CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

OBJETO:	**GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO EN LA REGIONAL CENTRAL**
CONTRATANTE	**FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA**
CONTRATISTA	**SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A**
VALOR:	Hasta la suma de **SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS ($ 75.480.134.661) M/CTE** incluidos todos los gastos directos, indirectos e impuestos en que deba incurrir el Contratista para el cumplimiento del Contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN:	El plazo de ejecución del presente contrato será contado a partir de la suscripción del acta de inicio y **HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE JULIO DE 2022**, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

Entre los suscritos: **JHON MAURICIO MARIN BARBOSA**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.094.916.423 de Armenia, en su calidad de Director General, obrando en nombre y representación del **FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA**, establecimiento público del orden Nacional con NIT. 800.112.806-2 con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, con domicilio en Bogotá, D.C., creado mediante Decreto 1591 del 18 de julio de 1989, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, nombrado como tal mediante Decreto No. 170 del 22 de enero de 2018, quien en adelante se denominará **EL FONDO**, por una parte, y por la otra: **SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A** persona jurídica de derecho privado, identificada con NIT No. 813.005.431-3 representada legalmente por **ABEL FERNELY SEPÚLVEDA RAMOS** identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.540.101, y quien en adelante y para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** quien manifiesta bajo la gravedad del juramento que ni él ni la sociedad que representa se encuentran incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad descritas en la constitución y en la ley para contratar, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM)**, previa observancia y aplicación de lo previsto por la ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015 (modificado por el Decreto 1676 de 2016), en tratándose de contratación mediante convocatoria pública por parte EL FONDO, y con base en las siguientes consideraciones**: 1.** Que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es un Establecimiento Público del nivel nacional, creado por el Artículo 1 del Decreto Ley 1591 de 1989, bajo la

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

naturaleza de un establecimiento público, actualmente adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. **2.** Que en cuanto a su objeto como establecimiento público, el artículo 2 del Decreto Ley 1591 señaló que debe: i) Manejar las cuentas relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones señaladas en el inciso 1 del artículo 7 de la Ley 21 de 1988, y ii) Organizar y administrar las prestaciones asistenciales a que tengan derecho los empleados y los pensionados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia en Liquidación. **3.** Que por su parte el Artículo 3 del Decreto Ley 1591 estableció que en desarrollo de su objeto el Fondo cumpliría en lo pertinente para este concepto las siguientes funciones: a) Pagar las pensiones legales y convencionales de los ex empleados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia; b) Atender las demás prestaciones económicas y asistenciales de las personas a que se refiere el literal anterior; (…) **4.** Que así mismo, el Artículo 4 del Decreto Ley 1591 dispone que *"Los servicios que le correspondan atender al Fondo deberán prestarse a través de contratos celebrados con terceros. En consecuencia, la planta de personal que adopte será la estrictamente necesaria para el cumplimiento de sus funciones administrativas y las derivadas del proceso de contratación".* **5.** Que de lo expuesto se tiene que el Fondo fue creado como un establecimiento público para cumplir las funciones previstas en la ley, entre las que se destaca la de organizar y administrar las prestaciones económicas y asistenciales a que tengan derecho los empleados y los pensionados de la empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia en Liquidación. No obstante, los servicios que le corresponde atender deberán ser contratados con terceros, de lo cual se sigue que el Fondo no es el prestador de tales servicios, sino simplemente el contratante de estos. **6.** Que como puede verse, las funciones que se atribuyen al Fondo corresponden al cumplimiento de obligaciones que la misma ley le asigna, las cuales se encuentran directamente relacionadas con administrar los recursos públicos para cumplir funciones que son típicamente administrativas (atender las prestaciones económicas a los afiliados o la efectividad de un derecho fundamental -garantizar la prestación del servicio médico asistencial a los afiliados-, entre otras). **7.** Que para cumplir con las aludidas funciones, los recursos asignados al Fondo se ejecutan a través de la contratación estatal, para que sean terceros los encargados de la atención correspondiente (Artículo 4 del D.L. 1591 de 1989), lo que significa que en manera alguna el Fondo está encargado de la prestación de tales servicios. **8.** Que así mismo, el Fondo bajo el sistema general de seguridad social en salud creado por la Ley 100 de 1993, específicamente el artículo 236, reglamentado por los Decretos 1890 de 1995 y 489 de 1996, funciona como EPS Adaptada en Salud, encargada de organizar y administrar las prestaciones asistenciales a las que tengan derecho los pensionados de las extintas Ferrocarriles de Colombia y Puertos de Colombia y a su grupo familiar, conforme a lo establecido en el artículo 4 del Decreto 488 de 1996. **9.** Que sin embargo, los estatutos del Fondo, en concordancia con el D.L. 1591, no le dan el carácter de prestador del servicio médico – asistencial, puesto que su función se limita exclusivamente a administrar y atender tales prestaciones mediante contratos celebrados con terceros, en los cuales actuará como entidad contratante sujeto a las normas de la contratación estatal. **10.** Que es preciso resaltar que, en la regulación sobre las EPS, la Ley 100 de 1993 no establece una norma especial relacionada con el régimen jurídico aplicable a su contratación, razón por la cual el régimen jurídico aplicable para el Fondo como establecimiento público en materia contractual corresponde al estatuto general de contratación pública. **11.** Que por lo tanto, se tiene que el Fondo continúa con su naturaleza original de establecimiento público, bajo el régimen de derecho público que rige este tipo de entidades descentralizadas, incluido lo referente a los contratos que celebra, conforme a la ley de su creación y sus estatutos, puesto que de conformidad con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1980, el Fondo no cuenta con autorización de funcionamiento como EPS. *"Artículo 3. Proceso de transformación y autorización de funcionamiento. Las entidades a que se refiere el artículo primero de este Decreto podrán ser transformadas en Entidades Promotoras de Salud por la autoridad estatal competente, y serán autorizadas para funcionar como tales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, con sujeción a lo previsto en el presente artículo. La transformación deberá realizarse a más tardar el 23 de diciembre de 1995, de conformidad con lo establecido en el inciso 1º del artículo 236 de la Ley 100 de 1993 (…) ".* **12.** Que dado que el Fondo no adelantó ninguna de las modificaciones legales, estatutarias y reglamentarias para

