de realizar seguimiento a las prescripciones de sus profesionales, garantizando la correcta prescripción y cargue en MIPRES, adicionalmente establecer estrategias que garanticen el tratamiento más costo efectivo para los pacientes.

El **CONTRATISTA** se obliga a que sus médicos tratantes se encuentren inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud –RETHUS – y sus servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, e igualmente estará atento a que soliciten la clave que será personal e intransferible, para que dé uso a la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

Así mismo, el **CONTRATISTA**, hará llegar a la **ENTIDAD** tanto la copia de la certificación de inclusión de sus profesionales de la salud en el RETHUS como la copia del acta de constitución de la junta de profesionales de la salud descrita en la Resolución 1885 de 2018 o la norma que la modifique, sustituya o derogue.

El **CONTRATISTA** se obliga para con la **ENTIDAD** a informar cada vez que se produzca una novedad en el registro de sus profesionales prescriptores de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y/o servicios complementarios, lo anterior permitiendo que la **ENTIDAD** identifique los médicos tratantes, en caso de no presentarse novedades deberá TRIMESTRALMENTE remitir certificación.

Tal como lo establece el Artículo 5 de la Resolución 1139 de 2022, el contratista evaluara si las tecnologías a prescribir están cubiertas por la UPC o por alguna fuente de financiación adicional (medicina prepagada, pólizas complementarias, pólizas de salud), por lo que debe ser prescrita o cubierta inicialmente por dichas fuentes de financiamiento previo a la activación de los presupuestos máximos, siempre, garantizando en forma integral los servicios y tecnología en salud.

El presupuesto máximo del NOPBS, estará conforme lo establecido por la ley 1955 de 2019 y en concordancia con la Resolución 1139 de 2022 expedida por el MSPS, en caso de exceder el valor que se establezca entre las partes, el **CONTRATISTA** autoriza desde ya y a través de este documento a Salud Total EPS-S a descontar de cualquier acreencia el valor en exceso y en tanto que la EPSS haya tenido que pagar y que corresponda a lo prescrito por los profesionales del Contratista. En este orden de ideas, Salud Total se reserva el derecho a realizar seguimiento, auditoria y/o ajuste a este valor asignado para el NO PBS. El pago de lo NOPBS será sobre lo ejecutado.

En ningún caso la EPS, asumirá costos superiores al presupuesto máximo descrito en el anexo de tecnologías NO PBS, de conformidad con las reglas planteadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la aseguradora, sin que en ningún caso igualmente los presupuestos máximos se constituyan en una barrera de acceso al servicio de salud requerido por los protegidos.

Se enviará al correo electrónico del **CONTRATISTA**: direccionadministratriva@cmsinapsis.com.co la información semanal, para que se conozcan en la IPS los ordenamientos MIPRES generados por los profesionales enrolados con el NIT de la IPS y se establezcan las estrategias al interior de la IPS.

Se recomienda realizar un comité institucional con el médico tratante y pares cuando se requiere tecnologías NO PBS de alto costo, con el siguiente contenido sugerido:

-Consulta por el especialista
-Se programa para la junta
-Se realizará la junta
-Se realizará la formulación pertinente de acuerdo a la decisión final de la junta
-Se programará al usuario
-En la junta se revisarán los servicios No PBS que les llegan sugeridos de otras IPS y se concluirá, si son pertinentes o se considera otro manejo.

Las partes acuerdan que, según lo establecido en la norma, dentro de ellas la Resolución 1139, frente a la facturación, deberá el **CONTRATISTA** facturar de forma independiente lo NOPBS, adicional y sin excepción anexar los RIPS. Si no se llegase a suministrar esta información de RIPS y no se realice la gestión en la herramienta MIPRES según competencia y calidad, no serán sujetas de incremento y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.

Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud deberán generar y suministrar los RIPS asociados a cada una de las facturas, correspondientes a las prestaciones respectivas, según corresponda.

Las partes son conscientes que los actores del sistema de salud deberán coadyuvar en acciones para la no superación del presupuesto máximo, sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. Se deberá evaluar la efectividad de las tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de estas.

PARÁGRAFO CUARTO.- TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC Y/O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS VÍA FALLO DE TUTELA: El **CONTRATISTA** radicará las facturas por servicios prestados en virtud de un fallo de tutela, siempre y cuando exista autorización previa y expresa de la **ENTIDAD**, en un término que en ningún caso podrá exceder dos (2) meses siguientes al momento en que se presta el servicio o se efectúa el suministro objeto del fallo, so pena del no pago por parte de la **ENTIDAD** de no cumplir con el anterior procedimiento.

PARÁGRAFO QUINTO. - Será causal de no pago de las facturas por los servicios prestados en desarrollo del objeto del presente contrato el hecho de que tanto las facturas como las autorizaciones, presenten enmendaduras, tachaduras, correcciones efectuadas con corrector líquido, etc.

SEXTA.- VIGENCIA: El presente contrato tendrá una duración igual a un (1) año contado a partir del **primero (01) de marzo del año dos mil veintitrés (2023)**. No obstante lo anterior, si ninguna de las partes manifiesta por escrito a la otra, con no menos de treinta (30) días calendario de antelación a la fecha de vencimiento su decisión

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

de darlo por terminado, éste se prorrogará automáticamente por el periodo de un año y así sucesivamente.

Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato de manera unilateral en cualquier tiempo y sin que exista ninguna causal diferente a la simple voluntad de cualquiera de ellas, dando aviso por escrito a la otra de su intención de terminarlo con una antelación no inferior a treinta (30) días calendario a la fecha en que se pretende terminar. Esta terminación no se mirará bajo ninguna circunstancia como incumplimiento del presente contrato y por ende no dará lugar al pago de ninguna clase de indemnización ni de sanción. No obstante la notificación aludida, es obligación del **CONTRATISTA** completar todas las autorizaciones pendientes expedidas durante la vigencia del contrato, atendiendo a los usuarios de la **ENTIDAD** que se le encomiende durante ese mes por parte de la **ENTIDAD**. Igualmente la **ENTIDAD** se obliga a efectuar todos los pagos a que se obliga en virtud de las autorizaciones dadas durante la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO.- La terminación unilateral del contrato, en la que medie la simple voluntad de una de las partes, que prevé aviso prudencial a la otra parte, en consideración a la naturaleza del objeto contractual, la ley y la costumbre, se constituye en medio idóneo y legítimo para dar por terminado el presente contrato sin que con ello se vulnere la equidad que debe existir en razón de la buena fe contractual observada por las partes tanto en la celebración del contrato como en su ejecución y terminación.

SÉPTIMA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Además de las señaladas a lo largo del presente documento, el **CONTRATISTA** se obliga para con la **ENTIDAD** a:

1. Prestar los servicios objeto del presente contrato, a los afiliados a la **ENTIDAD** con la mayor diligencia y sin ningún tipo de discriminación.
2. Disponer de los recursos de toda índole necesarios para la prestación de los servicios objeto de este acuerdo de voluntades, en las condiciones específicas de disponibilidad y continuidad señaladas en el presente contrato.
3. Cumplir con los estándares de oportunidad pactados para la prestación de los servicios objeto del presente contrato conforme al anexo correspondiente.
4. Responder por su profesionalismo en el desarrollo del presente contrato, garantizando que el personal que destinará para su ejecución está debidamente capacitado y cuenta con la experiencia y autorización suficiente y necesaria para la prestación de los servicios objeto del presente contrato.
5. Permitir a la **ENTIDAD** el acceso a la información relacionada con el estado de salud de los pacientes y la prestación de los servicios de salud, suministrando fotocopia de la historia clínica y demás documentos que requiera la **ENTIDAD** para fines exclusivos de auditoría médica de conformidad con la Ley 23 de 1981, el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, Decreto 441 de 2022 y demás normas que los modifiquen, aclaren, sustituyan o adicionen.
6. Ajustar sus recursos para la óptima y continua prestación de los servicios objeto del presente contrato, informando oportunamente, ya sea de manera previa o concomitante en los casos en que no sea posible lo primero, de todas aquellas circunstancias que lo pudieran afectar, adoptando y ejecutando los planes de contingencia que resultaren necesarios y aquellos que de manera puntual le requiera la **ENTIDAD**.
7. Reportar a la **ENTIDAD** dentro del primer (1) día hábil siguiente a la ocurrencia de los hechos, el ingreso de alguno de sus afiliados si es víctima de accidente de tránsito o de evento catastrófico, accidente de trabajo o enfermedad profesional, así como el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3047 de 2008.
8. Mantener disponibilidad de agenda durante cada vigencia anual, generando a la EPS-S acceso a verificación.
9. Reportar a la **ENTIDAD** todas las actividades causadas y/o prescritas en el marco de las atenciones al asegurador con una periodicidad mensual.
10. El **CONTRATISTA** se obliga a cargar todas las actividades causadas y/o prescritas de forma mensual, en la plataforma dispuesta por la **ENTIDAD** indistintamente de la ejecución con una periodicidad mensual.
11. Se obliga a informar y/o reportar a la **ENTIDAD** ante cualquier requerimiento todas las actividades, servicios y/o tecnologías causadas, estén ejecutadas o no.
12. Garantizar la debida diligencia en la materialización efectiva de los servicios que se identifiquen como pendientes en el marco de la ejecución del contrato y que pongan en riesgo legal o reputacional a la EPS ante autoridades de Inspección, Control y Vigilancia y/o autoridades judiciales.
13. Entregar a la **ENTIDAD** un registro sistemático con la información de los pacientes con diagnóstico

www.saludtotal.com.co
Líneatotal Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

confirmado (laboratorio o clínica) de una enfermedad huérfana - rara, de acuerdo al listado definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 023 de 2023), sobre la incidencia, prevalencia y distribución geográfica de los casos; facilitando la identificación de medidas necesarias para orientar acciones en recursos sanitarios, sociales y científicos.

