COMPARTA
Servicio con Solidaridad y Resolución EPS-S

Cooperativa de Salud Comunitaria
Empresa Promotora de Salud
Subsidiada COMPARTA EPS-S
NIT: 804002105 - 0

MODELO No. 6 EXPERIENCIA

CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA ENTIDAD O TERCERO CONTRATANTE PARA ACREDITAR LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE PERSONA NATURAL O JURÍDICA

COMPARTA EPS-S
(Nombre de la Entidad o Tercero Contratante)
804.002.105-0
(Número de identificación de la Entidad o Tercero Contratante)

CERTIFICA:

Que FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A (nombre o razón social del proponente), identificado con C.C/CE/PP/NIT 830007355-2, ejecutó y cumplió totalmente el contrato que se relaciona a continuación:

CONTRATO No. 16800101204RS10 identificación del contrato dada por el tercero contratante)

CONTRATISTA: FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A (Proponente)

CONTRATANTE: **COMPARTA EPS-S** nombre o razón social)

VALOR EN SMMLV: 15.545 La conversión debe realizarse con el SMMLV del añode terminación del contrato)

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: Día 31 Mes 12 Año 2020

ESTADO DEL CONTRATO: Totalmente Cumplido y Ejecutado

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE LOS TERAPIA

SERVICIOS EN LA RUTA RENAL: DE NEFROLOGIA, DIALITICA

CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS BIENES, OBRAS O SERVICIOS (UNSPSC) QUE ACREDITADE ACUERDO AL OBJETO EJECUTADO EN ESTE CONTRATO:

CÓDIGO UNSPSC	CÓDIGO UNSPSC	CÓDIGO UNSPSC
85000000	85100000	85101600
Servicios de Salud	Servicios integrales de Salud	personas de soporte de prestación de
		servicios de salud

EDGAR RAUL MALDONADO MANTILLA

CC/CE/PP. No. 91 254808

(Nombre e identificación del Funcionario Competente que expide esta Certificación)

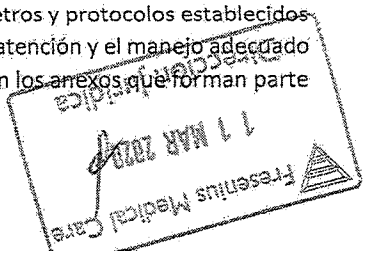
Firma

Numeral 1 inciso 1.2 y numeral 2 inciso 2.5 del Artículo 2.2.1.1.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015 y Numeral 4.2.2.2. de la Circular Única de la Superintendencia de Industria y Comercio.

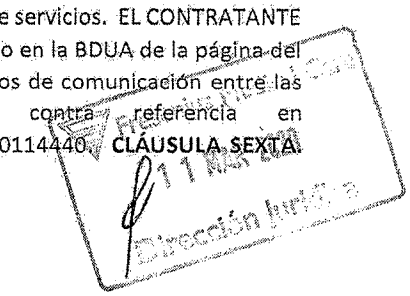
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE EVENTO CON PROSPECTO DE COSTO POR ATENCIÓN INTEGRAL DE LINEAS O RUTAS

CARATULA DEL CONTRATO	
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE:	
ENTIDAD:	COMPARTA EPS
NIT	804.002.105-0
CODIGO ENTIDAD	ESS133
REPRESENTANTE LEGAL	MONICA HERNANDEZ BENITEZ
DOCUMENTO	46369017
DELGADO/APODERADO	DIEGO ALBERTO RODRIGUEZ DIAZ
CARGO	COORDINADOR NACIONAL DE CONFORMACION DE RED
DOCUMENTO	91245873 DE BUACARAMANGA
PODER N°	192
FECHA OTORGAMIENTO	29 DE ENERO DE 2010
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ENTIDAD	FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.
NIT	830007355-2
CÓDIGO IPS	0500105935; 0800101391; 1100109941; 1500101338; 2000101072; 2300100659; 2530702074; 4100100471; 4700100839; 5000101025; 5400100967; 6827601772; 7000100464; 7300101052
REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO FLOREZ GONZALEZ
DOCUMENTO	79340554 DE BOGOTÁ
DOMICILIO-MUNICIPIO	AV CARRERA 7 No 156 – 10 PISO 26
CORREO ELECTRÓNICO	Carlos.florez@fmc-ag.com
TELÉFONO:	1-2941400 - 3155363246
MODALIDAD DE CONTRATO	EVENTO CON PROSPECTO DE COSTO POR ATENCIÓN INTEGRAL DE RUTAS DE ATENCIÓN
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA RUTA DE RENAL
VALOR:	$ 13.645.740.000
VIGENCIA:	01 DE ENERO DE 2020 A 31 DICIEMBRE 2020