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

transformase en una de las EPS reguladas por la Ley 100 de 1993, actualmente, funciona como entidad adaptada en salud, pues cumplió con los requisitos exigidos para adaptarse al nuevo SGSSS, en los aspectos técnicos y jurídicos, lo que le permitió obtener la autorización por parte del Gobierno Nacional para continuar cumpliendo sus funciones, en los términos del artículo 236 de la Ley 100 de 1993. **13.** Que lo anterior llevó a la expedición del Decreto 489 de 1996, *"Por el cual se autoriza a unos fondos del sector público, para continuar prestando servicios de salud en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995"*, así: *"Artículo 1. Autorizar a los Fondos del sector público que a continuación se relacionan, para que continúen prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995: (…) 3. Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. Parágrafo. Los Fondos a que se refiere el presente artículo, sólo podrán continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a las respectivas entidades y dependencias en la fecha de iniciación de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que se puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquéllas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados"*. **14.** Que en consecuencia, al Fondo como entidad contratante le corresponderá adelantar la actividad contractual desde los estudios previos y la estructuración del proceso de selección correspondiente, hasta la liquidación, si es el caso, bajo las normas de la contratación pública, y por supuesto cumplir con las obligaciones que como contratante se hayan estipulado en el contrato, sin que en momento alguno este proceso le lleve a asumir la prestación de los servicios médico asistenciales de sus afiliados o beneficiarios, los cuales estarán a cargo del contratista.**15.** Que se hace necesario acudir a las normas que rigen las diferentes modalidades de selección previstas para contratar, conforme lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, la Ley 1882 de 2018, el Decreto 1082 de 2015, y demás normas concordantes, como un mecanismo idóneo para suplir la necesidad antes esbozada. **16.** Que la subdirección financiera expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 40120 del 20 de agosto de 2020 y la autorización de vigencias futuras No. 26920 del 29 de julio de 2020, para adelantar el presente proceso contractual. **17.** Que la Entidad expidió o elaboró el insumo de contratación justificando la necesidad de la contratación. **18.** Que EL FONDO, mediante Resolución No. 1195 del 31 de agosto de 2020, ordenó la apertura a la Selección Abreviada para la Contratación de Servicios de Salud SASS 001 DE 2020. **19**. Que EL FONDO, adelantó el proceso de SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SASS 001 DE 2020 conforme lo contenido en la ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015 y que para el efecto el día 14 de septiembre de 2020, se fijó como fecha de entrega de propuestas donde se recibieron a través de la plataforma SECOP II, cinco (05) propuestas, cuyos datos generales se individualizan seguidamente:

No.	PROPONENTE	MIEMBROS	PARTICIPACIÓN	REGIONAL
1	UNIÓN TEMPORAL FERRONORTE	ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A.	95%	MAGDALENA
		CLINICA BLAS DE LEZO S.A.	1%	
		INVERCLINICAS S.A.	1%	
		CLÍNICA MEDIESP S.A.S.	1%	
		CLÍNICA LA MILAGROSA S.A.	1%	
		CLÍNICA GENERAL DE CIÉNAGA S.A.S.	1%	
2	CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES	PROPONENTE INDIVIDUAL	N/A	PACÍFICO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

	THEM & CIA LTDA			
3	SUMIMEDICAL S.A.S.	PROPONENTE INDIVIDUAL	N/A	ANTIOQUIA – SANTANDER
4	FERSALUD UT	CLINICA DE URGENCIAS DE BUCARAMANGA S.A.S.	90%	ANTIOQUIA – SANTANDER
		CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	8%	
		CLÍNICA DE CIRUGÍA AMBULATORIA CONQUISTADORES S.A.S	2%	
5	SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A.	PROPONENTE INDIVIDUAL	N/A	CENTRAL

20. Que surtidas todas las etapas pre-contractuales propias para el proceso de selección abreviada establecidas en el pliego de condiciones y que hace parte integral del presente contrato, el comité evaluador, mediante acta de evaluación de propuesta, recomendó al director del fondo llevar a cabo la contratación que aquí se trata para la regional Central con el proponente **SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A** favorecido por cumplir con los requisitos técnicos, jurídicos y financieros. **21.** Que a través de Resolución No 1430 del 29 de septiembre de 2020 se adjudicó el proceso de contratación del que se deriva el presente contrato. **22**. Que con base en todo lo anterior, las partes firmantes delimitan el presente acuerdo de voluntades dentro de las siguientes clausulas:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETO. GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO EN LA REGIONAL CENTRAL.

ALCANCE DEL OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga con EL FONDO a cumplir con todas y cada una de las especificaciones enunciadas en su propuesta la cual hace parte integral del presente contrato así mismo, se obliga a garantizar la cobertura del 100% de la red integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios que conforman la regional, para brindar la atención requerida por los usuarios del Fondo.

CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

2.1. GENERALES.

1. Cumplir el objeto contractual a cabalidad, teniendo en cuenta lo señalado en los documentos que forman parte integral del contrato y los anexos técnicos.
2. Velar por el bienestar y la preservación del mejor estado de salud de los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
3. Cumplir con la implementación del Modelo de atención definido por el Fondo, en concordancia con la Política integral de salud definida por el gobierno nacional.
4. Garantizar a los usuarios del Fondo el acceso integral, oportuno y de calidad a los servicios de salud.
5. Cumplir con la prestación de servicios en todos los niveles de atención de servicios de salud, adecuándolos según las poblaciones y los territorios (urbano, rural y disperso).