14. Cumplir con la Política Nacional de Salud Mental establecida en el Plan Decenal de Salud Pública mediante la Resolución 1841 de 2013 y adoptado mediante la Resolución 4886 de 2018.
15. Enviar la información de los indicadores de oportunidad conforme lo señalado en la Resolución 1552 de 2013 y demás normatividad vigente, los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, en el formato que para el efecto ha establecido la **ENTIDAD**.
16. De conformidad con la Ley 2015 de 2020 (Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE), el **CONTRATISTA** se obliga a diligenciar y disponer los datos, documentos y expedientes de la historia clínica en la plataforma de interoperabilidad que disponga el Gobierno Nacional, así como a contar con políticas, procedimientos y recursos que gestionen efectivamente el riesgo de la seguridad digital y la privacidad de la información.
17. Según lo señalado en la Resolución 946 de 2019, el **CONTRATISTA** deberá realizar la notificación de los casos de enfermedades huérfanas al SIVIGILA, teniendo en cuenta el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Enfermedades Huérfanas - Raras del Instituto Nacional de Salud, notificando a su vez, de manera rutinaria, los casos nuevos de personas con diagnóstico de enfermedad huérfana realizado por laboratorio o imagenología, de acuerdo con las pruebas diagnósticas que defina el MSPS.
18. El **CONTRATISTA** certificará que los servicios ofertados son los habilitados.
19. El **CONTRATISTA** se compromete de forma periódica a notificar a la **ENTIDAD** los servicios que por algún motivo ya no se encuentren habilitados, si hay lugar a ello.
20. Dar respuesta a los comunicados y quejas que se susciten tanto por parte de los usuarios de la **ENTIDAD** como por ésta al **CONTRATISTA** con ocasión de la ejecución del presente contrato, en los términos establecidos en la cláusula segunda del presente documento.
21. Pagar los salarios y las prestaciones sociales de su personal, en el entendido que entre dichas personas y la **ENTIDAD** no existe vínculo laboral ni contractual alguno.
22. El **CONTRATISTA** se obliga a presentar a la **ENTIDAD** de manera mensual en medio magnético y junto con la facturación, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
23. Cuando a ello haya lugar y/o le sea requerido por la **ENTIDAD**, remitir junto con las facturas constancia del pago al SGSSS vía PILA de sus empleados, manteniendo en todo caso el pago oportuno de los aportes a la seguridad social y parafiscal de sus empleados.
24. De conformidad con la Circular Externa 08 de 2018, el **CONTRATISTA** se obliga a generar un trato digno a los usuarios, contar con una Oficina de Atención al Usuario de fácil acceso, con multicanales dispuestos a la escucha activa de los usuarios, 24 horas al día – 365 días al año, dar un manejo adecuado y pertinente, respetando términos de respuesta de las peticiones, quejas, reclamos y PQR con Riesgo de Vida.
25. De acuerdo con la Circular Externa 08 de 2018, el **CONTRATISTA** se obliga a reporta en el módulo de datos generales en el nuevo Sistema de Recepción y Validación de Archivos (NRVCC), la información de las asociaciones de usuarios.
26. El **CONTRATISTA** se obliga a cumplir con las instrucciones para el diligenciamiento de las variables de tipo y número de identificación en el certificado de nacido vivo y en el certificado de defunción, establecidas en la Circular 024 de 2019, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
27. El **CONTRATISTA** se compromete a dar cumplimiento a la Circula 08 de 2019, frente a intensificar y fortalecer las acciones de control, prevención y atención integral del Dengue.
28. El **CONTRATISTA** se obliga a cumplir con la Política de Atención Integral en Salud - PAIS - y su Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS - establecidos en la Resolución 429 de 2016, así como con el Manual Metodológico estipulado en la Resolución 3202 de 2016.
29. El **CONTRATISTA** se obliga a revisar y a descargar periódicamente las notificaciones de glosas y devoluciones desde el aplicativo (WEB) que para tal efecto designe la **ENTIDAD**.
30. El **CONTRATISTA** deberá acatar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018 modificada parcialmente por la Resolución 276 de 2019) y Resolución 051 de 2023, contando con la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del personal requerido para su implementación y operación, reportando a su vez, bajo el marco de las Resoluciones 3374 de 2000, 4505 de 2012, 2175 de 2015 y las demás fuentes de información existentes, o las normas que las modifiquen o sustituyan, la evaluación de los resultados en salud derivados de las intervenciones establecidas en las

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

citadas rutas.

31. Garantizar la atención oportuna y la cobertura de servicios de salud a las personas con problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y/o salud mental, eliminando cualquier tipo de barreras de acceso a los mismos, conforme lo señala la Circular Externa 02 de 2018.

32. El **CONTRATISTA** para la calidad de la atención integral en salud de niños y niñas menores de cinco años, se obliga a implementar la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico del Plan Decenal de Salud Pública, contenido en la Resolución 1841 de 2013.

33. Cuando ello aplique, el **CONTRATISTA** se obliga a cumplir con los tiempos de retención y conservación de la historia clínica, así mismo, con las condiciones establecidas para la entrega, disposición final y consecuente eliminación de este documento, lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 839 de 2017. El incumplimiento de este precepto jurídico generará sanciones aplicables de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

34. El **CONTRATISTA** deberá garantizar la formación del comité de ética hospitalaria dentro de su Institución como una forma de participación en salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.10.1.1.14 del Decreto 780 de 2016.

35. Formular procedimientos, servicios y medicamentos que estén comprendidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En caso de formular fuera de este, se debe seguir el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018 y 2438 de 2018.

36. Informar a la **ENTIDAD** sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su atención, enviando copia del Certificado de Defunción dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al hecho. La información de fallecidos deberá ser suministrada a la sede de la Dirección Médica de la Sucursal de la **ENTIDAD** correspondiente, utilizando los formatos establecidos en la normatividad vigente, en especial la Circular Externa conjunta 0081 de noviembre 13 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística y demás normas que la adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.

37. Divulgar a su personal médico y aplicar los parámetros establecidos por la **ENTIDAD** en la Tabla "*estándar días de incapacidad por patologías"*.

38. En el momento de la atención, el **CONTRATISTA** deberá consultar y/o verificar si el usuario se encuentra activo y con derechos plenos en la **ENTIDAD**.

39. Con el objetivo de mantener unas condiciones seguras, confortables y productivas, el **CONTRATISTA**, se obliga a garantizar a la **ENTIDAD** el cumplimiento en todo momento con toda la legislación colombiana en materia de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, artículos 348 del Código Sustantivo del Trabajo; 80, 81 y 84 de la Ley 9ª de 1979; Resolución 2400 de 1979; Resolución 2013 de 1986; Resolución 1016 de 1989; Decreto-ley 1295 de 1994; Ley 1562 de 2012; Resolución 1409 de 2012; Resolución 3368 de 2014; Decreto 1072 de 2015 y demás decretos reglamentarios y todos aquellos disposiciones que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

40. Las instalaciones en las que el **CONTRATISTA** ejecute las actividades objeto del presente contrato deberán permanecer en excelente estado, higiénica y estructuralmente estable así como su debida clasificación acorde a la especialidad y naturaleza de los procedimientos que se vayan a realizar en virtud del cumplimiento del objeto del presente acuerdo de voluntades.

41. El material e insumos que el **CONTRATISTA** utilice en el desarrollo del presente contrato deberá ser suficiente y necesario para la prestación de los servicios objeto del presente contrato y permanecer debidamente esterilizado, en condiciones de higiene y limpieza con los más altos estándares de calidad.

42. El **CONTRATISTA** se obliga a tener debidamente habilitados los servicios que oferta y contrata con la **ENTIDAD** en el presente acuerdo de voluntades, en las condiciones y especificaciones de la Resolución 3100 de 2019 y demás normas que aclaren, modifiquen, adicionen o sustituyan.

43. Las novedades en temas de habilitación de las que trata el artículo 12 de la Resolución 3100 de 2019 deberán ser debidamente reportadas a la Entidad Departamental o Distrital de Salud en los términos e instrucciones que se imparten en los parágrafos del mencionado artículo con el fin de mantener actualizada la información de los servicios ofertados por el prestador y que se encuentran pactados en el objeto del presente acuerdo de voluntades.

44. Dar cumplimiento a la Resolución 2405 de 2021 asegurando acciones diferenciales para la población víctima del conflicto armado, especialmente en lo que hace referencia a la atención oportuna en salud y en general a las disposiciones establecidas como actor del sistema.

45. Entregar a la **ENTIDAD** si esto aplica, un informe mensual de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia

Cardiaca, para lo cual deberá diligenciar la matriz correspondiente.

46. Responder a la **ENTIDAD** en un término de dos (2) horas cuando se requiera información adicional para el análisis de la superación del tope SOAT.

47. El **CONTRATISTA** se obliga a garantizar la obtención de la contraseña y el usuario propio así como la de su personal médico prescriptor, de conformidad con las condiciones establecidas en la Resolución 1885 de 2018.

48. El **CONTRATISTA** se obliga a que sus médicos tratantes se encuentren inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud – RETHUS – y sus servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, e igualmente estará atento a que soliciten la clave que será personal e intransferible, para que de uso a la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

49. El CONTRATISTA de conformidad con el artículo 2.5.3.4.7.2 del decreto 780 de 2016 entregara de forma trimestral a la ENTIDAD el reporte de datos actualizados de las novedades que identifique de la población objeto del presente contrato.

50. En caso de que las partes hayan acordado la prestación de servicios odontológicos, el **CONTRATISTA** prescribirá, cuando a ello haya lugar, los procedimientos de odontología listados en la circular 36 del 2022 en aplicación de lo previsto en el Título 11, Capítulo I de la Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

51. El CONTRATISTA garantiza disponer del talento humano necesario para la ejecución, control y prevención de los programas de Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y de la Resistencia a los antimicrobianos.

52. El CONTRATISTA se obliga a contar con el Comité de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- IAAS y Resistencia a los Antimicrobianos-RAM conforme Resolución 2471 del 2022.

53. El CONTRATITA Garantiza la identificación de microorganismos y sus perfiles de resistencia para el diagnóstico de las IAAS de acuerdo con el nivel de complejidad y la remisión de aislamientos de cepas de importancia clínica y/o epidemiológica, de acuerdo con los servicios que preste.

54. Con el ánimo de mejorar la calidad en la atención de nuestros protegidos, se hace necesario que el **CONTRATISTA** se obligue a entregar de manera oportuna los resultados de los exámenes diagnósticos que se realicen a los usuarios de la **ENTIDAD**, en especial de aquellos resultados donde se identifiquen casos con diagnóstico positivo de cáncer, con el propósito de identificarlos, controlar el riesgo, realizar detección temprana y tratamiento oportuno de la enfermedad, de conformidad con lo establecido en el Plan nacional para el control del cáncer del Ministerio de Salud y Protección Social, Ley 1384 de 2010, Ley 1388 de 2010 y demás normas que lo complementen, aclaren o sustituyan.

55. El **CONTRATISTA** se obliga a diligenciar en el software de historias clínicas la información de los pacientes con claridad, veracidad y certeza, actualizándola cada vez que se presente una novedad en virtud de una atención prestada por éste. En razón de lo anterior, deberá responder ante la **ENTIDAD** por concepto de inexactitudes, confusiones, datos equivocados, no actualizados, y demás inconsistencias que conlleven a errores a la **ENTIDAD** o cualquier tercero. Este software es de propiedad de la **ENTIDAD** y se le concede al **CONTRATISTA** la licencia de uso para la ejecución del presente contrato.