Entre los suscritos de calidades y condiciones ya descritos celebramos el presente contrato regido por las Leyes de la materia y las cláusulas que siguen; previas las siguientes **CONSIDERACIONES: PRIMERA:** Qué se adopta por las partes la obligación referida en diversas disposiciones de regulación de todo actor del sistema de proveer la información de forma confiable, oportuna y clara en los términos establecidos generada en los procesos de prestación de servicios, y que permitan la caracterización plena de los estados de salud de la población. **SEGUNDA:** Que EL CONTRATISTA manifiesta tener la habilitación vigente y cumplir las condiciones de capacidad, suficiencia y eficiencia en los estándares de las condiciones técnico científicas y administrativas, necesarias para garantizar los criterios de calidad en el servicio. **TERCERA:** que LA CONTRATANTE aplicará auditorias, instrumentos y estructuras con el objeto de verificar por términos y condiciones requeridas en la provisión de servicios de salud en el sistema general de seguridad social en salud; en función del objeto misional de la administradora de recursos de salud. **CUARTA:** Las partes manifiestan cumplir a cabalidad las disposiciones legales, normativas y de regulación del sistema que nos rigen. **CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO:** FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. se compromete a prestar directamente a los afiliados autorizados por COMPARTA EPS-S, los servicios que se indican en el presente contrato, conforme a los principios, parámetros y protocolos establecidos para asegurar la integralidad de la prestación, la pertinencia y la racionalidad de la atención y el manejo adecuado en la ruta integral de atención referida; de acuerdo a lo dicho en este contrato y en los anexos que forman parte



integral del mismo, como un todo indivisible que regula de manera prevalente la relación entre las partes. **CLÁUSULA SEGUNDA. SEGMENTOS DE COBERTURA Y RUTAS DE ATENCIÓN.** La atención prestada debe corresponder a un enfoque de gestión del riesgo; sobre diagnósticos e historias clínicas como segmentos de enlace entre la atención básica y los servicios referidos; las intervenciones y suministros prestados deben tener el propósito de la rehabilitación y el mantenimiento de las condiciones de salud, aplicando protocolos de atención que aseguren la pertinencia y la racionalidad como criterios de calidad medibles en la historia de atención de los pacientes. El prestador deberá, además, implementar los mecanismos e instrumentos del sistema de referencia y de rutas de atención del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las áreas como escenarios de atención constituyen el centro del sistema de referencia que atiende los riesgos presuntivos de la siniestralidad en salud, se valora y define la condición diagnóstica de los pacientes e interviene los eventos de mediana complejidad. **PARAGRADO SEGUNDO:** RIESGO POR INTEGRALIDAD, en II nivel, no se deben manejar usuarios con diagnósticos confirmatorios de alto costo, ni con complicaciones que requieran manejo de atenciones de mayor complejidad. **CLÁUSULA TERCERA. MODALIDAD CONTRACTUAL:** Este contrato integra un **EVENTO** con prospecto de costo por atención integral para la cobertura de los tramos de atención en la ruta de **RENAL**, calculado sobre una media en el estadio de la población prevalente en esta patología; la media de costo y la población incidente quedan definidos por los diagnósticos relacionados y los estadios de la enfermedad. Para efectos de asegurar la prestación integral de servicios y los criterios de calidad acordados, el prospecto de costos será el prospecto del valor reconocido; sin embargo, será variable si los servicios registrados en las prestaciones no alcanzan el prospecto definido. **CLÁUSULA CUARTA. ÁMBITO DEL CONTRATO:** El ámbito de este contrato queda determinado por la accesibilidad y la integralidad en la atención de los afiliados a COMPARTA EPS-S, en la zona de operación SANTANDER que incluye las áreas de Bucaramanga-Barrancabermeja-Floridablanca-Velez-Malaga-Socorro-San Gil; zona de operación N.SANTANDER que incluye las áreas de Ocaña-Cúcuta-Pamplona; zona de operación CESAR que incluye las áreas de Aguachica-Valledupar; zona de operación CHOCO que incluye el área de Quibdó; zona de operación META que incluye las áreas de Villavicencio-Granada; zona de operación TOLIMA que incluye las áreas de Purificación-Ibagué-Líbano-Espinal-Chaparral; zona de operación MAGDALENA que incluye las áreas de Fundación -Plato-Sabanalarga-Ciénaga -El Banco-Pivijay-Magangué-Santa Marta; zona de operación BOYACA que incluye las áreas de Soata-Tunja-Moniquirá-Valle de Tenza - Chiquinquirá- Duitama – Sogamoso ; zona de operación CORDOBA que incluye las áreas de Montería-Cerete-Lorica. **PARÁGRAFO ÚNICO:** Se garantizará el derecho de portabilidad de los afiliados no determinados en el ámbito de este contrato, previas las notificaciones requeridas. **CLÁUSULA QUINTA. 1) AUTORIZACIONES:** el proveedor se alineará con los procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que corresponden a la autorización de servicios ambulatorios para los afiliados de la EPS, reduciendo las afectaciones administrativas relacionadas en el Decreto 19 de 2002 y asegurando la prestación de servicios bajo los criterios de calidad del SGSSS. Las opciones dispuestas por la EPS son la Web Ambulatoria y autorización surgida por codificación, a los cuales accederá por la página de la entidad, opción sistema en línea para IPS. **2) REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:** el proveedor implementará los procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permitan la recepción por remisión y autorización de servicios a pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por COMPARTA EPS-S, activando los protocolos por las rutas de atención correspondientes; en base a elementos de ayuda diagnóstica e información clínica de usuarios referidos. **PARÁGRAFO PRIMERO.** En el evento de ingreso por urgencia se deberá informar en las siguientes 24 horas, de conformidad con los términos y procedimientos establecidos en el Decreto 4747 de Dic 7/07, sobre la ocurrencia y todas las características propias del usuario y de la atención prestada. En todo caso, se aplicará lo definido en la Resolución 3047 de 2008 y Decreto 4747 de 2007 o demás normas que las modifiquen en lo concerniente a las autorizaciones de servicios. EL CONTRATANTE dispondrá de opción de consulta una vez certifique su identificación y sea verificado en la BDUA de la página del ADRES, o a través de la línea 018000114440. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** Para efectos de comunicación entre las partes, el proveedor accederá al sistema de referencia y contra referencia en http://siic.comparta.com.co/administrativo/cargaportalvalida.do o la línea 018000114440. **CLÁUSULA SEXTA.**