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

6. Cumplir con las obligaciones contractuales que asuma con sus subcontratistas y demás proveedores vinculados a la prestación del servicio integral de salud, en forma oportuna de manera tal que los servicios no sufran afectación.
7. Cumplir con los estándares de calidad de los servicios integrales de salud y acatar los procedimientos para la auditoría e indicadores de gestión establecidas por el Fondo con sujeción a lo que se estipula en el pliego, en el contrato y en la norma legal vigente que regula las auditorias.
8. Garantizar la actualización, validación, administración, organización, transferencia y disposición de las bases de datos relacionadas con la administración y prestación de los servicios de salud, con oportunidad, confiabilidad y calidad de los datos, establecidos en la normatividad vigente o solicitada, por los organismos de vigilancia y control y por el Fondo.
9. Dar respuesta oportuna a todas las comunicaciones y requerimientos que sean formulados por el Fondo, durante la prestación del servicio de salud.
10. Asumir el pago de todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana.
11. Asumir el pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones de carácter laboral del personal que contrate para la ejecución del contrato, lo mismo que el pago de honorarios, los impuestos, transporte, gravámenes, aportes, parafiscales y servicios de cualquier género que establezcan las leyes colombianas y demás erogaciones necesarias para la ejecución del contrato.
12. Asumir por cuenta y riesgo, los gastos en que deba incurrir para garantizar la correcta ejecución del contrato, en los casos en que se presenten deficiencias en el desarrollo por estimación defectuosa o demoras en la prestación del servicio integral de salir, por causa del personal contratado o subcontratado.
13. Informar oportunamente a la Entidad sobre cualquier irregularidad que se presente en la ejecución contractual.
14. Obrar con buena fe, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse durante la ejecución del contrato.
15. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho.
16. Cumplir el Código de Ética y de Buen Gobierno de la Entidad y aplicar el contenido de los mismos en la ejecución del contrato.
17. Acatar las directrices dadas por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia con sujeción a lo que se estipula en el pliego, en el contrato y en la norma legal vigente.
18. Realizar el proceso de empalme al terminar el contrato, disponiendo de mínimo quince (15) días posteriores al vencimiento del plazo.
19. Guardar confidencialidad de la totalidad de la información que el Fondo con fundamento en las obligaciones que se asuman en virtud del contrato.

2.2. ESPECÍFICAS

1. Adaptar el modelo de atención, definido por el Fondo a las necesidades y características del territorio en el que se encuentren los usuarios conforme la categorización de urbano, alta ruralidad y disperso, así como a las características diferenciales de la población a la que pertenezcan los afiliados y beneficiarios del Fondo.
2. Aportar copia del contrato suscrito con el Call Center firmado por los representantes legales de las cuatro regionales dentro de los diez (10) días posteriores al inicio del contrato, fecha en la cual deberá estar en funcionamiento, una vez suscrito el contrato.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

3. Caracterizar a cada usuario del Fondo mediante la aplicación de la ficha familiar, para identificar y priorizar su riesgo individual.
4. Identificar y priorizar las zonas según las características del territorio y de las poblaciones para la prestación de los servicios de salud.
5. Identificar y priorizar los grupos de riesgo de los usuarios del Fondo de acuerdo con el resultado de la caracterización.
6. Desarrollar proyectos de innovación conforme a la caracterización de usuarios del Fondo que mejoren los modelos de atención y prestación de servicios de salud.
7. Gestionar el riesgo técnico de salud de los usuarios mediante la articulación con el Fondo y las entidades territoriales.
8. Implementar las rutas integrales de atención en salud priorizadas por el Fondo conforme a los lineamientos descritos en los documentos de Modelo de Atención Integral del FPSFCN y RIAS desde el inicio del contrato.
9. Garantizar la prestación de los servicios de salud definidos en el Plan de Beneficios según la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Garantizar la prestación de los servicios de salud reconocidos en el Plan de Atención Convencional, respetando lo pactado en todas las convenciones colectivas.
11. Garantizar la prestación de forma integral de los servicios de salud contemplados en todos sus niveles de complejidad.
12. Garantizar en los casos que se requiera la atención integral de pacientes en Programa de Atención Domiciliaria, Hospitalización en Casa según lo ordenado por el Médico Tratante y lo definido por el Fondo con sujeción a lo que se estipula en el pliego, en el contrato y en la norma legal vigente.
13. Garantizar durante todo el periodo de ejecución del contrato la red de instituciones prestadoras de servicios de salud principal (Componente Primario y Complementario) y alterna (Componente Primario y Complementario) ofertada y las capacidades disponibles para los usuarios del Fondo en un 100%.
14. Garantizar la red de prestadores de servicios en un 100% y una vez sea Habilitada por el Fondo deberá solicitar autorización previa para cualquier cambio de red al Fondo.
15. Realizar el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, por el equipo interdisciplinario definido en el presente documento, expidiendo los correspondientes certificados de discapacidad.
16. Cumplir con los componentes del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud, en cuanto a instalaciones, auditorias, atención a los usuarios, capacitaciones para garantizar la provisión de los servicios de manera integral.
17. Garantizar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
18. Realizar los ajustes de red principal en sus Componentes Primario y Complementario una vez el Fondo valide el Estudio de Suficiencia de Red.
19. Realizar el cobro de cuotas moderadoras y copagos para los usuarios que no tengan Plan de Atención Convencional según los montos establecidos por el Fondo y realizar el reporte de información de acuerdo al Formato establecido y en la periodicidad definida.
20. Pagar oportunamente a las IPS los servicios contratados para la atención de los usuarios del Fondo. En caso de retardo injustificado el Fondo podrá girar directamente los recursos a las IPS con cargo a los recursos del contrato.
21. Pagar los servicios médicos de urgencias que le sean prestados a los afiliados y beneficiarios del Fondo cuando se encuentren por fuera de la regional.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

22. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato, todo el personal idóneo y calificado de nivel directivo, profesional, técnico y de soporte administrativo y operativo que sea necesario para el óptimo desarrollo del mismo.