56. El **CONTRATISTA** aceptará, cooperará y colaborará eficientemente y de su propio cargo en el proceso de autorizaciones de servicios de la **ENTIDAD**, ajustando sus recursos a los requerimientos necesarios para la ejecución de dicho proceso. El **CONTRATISTA** en virtud de la suscripción del presente documento, declara conocer a cabalidad el Sistema de Autorizaciones con que cuenta la **ENTIDAD**, obligándose a utilizarlo durante la ejecución del contrato. La **ENTIDAD** únicamente asumirá el costo de las transacciones.

57. No reproducir ni instalar las herramientas tecnológicas objeto de este contrato en equipos distintos o adicionales a los que autorice la **ENTIDAD**.

58. Garantizar que cuenta con las herramientas tecnológicas para usar la plataforma de la **ENTIDAD** y todos los aplicativos y programas necesarios para la prestación de servicios de salud, conforme ésta lo señale.

59. El **CONTRATISTA** se obliga a garantizar la constitución de las pólizas de todos los médicos vinculados a su institución por cualquier tipo de contratación (laboral, comercial), a llamarlos en garantía frente a cualquier contingencia judicial y/o administrativa en la que la **ENTIDAD** sea vinculada, en caso de incumplimiento con lo anteriormente acordado, el **CONTRATISTA** se obliga a responder con su propio patrimonio.

60. El **CONTRATISTA** se obliga, a mantener vigente durante todo el término de duración del contrato una póliza de responsabilidad civil, que cubra cualquier tipo de responsabilidad derivada de la ejecución del presente contrato. Esta póliza debe tener contratados, por lo menos, los siguientes amparos: (i) Responsabilidad civil

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

profesional, (ii) Lucro cesante, (iii) Perjuicios extrapatrimoniales. El amparo de perjuicios extrapatrimoniales no debe estar limitado a perjuicios de índole moral sino extenderse a todo tipo de perjuicios extrapatrimoniales. Las demás derivadas conforme la normatividad que le aplique o las generadas de este contrato.

61. Las demás derivadas conforme la normatividad que le aplique o las generadas de este contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. - En virtud de lo establecido anteriormente, el **CONTRATISTA** no podrá bajo ninguna circunstancia prescribir cualquier tipo de servicio que adicional a encontrarse excluido del Plan de Beneficios en Salud, sea considerado por la normatividad vigente como cosmético, elemento de aseo, higiene, limpieza o uso doméstico y en general todos los elementos descritos como tales en el Decreto 677 de 1995. De igual forma, los recursos públicos asignados a salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías si se observa alguno de los criterios enunciados en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Estará igualmente prohibida la prescripción de actividades educativas tales como: caninoterapia, equinoterapia, musicoterapia, hidroterapia, terapias ABA, delfinoterapia, arenoterapia, frutoterapia, entre otras similares, que no se encuentren incluidas expresamente en el listado del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - De conformidad con lo señalado en las Resoluciones 3374 de 2000 y 1036 de 2022, es obligación del **CONTRATISTA** presentar a la **ENTIDAD** de manera mensual en medio magnético y junto con la facturación, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, conforme la estructura indicada en la mencionada resolución. Los RIPS deben ser enviados por el **CONTRATISTA** garantizando el registro total de la información, la cual debe ser confiable, segura y con calidad.

El incumplimiento de la presente obligación, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la **ENTIDAD**, sin perjuicio de las demás sanciones a las que hubiere lugar.

OCTAVA. - OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD: La **ENTIDAD** se obliga para con el **CONTRATISTA** a:

1. Cancelar al **CONTRATISTA** las facturas por los servicios prestados, de conformidad con lo dispuesto en el presente documento.
2. Prestar al **CONTRATISTA** la colaboración que requiera para la prestación de los servicios.
3. Las demás derivadas del presente contrato.

NOVENA.- NATURALEZA DEL CONTRATO Y EXCLUSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD LABORAL: El presente documento consigna un contrato de naturaleza **comercial**, que excluye en un todo cualquier tipo de relación laboral, de mandato, de dependencia o de representación, de tal forma que el **CONTRATISTA** no estará sujeto a reglamentos, ni a ningún otro factor de subordinación, razón por la cual no se generará entre él y la **ENTIDAD**, ni entre ésta y el personal del **CONTRATISTA** ninguna clase de relación o vínculo laboral. El **CONTRATISTA** (ni sus empleados, subcontratistas o cualquier tercero mediante el que preste los servicios objeto de este contrato), no será en ningún caso empleado ni trabajador de la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO PRIMERO. - Los empleados del **CONTRATISTA** estarán afiliados al sistema general de seguridad social en pensiones, salud y a riesgos laborales. El **CONTRATISTA** se obliga a enviar a la **ENTIDAD**, como anexo a la correspondiente factura, constancia de pagos al SGSS vía PILA o certificación de los pagos hecha por el revisor fiscal o el contador. Así mismo, el **CONTRATISTA** autoriza para que en cualquier momento la **ENTIDAD** verifique en sus instalaciones el cumplimiento de los pagos anteriormente mencionados. El no cumplimiento de este requisito señalado por la ley, implicará la no cancelación de la factura o cuenta de cobro, por parte de la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - El **CONTRATISTA** se obliga a efectuar de manera oportuna el pago de los salarios, honorarios, prestaciones sociales y aportes al Sistema General de Seguridad Social de sus empleados, contratistas y demás personal que disponga para la ejecución del presente acuerdo de voluntades; la inobservancia de esta obligación será considerada como incumplimiento grave de este contrato para todos sus efectos.

DÉCIMA.- NO EXCLUSIVIDAD: Este contrato y su ejecución **NO** generan vínculos de exclusividad del **CONTRATISTA** respecto de la **ENTIDAD** ni viceversa, es decir, que podrá prestar sus servicios a los afiliados de

esta de acuerdo con las condiciones previstas en el presente documento, y a terceras personas por cuenta del pagador que corresponda, a efectos de guardar las normas que sobre sana competencia se han establecido, en especial el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo aclaren, modifiquen, complementen o sustituyan.

PARÁGRAFO. - Cualquier cambio de sede deberá estar previamente autorizado y concertado con la **ENTIDAD** atendiendo en todo momento los estudios de georreferenciación de la **ENTIDAD** en los cuales se reflejan el número de usuarios objeto de este contrato.

DÉCIMA PRIMERA.- DESCUENTOS: El **CONTRATISTA** con la suscripción del presente contrato, autoriza de manera expresa e irrevocable que la ENTIDAD realice cualquier tipo de descuento del presente contrato de cualquier acreencia originada en cualquier tipo de actos o contratos celebrado entre las partes previamente a la suscripción del presente documento, de manera concomitante o con posterioridad a la celebración del mismo, en relación de las sumas con que ésta última haya tenido que responder en virtud de las acciones u omisiones del **CONTRATISTA** conforme las obligaciones que se derivan del presente contrato.

DÉCIMA SEGUNDA.- VOLÚMENES MÍNIMOS: El **CONTRATISTA** acepta que por la naturaleza misma del presente contrato (evento) la **ENTIDAD** no podrá garantizar volúmenes mínimos de usuarios y/o de servicios, existiendo incluso la posibilidad de que durante algún mes, el **CONTRATISTA** no reciba usuarios o los reciba en volúmenes mínimos por parte de la **ENTIDAD**, en la eventualidad que esto se presente, es claro que no se entendera vulnerada la buena fe contractual, en el entendido que quien efectúa la elección de la IPS, es el usuario del Sistema, no la **ENTIDAD**.

DÉCIMA TERCERA.- ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS: El cubrimiento por parte de la **ENTIDAD** de los accidentes de tránsito y eventos catastróficos, se efectuará solamente en la parte que le corresponde al tope superado y demostrado después de que el **CONTRATISTA** hubiere agotado los cobros ante las instancias privadas o estatales conforme a la Ley 100 de 1993, el Decreto 780 de 2016, la Resolución 3823 de 2016, y las demás normas que los sustituyan, adicionen, modifiquen o complementen. Así mismo, el **CONTRATISTA** se obliga a cumplir con las acciones, mecanismos y demás condiciones establecidas en la Circular Externa 015 de 2016, Circular Externa 04 de 2017 ambas proferidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la Circular Externa 05 de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y demás que las sustituyan, adicionen, modifiquen o complementen.

DÉCIMA CUARTA. - ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES: En caso de accidente de trabajo o enfermedad laboral, el **CONTRATISTA** se obliga a prestar la atención médica y los servicios establecidos en el Decreto 780 de 2016 y demás normatividad vigente que la sustituyan, adicionen, modifiquen o complementen.

Estos casos deben ser reportados a la **ENTIDAD** e identificados por el **CONTRATISTA** según su origen y deben ser facturados por evento conforme las tarifas vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. - El **CONTRATISTA** verificará la existencia del reporte de la mencionada enfermedad laboral o accidente de trabajo diligenciado por el empleador o contratante para la prestación del servicio en el FURAT “Formulario Único de Accidentes de Trabajo” o FUREP “Formulario Único de Enfermedades Profesionales”, conforme la normatividad vigente, de acuerdo con la Resolución 156 de 2005 modificada por la Resolución 2851 de 2015.

En caso que no se haya reportado conforme lo dispuesto en la Resolución 156 de 2005, modificada por la Resolución 2851 de 2015, será obligación del **CONTRATISTA** proceder con la atención respectiva y diligenciar el formato denominado “Formato ATEL- Accidente Laboral” que se anexa al presente contrato y el cual deberá ser adjuntado como soporte de la factura.

No podrán generarse barreras de acceso para la atención de los usuarios por parte del **CONTRATISTA**, por lo que el hecho que el usuario reporte el origen como laboral y no adjunte el FURAT o el FUREP, podrá ser subsanado con el diligenciamiento del formato previamente mencionado.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - Para todos los efectos, el **CONTRATISTA** se obliga a aportar a la **ENTIDAD** los

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

soportes a que hace alusión el Anexo denominado “Manual del Prestador Plan de Beneficios en Salud”, documento que hace parte integral del presente contrato para todos los efectos. Frente a los eventos en los que se utilice material de osteosíntesis, el **CONTRATISTA** se obliga a remitir a la **ENTIDAD** la factura donde conste el valor, las características y cantidad de material utilizado.

PARÁGRAFO TERCERO. - En caso que la **ENTIDAD** no pueda realizar el recobro correspondiente ante la Administradora de Riesgos Laborales porque el **CONTRATISTA** no adjuntó la totalidad de soportes o no cumplió con lo dispuesto en la normatividad vigente, podrá la primera descontar el valor no recobrado al **CONTRATISTA**.

DÉCIMA QUINTA. - DETERMINACIÓN DE INCAPACIDADES: La expedición de incapacidades constituye un acto de carácter profesional libre y responsable, que compromete ante la ENTIDAD y ante las autoridades competentes al médico u odontólogo que la expide, al CONTRATISTA al que este se encuentre adscrito y a cualquier persona que intervenga en su emisión. Todo profesional médico u odontólogo debe evaluar personalmente el estado clínico del afiliado antes de expedir el certificado de incapacidad.

