	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-I Área Presupuesto Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997 - Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior. Nit : 817.001.773-3	
	CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	
	Código : GFIN-F-2 **Versión :** 1.0	

FECHA :	**01/04/2025 05:10:42**	**CRP NÚMERO :**	**202502767**

Gestión de Presupuesto de la Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-Indígena

CERTIFICA :

Que en la fecha se efectúa el **REGISTRO PRESUPUESTAL** de la siguiente orden de pago, autorizada por la Estructura Administrativa de la Asociacion Indigena del Cauca AIC EPS-I

Nit o C.C. No:	900611060	**Beneficiario:**	CENEMED QUILICHAO - CENTRO DE ESPECIALISTAS S.A.S.
Operación Referencia :			DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL / 202501331
LA SUMA DE :	**MIL CIENTO SESENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON 00/100 M/CTE.**		
DETALLE :	CONTRATO 081-2025-RECUPERACION DE LA SALUD MODALIDAD EVENTO DEL 01/04/2025 A 31/12/2025		

IMPUTACION PRESUPUESTAL

CODIGO PRESUPUESTAL	REC.	C.U.	DESCRIPCIÓN	VALOR	PTO ATENCIÓN
24502090301	1	AIC	Atencion mediana complejidad CPC: 93122 - Servicios mdicos especializados	1,168,948,578.00	INVERSION
				TOTAL $	**1,168,948,578.00**

Fecha de Expedición: Popayán, 1 días del mes de abril de 2025.

Lìder Técnico Financiero "A.I.C." EPS-I

Líder de Presupuesto "A.I.C." EPS-I

Elaboró : LISET NATALIA YONDAPIZ PARDO

	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-I Área Presupuesto Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997 - Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior. Nit : 817.001.773-3	
	CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	
	Código : GFIN-F-2 **Versión :** 1.0	

FECHA :	**01/04/2025 05:10:42**	**CRP NÚMERO :**	**202502768**

Gestión de Presupuesto de la Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-Indígena

CERTIFICA :

Que en la fecha se efectúa el **REGISTRO PRESUPUESTAL** de la siguiente orden de pago, autorizada por la Estructura Administrativa de la Asociacion Indigena del Cauca AIC EPS-I

Nit o C.C. No:	900611060	**Beneficiario:**	CENEMED QUILICHAO - CENTRO DE ESPECIALISTAS S.A.S.
Operación Referencia :			DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL / 202501331
LA SUMA DE :	**CUARENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO TRES PESOS CON 00/100 M/CTE.**		
DETALLE :	CONTRATO 081-2025-RECUPERACION DE LA SALUD MODALIDAD EVENTO DEL 01/04/2025 A 31/12/2025		

IMPUTACION PRESUPUESTAL

CODIGO PRESUPUESTAL	REC.	C.U.	DESCRIPCIÓN	VALOR	PTO ATENCIÓN
24502090301	1	RC	Atencion mediana complejidad CPC: 93122 - Servicios mdicos especializados	42,746,103.00	INVERSION
				TOTAL $	**42,746,103.00**

Fecha de Expedición: Popayán, 1 días del mes de abril de 2025.

Lìder Técnico Financiero "A.I.C." EPS-I

Líder de Presupuesto "A.I.C." EPS-I

Elaboró : LISET NATALIA YONDAPIZ PARDO

	Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-I Área Presupuesto Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997 - Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior. Nit : 817.001.773-3	
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
	Código : GFIN-F-1 **Versión :** 1.0	

FECHA :	**01/04/2025 05:05:19**	**CDP NÚMERO :**	**202501331**

Gestión de Presupuesto de la Asociación Indígena del Cauca "A.I.C." E.P.S-Indígena

CERTIFICA :

Que en el presupuesto de gastos de la Asociacion Indigena del Cauca AIC EPS-I para la vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, aprobado por la Estructura Administrativa de la Asociacion Indigena del Cauca AIC EPS-I hace constar que existe disponibilidad así:

LA SUMA DE :	**MIL DOSCIENTOS ONCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON 00/100 M/CTE.**
DETALLE :	CONTRATO 081-2025-RECUPERACION DE LA SALUD MODALIDAD EVENTO DEL 01/04/2025 A 31/12/2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

CODIGO PRESUPUESTAL	REC.	C.U.	DESCRIPCIÓN	VALOR	PTO ATENCIÓN
24502090301	1	AIC	Atencion mediana complejidad CPC: 93122 - Servicios mdicos especializados	1,168,948,578.00	INVERSION
24502090301	1	RC	Atencion mediana complejidad CPC: 93122 - Servicios mdicos especializados	42,746,103.00	INVERSION
				TOTAL $	**1,211,694,681.00**

Fecha de Expedición: Popayán, 1 días del mes de abril de 2025.