23. Documentar ante el Fondo las actividades administrativas del talento humano, en la que se incluyan: perfiles, roles, responsabilidades, procesos de selección, inducción general y específica, reinducción, capacitación continua de todo su personal cuando sea requerido por el Fondo.

24. Reportar al Fondo la información requerida por los sistemas de información en los tiempos y formas exigidos por entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, entes territoriales.

25. Entregar toda la información en medio digital y física que se desprenda de los servicios prestados y las actividades desarrolladas al Fondo en los tiempos que la entidad requiera.

26. Manejar la historia clínica de los pacientes de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1981 y el Decreto 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan y garantizar al FONDO el acceso a las mismas durante la ejecución del contrato y al finalizar el mismo entregar la historia clínica de todas las atenciones ambulatorias con sus anexos según las condiciones que defina el Fondo.

27. Permitir el acceso a las personas que determine el Fondo a la información y la infraestructura para la supervisión, auditoría o interventoría en la prestación de los servicios.

28. Cumplir con la elaboración, envío y entrega de todos los reportes requeridos por el Fondo en cumplimiento de sus funciones y obligaciones y las adicionales que se presenten durante la ejecución del contrato.

29. Presentar en los primeros cinco (5) días de cada mes el informe de afiliados fallecidos durante el periodo inmediatamente anterior a la fecha del reporte.

30. Garantizar la disponibilidad de la línea de atención e información a usuarios y autorización de urgencias 24 horas del Plan de Beneficios y establecer un mecanismo de enlace para coordinar las urgencias de los usuarios a nivel nacional.

31. Realizar los reportes de la información de la Cuenta de Alto Costo conforme a lo definido en la normatividad vigente, cargando en las plataformas establecidas los soportes de las atenciones realizadas y soportar las auditorias técnicas que realicen la Cuenta de Alto Costo y Entes de Control.

32. Llevar registro independiente de las actividades realizadas, medicamentos e insumos suministrados a los usuarios que corresponden al Plan de Beneficios y al Plan de Atención Convencional.

33. Facturar al FONDO, dentro de los tiempos y condiciones establecidos en el presente contrato, bajo las exigencias fijadas. Para tal efecto junto con la respectiva factura mensual, EL CONTRATISTA, se compromete a certificar, a través de su representante legal y el revisor fiscal, el estado de cumplimiento y pago de las obligaciones contraídas con sus subcontratistas y demás proveedores vinculados a la prestación de los servicios integrales de salud.

34. Disponer las áreas físicas, personal y demás recursos necesarios para la recepción, manejo y custodia de la totalidad de las historias que se encuentran en medio físico entregadas en el proceso de empalme.

35. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Facturas de Urgencias por servicios prestados por IPS fuera de la red según lo definido en el Procedimiento establecido por el Fondo.

36. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Reembolsos a Usuarios por atenciones no prestadas oportunamente por el Contratista según lo definido en el Procedimiento establecido por el Fondo.

37. Dar cumplimiento a lo definido para el Trámite de Recobros por Servicios y Tecnologías No Cubiertas en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC según lo definido en la normatividad vigente y el Procedimiento establecido por el Fondo.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

38. Dar cumplimiento a la entrega de servicios y tecnologías de salud y otros ordenados por fallos de tutela al Fondo según el Procedimiento establecido por el Fondo.
39. Entregar copia de la historia clínica, cuando sea solicitada por el usuario o su representante legal, sin que esto genere ningún costo adicional para el mismo.
40. Todas las demás obligaciones que el supervisor y el auditor o interventor impartan para la correcta ejecución del contrato o que emanen de la ley debido a la naturaleza del servicio que se presta.
41. Recepción, trámite y autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.
42. Definir la obligatoriedad del contratista de asumir el pago de la totalidad de obligaciones que por concepto de urgencias y otras prestaciones de servicios de salud sean radicadas en el Fondo posterior a la liquidación del contrato, generadas por servicios prestados durante la vigencia del contrato, aplicando el procedimiento de auditoria de facturas de servicios de salud establecido.
43. Enviar un consolidado dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Oficina de Atención al Ciudadano del Fondo en la ciudad de Bogotá de las PQRSD y tutelas que reciba por parte de los usuarios en cada uno de sus puntos de atención.
44. Remitir informe dentro de los cinco primeros días de cada mes con el consolidado de las PQRSD y tutelas, recibidas en la IPS por los diferentes canales de atención dispuestos para este fin; que debe contener un análisis donde se identifiquen las cinco primeras causas por las que los ciudadanos presentan PQRSD y tutelas.
45. Permitir el acceso y suministrar toda la información relacionada con la ejecución del presente contrato, a los designados para realizar auditoria/interventoría y supervisión del mismo, en todos los ámbitos.
46. Garantizar el acceso a las instalaciones de la red propia y contratada de los designados por el Fondo sin ningún tipo de restricciones.
47. Asumir la prestación de los servicios de salud ordenados por fallo de tutela en cualquier municipio del país, siempre que sea a un usuario que haga parte de la regional atendida.

CLÁUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DEL FONDO:

1. Realizar acciones de vigilancia a la prestación de los servicios objeto de la presente contratación.
2. Realizar monitoreo, evaluación y retroalimentación de los casos atendidos por el prestador.
3. Hacer seguimiento de acciones de promoción y mantenimiento. Por entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social y entes territoriales en los tiempos que requieran dichos entes, se deberá entregar una copia de cada uno de los reportes enviados al Fondo.
4. Supervisar que el servicio prestado por el contratista cumpla con todos los requerimientos establecidos.
5. Definir los procedimientos de calidad, indicadores de gestión y las reglas para la evaluación de desempeño.
6. Efectuar a través del funcionario designado para ejercer la Supervisión y el auditor o interventor del contrato, la verificación del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación, SENA e ICBF), como requisito previo para el desembolso del pago y liquidación del contrato.
7. Informar al contratista los procedimientos de calidad, indicadores de gestión y las reglas de evaluación de desempeño.
8. Realizar evaluación de desempeño sobre la prestación del servicio integral de salud.
9. Dar aplicación al modelo de gestión, procedimientos de calidad y auditoría médica, indicadores de gestión y las reglas para la evaluación de desempeño.
10. Cancelar el valor del contrato en los términos y plazos establecidos en el presente documento

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

11. Cumplir con las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte integral.
12. Suministrar toda la información y colaboración requerida para el desarrollo del objeto contractual.
13. Suscribir las actas y documentos que se requieran en virtud del presente contrato.
14. Expedir el certificado de Registro Presupuestal del contrato.
15. Aprobar la garantía única que en debida forma constituya EL CONTRATISTA.
16. Suministrar al CONTRATISTA la información requerida para el desarrollo del objeto contractual.
17. Cumplir con las demás obligaciones que sean necesarias e inherentes para lograr el adecuado desarrollo y cumplimiento del objeto del presente contrato.

CLÁUSULA CUARTA: VALOR DEL CONTRATO. Para efectos legales y fiscales el valor del presente contrato será de Hasta la suma de **SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS ($ 75.480.134.661) M/CTE** incluidos todos los gastos directos, indirectos e impuestos en que deba incurrir el Contratista para el cumplimiento del Contrato.

CLÁUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO. El FONDO pagará mediante la modalidad de pago global prospectivo por la totalidad de los servicios de atención que requieren los afiliados al Fondo, se realizarán pagos mensuales vencidos así:

PROYECCIÓN MENSUAL				
REGIONAL	**PGP MES OCTUBRE – DICIEMBRE 2020**	**PGP MES ENERO – DICIEMBRE 2021**	**PGP MES ENERO – JULIO 2022**	**VARIABLE MES**
CENTRAL	$3.040.692.860	$3.156.433.793	$3.273.676.286	$252.959.844

PARÁGRAFO 1: Los pagos determinados en la presente clausula, se efectuarán a la cuenta del Banco Cooperativo CoopCentral, cuenta corriente No. 232-00038-8 suministrada por el contratista previa presentación de los documentos exigidos en el proceso contractual y estará sujeto a la disponibilidad y los montos aprobados en el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC), de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 32 de la Ley 179 de 1994 aprobado por la Dirección General de Crédito Público y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

PARÁGRAFO 2: Esta modalidad de pago genera un fuerte impacto al realizar acciones de promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad, genera también un fuerte incentivo para gestionar el riesgo técnico de morbilidad evitable (mejorando la coordinación, la continuidad y la integralidad de la atención, y realizando acciones de prevención secundaria y terciaria) y el riesgo técnico de utilización (reduciendo la variabilidad en las conductas médicas).

PARÁGRAFO 3: Los pagos mensuales se someterán a una auditoría – interventoría técnica para determinar el grado de cumplimiento de matrices de cumplimiento de PYP, oportunidad en la atención y demás medidas de evaluación que determine el contratante en la ejecución del contrato. Con el informe del auditor o interventor se procederá a realizar las glosas, descuentos, retenciones o deducciones en el mes siguiente. Para lo anterior el contratista suministrará toda la información, datos, registros o demás requerimientos necesarios para realizar dichas auditorías e interventorías. Es deber del contratista entregar toda la información de forma oportuna.

PARÁGRAFO 4: En los pagos correspondientes a diciembre de 2020, diciembre de 2021 y el último pago de la vigencia 2022, se realizarán retenciones según el promedio de las glosas, descuentos o deducciones hasta que el Fondo verifique el informe de ejecución del contrato y se descontarán en el mismo mes.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

PARÁGRAFO 5: El pago mensual esta dado para la prestación de servicios de baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad, alto costo, acciones dentro del PAC y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todas las acciones anteriormente mencionadas se pagarán por regional según el valor mensual por vigencia que se define en la tabla anterior.

PARÁGRAFO 6: Se verificará la cantidad de usuarios del fondo y las frecuencias de uso pactadas, si varía la cantidad de usuarios esta automáticamente se ajustará en el pago mensual, esta verificación se realizará durante toda la ejecución del contrato. Se verificará cada cuatro (4) meses durante un periodo de un (1) año las frecuencias de uso y el número de eventos inicialmente dados en el anexo No "FRECUENCIAS DE USO", si estos varían por encima del diez por ciento (10%), el Fondo entrará revisar lo indicado por el contratista y reajustará la fórmula de pago, únicamente se dará lo anterior si se determina que la frecuencia de uso aumento solo por la ***severidad de las patologías***, para tal caso el contratista deberá aportar toda la información requerida por el contratante para que pueda realizar el estudio y hacer los ajustes necesarios. El ajuste por severidad en la patología nunca podrá ser superior al cinco (5%) del valor mensual. Pasado un año no se volverán a ajustar las frecuencias de uso. **PARÁGRAFO 6:** Los recursos que se descuenten se invertirán en la prestación de servicios de salud en promoción de la salud y prevención de la enfermedad o en programas integrales de atención en patologías crónicas o de alto costo, lo anterior se realizará como incentivo a la región que cumpla con los requisitos planteados por el Fondo. Esta valoración se realizará cada cuatro (4) meses y los recursos se entregarán a la regional que mejor este cumpliendo con los indicadores de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Fondo.

CLÁUSULA SEXTA: DESCUENTOS Y DEDUCCIONES. Durante la ejecución del contrato, el Fondo de acuerdo con criterios técnicos de seguimiento, realizará mensualmente los descuentos y deducciones pertinentes al contratista, de conformidad con la normatividad vigente. El porcentaje se determinará de conformidad con el valor mensual de cada regional.