Cuando quiera que frente a cada atención particular y de acuerdo con el criterio de los profesionales adscritos al CONTRATISTA las incapacidades expedidas deban exceder los tiempos establecidos en la normatividad legal vigente (lex artis) e igualmente consultar los tiempos establecidos en el instructivo “estándar días de incapacidad por patologías” anexo y que hace parte integral del presente contrato, el CONTRATISTA se obliga a generar remisión para valoración por parte de medicina laboral de la ENTIDAD, para efectos de que se determine la procedencia de la incapacidad generada, de conformidad con lo contemplado en el artículo 19 de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, Decreto 1427 de 2022 y demás normas concordantes, complementarias y vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. - Los sobrecostos generados por incapacidades que excedan los estándares definidos por la normatividad legal vigente (lex artis) cuando quiera que no se encuentren médicamente justificados ni validados por Medicina Laboral de la ENTIDAD, de conformidad con lo establecido en la presente cláusula, serán asumidos por el CONTRATISTA.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - Todo valor pagado en exceso por parte de la **ENTIDAD** por concepto de incapacidades que sin contar con justificación médica o validación por parte de Medicina Laboral de esta, podrá ser descontado de cualquier facturación presentada por el **CONTRATISTA**.

DÉCIMA SEXTA. - COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS: Los afiliados y/o beneficiarios de la **ENTIDAD** deberán cancelar al **CONTRATISTA**, en los casos en que aplique al momento de recibir los servicios objeto de este contrato, un copago o cuota moderadora, que serán liquidados según las normas vigentes. En consecuencia, el **CONTRATISTA** deberá garantizar el efectivo recaudo de los valores correspondientes a los copagos y/o cuotas moderadoras. Al tenor de lo dispuesto por el artículo 2.5.3.4.5.3 del Decreto 780 de 2016, una vez efectuado el recaudo efectivo del copago y/o cuota moderadora por parte del **CONTRATISTA** y bajo el entendido que estos conceptos son de la EPS, se tiene que estos valores se constituirán como parte de pago del precio de este contrato, debiendo por tanto ser descontados, previa validación por parte de la **ENTIDAD** y detallados en la factura presentada a la **ENTIDAD**, así como aportar a título de anexo a la misma, la relación de los valores recaudados por estos conceptos para efectos del descuento aplicable, de acuerdo con lo previsto en la cláusula de forma de pago del presente documento; cuando la **ENTIDAD** así lo requiera, el **CONTRATISTA** allegará certificado emitido por su revisor fiscal respecto de los valores recaudados por concepto de copagos y cuotas moderadoras.

Para los casos en los que sea imposible por parte del **CONTRATISTA** el cobro efectivo de estos copagos y/o cuotas moderadoras, sea porque el afiliado no cuenta con la capacidad de pago u otro motivo, el **CONTRATISTA**, deberá notificar a la **ENTIDAD**, conforme lo establece el anexo correspondiente al manual de contratación.

PARÁGRAFO PRIMERO. - El **CONTRATISTA** se obliga a mantener el soporte de los recibos de caja correspondientes de acuerdo con las normas generales de archivo, y a efectuar su entrega por solicitud de la ENTIDAD en los términos de respuesta señalados en el presente documento.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - Para los casos de atención de usuarios de movilidad que pertenezcan al régimen subsidiado, el **CONTRATISTA** procederá a la atención correspondiente y solo cobrará copagos o cuotas de recuperación cuando haya lugar a ello de conformidad con lo señalado en la normatividad vigente.

DÉCIMA SÉPTIMA. - AUDITORÍA MÉDICA: El **CONTRATISTA** se obliga a implantar su propio sistema de auditoría médica y a permitir que el personal de Auditoría Médica de la **ENTIDAD** realice inspección y control sobre las historias clínicas de sus afiliados que hayan sido o estén siendo atendidos por el **CONTRATISTA**. Lo anterior, de conformidad con el numeral 4 del artículo 180 de la Ley 100 de 1993, la Resolución 3905 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud, , Decreto 441 de 2022 y la Resolución 741 de 1997 expedida por el Ministerio de Salud, la Resolución 1995 de 1999, el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016, y demás normas que las modifiquen, adicionen o aclaren. Teniendo en cuenta que una de las funciones de la **ENTIDAD** es el control de la atención y la calidad de los servicios prestados por el **CONTRATISTA** a sus afiliados, el **CONTRATISTA** suministrará al personal de auditoría médica de la **ENTIDAD**, en cualquier momento y en el término que esta le señale, o en su defecto en lo previsto en el presente documento, la información que esta última requiera en relación con la salud y atención médica a los afiliados, así como las guías, protocolos y demás documentos clínicos del **CONTRATISTA** que a juicio de la **ENTIDAD** se requieran para la evaluación de un caso determinado.

En casos de interés para la **ENTIDAD**, tales como eventos centinela, eventos adversos y situaciones especiales, entre otros, el área de auditoría médica de la **ENTIDAD** podrá solicitar análisis interno de auditoría al **CONTRATISTA**, quien se obliga a efectuarlo de conformidad con lo previsto en el presente contrato, para efectos de evaluación, análisis y plan de mejora en reunión interinstitucional en la que deberá participar la Dirección Médica del **CONTRATISTA** o el área de esta que haga sus veces. En todo caso, el **CONTRATISTA**, previa solicitud del área de auditoría médica de la **ENTIDAD**, deberá cumplir con los indicadores contemplados en el proceso de auditoría de calidad de segundo orden, de acuerdo con las dimensiones que defina como aplicables la **ENTIDAD** a través del "Manual del Prestador Plan de Beneficios en Salud", documento anexo al presente acuerdo de voluntades y que hace parte integral del mismo, para lo relacionado con la gestión y seguimiento de la calidad con el **CONTRATISTA**.

De igual manera y como medio de control de los servicios prestados, para efectos de establecer su forma y calidad, así como el estado de salubridad o cuidado de las instalaciones, entre otros, la **ENTIDAD** podrá, cuando lo estime conveniente, por sí misma o por quien designe para tales efectos, inspeccionar dichas instalaciones, y en general, verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación de conformidad con el Decreto 780 de 2016 y demás normas concordantes, durante la vigencia de la presente relación comercial. Igualmente y con fines de auditoría, la **ENTIDAD** podrá examinar y tomar copia o en general cualquier tipo de registro fotográfico de las Historias Clínicas de los usuarios que sean atendidos por el **CONTRATISTA**.

DÉCIMA OCTAVA. - SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO: Dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016, la **ENTIDAD** ejercerá la vigilancia y realizará el seguimiento del contrato conforme lo considere pertinente.

Para efectos que la **ENTIDAD** pueda realizar el necesario acompañamiento, teniendo en cuenta las competencias de esta última como Entidad Administradora de Planes y Beneficios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la obligación derivada de lo anterior de contar con la totalidad de la información respecto de servicios prestados a sus afiliados, y sin perjuicio de la obligación de anexar los correspondientes RIPS, la **ENTIDAD** podrá exigir cuando a bien lo considere los soportes de cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales, verificar criterios tales como oportunidad, calidad, etc. y con base en ello tomar las decisiones que a bien considere.

DÉCIMA NOVENA. - OBLIGACIÓN ESPECIAL: Será obligación especial del **CONTRATISTA** a través de su personal asistencial, administrativo y/o de apoyo, sin importar la naturaleza de su vinculación a esta, atender a los afiliados de la **ENTIDAD** con la mayor calidez y con respeto de sus derechos y garantías constitucionales. En tal virtud, la **ENTIDAD** podrá en cualquier momento sugerir el cambio de alguno de los miembros del personal adscrito y/o vinculado al **CONTRATISTA**, que presten servicios en forma directa a los afiliados a la **ENTIDAD**, cuando está tenga conocimiento y/o quejas relacionadas con inconformidad en el servicio, para lo cual el **CONTRATISTA** evaluará dicha solicitud, entendiéndose el cambio única y exclusivamente para efecto de atención a los afiliados de la **ENTIDAD**.

PARÁGRAFO.- En atención a que en virtud de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 es función de las empresas promotoras de salud garantizar la atención en salud de sus afiliados, de manera directa o a través de la red

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

externa que contrate para tales fines, como en el presente caso, es una obligación implícita del **CONTRATISTA**, prestar dichos servicios con alto grado de calidad, idoneidad e integridad por parte del personal adscrito y/o vinculado a él, bajo el entendido de que son ellos quienes en últimas tienen el contacto directo con los afiliados y beneficiarios de la **ENTIDAD** para la prestación del servicio, motivo por el cual la **ENTIDAD** contrata teniendo en cuenta las calidades antes mencionadas, entre otros criterios, pues la credibilidad y el buen nombre de la **ENTIDAD** depende en gran medida de la forma y las condiciones en que el personal adscrito y/o vinculado al **CONTRATISTA** preste el servicio.

VIGÉSIMA.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: El **CONTRATISTA** para los fines de seguimiento al cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en particular de lo previsto en la Resolución 256 de 2016, emanada del Ministerio de Salud y del Decreto 780 de 2016 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, se obliga, durante todo el tiempo en que se encuentre vigente la relación contractual entre las partes, a diligenciar y entregar a la **ENTIDAD** los indicadores del Sistema Garantía de la Calidad, con la siguiente periodicidad: se realizarán dos (2) entregas al año así: la primera correspondiente al primer semestre del año, a más tardar en agosto del año en curso y, la segunda correspondiente al segundo semestre del año, a más tardar en marzo del año siguiente.

VIGÉSIMA PRIMERA. - CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE ORDEN LEGAL: El **CONTRATISTA** cumplirá con las condiciones sanitarias, el régimen de referencia y contrarreferencia, pago de la Tasa de Contribución a la Superintendencia Nacional de Salud, mantener vigente el registro mercantil y demás obligaciones propias de la prestación de los servicios de salud.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - CONFIDENCIALIDAD: El **CONTRATISTA** mantendrá bajo reserva, confidencialmente y sin revelación a terceras personas, toda la información confidencial que le sea suministrada o que sea por él conocida en ejecución del presente contrato y se obliga a no emplearla para el desarrollo de actividades diversas a las que constituyen el objeto del presente contrato. Para los efectos de este negocio jurídico la expresión "información confidencial" incluye toda la información relativa a las operaciones de la **ENTIDAD**, así como respecto de la información (nombres, números de identificación y números telefónicos) que la **ENTIDAD** consigne, así como toda aquella que curse en las redes del **CONTRATISTA**. La información tendrá carácter confidencial cualquiera sea el medio bajo el cual haya sido facilitada, comprendiendo la información vertida en software de computador o en medios de almacenamiento electrónico, así como la que consiste en datos, testimonios, noticias, documentos, gráficos, referencias orales, visuales o escritas. La obligación de confidencialidad a cargo del **CONTRATISTA**, dadas las circunstancias, estará vigente hasta el momento en que por medios diferentes a su propia actividad, la de sus dependientes y asesores y en general de personas bajo su control, se haga de dominio público. En consecuencia, se prolongará más allá de la vigencia de cualquier relación contractual que entre las partes actualmente exista o llegue a existir.