Lìder Técnico Financiero "A.I.C." EPS-I

Líder de Presupuesto "A.I.C." EPS-I

Elaboró : LIZETH NATALIA YONDAPIZ PARDO

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC "EPS-I"
Resolución 083 del 15 de diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerios del Interior
NIT: 817.001.773-3

JUSTIFICACIÓN DEl VALOR CONTRATADO
Código: GCON-F-2 Versión: 2.0

Consecutivo:	**GRDS 510-2025**		
CONTRATO N°:	081-2025	**Valor definitivo asignado**	**1.211.694.681**
CONTRATISTA:	CENEMED QUILICHAO		
NIT:	900611060		
OBJETO:	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA COMPLEJIDAD		
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS:	SI		
MODALIDAD:	EVENTO		
TARIFAS:	SEGÚN ANEXO 3		
PERÍODO DE CONTRATACIÓN:	01 DE ABRIL 2025 A 31 DE DICIEMBRE DE 2025		
DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:	POPAYAN		

	Cápita	**Evento**
VALOR PRESUPUESTO SUBSIDIADO	0	$ 1.168.948.578
VALOR PRESUPUESTO CONTRIBUTIVO	0	$ 42.746.103
VALO PRESUPUESTO NO PBS	0	0
VALOR TOTAL CONTRATADO:	0	**$ 1.211.694.681**

JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

1. Garantizar el acceso y continuidad de la prestación de los servicos al afiliado.

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO	**VALOR PRESUPUESTO RÉGIMEN SUBSIDIADO**	**VALOR PRESUPUESTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**
2. El valor a contratar corresponde a servicios de BAJA complejidad por valor de $	$ 0	$ 0
3. El valor a contratar corresponde a servicios de MEDIANA complejidad por valor de $	**$ 1.168.948.578**	**$ 42.746.103**
4. El valor a contratar corresponde a servicios de ALTA complejidad por valor de $	$ 0	$ 0
5. El valor a contratar corresponde a prestación de servicios y tecnologías no financiados con UPC por valor de $	$ 0	$ 0
6. La asignación del monto presupuestal, por inicio de nueva vigencia contractual.	**$ 1.168.948.578**	**$ 42.746.103**

DETERMINACIÓN DE SU CUANTÍA

Valor Total Contratado	$ 1.211.694.681	Meses de la vigencia del contrato anterior	12
Total Radicado_Informe Garantía de la calidad SUBSIDIADO	$3.827.635.668	Incremento para la nueva vigencia	5,20%
Total Radicado_Informe Garantía de la calidad CONTRIBUTIVO	$184.997.436	Meses de nueva vigencia	9
Total Radicado_Informe Garantía de la calidad NO PBS	$ 0		

VALOR TOTAL CONTRATADO	**1.211.694.681**

El valor $1,211,694,681 se asigna por autorización de la Estructura Administrativa de la AIC EPS-I con revisión conjunta de los procesos que hacen parte del pilar Técnico, financiero y jurídico; donde se justifica que la entidad es red de referencia para prestar servicios de recuperación de la salud de mediana complejidad, para la atención de los afiliados en el departamento de Cauca. El valor proyectado se calcula de acuerdo a la radicación con corte diciembre 2024, información brindada por el líder de radicación de cuentas médicas. Se realiza justificación presupuestal con fecha de 01 abril 2025 garantizando la cobertura de la poblacion afiliada.

DINAMIZADOR
V.B. Pilar Técnico

DINAMIZADOR
V.B Prof. Red de Servicios

DINAMIZADOR
V.B Lider Red de Servicios

DINAMIZADOR
V.B Prof. de Recepcion de Cuentas

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA "AIC EPS-I"

Resolución 083 del 15 de diciembre de 1997

Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerios del Interior

NIT: 817.001.773-3

SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL CONTRATO DE SERVICIOS DE SALUD

Código: GCON-F-2 Versión 2.0

CONTRATISTA:	CENEMED QUILICHAO
NIT:	900611060

CONCEPTO

AL CONTRATO 081-2025 PARA PRESTAR SERVICIOS RECUPERACION DE LA SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD, MODALIDAD EVENTO, PARA LA ATENCION A LOS AFILIADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA CON VIGENCIA 01 DE ABRIL 2025 AL 31 DE DICIEMBRE 2025. SE REALIZA ADICION PRESUPUESTAL CON FECHA DEL 01 ABRIL 2025 GARANTIZANDO LA COBERTURA DE LA POBLACION AFILIADA

CÓDIGO	RUBRO	VALOR PRESUPUESTO RÉGIMEN SUBSIDIADO	VALOR PRESUPUESTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	VALOR PRESUPUESTO MAXIMO
24502090201	Atención baja complejidad	$ 0	$ 0	$ 0
24502090301	Atención mediana complejidad	$ 1.168.948.578	$ 42.746.103	$ 0
24502090401	Atención Alta Complejidad - Alto costo	$ 0	$ 0	$ 0
24502090501	Prestación de servicios y tecnologías no financiados con UPC	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTAL		**$ 1.168.948.578**	**$ 42.746.103**	**$ 0**
TOTAL		**$ 1.211.694.681**		