#	NOMBRE INDICADOR	FORMULA	META	META CON INCNTV	INCNTV Y/O DESCTO MAX	INCNTV MAXIMO TOTAL	CRITERIO APLICADO TRIMESTRAL MENTE
1	PORCENTAJE DE GESTANTES INSCRITAS EN LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DE GESTACION	NUMERO DE GESTANTES INSCRITAS AL PROGRAMA DE DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DE GESTACION / TOTAL DE GESTANTES INSCRITAS EN EL PERIODO X 100.	75,00%	95,00%	0,250%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO

							PARA INCENTIVO.
2	PORCENTAJE DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE CERVIX	NUMERO PACIENTE DETECTADAS CON CANCER DE CERVIX IN SITU / NUMERO TOTAL PACIENTES CON CANCER DE CERVIX DIAGNOSTICADAS EN EL PERIODO X 100.	75,00%	95,00%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
3	PORCENTAJE DE DETECCION OPORTUNA CANCER DE MAMA	NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA DETECTADOS IN SITU / NUMERO TOTAL PACIENTES CON CANCER DE MAMA DIAGNOSTICADAS EN EL PERIODO X 100.	50,00%	80,00%	0,375%	1,500%	POR CADA 7,5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,375% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
4	PORCENTAJE DE CAPTACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HTA EN POR TAMIZAJE EN	NUMERO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HTA INSCRITOS AL PROGRAMA DE ECNT EN ESTADIOS 1 Y 2 /	60,00%	80,00%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

	POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS (ESTADIOS 1 Y 2)	TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO.					DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
5	PORCENTAJE DE CAPTACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DM POR TAMIZAJE EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS (TIPO 1 Y 2)	NUMERO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DM INSCRITOS AL PROGRAMA DE ECNT EN ESTADIOS 1 Y 2 / TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO.	60,00%	80,00%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
6	PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS PARA ERC	NUMERO TOTAL DE PERSONAS ESTUDIADAS (*) PARA ERC EN EL PERIODO DE CONTRATACIÒN / NUMERO TOTAL DE LA POBLACION CON DIAGNOSTICO NUEVO EN EL PERIODO PARA ERC X 100.	90,00%	98,00%	0,250%	1,000%	POR CADA 2,5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,5% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

7	COBERTURA DE PACIENTES ESTUDIADOS EN LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL (ESTADIOS 1 Y 2)	PACIENTES CON ERC 1-4 CON DISMINUCION DE TFG DE MENOS DE 5 ml / min / 1.73 m2 EN EL AÑO / NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ERC 1-4.	DISMINUCION DE TFG DE MENOS DE 5 ml / min / 1.73 m2 EN EL AÑO	DISMINUCION DE TFG DE MENOS DE 3 ml / min / 1.73 m2 EN EL AÑO	0,375%	1,500%	POR CADA 7,5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,375% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
8	PORCENTAJE DE CASOS DE CANCER DE PROSTATA IDENTIFICADOS EN BAJA COMPLEJIDAD,	NUMERO DE USUARIOS CON CANCER DE PROSTATA DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO / NUMERO DE HOMBRES MAYORES DE 45 AÑOS CON SOSPECHA CLINICA Y/O PARA CLINICA DE CANCER DE PROSTATA IDENTIFICADOS EN EL PRIMER NIVEL X 100.	50%	80%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
9	PORCENTAJE DE USUARIOS CON VIH - SIDA DIAGNOSTICADOS EN ESTADIO 1 Y 2.	NUMERO CASOS DIAGNOSTICADOS ESTADIO VIH (1-2) / TOTAL CASOS DIAGNOSTICADOS VIH/SIDA EN EL PERIODO X 100.	50%	80%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA

							Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
10	DISMINUCION DE TUTELAS	NUMERO DE TUTELAS POR SERVICIOS INCLUIDAS EN PLANES DE BENEFICIOS DEL PERIODO COMPARADA CON EL NUMERO DE TUTELAS POR SERVICIOS INCLUIDOS EN PLANES DE BENEFICIOS DEL PERIODO ANTEIROR	30%	5%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
11	CUMPLIMIENTO DE METAS DE GESTION Y PROMOCION Y PREVENCION	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA RESOLUCIÓN 256 DEL 2016 Y DE IMPLEMENTACION DE RIAS PRIORIZADAS	85%	98%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
12	PORCENTAJE DE PQR RESUELTOS DENTRO DE LA	NUMERO DE PQRSD RESUELTOS DENTRO DE LA	85%	98%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

	OPORTUNIDAD EN EL PERIODO	OPORTUNIDAD EN EL PERIODO/TOTAL DE PQR DEL PERIODO					DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
13	PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL CLIENTE MEDIANTE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO	PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL USUARIO DEL PERIODO	90%	100%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL DEFINIDO PARA INCENTIVO.
14	PORCENTAJE DE CUMPLMIENTO DE INDICADORES DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA RESOLUCIÓN 256 DEL 2016	90%	100%	0,2500%	1,000%	POR CADA 5 PUNTOS DE INCREMENTO Y/O DISMUNUCION FRENTE A LA META DEFINIDA CONTRACTUALMENTE SE INCREMENTA Y/O DESCUENTA 0,25% DEL VALOR TOTAL

							DEFINIDO PARA INCENTIVO.
TOTAL						**15,00%**	

PARÁGRAFO PRIMERO: Los descuentos y deducciones a que queda habilitado el Fondo como consecuencia del incumplimiento de cualquiera de los indicadores de desempeño descritos, se aplicarán sin perjuicio y de manera independiente de las sumas de dinero que el fondo deba pagar a terceros por concepto de los servicios o suministros en que haya debido incurrir a fin de garantizar el servicio de salud a los usuarios y demás beneficiarios.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Los parámetros e indicadores de la medición de cada nivel de servicio están determinados en los diferentes programas de auditoría e indicadores de gestión con los que cuenta EL FONDO para realizar el seguimiento a la prestación de los servicios de salud de conformidad con el Modelo de atención implementado por esta entidad.