La terminación de este contrato conllevará la devolución del material escrito y/o medios magnéticos y/o electrónicos y en general de la información que no sea del dominio público y que haya sido suministrada durante la vigencia del presente contrato de prestación de servicios. El **CONTRATISTA** hará del conocimiento de sus empleados y de terceros involucrados en la ejecución del presente contrato el alcance de este compromiso de confidencialidad y será responsable de que éstos cumplan con el manejo confidencial de la información; sin embargo, el **CONTRATISTA** se obliga a restringir el conocimiento de la información confidencial que se suministre únicamente a las personas que estrictamente deban conocerla para el cabal cumplimiento del contrato. El **CONTRATISTA** será patrimonialmente responsable ante la **ENTIDAD** por todos los perjuicios, que éste último sufra por razón del incumplimiento en que el primero incurra en relación con esta obligación de no hacer a su cargo. El **CONTRATISTA** podrá revelar a las autoridades competentes, para los fines y en los casos previstos expresamente en las leyes vigentes, la información confidencial de que trata este acuerdo, cuando ello sea necesario en cumplimiento de obligaciones y deberes legales. En tal caso el **CONTRATISTA** informará el hecho previamente a la **ENTIDAD**, indicando la autoridad a la cual será revelada la información confidencial, así como los motivos que justifican su proceder. En relación con la obligación de confidencialidad de que trata este acuerdo, el **CONTRATISTA** asume obligaciones de resultado.

VIGÉSIMA TERCERA.- INDEMNIDAD: El **CONTRATISTA** mantendrá indemne a la **ENTIDAD** tanto durante la vigencia del presente contrato como después de la terminación del mismo, frente a cualquier tipo de reclamación o acción legal de cualquier naturaleza (administrativa, civil, comercial, laboral y/o penal), que se dé en curso de

un trámite extraprocesal, prejudicial, judicial, administrativo, de solución alternativa de conflictos, etc.; y que se derive a juicio de la **ENTIDAD** del incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, su omisión o extralimitación y/o de las relaciones o controversias contractuales, extracontractuales, actuaciones administrativas que tenga respecto o con trabajadores suyos, agentes, colaboradores, subcontratistas, o cualquier tercero, durante el desarrollo del presente contrato, con ocasión del mismo o incluso una vez finalizado.

En caso que se imponga cualquier tipo de condena judicial, arbitral, y/o sanción administrativa a la **ENTIDAD**, este tendrá derecho a descontar el valor de tales erogaciones de cualquier suma que se le adeude al **CONTRATISTA**. Si no lo hubiese, podrá cobrarse por la vía ejecutiva, para lo cual este contrato junto con el título contentivo de la sanción o condena prestará mérito ejecutivo.

No obstante lo anterior, la **ENTIDAD** se reserva la facultad de efectuar el correspondiente llamamiento procesal en garantía, denunciar en pleito o vincular de cualquier forma al **CONTRATISTA**, quien con la suscripción del presente contrato se obliga a hacerse parte dentro del correspondiente trámite, proceso y/o actuación y a salir en defensa de la **ENTIDAD**, asumiendo el CONTRATISTA todos los costos que ello llegue a representar, entre otros, pero sin limitarse a ellos: gastos de defensa técnica jurídica (abogados), transportes, estadías, viáticos, costas de procesos, intereses de toda clase, daño emergente, lucro cesante, condenas, sanciones, etc., hasta el valor mismo que haya lugar a cancelar.

VIGÉSIMA CUARTA. - AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE INFORMACIÓN: El **CONTRATISTA** autoriza a la **ENTIDAD** para consultar en cualquier momento la información sobre el comportamiento comercial, crediticio o de cualquier índole del **CONTRATISTA**, que repose en bases de datos públicas o privadas.

VIGÉSIMA QUINTA. - GARANTÍAS: El **CONTRATISTA** se obliga a entregar a la **ENTIDAD** la póliza de responsabilidad civil profesional con que cuenta, con el objeto de amparar eventuales reclamaciones por parte de los usuarios con ocasión de los servicios que ofrece el **CONTRATISTA**. El asegurado será el **CONTRATISTA** y los beneficiarios los terceros afectados y/o la **ENTIDAD**. El valor asegurado será de por lo menos **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (456 SMLMV)**. Si la póliza llegase a tener algún tipo de sublimites, el contratista siempre debe garantizar el valor asegurado pactado, durante toda la vigencia del contrato.

PARÁGRAFO RIMERO. - En caso tal que el presente contrato se prorrogue, se deberá ajustar la garantía por el valor en pesos que representen los salarios mínimos legales mensuales vigentes indicados al momento de la prórroga y así sucesivamente durante toda la vigencia de la relación contractual.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - REPOSICIÓN DE LA GARANTÍA: El **CONTRATISTA** se obliga para con la **ENTIDAD** a reponer hasta el monto de las garantías cada vez que en razón de los riesgos por ellas cubiertas, las mismas se disminuyeren o agotaren.

PARÁGRAFO TERCERO. - Cuando la compañía que expida la garantía o póliza de seguros sea intervenida por el Gobierno Nacional o por autoridad competente o en general cualquier otra situación que genere incertidumbre respecto del pago del riesgo asegurado, el **CONTRATISTA** deberá de manera inmediata presentar nuevas pólizas o garantías que reemplacen las expedidas por la compañía intervenida.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. - El **CONTRATISTA** se obliga al momento de renovar su póliza de responsabilidad civil médica / profesional, esto es, el día **01** del mes de **12** del año **2023**, a aumentar el valor asegurado de esta a **NOVECIENTOS OCHENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (980 SMLMV)**, así como a expedirla con el lleno de los requisitos exigidos por la ENTIDAD. Si dentro del término previsto no lo hiciere y, se llegase a producir o a identificar un evento adverso o un sinestro durante ese tiempo de desprotección o sin la cobertura de estos posibles riesgos, el **CONTRATISTA** asumirá el evento con sus propios recursos y con su propio patrimonio, la no modificación en la renovación de la mencionada póliza generará la posible terminación del contrato con justa causa, por incumplimiento de las obligaciones.

VIGÉSIMA SEXTA. - CESIÓN: El **CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato ni los derechos u obligaciones derivados del mismo sin autorización previa, expresa y escrita de la **ENTIDAD**, ya que la prestación de los servicios de salud por parte del **CONTRATISTA** a los afiliados y beneficiarios a la **ENTIDAD**

se contrata *intuito personae*, es decir, en consideración a las calidades del **CONTRATISTA**.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. - REPRESENTACIÓN: Ninguna de las obligaciones contenidas en las disposiciones anteriores generarán, en ningún caso, vínculo adicional entre el **CONTRATISTA** y la **ENTIDAD**, ni habilitarán al **CONTRATISTA** para representar a la **ENTIDAD** a ningún título, ni viceversa. A la **ENTIDAD** y al **CONTRATISTA** no los une acuerdo de voluntades alguno de MANDATO, COMISIÓN ni AGENCIA COMERCIAL y, en consecuencia, carecen de autorización o vínculo contractual que los faculte para representar al otro, ni para anunciarse como titular de alguna de dichas calidades.

VIGÉSIMA OCTAVA. - RESPONSABILIDAD: Cuando la **ENTIDAD** detecte o tenga conocimiento, por cualquier medio y en cualquier tiempo, de algún tipo de indicio de atención insegura en sus usuarios contraria a protocolos, guías, etc., que haya generado un daño o que sea potencialmente dañina conforme a la *Lex Artis*, y que sea imputable al **CONTRATISTA**, las partes acogerán el siguiente procedimiento:

I. Una vez la **ENTIDAD** tenga conocimiento de algún caso en el cual se evidencie o haya indicios de atención insegura por cualquiera de las fuentes, dentro de las cuales se encuentran sin limitarse a ellas: auditorías medicas institucionales, proceso de autorización, facturación y cuentas, remisiones de otras IPS, solicitudes de conciliación prejudicial, demandas judiciales, notificación de investigaciones administrativas, etc., solicitará al **CONTRATISTA** un análisis del caso el cual debe ser presentado por escrito dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud y que debe contener como mínimo: objetivos, acciones realizadas por el personal de salud una vez detectó la presunta falla, plan de acción, responsables, tiempos de ejecución y demás que el **CONTRATISTA** considere pertinentes y cuya finalidad sea disminuir en un futuro los riesgos que generaron la presunta falla y aquellos derivados exclusivamente de ésta.

En caso que el **CONTRATISTA** no presente el informe dentro del término antes establecido, se entenderá que éste acepta la responsabilidad sobre el caso objeto de estudio.

II. Una vez recibido el informe, la **ENTIDAD** procederá a realizar un análisis crítico del caso. Si en el mismo, el **CONTRATISTA** acepta que la falla de la atención en salud es imputable a él o a su personal, o en su defecto y por las pruebas del caso es clara la responsabilidad de éste, la **ENTIDAD** determinará la suma que debe asumir el **CONTRATISTA** en relación con el valor total de las atenciones que hubiesen sido necesarias para mitigar los riesgos derivados de la respectiva falla en la atención.

III. Por el contrario, en caso que del informe que presente el **CONTRATISTA** no pueda ser imputada la responsabilidad a éste o el **CONTRATISTA** no la acepte, se procederá a conciliar en primera instancia entre las partes, revisando los indicios y pruebas existentes en cada caso en particular. En caso de acuerdo entre las partes sobre el particular, se procederá según el numeral anterior.

De cada una de estas instancias, las partes suscribirán el acta correspondiente.

En caso que luego de realizar el procedimiento antes descrito, se compruebe la responsabilidad del **CONTRATISTA**, la **ENTIDAD** procederá de la siguiente manera:

I. Cuando el evento sea detectado antes del pago de las facturas correspondientes a la falla en la atención, la **ENTIDAD** procederá a cancelar el valor que no tenga relación directa o indirecta con la presunta falla y el saldo será retenido bajo concepto de revisión hasta tanto y según el procedimiento antes señalado las partes verifiquen la responsabilidad del **CONTRATISTA**, lo cual es aceptado de manera expresa e irrevocable por este.