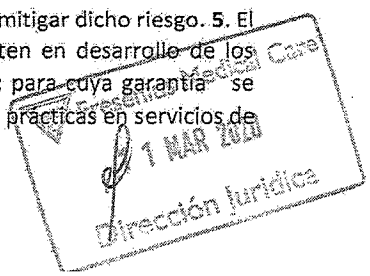
COBERTURA DE SERVICIOS: Para efectos de la conformación de servicios en la red prestadora de la CONTRATANTE, se declaran cubiertos los servicios que de manera integral y pertinente correspondan a la atención de la ruta definida en el objeto del presente contrato; activados con oportunidad, en relación con los estadios, diagnósticos y condiciones de salud de los pacientes; en tal sentido, la atención se prestará en el marco de los protocolos, criterios de calidad y estándares declarados en el anexo N°1 Plan de Cobertura, de este contrato. **PARAGRAFO UNICO.** La atención de servicios prestada en las áreas debe corresponder a la prestación de servicios por diagnósticos presuntivos y las atenciones de complejidad media. **CLÁUSULA SÉPTIMA. COPAGOS.** Las cuentas por la prestación de servicios que tengan definido por la norma pagos compartidos con el afiliado "COPAGOS" serán liquidados y gestionados por el prestador y debitados en la cuenta final de la atención prestada. La tabla de copagos Vigente se encuentra publicada en la página web de la CONTRATANTE www.comparta.com.co. **CLÁUSULA OCTAVA. CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN:** En la ejecución de este contrato se garantizará la accesibilidad y la oportunidad como principios de realización satisfactoria de la demanda de los afiliados; el enfoque preventivo, integralidad, continuidad y seguridad para el adecuado costo efectividad del sistema; la pertinencia y la racionalidad como elementos de suficiencia, correspondencia y eficacia de aseguramiento en el marco del sistema especialmente del esquema de UPC. **PARAGRAFO ÚNICO.** Para la gestión de los riesgos del Sistema de Salud, las afectaciones a los criterios de calidad, tendrán incidencia fiscal en la validación de los costos: la pertinencia en la referencia de servicios; el registro de atenciones no correspondientes a los servicios complejidad media, los resultados de la valoración o prueba en la atención, al igual que los datos regulados y necesarios en una determinada prestación, son condición fundamental para la validación de las cuentas correspondientes. La integralidad en el manejo del paciente, por protocolos, estándares, términos de oportunidad y eficacia de la atención, constituyen variables en el reconocimiento del prospecto contratado. Para la gestión de los riesgos en salud, el proveedor notificará las incidencias crónicas o catastróficas con administración especial y la información de todos los contenidos que prescriban la demanda, los diagnósticos, la atención y demás elementos de los estados y condiciones de salud de los afiliados, para la objetiva caracterización de la población como insumo para el planeamiento institucional de salud pública. **CLÁUSULA NOVENA. VIGENCIA:** El término para la prestación de servicios es de doce (12) meses, contados a partir del 01 enero al 31 de diciembre de 2020. Este término entenderá también la imputación presupuestal que defina el valor de este contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA. DOMICILIO Y ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO:** Se establece como domicilio de este contrato la ciudad de Bucaramanga, Carrera 28 No 31 – 36. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DE SALUD:** En razón a los criterios de eficiencia, transparencia y racionalidad en la administración de recursos de la salud, con el fin de asegurar principios fundamentales de la administración de recursos de carácter público, las partes de este contrato declaramos, **PARAGRAFO PRIMERO:** Bajo la gravedad del juramento, aplicar las disposiciones del **SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT**, establecidas en la Circular 09 de 2016; demás leyes y normas relacionadas con la prevención de lavado de activos, en relación con los recursos del sistema de salud que fluyen entre las partes. En el mismo sentido, declaramos que los recursos de las partes provienen y son habidos lícitamente. Manifestamos también, bajo la gravedad de juramento, que los recursos que componen los patrimonios no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de otra parte, EL CONTRATISTA manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. Para efectos de lo anterior, **la IPS FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.**, autoriza expresamente a COMPARTA EPS-S para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar y de encontrar algún reporte, COMPARTA EPS-S procederá a adelantar las acciones contractuales y/o legales que correspondan y, **PARAGRAFO SEGUNDO**: Aplicar protocolos y procedimientos de **TRANSPARENCIA FISCAL Y DE BUEN GOBIERNO**. En consideración a la obligación derivada del artículo 40 literal h de la Ley 1122 de 2007, las partes manifiestan bajo la gravedad de juramento que ambas partes cuentan con código de buenas prácticas y buen gobierno y que las cláusulas pactadas en el presente contrato se encuentran reguladas bajo los principios estipulados en dichos códigos. Además, EL CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad

Fresenius Medical Care
11 MAR 2020
Dirección Jurídica

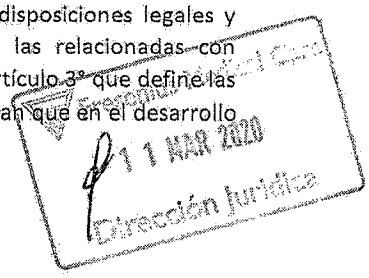
de juramento que los recursos que perciba del presente contrato serán manejados bajo los principios de transparencia fiscal, racionalidad por la escala económica de este contrato y eficiencia y legalidad en las relaciones con acreedores y proveedores. **PARAGRAFO TERCERO:** Las partes se comprometen a firmar Pacto de Transparencia y buen gobierno (Anexo 2). **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. AUDITORÍA DEL CONTRATO DE SERVICIOS Y EN SALUD:** En razón de las funciones delegadas por la Ley 100 de 1993 en el Art. 178 numeral 6, la CONTRATANTE establece para la ejecución del presente contrato los procedimientos para el control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en la prestación de los servicios, las siguientes relaciones: **1.** El enfoque de atención hace parte del Modelo de Salud adoptado por la CONTRATANTE y tiene efectos para la evaluación de la integralidad, la pertinencia y la suficiencia de la prestación del servicio (Anexo 3). **2.** Son parte esencial de la conformación de las cuentas por servicios, las ordenes o autorizaciones de servicios; los demás procesos, procedimientos y actividades técnicas definidos en el sistema de referencia; además, de los requerimientos especiales de información por eventos controlados. **3.** La facturación por servicios prestados, deben contener todos los conceptos y elementos fiscales del costo y corresponder con los conceptos, unidades, información y estructuras técnicas prestablecidos en los soportes documentales y en el RIPS. **4.** Las cuentas por servicios se validarán en razón a: **a)** La cobertura, contenido y conceptos de servicios definidos en este contrato. **b)** La pertinencia y la racionalidad como criterios de calidad del servicio evaluados desde la historia de atención del usuario en los protocolos y líneas de manejo correspondientes a la enfermedad o patología atendida como resultado de las auditorías aplicadas (clínico-administrativas). **c)** La legalidad de la factura, correspondiente a la sustentación de los servicios prestados, en los archivos técnicos de soporte, con la información relacionada en el registro en la prestación individual del servicio (RIPS) y demás datos esenciales que identifiquen el usuario y sus aspectos en salud; así mismo, el registro de los diagnósticos ciertos, los resultados de la valoración o prueba en la atención y los datos regulados y necesarios en una determinada prestación. Por último, para la validación del costo de las contingencias atendidas, deberá realizarse el registro del diagnóstico confirmatorio, que sustente dicha prestación; además de todas las obligaciones de información prescritas en la cláusula décima quinta numeral 9. **d)** La integralidad en el manejo del paciente, cumpliendo con los protocolos, estándares, términos de oportunidad y eficacia de la atención. La proyección de los costos de las referencias que superen el índice definido en el anexo técnico Nº 4, serán descontados por falta de pertinencia y correspondencia en el tratamiento integral de la atención a los pacientes referidos. **e)** La no prestación de los servicios contratados a un usuario de la población adscrita y prestados por otro proveedor; el costo generado por dichas atenciones será recobrado a las tarifas facturadas por la IPS que preste la atención al usuario; lo anterior teniendo en cuenta la negación y la inoportunidad en la prestación del servicio. **5.** En caso que el afiliado requiera un servicio no cubierto por el plan de beneficios de Salud (No PBS), el CONTRATISTA deberá tener en cuenta: a) Prescribir la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado o de movilidad contributivo y servicios complementarios, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2438 de 2018 y la Resolución 1885 de 2018 respectivamente o demás que modifiquen y/o sustituyan. **PARAGRAFO PRIMERO:** Ante los incumplimientos del CONTRATISTA frente al artículo 24 de la Resolución 2438 de 2018 y la Resolución 1885 de 2018, el CONTRATANTE generará las afectaciones al costo correspondientes, dadas las obligaciones dispuestas en el artículo 34 numeral 3 y artículo 32 numeral 3 respectivamente. b) Las cuentas causadas a afiliados de LA CONTRATANTE por servicios no cubiertos por el plan de beneficios deberán contener lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 y los requisitos que establecen los actos administrativos emitidos por cada uno de los entes territoriales para servicios del régimen subsidiado y la Resolución 41656 de 2019 del ADRES para los servicios prestados a usuarios de Movilidad Contributiva. Se adjunta Anexo 5. Tramite concerniente a tecnologías en Salud no incluidas en el Plan de Beneficios. c) La EPS se acoge a los techos presupuestales que define el Ministerio de Salud y Protección Social. En cuanto a los servicios que no se encuentren allí descritos se detallan en el anexo técnico 5.1 donde se encuentran los servicios y el valor de la prestación acordado. d) El prestador deberá acogerse a las modificaciones que se generen por la rectoría del sistema frente a la normatividad vigente al respecto de No PBS. **6.** La periodicidad en la entrega de las cuentas y sus contenidos de soporte será durante los QUINCE (15) primeros días calendario del mes siguiente en que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con