PARÁGRAFO TERCERO: El Contratista deberá permitir el acceso y suministrar toda la información relacionada con la ejecución del presente contrato, a los designados para realizar interventoría y supervisión del mismo, en todos los ámbitos, de igual manera, el contratista deberá garantizar el acceso a las instalaciones de la red propia y contratada de los designados por el Fondo sin ningún tipo de restricciones.

PARÁGRAFO CUARTO: El valor de los descuentos nunca podrá ser superior al valor del servicio prestado y no podrá superar el 10% del valor del contrato de conformidad con lo dispuesto en el Título Primero del Código Contencioso Administrativo y el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, por lo anterior y en aplicación de lo establecido en el Estatuto Tributario artículos 617 literal "f" en donde se indica *"Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados."* y el artículo 618 en donde se establece la obligación de exigir factura o documento equivalente, se hace necesario que el contratista discrimine lo gastado en cada acuerdo de nivel de servicio con el propósito de que el supervisor pueda verificar versus los informes de auditoría el cumplimiento de los niveles y realizar los descuentos a que haya lugar en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PROCEDIMIENTO PARA DESCUENTOS Y DEDUCCIONES: Los pagos mensuales se someterán a una auditoría – interventoría técnica para determinar el grado de cumplimiento de matrices de cumplimiento de PYM, oportunidad en la atención y demás medidas de evaluación que determine el contratante en la ejecución del contrato. Con el informe del auditor o interventor se procederá a realizar las glosas, descuentos, retenciones o deducciones en el mes siguiente, para lo anterior el FONDO cuenta con un término de treinta (30) días hábiles. Adicionalmente el contratista suministrará toda la información, datos, registros o demás requerimientos necesarios para realizar dichas auditorías o interventorías. Es deber del contratista entregar toda la información de forma oportuna.

Se le remitirá al contratista la glosa o devolución de la factura en la cual se le realizará las descuentos, retenciones o deducciones que sean pertinentes, para que el Contratista pueda realizar la respectiva revisión y/u objeciones con los soportes que demuestren los cumplimientos de los ÍTEMS, para lo cual se le dará un término de quince (15) días hábiles para subsanar y/o aclarar.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

Una vez cumplido el término para subsanar y/o aclarar la glosa o devolución, si el contratista no se pronuncia al respecto o no justifica en debida forma el cumplimiento, el Fondo procederá a realizar el descuento de conformidad con los porcentajes estipulados.

PARÁGRAFO PRIMERO: Sin perjuicio de lo anterior se dará aplicación al Decreto 4747 de 2007 artículo 23 en lo relacionado a los términos para la verificación de la factura y la aplicación de glosas y devoluciones.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA estará obligado a seguir prestando el servicio aun cuando se presente algún descuento sobre el valor del servicio.

PARÁGRAFO TERCERO: En caso de que se presente de manera persistente durante un período continúo de tres (3) meses la desmejora de ITEM por debajo del indicador sin justificación técnica se entenderá como un incumplimiento contractual y dará lugar a las actuaciones por parte del FONDO.

CLÁUSULA OCTAVA: DINÁMICA PARA EL CAMBIO DE LOS ÍTEMS DE DESCUENTOS Y DEDUCCIONES: Si los ITEMS establecidos no reflejan la calidad del servicio requerido por el FONDO, estos deberán ser replanteados, validados y aplicados de común acuerdo entre FONDO y El CONTRATISTA. Para ello, los ITEMS y su forma de medición, podrán ser revisados cada tres (3) meses o cuando las necesidades del servicio así lo requieran, siguiendo los siguientes pasos:

1. Revisión y propuesta de los cambios por parte de los supervisores del contrato y contratistas en cada una de las regionales.
2. Revisión y Aprobación de los cambios por parte del Coordinador GIT Prestación Servicios de Salud y el Subdirector de Prestaciones Sociales, y se harán efectivos según la propuesta presentada por los Supervisores y contratistas, si existe algún cambio se debe validar nuevamente con los supervisores y contratistas; y pasar de nuevo por el Coordinador GIT Prestación Servicios de Salud y el Subdirector de Prestaciones Sociales; una vez sea aprobado el cambio será legalizado mediante acta suscrita por los supervisores, contratistas de cada Regional y la Coordinación del GIT Prestación Servicios de Salud y el Subdirector de Prestaciones Sociales y se definirá a partir de qué fecha es medible.
3. El acta que se derive del anterior acuerdo deberá ser publicado en la plataforma de contratación estatal Secop II o en la dispuesta para tal fin.

PARÁGRAFO: El contenido de este acuerdo puede ser modificado a solicitud y mutuo acuerdo entre todos los involucrados.

CLÁUSULA NOVENA: PLAZO. El plazo de ejecución del presente contrato será contado a partir de la suscripción del acta de inicio y hasta el **TREINTA Y UNO (31) DE JULIO DE 2022,** previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

La **vigencia** contrato será desde su perfeccionamiento y hasta los seis (6) meses siguientes a la finalización del plazo de ejecución.

CLÁUSULA DECIMA: LUGAR DE EJECUCIÓN. El lugar de ejecución del contrato serán los municipios que conforman la regional Central, discriminados en los puntos de atención definidos por el Fondo en los documentos que conformaron el proceso de selección abreviada para la contratación de servicios de salud No. SASS 001 de 2020.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020
CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL- Que en el presupuesto general de rentas y gastos de la actual vigencia fiscal de 2020, existen Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 40120 del 20 de agosto de 2020 y la autorización de vigencias futuras No. 26920 del 29 de julio de 2020.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: GARANTÍAS. EL CONTRATISTA se obliga a constituir a favor del FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA identificado con NIT. 800.112.806-2 las siguientes garantías, que deberán consistir en contrato de seguro contenido en una póliza, patrimonio autónomo o garantía bancaria. Las garantías deberán constituirse de manera inmediata, posterior a la suscripción del presente contrato, debiendo cumplir los siguientes amparos:

Tipo o Clase de garantía	Suficiencia	Vigencia
Cumplimiento.	Será el equivalente al diez por ciento (10%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses.
Calidad del Servicio.	Será el equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses.
Pago de Salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales.	Será el equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del Contrato.	Por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más.