II. Si por el contrario, la presunta falla es detectada con posterioridad al pago de las facturas correspondientes a la atención, la **ENTIDAD** podrá descontar el valor a que haya lugar de la próxima facturación, lo cual es aceptado de manera expresa e irrevocable por el **CONTRATISTA**.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

En todo caso, el valor que tendrá que asumir el **CONTRATISTA** por la falla derivada de la prestación de servicios de salud, podrá ser hasta del cien por ciento (100%) del valor total de la facturación del caso en particular y de los perjuicios a los que hubiera lugar; valor que será definido por la **ENTIDAD** según criterios tales como:

- ✓ Que el indicador de la presunta falla se encuentre dentro del estándar definido por el **CONTRATISTA**.
- ✓ Si las fallas en la atención en salud han sido reiterativas.
- ✓ Según los criterios del plan de mejora presentado por el **CONTRATISTA**.
- ✓ Perjuicios ocasionados al usuario.

PARÁGRAFO PRIMERO. - En caso que se verifique y compruebe que la falla en el servicio es imputable al **CONTRATISTA** y sin perjuicio de los descuentos económicos a los que haya lugar, el **CONTRATISTA** tendrá que presentar un plan de mejora y cumplir con el mismo, para lo cual la **ENTIDAD** podrá realizar visitas, auditorías, solicitar avances y demás acciones que considere para verificar lo anterior. Si se llegare a evidenciar el incumplimiento del plan de acción o se presenten presuntos casos de fallas derivadas de la atención en salud de manera reiterativa, podrá la **ENTIDAD** dar por terminado el presente contrato de manera inmediata con justa causa y sin lugar a indemnización de ningún tipo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - La responsabilidad de que trata la presente cláusula y el procedimiento aquí señalado, podrá ser aplicado en cualquier momento una vez se verifique indicio de atención insegura presuntamente imputable al **CONTRATISTA**, independientemente de la fecha en la cual se haya prestado el servicio objeto de la presunta falla.

PARÁGRAFO TERCERO. - Para todos los efectos, los casos evaluados bajo el procedimiento señalado en la presente cláusula y los resultados del mismo, están sometidos a la confidencialidad en los términos pactados en la cláusula de CONFIDENCIALIDAD del presente contrato y en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO CUARTO. - La **ENTIDAD** no asumirá ante terceros, ni ante el **CONTRATISTA**, las obligaciones legales que se deriven de acciones judiciales, prejudiciales, arbitrales o administrativas promovidas contra el **CONTRATISTA** en virtud de los hechos que generaron los descuentos, deducciones o retenciones monetarias que operen entre las partes a través del procedimiento establecido en la presente cláusula.

VIGÉSIMA NOVENA. - CLÁUSULA COMPROMISORIA: Cualquier conflicto que surja de la celebración, ejecución, interpretación, terminación y/o liquidación del presente contrato, será resuelto de común acuerdo entre las partes; si dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la solicitud correspondiente ello no resultare posible acudirán a un tribunal de arbitramento que se sujetará a las siguientes reglas:

1. La sede del Tribunal será en la ciudad de Bogotá, D.C. y el arbitraje será administrado por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá.
2. El Tribunal de Arbitraje estará conformado por un (1) árbitro si la cuantía del litigio no sobrepasa los doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales vigentes. De sobrepasar dicha cuantía el Tribunal de Arbitraje estará conformado por tres (3) árbitros.
3. Los árbitros serán designados por la Cámara de Comercio de Bogotá.
4. Los árbitros decidirán en derecho, y deberán ser abogados.
5. Al funcionamiento del Tribunal se aplicarán las normas vigentes al momento de su constitución.

PARÁGRAFO. - La cláusula COMPROMISORIA prevista en la presente disposición, NO aplicará cuando la **ENTIDAD** llame al **CONTRATISTA** en garantía, le denuncie el pleito, o se le cite como litisconsorte necesario como consecuencia de un trámite conciliatorio (o cualquier método de solución de conflictos), un litigio judicial o arbitral.

TRIGÉSIMA.- ORIGEN DE FONDOS: El **CONTRATISTA** conoce, entiende y acepta, que la **ENTIDAD** en cumplimiento de su obligación legal de prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo, y siguiendo los lineamientos establecidos en la Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, así como los estándares internacionales del GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional) podrá terminar el presente contrato, cuando el nombre del **CONTRATISTA**, el de alguno de sus socios, o de sus representantes legales haya sido incluido en la lista OFAC (Office of Foreign Assets

Control), las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas vinculantes para Colombia, o en cualquier otra de igual o similar naturaleza, de carácter nacional o internacional, en la que se publiquen los datos de las personas condenadas o vinculadas por las autoridades nacionales o internacionales, de manera directa o indirecta, con actividades ilícitas, tales como financiación del terrorismo, lavado de activos y delitos subyacentes.

TRIGESIMA PRIMERA.- PREVENCIÓN DE SOBORNO, CORRUPCIÓN, FRAUDE Y OPACIDAD: EL CONTRATISTA declara que conoce y se compromete a cumplir toda la legislación nacional e internacional aplicable, incluidas las políticas internas de conducta y buen gobierno de la **ENTIDAD**, relacionadas con el soborno, corrupción, fraude, opacidad, así como cualquier otra actividad ilícita similar, con el fin de mantener la transparencia en la relación comercial, conservar la ética empresarial y las buenas prácticas profesionales.

El incumplimiento a lo establecido en la presente cláusula, así como en los casos en que **EL CONTRATISTA**, sus representantes y/o accionistas estén o sean vinculados a bases de datos, o listas nacionales o internacionales vinculantes para Colombia que indiquen la posible relación de personas naturales y/o jurídicas con soborno, corrupción, fraude, opacidad, así como cualquier otra actividad ilícita similar, y/o sean considerados por la autoridad correspondiente como responsables de soborno, corrupción, fraude, opacidad, así como cualquier otra actividad ilícita similar, dará derecho a la **ENTIDAD** a dar por terminado de manera unilateral, inmediata y con justa causa el presente contrato, sin que por ello se cause a su cargo obligación de reconocimiento y pago de suma alguna por concepto de indemnización, penalidad y/o sanción de ninguna clase.

TRIGÉSIMA SEGUNDA. - TERMINACIÓN: La terminación del presente contrato podrá también darse por alguna de las siguientes causas, las cuales operan de manera inmediata a partir de la fecha que disponga la parte que pretende la terminación, sin necesidad de cumplir con un término de preaviso:

1. Mutuo consenso expresado por escrito.
2. Sentencia judicial o acto jurídico de iguales efectos que así lo determine.
3. Justa causa por parte de la **ENTIDAD** si se presentare alguna de las siguientes causales: *a)* Incumplimiento del **CONTRATISTA** de las obligaciones consignadas en el presente documento y las necesariamente conexas y de ley; *b)* Cualquier acción u omisión que afecte los intereses de la **ENTIDAD**; *c)* Cuando sobrevenga cualquier cambio normativo y/o legal que imposibilite la operación de la **ENTIDAD** o que haga inviable la continuidad de la presente relación contractual; *d)* No cumplimiento de los requisitos de habilitación por parte del **CONTRATISTA**, a juicio de auditoría de la **ENTIDAD**, de conformidad con el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, y demás normas que la aclaren, adicionen, desarrollen, amplíen o deroguen; *e)* Encontrarse reseñado el **CONTRATISTA** en el listado del Office of Foreign Assets Control (OFAC), emitida por el departamento del tesoro de los Estados Unidos, o por encontrarse inmerso en alguna de las causales establecidas en la cláusula de Origen de Fondos del presente contrato; *f)* Inicio de trámite concordatario o declaración de liquidación obligatoria del **CONTRATISTA**; *g)* La subcontratación de servicios sin autorización de la **ENTIDAD**, aún en los casos permitidos por las normas vigentes.
4. Justa causa por parte del **CONTRATISTA** si se presentare alguna de las siguientes causales: *a)* Incumplimiento de la **ENTIDAD** de las obligaciones consignadas en el presente documento y las necesariamente conexas y de ley.
5. Por disolución o liquidación del **CONTRATISTA** o la **ENTIDAD**.
6. Para efectos del presente contrato, será considerado como caso fortuito de la **ENTIDAD** y dará lugar a su terminación en cualquier momento por parte de esta sin que haya lugar al pago de ninguna clase de indemnización o sanción, cualquier modificación que se realice respecto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su marco jurídico, que cambie la naturaleza jurídica, roles y/o funciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, de tal manera que afecte o haga inviable su operación, teniendo en cuenta las condiciones existentes al momento de la suscripción de este documento.

PARÁGRAFO PRIMERO. - Independientemente de la causa y forma de terminación del presente contrato, una vez se produzca la misma, el **CONTRATISTA** se obliga a entregar a la **ENTIDAD** toda la información con que cuente relacionada con los usuarios atendidos durante la vigencia de la relación contractual. En todo caso las historias clínicas deberán ser conservadas por el **CONTRATISTA**, por ser de acuerdo con la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, su custodia natural, cumpliendo las normas legales que al respecto existen. La entrega de esta información será una condición para que la **ENTIDAD** realice el pago de los saldos que pueda llegar a tener a favor del **CONTRATISTA**. Para tales efectos las partes habrán de diseñar

sistemas de información que permitan cumplir con esta obligación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - CESACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: El **CONTRATISTA** bajo ninguna circunstancia podrá suspender, retirar servicios de salud objeto del presente contrato o cesar la prestación de los mismos, conducta que se considerará como incumplimiento grave en las obligaciones del **CONTRATISTA**. Para que la suspensión, retiro o cesación de los servicios se entienda válida y no constituya incumplimiento alguno, debe ser notificada por el **CONTRATISTA** a la **ENTIDAD**, mediante escrito y dentro de los sesenta (60) días anteriores a la fecha de suspensión, cesación o retiro del servicio, en donde deberá justificar el motivo de la suspensión, debiendo ésta solicitud ser aceptada por la **ENTIDAD** para que pueda realizarse por parte del CONTRATISTA. De lo contrario, éste deberá continuar prestando los servicios contratados.

PARÁGRAFO TERCERO. - Cualquiera sea la causa de terminación del presente contrato, para todos los efectos del mismo, se surtirán todos los alcances de la terminación del artículo 2.5.3.4.6.2 del Decreto 780 de 2016, sin detrimento de la resolución y/o conciliación de cuentas que eventualmente queden pendientes y que serán resueltas en los tiempos dispuestos por la legislación especial sobre la materia.

TRIGÉSIMA TERCERA. - PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 (por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y el Decreto 1377 de 2013 (por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012), y habida cuenta que al tenor de tales disposiciones legales, las partes son conocedoras y aceptan que:

La **ENTIDAD** en cumplimiento de su objeto social y en particular de sus finalidades como actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud es responsable del tratamiento de datos personales, entendido como la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales y datos sensibles necesarios, pertinentes y adecuados para el correcto cumplimiento de nuestro objeto social, de personas naturales y/o jurídicas (afiliados, usuarios, contratistas, colaboradores y/o trabajadores suyos, etc.).