Presentado 11 MAR 2020 Dirección Jurídica

la jornada habitual de trabajo (lunes a viernes de 07:00 a.m. a 12 m) de las oficinas administrativas. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma. En los veinte (20) días siguientes a la radicación de la cuenta, EL CONTRATANTE aplicará su programa de auditoría y formulará y comunicará a EL CONTRATISTA las glosas correspondientes a sus facturas, sin perjuicio de las observaciones o auditorias que apliquen las instancias de dirección, inspección y control sobre los servicios correspondientes. **7.** Notificada la auditoria de la cuenta, como costos estructurados; las partes conciliarán y definirán el costo de los servicios prestados, suscribiendo preliquidaciones, con efectos fiscales y contables conciliados, como condición para el saneamiento de las cuentas y el giro oportuno de los pagos. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. VALOR FISCAL DEL CONTRATO:** con efectos legales, fiscales y administrativos, las partes acuerdan una cuantía determinada por el valor máximo del costo prospectivo de los riesgos en salud de las líneas, rutas o programas de atención objeto de este contrato, estimado para la vigencia anual por la suma **de TRECE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SETESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE. ($13.645.740.000).** El acuerdo establece un valor mensual equivalente a la cuota respectiva del contrato como máximo valor o al monto que resulte de las respectivas facturas de los servicios prestados y debidamente legalizados al final del periodo entendiéndose por facturación total, la factura de venta que después de agotar el procedimiento administrativo correspondiente, haya quedado en firme. **PARÁGRAFO PRIMERO.** En todo caso, el valor a pagar no podrá ser superior al prospecto definido en esta cláusula. Cuando la facturación radicada por el contratista no alcance dicho valor, el contratante cancelará lo correspondiente a lo debidamente registrado en la prestación de servicios. **PARAGRAFO SEGUNDO.** En todo caso, el valor estimado de este contrato solo indica la disponibilidad de recursos imputados; el valor final, será el que resulta de la facturación auditada con los criterios y factores prescritos en este contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. FORMA DE PAGO:** El CONTRATANTE pagará el 70% del valor radicado cuando este valor sea menor o corresponda al valor imputado. Y pagará el 50% del valor radicado cuando dicho valor supere el definido en la imputación. El pago se realizará 30 días calendarios, posterior a la radicación. Los saldos de cuenta serán pagados con las preliquidaciones de cuenta a que alude el numeral cuarto de la Cláusula Decimo Segunda de este contrato. **PARÁGRAFO ÚNICO.** Las partes podrán ejercer el derecho de repetición por derechos, reconocimientos o restituciones que se apliquen por instancias de dirección, inspección y control del sistema. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. OBLIGACIONES DEL SISTEMA Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES:** Las obligaciones y responsabilidades de las partes en este contrato, constituyen los elementos materiales para la garantía del servicio a los afiliados y la aplicación objetiva de las disposiciones en la administración y la operación del SGSSS. En consecuencia, **LA CONTRATISTA asume las obligaciones y responsabilidades de: 1.** Garantizar la prestación de los servicios de manera eficiente, oportuna, continua y permanente con accesibilidad a los servicios y bajo estándares de calidad a todos los afiliados a COMPARTA EPS-S; lo anterior, bajo los principios de eficacia, eficiencia, universalidad, igualdad, enfoque diferencial, calidad y solidaridad. **2.** Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad SOGC, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial y soportarlos y notificarlos si fuere el caso. **3.** EL CONTRATISTA deberá garantizar el cumplimiento del estándar de recurso humano establecido para los criterios de habilitación en las estructuras normadas para tal fin y que el personal profesional de la salud se encuentre debidamente registrado ante la autoridad competente como tal. De manera igual, implementará los procesos, procedimientos y mecanismos para el SIAU. **4** EL CONTRATISTA asumirá la atención derivada de cualquier complicación que presente un usuario afiliado a de la CONTRATANTE, ya sea por impericia, negligencia y/o imprudencia demostrada del personal asistencial de la IPS como medida de prevención para evitar daños mayores sin perjuicio a las acciones legales por parte del usuario afiliado a que haya lugar en concordancia con la ley vigente en estos casos. En virtud de lo anterior, el CONTRATISTA deberá institucionalizar políticas de seguridad al paciente, mediante el cual se comprometa a reportar, evaluar, gestionar y asumir económicamente los eventos adversos presentados en la IPS. Adicionalmente deberá elaborar planes de mejora para mitigar dicho riesgo. **5.** El contratista deberá responder por las irregularidades o reclamaciones que se presenten en desarrollo de los servicios en atención de los asegurados y aplicar las medidas correctivas pertinentes; para cuya garantía se requiere póliza de Responsabilidad Civil Médica que ampare los riesgos derivados de las prácticas en servicios de