JAIRO GILBERTO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

Elaboró	Diana Marcela Quinayas Rengifo	
	Prof. Red de Servicios	
Revisó	Lady Sorani López Rivera	
	Líder Red de Servicios	
Aprobó	Manuel Mompotes Manquillo	
	Pilar Técnico	

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR EVENTO				
Nº 081-2025				
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE				
RAZÓN SOCIAL:	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS–I		**NIT:**	817.001.773–3
REPRESENTANTE LEGAL:	JAIRO GILBERTO SÁNCHEZ SÁNCHEZ		**IDENTIFICACIÓN:**	10.723.702 de Silvia (Cauca)
DIRECCIÓN:	CRA 5 # 1B-15 POPAYÁN-CAUCA		**TELÉFONO:**	3184636502 - 3153461216
DEPARTAMENTO / CIUDAD:	POPAYÁN, CAUCA.	**CORREO ELECTRÓNICO**	secretariageneral@aicsalud.org.co juridicocauca2@aicsalud.org.co auxiliarcontratacion@aicsalud.org.co	
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD				
RAZÓN SOCIAL:	CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS			
CÓDIGO DE HABILITACIÓN	1969808686-01		**NIT:**	900611060-9
REPRESENTANTE LEGAL:	LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ		**IDENTIFICACIÓN:**	C.C. No. 34.537.608 expedida en Popayán (Cauca)
DIRECCIÓN:	Carrera 9 No. 1 Sur-21 Barrio El Canalon		**TELÉFONO:**	3178550208 - 311334417 - 3134857895
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN:	CAUCA/ SANTANDER DE QUILICHAO		**CORREO ELECTRÓNICO ADMINISTRATIVO:**	juanesteban.paz@cenemed.com administracion@cenemed.com
CONTACTOS ATENCIÓN AL USUARIO:	3214999387		**CORREO ATENCIÓN AL USUARIO:**	siau@cenemed.com ingrid@cenemet.com siaucenemed@cenemed.com
INFORMACIÓN DEL CONTRATO				
MODALIDAD:	EVENTO		**COMPLEJIDAD:**	MEDIANA
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECUPERACION DE LA SALUD.			
VIGENCIA DEL CONTRATO:	NUEVE (09) MESES CON FECHA DE INICIO DESDE EL 01 DE ABRIL DE 2025 Y FECHA DE FINALIZACIÓN EL 31 DE DICIEMÉRE DE 2025.			
VALOR DEL CONTRATO	MIL DOSCIENTOS ONCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE ($1.211.694.681)			
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:	**CDP:**	202501331	**CRP:**	

Entre la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS–I**, entidad pública de carácter especial, regulado por el Decreto 1088 de 1993, y autorizada para funcionar como EPS–I mediante la Resolución 472 de marzo de 2010 expedida por la superintendencia Nacional de Salud, con **NIT. 817.001.773–3**, representada legalmente por **JAIRO GILBERTO SÁNCHEZ SÁNCHEZ,** domiciliado en el Resguardo Indígena de Ambaló, municipio de Silvia, Departamento del Cauca, identificada con la cédula de ciudadanía **No.** 10.723.702 de Silvia (Cauca), quien para efectos del presente contrato se denominará la **AIC EPS-I,** por una parte; y **CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS,** entidad de naturaleza privada, con **NIT 900611060-9,** representada legalmente por **LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía **Nº 34.537.608** de **Popayán Cauca,** quien para efectos del presente contrato se denominará **EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD**, en adelante **EL PSS**, se ha convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicios y tecnologías cubiertas por la UPC bajo la modalidad de evento, para la población indígena y no indígena afiliada en la Asociación Indígena del Cauca en el régimen subsidiado y/o contributivo, que se regirá bajo las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA 1. OBJETO

Entre la **ASOCIACION INDIGENA DEL CAUA AIC EPS –I** y el **PSS**, acuerdan que el **PSS** garantizara de forma integral los servicios de las rutas de atención y tecnologías en salud del plan de beneficios establecida por el MSPS vigente para el 2025, en la mediana complejidad del régimen subsidiado y/o contributivo, los servicios que se prestarán conforme a lo pactado en el presente contrato, los lineamientos del Programa del Salud del CRIC o la norma que la modifique, adicionen o sustituya. Los servicios del presente contrato se prestarán a los afiliados incluidos en la base de datos de la AIC EPSI (consulta+de+afiliación+aic) y la Base de Datos Única de Afiliados- BDUA de la ADRES, garantizando el acceso efectivo, la eficiencia, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia, la continuidad, la calidad y enfoque diferencial, por lo que deberá contar con suficiencia y capacidad para la resolutividad acorde con la respectiva habilitación y/o acreditación de los servicios objeto de este contrato. Condición necesaria para que la atención de los afiliados sea óptima y acorde a los tratamientos y manejo clínico, establecidos en los protocolos, guías de atención medica adoptados por el Ministerio de Salud y los tratados de medicina, los acuerdos de mejoramiento, y en general las prácticas y conocimientos que hagan parte de la lex *artis medicae*, los cuales podrán ser adoptadas y adaptadas por el PSS.