La **ENTIDAD** como responsable del tratamiento tiene una serie de obligaciones respecto a los titulares de la información, obligaciones que en términos generales, entre otras, se circunscriben a, contar con la debida autorización para el tratamiento, conservar la información bajo condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, actualizar y rectificar la información, así como exigir al encargado del tratamiento en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información del titular y en general a garantizar al titular su derecho de habeas data. Lo anterior, entre las demás obligaciones previstas en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

En desarrollo de este contrato y para dar cumplimiento a las obligaciones que el **CONTRATISTA** ha asumido frente a la **ENTIDAD**, es posible que el primero realice el tratamiento de datos personales o datos sensibles respecto de los cuales la **ENTIDAD** es responsable en los términos arriba anotados, sin perjuicio de la información que el **CONTRATISTA** recolecte, almacene y conozca en virtud de la ejecución del presente contrato, en relación con datos personales y datos sensibles de los usuarios de la **ENTIDAD**, así como de sus afiliados, su grupo familiar, colaboradores, entre otros, tales como y sin limitarse a estas, las historias clínicas de todos los anteriores.

Dado lo anterior y habida cuenta que el tratamiento que pueda realizar el **CONTRATISTA** de la mencionada información lo convierte, en los términos de la Ley 1581 de 2012, en Encargado del Tratamiento (persona natural o jurídica, pública o privada, que por sí misma o en asocio con otros realice el tratamiento de datos personales por cuenta del Responsable del Tratamiento) éste, debe entonces respetar las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular. Es entonces que en virtud de lo anterior las partes acuerdan:

En caso que en desarrollo del objeto de este contrato el **CONTRATISTA** llegue a tener acceso a datos personales de personas naturales y/o jurídicas que tengan algún vínculo con la **ENTIDAD** ya sea como afiliados, usuarios, contratistas, trabajadores, colaboradores, etc., el **CONTRATISTA** se obliga a respetar, mantener absoluta reserva y confidencialidad y de cualquier manera garantizar la seguridad y privacidad de la información y/o datos personales sensibles que le sean transmitidos o que de cualquier forma o medio llegue a conocer y/o que sean por éste recolectados, almacenados, usados, objeto de circulación o en general de cualquier operación o conjunto de operaciones, bajo los términos y/o condiciones que indique tanto la normatividad vigente como la Política para el Tratamiento de la Información y/o datos personales de la **ENTIDAD**, la cual se encuentra publicada en el

siguiente link de la **ENTIDAD** **https://saludtotal.com.co/proteccion-de-datos-personales/** y hace parte integral del presente contrato para todos los efectos. Así mismo, el **CONTRATISTA** se obliga a contar con los medios técnicos, humanos y administrativos que sean necesarios para otorgar confidencialidad y seguridad a los datos evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento y garantizando que la información es veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.

En virtud de lo anterior, el **CONTRATISTA**, sin ser esta una indicación taxativa, está obligado a usar y/o conservar la información en óptimas condiciones de seguridad, a tramitar en los términos legales, las consultas y los reclamos formulados por los titulares de la información y/o por la **ENTIDAD**, respecto al tratamiento que haga de la información; y en general las demás establecidas en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013. Así entonces, le queda expresamente prohibido al **CONTRATISTA** disponer, usar, difundir y/o transmitir de cualquier modo la información y/o datos sensibles o personales a los que tenga acceso en desarrollo del presente contrato, ya que, dicha información debe ser recolectada, conservada y usada única y exclusivamente para el desarrollo del mismo y bajo la confidencialidad y seguridad antes anotada.

Para efectos de lo anterior, el **CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad que se derive del mal tratamiento de la información y/o incumplimiento a lo establecido en esta cláusula o en la normatividad vigente para con la **ENTIDAD** y/o con los titulares de la información, por lo que responderá directamente con su patrimonio por los perjuicios que pueda ocasionar, como quiera que es conocedor de los mecanismos de vigilancia y sanción establecidos en el Titulo VII de la Ley 1581 de 2012, sin perjuicio de las demás sanciones y/o indemnizaciones a las que haya lugar. En todo caso si la **ENTIDAD** fuere sancionada y/o condenada por causa (acciones u omisiones) atribuible al **CONTRATISTA**, podrá la **ENTIDAD** iniciar las acciones de repetición correspondientes, o realizar los descuentos a los que haya lugar según lo establecido en el presente contrato.

Al finalizar la relación contractual con la **ENTIDAD**, el **CONTRATISTA** se obliga a garantizar la confidencialidad de la información y/o datos personales o sensibles que hayan sido conocidos en la ejecución de este contrato por cuenta de la **ENTIDAD** y/o en todo caso en desarrollo de este contrato, quedando expresamente prohibida la utilización y/o tratamiento de los mismos con posterioridad a la terminación del contrato para ningún fin.

TRIGÉSIMA CUARTA.- SISTEMA AUTORIZADOR WEB: En los casos en que aplique,se refiere al servicio habilitado por la **ENTIDAD**, consistente en el manejo electrónico en línea mediante órdenes e instrucciones, y solicitudes en general, dirigidas a celebrar determinadas operaciones de autorización de servicios. La **ENTIDAD** asigna al **CONTRATISTA** perfiles de usuario con sus respectivas CLAVES.

El sistema autorizador es de obligatorio uso por parte del **CONTRATISTA** en los términos señalados en el presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. - El SISTEMA AUTORIZADOR WEB, incluyendo pero no limitándose a los programas informáticos sobre los que se soporta su funcionamiento, la información, documentos, logotipos, gráficos, sonidos e imágenes que comprende, son de la exclusiva propiedad de la **ENTIDAD**, y en consecuencia, queda expresamente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, publicar, descargar o bajar, transmitir o alterarlos, en modo alguno. La **ENTIDAD** no otorga licencias sobre los derechos de propiedad del SISTEMA AUTORIZADOR WEB, sólo le concede al **CONTRATISTA**, por lo que respecta a la información contenida en el **SERVICIO**, un permiso limitado de acceder a las bases de datos de la **ENTIDAD** y autorizar la prestación de servicios, obligándose el **CONTRATISTA** a no alterarlas en modo alguno, salvo que la **ENTIDAD** así lo autorice.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- CLAVES: Se refiere a las secuencias estructuradas de caracteres electrónicos que la **ENTIDAD** le asigna al **CONTRATISTA**, utilizada como medio electrónico que identifica en forma única e inequívoca al **CONTRATISTA**. Las CLAVES tienen carácter personal, secreto e intransferible, siendo por tanto, sólo conocida por el **CONTRATISTA**, por lo que el empleo de la misma en cualquier operación del software y demás aplicativos de la **ENTIDAD** dispuestos para la ejecución del presente contrato, se reputará efectuada siempre por el **CONTRATISTA**, quien se obliga a mantener bajo su único y exclusivo conocimiento y control sus CLAVES y a no divulgarlas bajo ninguna circunstancia. En caso que las CLAVES del **CONTRATISTA** llegaran a conocimiento de terceras personas o se temiere dicha posibilidad, deberá notificarlo inmediatamente a la **ENTIDAD**, a través del Servicio de Atención que ésta habilite a fin de bloquear en forma inmediata las respectivas CLAVES. El **CONTRATISTA** será el único y exclusivo responsable de las consecuencias que se deriven del uso

de las CLAVES por cualquier otra persona, desde el momento de su divulgación o pérdida hasta el momento que realice la notificación respectiva, o el correspondiente cambio de CLAVES. El **CONTRATISTA** declara que: *a)* Acepta como propias todas las operaciones y cargos hechos a través de sus CLAVES; *b)* Es el único responsable ante la **ENTIDAD** o frente a cualquier tercero, de las operaciones que se realicen a través del software y demás aplicativos de la **ENTIDAD** dispuestos para la ejecución del presente contrato con sus CLAVES; *c)* Es el único responsable por permitir a cualquier persona la utilización del software y demás aplicativos de la **ENTIDAD** dispuestos para la ejecución del presente contrato con sus CLAVES; *d)* Es el único responsable de mantener en secreto las CLAVES y como consecuencia de ello, del uso indebido que se hiciere de estas.

PARÁGRAFO TERCERO. - EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD: La **ENTIDAD** no será responsable por ningún perjuicio directo o indirecto, resultante del uso incorrecto o de la inhabilidad para el uso de las herramientas tecnológicas objeto de este contrato por parte del **CONTRATISTA**. Tampoco será responsable por los hechos, actos u omisiones de terceros a los que eventualmente éste último llegare a encomendar el uso de las herramientas tecnológicas.

De la misma forma, el **CONTRATISTA** entiende y acepta que si por cualquier causa vinculada a factores naturales, materiales, técnicos, humanos y además en todos los supuestos de caso fortuito o de fuerza mayor o si en razón de la realización de tareas de soporte de todo o parte de los elementos que integran las mismas, las herramientas tecnológicas son interrumpidas o dejan de funcionar, la **ENTIDAD** no estará llamada a responder por las consecuencias que ello pueda generar y en tal virtud éste último no estará obligado a pagar ningún tipo de indemnización o sanción de ninguna clase.

TRIGÉSIMA QUINTA. - SISTEMAS DE INFORMACIÓN: En los casos en que aplique, el **CONTRATISTA** se obliga a contar con las licencias vigentes de sistemas operativos, software y/o programas que estén instalados en sus equipos de cómputo, de sus miembros o cualesquiera tengan la misma finalidad, a través de los cuales ingrese o utilice las herramientas tecnológicas objeto del presente contrato. Para efectos de lo anterior, el **CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad que se derive del incumplimiento de lo anterior para con la **ENTIDAD** y/o terceros, como quiera que es conocedor que el hecho de no contar con las licencias y/o permisos de programas de cómputo, licencias, etc., está tipificado dentro de la legislación colombiana como delito según el Título VIII del Código Penal Colombiano, sin perjuicio de las demás sanciones a las que haya lugar.

Las características y requisitos mínimos de los equipos, así como las políticas de seguridad informática aplicables, serán las definidas por la **ENTIDAD** y se adjuntan al presente como Anexo del presente contrato, las cuales desde ya acepta el **CONTRATISTA**.

PARÁGRAFO PRIMERO. - Las herramientas tecnológicas dispuestas por la **ENTIDAD** o terceros a través de los cuales se presten los servicios objeto del presente contrato, así como los demás aplicativos sobre los que se soporta su funcionamiento, y la información, los documentos, logotipos, gráficos, sonidos e imágenes que comprende, no pertenecen bajo ningún sentido al **CONTRATISTA**. En consecuencia, le queda expresamente prohibido al **CONTRATISTA** copiar, reproducir, distribuir, difundir, publicar, descargar o bajar, transmitir o alterarlos, en modo alguno. La **ENTIDAD** no otorga licencias sobre los derechos de propiedad de las herramientas tecnológicas a las que accede o utilice el **CONTRATISTA**, razón por la cual solo concede a éste último, un permiso limitado de acceder a las mismas y usarlas.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- Para todos los efectos en cualquier momento durante la vigencia del presente contrato, la **ENTIDAD** o un tercero designado por éste o por el titular de los derechos del licenciamiento, podrá verificar el cumplimiento de las obligaciones antes definidas, ya sea realizando las visitas respectivas, solicitando las copias de las correspondientes licencias, o a través de cualquier otro medio que a juicio de la **ENTIDAD** le permita verificar la legalidad de las licencias de los equipos de cómputo del **CONTRATISTA** y el cumplimiento de sus obligaciones antes establecidas.