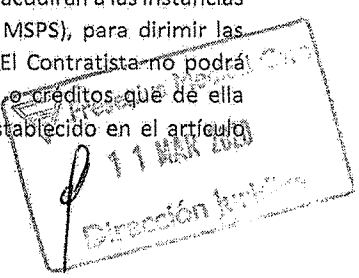
salud. **6.** Disponer del sistema de atención integral al usuario, para todos los efectos requeridos por el paciente y su entorno social. **7.** EL CONTRATISTA, reportará, informará y socializará a las instancias definidas todo incidente, factor o hecho que esté definido por requerimiento legal o de disposición técnica por las autoridades de dirección, inspección y vigilancia del SGSSS y demás autoridades relacionadas. **8.** Cumplir con la ley 23 de 1981, de manera especial, en el sentido de que ningún profesional en entrenamiento tendrá responsabilidad directa en la atención de los usuarios de LA CONTRATANTE. **9.** EL CONTRATISTA, registrará la prestación individual del servicio (RIPS) a los afiliados con todos los datos, condiciones y términos establecidos por las normas para tal fin en las estructuras diseñadas por el sistema y/o las acordadas por este contrato, teniendo como propósito las características de eficiencia, transparencia, oportunidad, veracidad, sustentación y relación entre la información, los servicios prestados al afiliado y la causación de los costos y la especialidad de las enfermedades tratadas. En todo caso, el registro de la atención debe ser discriminado por actividad de acuerdo con la codificación CUPS y/o con la codificación de la estructura de servicios propia del CONTRATANTE. Del mismo modo, se debe registrar en el RIPS y en la factura el número de la autorización correspondiente a cada uno de los servicios prestados. **10.** Reportar los nacidos vivos y defunciones de usuarios que se produzcan en sus instalaciones o bajo su atención, mensualmente y mediante los formatos establecidos en la Circular Externa Conjunta 0081 del 13 de noviembre de 2007 del entonces Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y demás normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan, norma que es de obligatorio cumplimiento. **11.** Suministrar y reportar la información requerida y necesaria para la auditoría, el mantenimiento de servicios, el análisis de la siniestralidad y el control del riesgo en salud y la administración de eventos y hechos que permitan el aseguramiento de los usuarios y las novedades por nacidos y fallecidos. **12.** Facturar los servicios prestados por periodos mensuales, sin excepción de eventos ni soportes de servicios o de cuenta; para efectos de la administración de las UPC y la debida conciliación de cuentas contables generadas en esta relación contractual; la radicación de las facturas se regirá por el artículo 7, del Decreto 1281 de 2002. **13.** Implementar los comités institucionalizados para la resolución de procesos de decisión técnico-científica para la atención de los afiliados y garantizar los requisitos plenos de soporte, justificación y realización de actividades y servicios regulados. **14.** Implementar los formatos, mecanismos, procedimientos y términos regulados por la norma y convenidos con la CONTRATANTE, en cuanto a la referencia y la auditoria de servicios. Integrando las relaciones entre las partes al Sistema de Auditoria para el Aseguramiento de la Gestión de la Calidad. **15.** El CONTRATISTA entregará en medio magnético el listado de medicamentos, insumos y dispositivos, en archivo de texto txt con la codificación definida por EL CONTRATANTE y los precios consignados tendrán validez durante la vigencia del contrato. Salvo los cambios de precios regulados por el Ministerio de la Protección Social. **16.** Recolectar y reportar al CONTRATANTE la información relacionada con la atención de los usuarios y los indicadores requeridos de acuerdo con lo descrito en el Anexo N°1 Plan de Cobertura, constitutivo del presente contrato. **17.** Informar y educar a los afiliados sobre el contenido del POSS, los procedimientos para la atención en salud, los deberes y derechos que poseen dentro del SGSSS y el uso racional de los servicios. **18.** Prestar los servicios a los recién nacidos y grabarlos en el sistema de la IPS con el documento **Certificado Nacido Vivo (CN)** y reportarlos a la EPS en el proceso 4505 con este documento y no cargarlos a la Base de Datos de la IPS como Menores Sin Identificación. **19.** Validar la identificación de los afiliados de la EPS contra el documento de identidad actualizado antes de la prestación del servicio de salud y verificarlo en la Base de Datos reportada por la EPS. **20.** Contar con la suficiencia para prestar los servicios establecidos en este contrato estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del CONTRATANTE que va hacer atendida, tal como se estipula en el Decreto 780 de 2016. **21.** Suministrar la información requerida para verificar el cumplimiento de los principios de administración de los recursos en salud. **22.** En todas las actuaciones de LA CONTRATISTA, así como las de sus agentes, trabajadores, contratistas, directivos y demás personal dispuesto para el cumplimiento del presente acuerdo, deberán observarse, adoptarse y dar efectivo cumplimiento a las disposiciones legales y normativas del sistema general de seguridad social en salud "SGSSS", en especial las relacionadas con prescripciones o mandatos de la Ley 1098 de 2006, 1438 de 2011, Ley 1751 y Ley 1949 artículo 3° que define las infracciones administrativas por parte de la Supersalud. **23.** Las partes aceptan y autorizan que en el desarrollo