Parágrafo 1°: - Fuente de financiación- El presente contrato será financiado con los recursos de la UPC -S y UPC-R establecidos mediante resolución 2717 de 2024 y, los recursos de los presupuestos máximos establecidos regulado mediante la resolución 067 de 2025, resolución 740 de 2024 o la norma que la modifique, la adicione o sustituya

Parágrafo 2°: - Las partes acuerdan que los siguientes anexos serán parte integral del presente contrato: **Anexo 1:** Valor del contrato; **Anexo 2:** Servicios contratados; **Anexo: 3,** Tarifas de los servicios contratados; **Anexo 4:** Indicadores de calidad; **Anexo 5**: Lineamientos de movilidad; **Anexo 6**: Criterios de auditoría de los servicios contratados. Una vez firmada el presente contrato se entenderá que las partes aceptan los anexos del presente parágrafo.

CLÁUSULA 2. VALOR DEL CONTRATO, CONDICIONES Y MECANISMO DE PAGO

El valor inicial del presente contrato es de **MIL DOSCIENTOS ONCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE ($1.211.694.681) y** el valor final será la sumatoria de la facturación total radicada y pagada por la AIC EPSI. Entre la **AIC EPS – I** y el **PSS** acuerdan que el mecanismo de pago objeto del presente contrato será por EVENTO acorde a lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y Decreto 441 de 2022, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. El pago se realizará de acuerdo con los servicios efectivamente prestados y sujetos al proceso de auditoría de cuentas de la AIC EPSI y de acuerdo a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

La AIC EPSI realizará el respectivo reporte de radicación mensual a la ADRES para que se programe el giro directo del 50% anticipado de la facturación radicada por aquellos prestadores que hayan adelantado el trámite de habilitación ante la ADRES para el pago de giro directo y el 50% restante se pagará posterior al proceso de auditoría de cuentas médicas de la AIC EPSI, conforme a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. No aplica para servicios y tecnologías no cubiertas por UPC y en su defecto el pago se realizará posterior a la finalización del proceso de auditoría de la AIC EPS

Los mecanismos de pago para los servicios de mediana complejidad de atención en salud que corresponden a: la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECUPERACION DE LA SALUD será en la modalidad de EVENTO, para el caso de los servicios de salud financiados con la UPC, y Para los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC que se presten en los términos de este acuerdo no se aplicará el pago anticipado de que trata la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1122 de 2007 y en su defecto pago se realizará posterior a la finalización del proceso de auditoría de la AIC EPSI.

La AIC EPS-I pagará al PSS únicamente las tarifas pactadas por los servicios acordados en el anexo 2 y 3 en contraprestación, el PSS se compromete a prestar los servicios de salud contratados.

Parágrafo 1°.- El PSS presentará facturas separadas para el régimen subsidiado y para régimen contributivo. Para efectos del régimen contributivo la factura debe contener el nombre EPS-I-C3.

Parágrafo 2°: - La AIC EPSI únicamente pagará los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC cuando el PSS acredite el cumplimiento de los criterios técnicos y administrativos señalados en las resolución 067 de 2025 y resolución 740 de 2024, o en su defecto la norma que la modifique adicione o sustituya, dado que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de salud y protección social no reconoce el pago de los servicios y tecnologías NO PBS en los casos en que el PSS no haya cumplido con lo establecido mediante las resoluciones y circulares expedida por el Ministerio y/o la ADRES, como las citadas y las que se expiden en el futuro.

CLÁUSULA 3. SERVICIOS CONTRATADOS

Las partes acuerdan que los servicios contratados mediante el presente instrumento son los que se encuentran habilitados en el REPS y están relacionados en el anexo 2 de servicios y contratados según los anexos 3 del presente contrato.

CLÁUSULA 4. DURACIÓN

El presente contrato tiene un plazo de ejecución de nueve (09) meses, con vigencia a partir del 01 de abril hasta el 31 de diciembre de 2025.

PARÁGRAFO: El plazo de ejecución del contrato se encuentra sujeto a los cambios normativos que se den en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y los lineamientos del CRIC en cabeza del programa de salud en el marco del SISPI, previa ejecutoria del acto administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud, situación que posibilita la terminación unilateral anticipada sin lugar a indemnización alguna. No obstante, AIC EPS -I se compromete a mantener informado y comunicar por escrito al PSS de las acciones y/o decisiones administrativas que se desarrollen y que afecten la prestación del servicio objeto del presente contrato.

CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DEL PSS, CRITERIOS PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

El prestador de servicios de salud tendrá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar el acceso a los servicios de salud objeto de este contrato con enfoque diferencial indígena, en concordancia con el Decreto 1953 de 2014, Ley 691 de 2001, Ley 1751 de 2015, Circular 011 de 2018, DUR No. 780 de 2016, Lineamientos Generales del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural –SISPI, del Programa de Salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC y demás normas que la adicionen, modifiquen o la complementen.
2. Es obligación del PSS realizar la actualización de los sistemas de información según normatividad del Ministerio de Salud (Resolución 2641 de 2024, Resolución 2717 de 2024, Tablas de referencia Minsalud, Resolución 255/2007), Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o la norma que lo modifique o adicione.
3. El PSS debe presentar los RIPS ajustados a los lineamientos establecidos en la Resolución 2275 de 2023 y Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB. Los servicios cobrados en la factura deben corresponder con la información diligenciada en los RIPS.
4. Los RIPS deben ser diligenciados con los códigos CUPS estipulados en la Resolución 2641 de 2024, los medicamentos deben reportarse con el CUM de acuerdo con la Resolución 255 de 2007 con estado de registro vigente o en trámite de renovación, estado de CUM activo con financiamiento según anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024 y/o normas que la modifiquen adicionen o sustituya, excluyendo

muestras médicas, de lo contrario será causal de glosa. Para los productos nutricionales que solo tienen expediente deben ser reportados en el plano otros servicios AT.

5. El PSS está obligado a verificar el registro sanitario INVIMA activo a la hora del suministro.

6. EL PSS podrá prevalidar los RIPS antes de la radicación de las facturas según Manual GTIS-001, en la aplicación dispuesta por la AIC EPS-I, donde tendrá acceso a la herramienta tecnológica la cual, establecerá para la creación de usuario y contraseña o casos de conexión y validación de datos (CUPS y CUMS) al correo mesadeayuda@aicsalud.org.co o celular 3224049450 y, para soporte de RIPS al correo electrónico: ginormatividad@aicsalud.org.co .

7. La facturación electrónica deberá cumplir con los requisitos legales consagrados en el estatuto tributario o la norma que la adicione, modifique o sustituya. Y su remisión se hará al correo electrónico facturacionelectronica@aicsalud.org.co

8. EL PSS deberá consultar el pago a las facturas realizado por la AIC EPS-I, a través del servicio Owncloud Link: https://aicsalud.org.co:8475/owncloud, Para ingreso al mencionado portal web el prestador deberá solicitar acceso mediante comunicación al correo operacionesti@aicsalud.org.co_ y para soporte se dispone del número 318 5894883.

9. Cuando se trate de medicamentos, tecnologías, insumos, procedimientos y servicios **no contratados**, el PSS realizará la solicitud de cotización en la plataforma determinada por la AIC EPSI, la cual una vez se revise y se valide por la EPS, se autorizará al PSS y el PSS lo dispensará oportunamente. El proceso de reconocimiento se ajustará a los criterios de auditoría, en ningún caso la AIC EPSI realizará un pago por anticipo y el costo será cargado al presente contrato.

10. En caso de las nuevas tecnologías no pactadas contractualmente que deban suministrarse de manera urgente según la prescripción médica y condición clínica del paciente, se reconocerán de acuerdo con los precios regulados, valores de referencia, valores máximos de recobros que fija la normatividad vigente aplicable del Ministerio de Salud y Protección Social.

11. Remitir al correo electrónico: garantiadelacalida@aicsalud.org.co y/o permitir el acceso de auditoria por parte de la AIC a los protocolos y guías de atención en salud vigentes, con el fin establecer la pertinencia de las atenciones realizadas y la adherencia y aplicación de estos. El PSS debe reportar de manera oportuna las respectivas actualizaciones que se le hagan a los mismos

12. Mantener los servicios habilitados sin interrupción durante la vigencia del contrato. En caso de presentarse alguna novedad, informar de la acción de mejora para la garantía de este o reportar de inmediato a LA AIC EPS-I al proceso de atención al comunero correo electrónico:, garantiadelacalidad@aicsalud.org.co y redservicios@aicsalud.org.co redservicios3@aicsalud.org.co ; teléfono móvil 3165283890.

13. Si el PSS detecta información inconsistente en el registro asegurado, deberá reportar la copia del documento del afiliado al encargado del área de aseguramiento proceso de Afiliaciones y Operaciones BDUA de la AIC-EPS-I diligenciando el anexo 1 de la Resolución 2335 de 2023 y reportarlo al correo registronacional@aicsdlud.org.co, también debe reportar inmediatamente a la AIC EPS-I y a las secretarias de salud de los entes territoriales los traslados forzosos o desplazamientos forzosos al Municipio receptor.

14. El PSS participara con la definición y aplicación de estrategias de georeferenciación, para la actualización de la base de datos de los afiliados de la AIC y verificara los datos de dirección, teléfono y correo electrónico del afiliado durante la facturación del servicio y/o la consulta, actualizando la información en su historia clínica en caso de ser necesario.