La negación por parte del **CONTRATISTA** de recibir visitas, entregar documentos, etc., será entendida como incumplimiento grave y dará a la **ENTIDAD** la facultad de terminar el presente contrato de manera unilateral y anticipada.

PARÁGRAFO TERCERO. - Queda prohibido al **CONTRATISTA** la modificación, alteración, reproducción,

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

descompilación, aplicación de ingeniería inversa, comunicación, distribución, sublicencia y/o transformación de los sistemas de información y/o herramientas tecnológicas señaladas en el presente contrato.

PARÁGRAFO CUARTO.- CONTROLES DE SEGURIDAD PARA ACCESO A INFORMACION Y SISTEMAS DE INFORMACION CRITICA DE SALUD TOTAL EPS- S.A.: En los casos en que el CONTRATISTA tenga acceso a Bases de Datos, Información Documental, Sistemas de Información e Infraestructura Tecnológica de la ENTIDAD, el CONTRATISTA se obliga a cumplir los requisitos de seguridad de la información auditables y descritos en el documento interno "A-GTIC-F042 FORMATO AUDITORÍA A SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PROVEEDORES SGSI", el cual declara conocer, hace parte integral del presente contrato y contempla los siguientes aspectos:

a. **Controles normativos:** Comprenden la aplicación de buenas prácticas relacionadas a Seguridad de la Información, Calidad del Servicio, Continuidad del Negocio y Protección de Datos Personales.
b. **Controles de seguridad física de oficinas:** Comprenden la implementación de controles tales de acceso físicos y electrónicos, Guardas de Seguridad, Identificación física de funcionarios, CCTV y Guayas de seguridad de equipos de cómputo.
c. **Controles de seguridad lógica:** Comprenden el uso de Directorio Activo con manejo de Perfiles de usuario, implementación de Antivirus, gestión de actualizaciones del SO, Escritorio limpio, restricción de Recursos compartidos, control en Navegación a internet, políticas de uso de dispositivos personales e implementación de Firewall.
d. **Controles de seguridad en red de datos y potencia:** Comprenden el uso de Canaletas y Bandejas porta cable, cuartes técnicos para la Seguridad física de la red, Seguridad lógica de la red, Potencia regulada – UPS y Planta eléctrica.
e. **Controles de seguridad en Centro de Datos:** Comprenden la aplicación de buenas prácticas para la gestión de Centro de Datos, Controles de acceso, CCTV y Sistema de Extinción de incendios.
f. **Controles de seguridad frente a Contingencias Tecnológicas:** Contemplan la implementación de contingencias para Canales de comunicaciones, Personal, Locaciones, Equipos de cómputo y Data Center Alterno.
g. **Controles de seguridad frente al Personal involucrado en el servicio prestado:** Contempla la implementación de cláusulas de confidencialidad en los contratos laborales del personal vinculado con el CONTRATISTA.

TRIGÉSIMA SEXTA.- CLÁUSULA PENAL: *A)* COMPENSATORIA: El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones asumidas por el **CONTRATISTA** en virtud del presente contrato, dará derecho a la **ENTIDAD** a solicitar el pago a título de pena compensatoria, de una suma de dinero equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor promedio de las últimas seis (6) facturas radicadas por el **CONTRATISTA**, y sin perjuicio de que la **ENTIDAD** pueda hacer exigible la obligación principal o el subrogado pecuniario, y en ambos casos la indemnización de perjuicios, así como de proceder a su terminación con justa causa, sin perjuicio de la indemnización ordinaria de daños. ***(B)* MORATORIA:** El retardo en que incurra el **CONTRATISTA** en la debida ejecución de las obligaciones a su cargo, dará derecho a la **ENTIDAD** a solicitar a título de pena moratoria, el pago de una suma equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (1SMMLV), por cada día de retardo, hasta el límite del quince por ciento (15%) del valor total del contrato, sin perjuicio de los demás daños que llegare a sufrir la **ENTIDAD** como consecuencia de la mora en que incurra el **CONTRATISTA**.

PARÁGRAFO PRIMERO. - El **CONTRATISTA** autoriza a la **ENTIDAD** para que el valor de la CLÁUSULA PENAL a que se refiere esta cláusula, sea descontado del saldo pendiente de pago a su favor en virtud del presente contrato o por cualquier relación comercial entre las partes. Si no lo hubiese, podrá cobrarse por la vía ejecutiva, renunciando el **CONTRATISTA** con la suscripción del presente contrato a requerimientos judiciales o extrajudiciales, de manera que este documento y la liquidación de los perjuicios constituye título ejecutivo para el cumplimiento de la sanción pecuniaria, para lo cual este contrato prestará mérito ejecutivo. Asimismo, en el evento en que se causen intereses de mora por cualquier concepto, la tasa de interés aplicable será la máxima legal comercial certificada por la Superintendencia Financiera, o quien haga sus veces, a la fecha de la causación de los mismos.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - La **ENTIDAD** podrá cobrar la pena establecida en la presente cláusula, y a su vez exigir el cumplimiento del contrato, por tanto, el pago de la pena no extingue el cumplimiento de las obligaciones

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

pactadas.

PARÁGRAFO TERCERO. - Sin perjuicio de lo anterior, la **ENTIDAD** conserva la posibilidad de solicitar la indemnización de los perjuicios, conforme lo señalado en el artículo 1600 del Código Civil.

TRIGÉSIMA SEPTIMA. - DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES: Las direcciones del **CONTRATISTA** y la **ENTIDAD** en las cuales recibirán todas las notificaciones son las siguientes:

La **ENTIDAD** recibirá comunicaciones y notificaciones en la Avenida Carrera 67a No. 12a - 70 y a los siguientes teléfonos: 4473232 de la ciudad de Bogotá, D.C.

En lo que se refiere al **CONTRATISTA**, éste recibirá comunicaciones y notificaciones en la CARRERA 31 # 52 B 43 de la ciudad de Bucraamanga (Santander), teléfono 643090, correo electrónico: direccionadministratriva@cmsinapsis.com.co

PARÁGRAFO PRIMERO. - Serán válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales que se cursen a estas direcciones, salvo que el cambio de los domicilios aquí consignados se notifique de manera fehaciente y oportuna por la parte. En todo caso los domicilios serán los registrados en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, así no se comuniquen.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- Las partes aceptan de manera expresa e irrevocable que las notificaciones que se deriven de la ejecución del presente contrato como lo son, notificación de glosas, devoluciones, oficios, requerimientos, entre otros, sin perjuicio de lo señalado en el parágrafo anterior, también podrán ser remitidas a los correos electrónicos que las partes así señalen, para lo cual declaran que los mismos tendrán los plenos efectos de un mensaje de datos de conformidad con lo señalado en la Ley 527 de 1999 desde el momento de recibo del mismo.

TRIGÉSIMA OCTAVA. - ANEXOS: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

1. Tabla de Negociación M-GINT-F214.
2. Contenidos técnicos para contratos evento M-GINT-F003.
3. Guía indicadores de calidad de la prestación M-GINT-GMP079.
4. Manual para el prestador plan de beneficios en salud M-GINT-GMP020
5. Modelo de Atención E-DIRE-DG006
6. Manual de Evaluación y Calidad de la Red M-GINT-GMP093
7. Manual de Cuentas Médicas M-GINT-GMP003
8. Manual de Glosas M-GINT-GMP047
9. Estándares y promesa de servicio M-SIAU-DG001
10. Manual línea de autorizaciones y referencia y contrareferencia M-GINT-GMP030.
11. Políticas de seguridad de la información A-GTIC-DG001.
12. A-GTIC-F042 Formato Auditoría A Sistemas De Información De Proveedores SGS
13. Estándar días de incapacidad por patologías M-GINT-DG027
14. Sobre sellado Claves Sistema Autorizador Web.
15. Caracterización de la población de la **ENTIDAD.**
16. Plan de Contingencias de las redes integrales de la **ENTIDAD**.
17. Folleto canales de comunicación de la Red Integral de la **ENTIDAD**.
18. Certificado de Existencia y Representación Legal del **CONTRATISTA**.
19. Constancia de habilitación y/o distintivos del **CONTRATISTA** expedidos por la entidad competente.
20. Modelo de prestación del **CONTRATISTA**.
21. Manual de auditoría médica del **CONTRATISTA**.
22. Póliza de responsabilidad civil profesional del **CONTRATISTA**.
23. Capacidad instalada del **CONTRATISTA.**
24. El listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención del **CONTRATISTA.**
25. Demás documentos emitidos en desarrollo de la relación comercial.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

TRIGÉSIMA NOVENA. - EFECTOS: El presente contrato deja sin efecto cualquier otro acuerdo de voluntades verbal o escrito entre las partes, efectuado con anterioridad, en relación con el mismo objeto y bajo el mismo mecanismo de pago establecido por las partes, sin perjuicio que se sigan cumpliendo las obligaciones, hasta extinguirse por cumplimiento.

Como constancia las partes suscriben el presente contrato en dos (2) ejemplares de igual contenido y valor el primero (01) de marzo del dos mil veintitrés (2023).

La ENTIDAD,

DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGON
C. C. No. 80.062.096 de Bogotá D.C.
Representante Legal
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

El CONTRATISTA,

WILSON JAVIER GIL ESTEVEZ
C. C. No. 91.071.190 de San Gil
Representante Legal
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS S.A.

***Elaboró**: Nathaly Pabon Ramirez.*

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE PROTOCOLOS Y ANEXOS DE MODELOS DE ATENCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

WILSON JAVIER GIL ESTEVEZ, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bucaramanga (Santander), identificado con cédula de ciudadanía No. 91.071.190 expedida en San Gil, quien actúa en calidad de representante legal de **CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS S.A.**, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bucaramanga (Santander), con Número de Identificación Tributaria (NIT) **900.239.673-9**, como **CONTRATISTA**, certifico que he recibido adjunto al contrato para la prestación de servicios de salud con **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, los protocolos de modelo de atención en los que se describen los procedimientos administrativos, y anexos relacionados en el contrato para la prestación de los servicios objeto del mismo.

Para constancia se expide la presente certificación, el primero (01) de marzo del dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

_____

WILSON JAVIER GIL ESTEVEZ
C. C. No. 91.071.190 de San Gil
Representante Legal
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS S.A.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 • Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total