del presente contrato, las facturas que se generen con ocasión al mismo, se realizarán a través de factura electrónica para las personas obligadas, de conformidad con el decreto 2242 de 2015, compilado en el Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016 y demás normas que le adicionen, modifiquen o sustituyan, siendo el único canal establecido para recepción de facturas electrónicas y/o notas crédito el correo electrónico facturación.electronica@comparta.com.co. En este caso los RIPS y soportes de las facturas deberán entregarse de la manera habitual en las oficinas de recepción de facturas designada por COMPARTA EPSS. En el evento que COMPARTA EPSS habilite la recepción de los RIPS y soportes por medios electrónicos, el contratista será notificado para que dicha información sea enviada exclusivamente por este canal. **24.** La Resolución 003047 de 2008, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, señala en el Artículo 2: "Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago" para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la resolución 3047 de 2008. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago. 25. Los prestadores de salud estarán con la disposición de realizar los cargues de información que se requieren (individual o masivos) en el portal que tiene asignada la EPS de información de prestaciones de servicios, seguimiento y control de los afiliados, así como el proceso de facturación electrónica. 26. El contratista registrará los contactos de las personas encargadas en los procesos que se encuentran en el Anexo N° 6 **Se constituyen como obligaciones y Responsabilidades del CONTRATANTE: 1.** Asegurar las condiciones técnico-administrativas, financieras y científicas para la garantía de la administración y el cumplimiento de las obligaciones de este contrato. **2.** Integrar al proveedor CONTRATISTA y la oferta en la Estructura de Servicios Contratada a la red de prestación de servicios de los afiliados de la CONTRATANTE, y establecer los mecanismos, procesos y procedimientos de referencia y contra-referencia en las relaciones con el proveedor y los afiliados. **3.** Estructurar los mecanismos, procesos y procedimientos de auditoría, administración y control de los servicios prestados en razón de este contrato. **4.** Implementar un Sistema de Gestión para la Garantía de la Calidad y el control del riesgo. **5.** Implementar oficinas de Atención Integral al Usuario y Agencias con protocolos y procesos para la adecuada información, gestión, y realización de los derechos del afiliado especialmente el de los criterios de accesibilidad y oportunidad del servicio. **6.** Fluir los recursos de pago, previo al cumplimiento de los requisitos y condiciones de definición de las cuentas por pagar en razón de los servicios prestados y conformados en este contrato. **7.** Asegurar el cumplimiento de los términos y condiciones acordados en este contrato. De manera conjunta las partes responderán por la adecuada y veraz información en la estructura del Usuario o Base de Datos Única de Afiliados y por la garantía de los derechos de las personas con esta condición de afiliados en todas sus expresiones. **PARÁGRAFO.** Atendiendo los mandatos de la Ley 1949 de 2019 que propende el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud y definiendo expresamente el tipo y las cuantías para las estructuración e imposición de sanciones administrativas de sus vigilados, EL CONTRATISTA que por acción u omisión debidamente probada dentro del discurrir del proceso administrativo incumpla de manera directa las obligaciones frente al SGSSS o, que su accionar determine incumplimientos por parte de la EPS ante la entidad encargada de la inspección, vigilancia y control, deberá asumir los costos que conlleve atender las sanciones o multas de tipo pecuniario, así como, resarcir los daños que surjan en relación o consecuencia de las faltas endilgadas y efectivamente sancionadas. En todo caso, tratándose de entidades diferentes a esta EPS y sometidas a la vigilancia de la Supersalud, tanto de oficio como a petición de los demás implicados, harán parte del correspondiente proceso administrativo tal como lo previene la Ley 1438 en su artículo 130 adicionado por el artículo 4° de la Ley 1949 de 2019, sin que dicha situación sea óbice para el resarcimiento frente a los perjuicios causados a COMPARTA EPS distintos a la carga impuesta por la Supersalud al prestador del servicio. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. CONDICIONES ESENCIALES PARA LA VERIFICACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DE LOS DERECHOS A LA SALUD DE LOS USUARIOS.** Son condiciones esenciales, de conformidad con el decreto 2353 del 03 diciembre 2015 reportar como mínimo los siguientes contenidos de información por parte del CONTRATISTA: **1.** La