15. Constatar la identidad del usuario afiliado a la AIC EPS-I, mediante la presentación del documento de identificación original en físico o digital.

16. Para la verificación de Derechos para la prestación de servicios de salud, es válida la presentación de contraseña como documento de identificación con vigencia no mayor a dos meses, En caso contrario el PSS debe comunicarse con el área de Afiliaciones y Operaciones BDUA de la AIC-EPS-I, para respectiva certificación y validación del afiliado.

17. Prestar los servicios en salud a los afiliados que hayan tramitado su portabilidad en el Régimen Subsidiado y contributivo de LA AIC EPS-I, consultada en la página web http://www.aicsalud.org.co/ (consulta/afiliados) de la AIC-EPS-I.

18. Prestar los servicios de salud contratados de manera eficiente y oportuna, respetando los criterios de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en los términos acordados en el presente contrato y definidos en el ANEXO No. 04, y establecidos en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.
19. Se deberá prescribir medicamentos de acuerdo con la denominación común internacional, para procedimientos de acuerdo con los Clasificación Única de Procedimientos en Salud y para servicios Complementarios, Dispositivos y Alimentos de Propósito médico Especial –APME conforme a los códigos MIPRES. En ningún caso, los médicos adscritos a la IPS podrán prescribir medicamentos en la fase experimental que no que no hayan sido autorizados por el SGSSS. Los profesionales en salud deberán prescribir tratamientos o medicamentos en la denominación común internacional observando los preceptos éticos, la medicina basada en la evidencia, la lex artis ad hoc y ejerciendo su autonomía dentro del marco de la autorregulación y la racionalidad científica. No se podrán prescribir medicamentos de uso experimental, productos cosméticos, estéticos, de la canasta familiar, etc. Que no tengan evidencia científica en el tratamiento de las patologías en salud, que no hagan parte de las guías y protocolos en salud vigentes y que no hayan sido autorizados por la entidad competente en el marco del SGSSS. El profesional de salud solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas, en procura del uso racional de los recursos finitos del sistema de salud, los servicios y tecnologías en salud disponibles en favor de los afiliados.
20. El PSS deberá realizar la debida justificación de la solicitud de los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC en la plataforma MIPRES, acorde al diagnóstico principal y relacionados, además expresar las indicaciones de forma clara para el uso del servicio, deberá prescribir, a través de sus profesionales de salud, las tecnologías, insumos, medicamentos y procedimientos no financiados con recursos de la UPC (NO PBS), mediante el aplicativo MIPRES del Ministerio de Salud y Protección Social para los afiliados activos en los Regímenes Subsidiado y contributivo de LA AIC EPS-I, justificando clínica y técnicamente cada prescripción de acuerdo con los diagnósticos de cada paciente y diligenciando de forma correcta, clara, oportuna, con calidad e información pertinente en virtud de la literatura científica, las indicaciones de uso aprobadas por el INVIMA y sin favorecer fines estéticos, cosméticos o suntuarios, fabricantes o marcas comerciales como lo establece el código de Ética Médica
21. Garantizar agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada durante los días hábiles del año, dando cumplimiento al anexo 4 además deberán garantizar los mecanismos no presenciales para la asignación de citas (Resolución 1552 de 2013 o norma que se adicione, modifique o sustituya).
22. EL PSS se obliga a que los servicios de salud que preste a LA AIC EPSI cumplan durante la vigencia del contrato con los parámetros de accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad, recurso humano calificado e idóneo, capacidad instalada suficiente y adecuada a los servicios ofertados y habilitados, procesos orientados al mejoramiento continuo de la calidad en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC.
23. El PSS deberá prescribir a través de sus profesionales de salud las tecnologías de salud y servicios las tecnologías, insumos, medicamentos y procedimientos no financiados con recursos de la UPC (NO PBS), mediante el aplicativo MIPRES del Ministerio de Salud y Protección Social para los afiliados activos en los Regímenes Subsidiado y Contributivo de **LA AIC EPS-I,** acorde con lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud o las normas que la modifique, adicione o sustituya.
24. Para el diligenciamiento de prescripciones en la herramienta MIPRES, en las responsabilidades legales, criterios y requisitos dispuestos en los artículos 4, 8 y 9 de Resolución 740 de 2024 de Minsalud para profesionales y el PSS, toda prescripción realizada deberá sustentarse en evidencia científica vigente y deberá registrarse allí información completa, pertinente y que justifique la prescripción de acuerdo con las condiciones del paciente tanto en la historia clínica como en la herramienta MIPRES. Los campos de la prescripción deberán diligenciarse completamente, sin ser omitidos ni copiar y pegar.
25. La prescripción deberá realizarse además observando la indicación de uso aprobada en el Registro Sanitario INVIMA para cada medicamente, servicio o tecnología en salud.
26. Para toda prescripción de productos de soporte nutricional se realizará en pacientes en quienes se documente diagnóstico de desnutrición proteico-calórica moderada o severa que clínicamente no