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: El valor asegurado en las pólizas que amparan la responsabilidad extracontractual que pudiera llegar a atribuirse al Fondo con ocasión de las actuaciones, hechos u omisiones de sus contratistas o subcontratistas, o de los perjuicios ocasionados por eventuales reclamaciones de terceros corresponderá al equivalente al cinco por ciento (5%) de 75.000 SMMLV.

PARÁGRAFO PRIMERO. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al contratista de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa del FONDO.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los casos en que se prorrogue el plazo de ejecución del contrato y/o se adicione en valor, EL CONTRATISTA se compromete, dentro de los dos (2) días siguientes a presentar el certificado de modificación de la garantía de conformidad con el nuevo plazo y/o valor pactados.

PARÁGRAFO TERCERO. EL CONTRATISTA deberá mantener la garantía en plena vigencia y validez en los términos expresados en esta cláusula y deberá pagar las primas y demás expensas necesarias para constituirlas, mantenerlas, prorrogarlas o adicionarlas.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: PENAL PECUNIARIA. Si el CONTRATISTA no diere cumplimiento en forma total o parcial al objeto o a las obligaciones emanadas del contrato, pagará al **FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA** el DIEZ por ciento (10%) del valor total del mismo, como estimación anticipada de perjuicios, sin que lo anterior sea óbice para que se impongan las multas a que haya lugar y/o reclamación por los perjuicios ocasionados. Así mismo, para efectos de declarar el incumplimiento del contratista con el propósito de hacer efectiva la cláusula penal, se aplicará el procedimiento establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: MULTAS.- En virtud de lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, las partes acuerdan que en caso de retardo o incumplimiento de cualquiera de las obligaciones señaladas en el contrato se causará a favor de la entidad contratante una multa equivalente al uno por ciento (1%) del valor del contrato por cada día de atraso en el cumplimiento de sus obligaciones, previa realización del procedimiento señalado en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, sin que el valor total de ellas pueda llegar a exceder el diez por ciento (10%) del valor total del contrato. Los montos correspondientes, se compensarán directamente, descontando el valor de las multas de los pagos que la entidad contratante deba efectuar al contratista, si ello fuere posible, o haciendo efectiva la garantía única con cargo al amparo de cumplimiento, o acudiendo al cobro ejecutivo.

PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de que la entidad contratante opte por el cobro ejecutivo, éste se realizará a través de la jurisdicción coactiva y se llevará a cabo sin necesidad de requerimiento alguno, ni constitución en mora.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria se compensará del saldo a favor del CONTRATISTA si lo hubiere, o haciendo efectiva la garantía o a través del cobro ejecutivo.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA: MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES.- El presente contrato se rige por las cláusulas excepcionales de interpretación, modificación y terminación unilaterales de que tratan los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL. Con absoluta autonomía e independencia y, en desarrollo del mismo, no se generará vínculo laboral alguno entre LA ENTIDAD y EL CONTRATISTA o sus dependientes o subcontratistas o cualquier otro tipo de personal a su cargo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. - Las diferencias que surjan en desarrollo del presente contrato, se solucionarán a través de los mecanismos de solución de controversias contractuales previstos en la Ley 80 de 1.993 o por conciliación, amigable composición y transacción.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: CESIÓN El CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato a persona jurídica alguna sin el consentimiento previo, expreso y escrito del FONDO, pudiendo éste reservarse la razón o razones que tenga para negar la cesión o el subcontrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: INTERVENTORÍA O AUDITORÍA. De acuerdo el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, la entidad contratará a una persona natural o jurídica que preste el servicio de interventoría o auditoría externa, quien se encargará del seguimiento técnico sobre el cumplimiento del contrato y el desarrollo de la implementación y garantía del modelo de atención en salud a los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Detalle de la estructura orgánica y funcional de auditorías que opera hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le proveen bienes y servicios, como mínimo en los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos, de pertinencia y calidad de los servicios.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: SUPERVISIÓN. La Supervisión del contrato estará a cargo del funcionario que designe el Director General. De conformidad con el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, el supervisor deberá realizar el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico sobre el cumplimiento del objeto del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: RESPONSABILIDAD. En caso de incumplimiento de las obligaciones antes citadas,

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (PBS-PAC-PYM) N° 352 DE 2020
se aplicarán las sanciones previstas en la Ley 80 de 1993.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La supervisión de las actividades derivadas del presente contrato, genera para el funcionario designado para ello la responsabilidad propia de este tipo de funciones. Por lo tanto, tiene el deber de actuar con la más absoluta diligencia y racionalidad en aras de proteger el patrimonio público.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LIQUIDACIÓN.- Terminada la ejecución del contrato el supervisor y el interventor o auditor, según el caso, procederán a su liquidación de mutuo acuerdo dentro de los seis (06)) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato, vencido el plazo anterior se procederá conforme con lo ordenado por el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 217 del Decreto Ley 0019 de 2012 y el artículo 11 de la ley 1150 de 2007, que le sean aplicables y las demás normas que las regulan, complementan y modifican.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. - REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para su legal ejecución requiere la expedición del registro presupuestal, la aprobación de la garantía por parte de la Entidad y la suscripción del acta de inicio.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2020)

EL FONDO

JHON MAURICIO MARIN BARBOSA
DIRECTOR GENERAL

Proyectó: Angie Tatiana Rayo Parra – Oficina Asesora Jurídica.
Stefania Gutierrez Arcila - Abogada Oficina Asesora Jurdica
Tatiana Montoya -Abogada Oficina Asesora Jurdica
Revisó: Sandra Milena Burgos Beltrán – Jefe Oficina Asesora Jurídica.

EL CONTRATISTA

ABEL FERNELY SEPÚLVEDA RAMOS
REPRESENTANTE LEGAL
SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A