Dirección Jurídica

estructura básica de información de los recién nacidos atendidos desde el núcleo familiar al que pertenecen, como información necesaria en la factura del servicio o en el registro de la prestación. **2.** Los datos básicos del usuario atendido, los datos complementarios relacionados con aportante, ubicación geográfica, información del contacto, y demás datos que permitan la comunicación directa con el usuario que ejerce derechos en salud. **3.** Los datos relacionados con la atención del servicio, como el estado de salud del usuario y los diagnósticos relacionados que se identifiquen y correspondan al tratamiento o servicio prestado como condición fundamental para la validación del RIPS y demás instrumentos de reporte, regulados por el SGSSS; como garantía de la prestación y soporte de la facturación causada. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. LIQUIDACIÓN:** De manera general, La liquidación del presente contrato se rige por la Ley 1150 de 2007 (modificado parcialmente por las Leyes 1450 y 1474/11), en consecuencia, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del presente contrato, las partes se obligan a su liquidación; para la administración del contrato, las partes conciliaran los estados de cuenta por ejecuciones mensuales. En todo caso, las actas de liquidación deberán discriminar los pagos efectuados y los excedentes generados por cada una de ellas. **PARÁGRAFO ÚNICO:** En los casos en que EL CONTRATISTA cambie de razón social o NIT, deberá liquidarse el contrato en curso, para empezarse uno nuevo con la razón social actual. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Las partes podrán dar por terminado el contrato en los siguientes casos: **1.** Por mutuo acuerdo, sin necesidad de invocar causal alguna diferente a la a su propia voluntad, **2.** La fuerza mayor o caso fortuito demostrado **3.** El incumplimiento grave de las partes en sus obligaciones estipuladas en el contrato o en la ley. **4.** Por no aplicar políticas, programas y planes que aseguren el cumplimiento de los factores de enfoque, sistema de referencia y demás elementos de dispersión de riesgo y viabilización del sistema. **5.** Cualquier acción u omisión que afecte gravemente los intereses de EL CONTRATANTE o EL CONTRATISTA. **6.** El no cumplimiento con tarifas reguladas. **7.** La liquidación o terminación de actividades. **8.** CUALQUIERA DE LAS PARTES podrá dar por terminada la relación contractual de manera unilateral, sin previo consentimiento de la otra parte, con 30 días de anticipación y sin ningún tipo de indemnización o inconveniente legal. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. GARANTÍAS:** El CONTRATISTA se obliga a asegurar el cabal cumplimiento de este contrato y a constituir garantías de las responsabilidades inherentes a la prestación de los servicios de salud a los afiliados. 1. Una Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual hasta por cuatro (4) meses luego de la finalización del presente contrato, por el 15% del valor total de mismo. 2. Una póliza de Responsabilidad Médica hasta por 6 meses más después de la terminación del contrato por el 15% del valor total de mismo. 3. Una póliza de cumplimiento del contrato, equivalente al 10% del valor total del mismo (vigente durante la ejecución del contrato y 120 días calendario adicionales. En caso de que el aseguramiento se dé por pólizas globales, certificará por el asegurado la cobertura sobre los afiliados sujetos correspondientes a este contrato. **CLÁUSULA VIGÉCIMA. LEGALIZACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO:** Se considera legalizado el presente contrato con la adopción de sus términos y condiciones, la entrega de pólizas y anexos. Se considera perfeccionado con la suscripción del documento y el registro en la Red de Proveedores conformados de LA CONTRATANTE, como condición esencial para la constitución de las obligaciones de LA CONTRATANTE o de las fuentes de financiamiento delegatarias. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. COMPROMISORIA:** Las diferencias que surjan entre las partes en relación con el Presente contrato, serán sometidas a la decisión de un Tribunal de Arbitramiento conformado por un (1) árbitro que será designado por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Bucaramanga por sorteo de la lista de árbitros. El tribunal fallará en derecho dentro del término de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de integración. Este Término podrá ser ampliado por una sola vez hasta por quince (15) días. **PARAGRAFO ÚNICO:** Previo al inicio del Tribunal de Arbitramento, se agotarán las siguientes etapas: **1.** la parte cumplida notificará a la parte incumplida la no ejecución del contrato, y posteriormente se llevará a cabo audiencia de conciliación por mutuo acuerdo, para sanear los inconvenientes que generaron el incumplimiento. **2.** Si no se llega a un acuerdo de conciliación, las partes acudirán a las instancias sectoriales de dirección, control y regulación del SGSSS. (Secretarías de Salud, SNS y MSPS), para dirimir las controversias generadas entre las mismas. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. CESIÓN:** El Contratista no podrá ceder el presente contrato, y a la firma del mismo se obliga a no ceder las carteras o créditos que de ella resultaren, respetando a los beneficiarios de la Cuenta Maestra, de acuerdo con lo establecido en el artículo



tercero (3) de la Resolución 1470 del 3 de mayo de 2011, expedida por el Ministerio de la Protección Social. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA. INTERVENTORIA.** La Supervisión del contrato estará a cargo de (cargo del funcionario, **DIEGO ALBERTO RODRIGUEZ DIAZ COORDINADOR DE CONFORMACION DE RED** quien realizará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones planteadas en el presente contrato.

Para la formalidad de este acuerdo, se suscribe hoy, a los 28 días del mes de febrero del año 2020; no obstante, sus términos tienen efectos retroactivos a la vigencia de este contrato.

La Contratante,

DIEGO ALBERTO RODRIGUEZ DIAZ
COORDINADOR DE CONFORMACION DE RED
COMPARTA EPS

La Contratista,

CARLOS ALBERTO FLOREZ GONZALEZ
GERENTE
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

FRESENIUS MEDICAL CARE
Representante Legal Suplente
Firma:

Fresenius Medical Care
1 MAR 2020
Dirección Jurídica