logren suplir los requerimientos nutricionales con una alimentación normal o modificada. El profesional de salud incluirá sin excepción la clasificación clínica y etiopatológica de la desnutrición (moderada-severa), el porcentaje de déficit de peso o peso perdido especificando en cuanto tiempo, justificando clínicamente porqué a través de una nutrición convencional no se logra el mejoramiento de la condición de desnutrición, indicando el VCT y los requerimientos calóricos a cubrir con el tratamiento. Se relacionarán además los diagnósticos completos; tanto los que tienen que ver con la clasificación nutricional *(moderada/severa) como la patología relacionada que influye en la desnutrición de cada* paciente. Además, se deberá incluir antropometría completa (peso, talla, IMC, percentiles, curvas, pliegues, perímetros, pruebas de sarcopenia), porcentajes de déficit, escalas, resultados de laboratorios (si se tienen), y el objetivo nutricional de acuerdo con la clasificación nutricional para cada grupo etario según las Guías y protocolos en salud vigentes en la literatura médica y científica.

27. Al momento de evaluar en la Junta de profesionales MIPRES la IPS se obligará a aplicar como mínimo los criterios de análisis dispuestos en el artículo 20 de la Resolución 740 de 2024 sin perjuicio de lo reglamentado en las demás normas (ley 1751 de 2015, decreto 780 de 2016, resolución 2350 de 2020, resolución 1139 de 2022, Resolución 2364 y 2366 de 2024, etc.), el uso aprobado por el INVIMA y de las guías de práctica clínica, protocolos de atención del ministerio de salud y las sociedades científicas

28. El PSS contará con un plazo para la gestión y cargue de las actas en el módulo de MIPRES, a partir del momento de generada la prescripción, así: a. Dentro de las 72 horas para el ámbito priorizado, urgencias, internación y domiciliario, b. dentro de los 5 días para el ámbito no priorizado y c. en días calendario, sin distinción de días hábiles o festivo

29. Las actas de juntas de profesionales deberán ser entregadas y firmadas a los usuarios desde el prestador de servicios de salud dentro de las 24 horas de generadas, sin imponerles a ellos a acudir a solicitarlas a la ESPS-I.

30. *El PSS deberá conformar la JUNTA DE PROFESIONALES DE SALUD, tal como está normatizado en* la Resolución 740 de 2024 de Minsalud o la norma que la adicione, modifique o sustituya, garantizando que el profesional de salud prescriptor no haga parte de la Junta ni figure como secretario técnico y deberá sesionar y evaluar las prescripciones que lo requieran sin que en ningún caso se pueda exceder el tiempo de gestión en más de 72 horas para los ámbitos Ambulatorio priorizado, Hospitalario domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias y 5 días calendario para el ámbito Ambulatorio No Priorizado. Las gestiones tardías serán objeto de reporte a los entes de control. Para la evaluación de las actas la Junta deberá tener en cuenta los criterios de evaluación descritos en la resolución 740 de 2024, además de la aplicación de la resolución de exclusiones 641 de 2024 de Minsalud. Una vez evaluada cada acta el secretario técnico designado debe enviar copia de las actas de la junta escaneadas y debidamente firmadas al correo gnopbstranscriptor@aicsalud.org.co dentro de las 24 horas de generadas. Asimismo, la IPS dispondrá el acta de Junta MIPRES y fórmula MIPRES para entrega al usuario en ese mismo plazo como parte integral de la historia clínica y sin que en ningún caso el usuario deba realizar trámites adicionales ante la EPS I. El PSS no podrá negarse a entregar estos soportes a los pacientes que los requieran

31. El PSS deberá diligenciar a través de sus profesionales de salud inscritos en RETHUS el formulario de contingencia Mipres definido por Minsalud en los casos establecidos en la Resolución 740 de 2024 de Minsalud o la norma que la adicione, modifique o sustituya, haciendo buen uso del mismo, utilizando la última versión disponible en la web se Minsalud, evitando utilizarlo para prescribir servicios que no figuren en las tablas de referencia de MIPRES, y deberá enviar copia del formulario dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de diligenciamiento al correo gnopbstranscriptor@aicsalud.org.co sin distinción de ámbito, debidamente escaneado en formato pdf, con resolución legible, sin tachones o enmendaduras, llenando adecuadamente todos los campos y con la debida claridad en la justificación. En ninguna circunstancia la IPS podrá dejar el trámite en manos del usuario, a quien la IPS deberá entregarle el formato transcrito una vez enviado por la EPS I para que pueda dirigirse al dispensario.

32. El PSS deberá realizar la consulta de la base de datos Web Service de Minsalud, realizar la programación de las entregas y reportar la información de suministro y facturación de las tecnologías sin cobertura UPC a través de los servicios Web de la plataforma del Ministerio de Salud de Mipres tal como está establecido en la resolución 740 de 2024 de Minsalud y sus anexos técnicos, respetando los tiempos de suministro efectivo y los términos de reporte de entregas

33. Para los casos de diagnóstico de enfermedades huérfanas por primera vez, para el tratamiento farmacológico deberá aplicar lo establecido en la Resolución 2152 de 2020 (o norma que la adicione, modifique o sustituya) de Minsalud.

34. **El PSS** realizará el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras de los afiliados, según se trate de afiliados cotizantes o beneficiarios e igualmente aplicando el nivel de ingresos salarial conforme lo dispone la normatividad vigente dispuesta en el Decreto 1652 de 2022 y el Acuerdo 269 de 2004 y normas que lo complementen, modifiquen o sustituyan, incluidos los servicios complementarios identificados en la herramienta tecnológica MIPRES, de acuerdo a los niveles del SISBEN establecidos en la Resolución 1870 de 2021. Los valores recaudados por concepto de cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación se imputarán al valor de las facturas presentadas por **EL PSS.**

35. **EL PSS** no podrá realizar cualquier cobro adicional de los copagos y cuotas moderadoras por concepto de atenciones en salud y no podrá cobrar copagos o cuotas moderadoras a las personas en situación de discapacidad y grupos poblacionales según Decreto 1652 de 2022 o norma que la adicione, modifique o sustituya.

36. El PSS debe garantizar la calidad y custodia de las historias clínicas, según la Resolución 1995 del 1999, la Resolución 839 de 2017 y 2366 de 2023. Debe estar incluido la anamnesis, toma de signos vitales, examen clínico, análisis, definición diagnostica, resultados de ayudas diagnostica y plan de tratamiento acorde con la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes. Las fórmulas y órdenes médicas deberán sin excepción contener como mínimo lo establecido en el artículo 2.3.5.10.16 del Decreto Único 780 de 2016.

37. El PSS y sus profesionales de salud darán cumplimiento sin excepción al artículo 16 del decreto 2200/2005 compilado en el artículo 2.5.3.10.15 del decreto 780/2016: "La prescripción se hace previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones (…)", por lo cual el PSS deberá garantizar que todo paciente sea valorado en consulta de modo que no se prive al paciente de recibir la atención médica integral, la revisión pertinente, el acto médico, cumpliendo con lo establecido en la Ley 23 de 1981. Las consultas donde se prescriba a solicitud de terceros sin valorar a los pacientes serán objeto de glosa.

38. El PSS dará cumplimiento taxativo a lo establecido en el marco normativo para la telemedicina y telesalud, Resolución 2654 de 2019. Con el fin de garantizar el suministro efectivo de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, cuando se detecten inconsistencias, errores, omisiones, etc. En las prescripciones los profesionales de la salud que prescriban dichas tecnologías deberán atender y resolver en el menor tiempo posible toda solitud de corrección y/o complementación de la información que realice la AIC EPS I desde sus distintos procesos, así como las que realicen los dispensadores de la red de servicios y sin que el usuario tenga que encargarse de realizar trámites adicionales, tampoco se podrá exigir para estas correcciones facturación de citas adicionales las cuales de exigirse serán objeto de glosa. El profesional prescriptor no se podrá negar a dichas correcciones, ya que de esto depende el suministro efectivo de la tecnología en salud" . Para este efecto el PSS deberá remitir a la EPS I el directorio institucional que contenga datos de contacto corporativos actualizados y funcionales (nombre, cargo, teléfono corporativo y correo corporativo) tanto del secretario técnico MIPRES designado como del coordinador médico o coordinador asistencial.

39. Reportar oportunamente las novedades relacionadas con los servicios y actividades contratadas a los correos electrónicos: garantiacalidad@aicsalud.org.co auditoria@aicsalud.org.co , redservicios@aicsalud.org.co , liderreddeservicios@aicsalud.org.co.

40. Reportar la información de indicadores mes vencido conforme a la Resolución No. 1552 de 2013 (o norma que la adicione, modifique o sustituya) sobre indicadores de oportunidad y asignación de citas, dentro de los términos establecidos; la Resolución 1604 de 2013 (o norma que lo adicione, modifique o sustituya) sobre indicadores en la entrega de medicamentos ambulatorios. El PSS deberá cargar la información a través de la página web de la AIC EPS I, en el siguiente repositorio https://aicsalud.org.co:8496/accounts/login/ para ello el prestador PSS deberá solicitar los permisos para poder realizar los cargues, al correo desarrollo@aicsalud.org.co_ en el formato estandarizado de la AIC EPSI, dentro de los cinco (05) días calendario del siguiente mes. Dichos soportes serán necesarios para realizar el pago del excedente de lo autorizado por auditoría de cuentas médicas.

41. Reportar la información de indicadores de obligatorio cumplimiento según normatividad vigente.

42. El PSS deberá informar por escrito a la AIC EPS-I, una vez se haya ejecutado el 80% del presupuesto de acuerdo a la facturación ya radicada.
43. Presentar al proceso de Gestión del Buen Vivir dentro el termino de 10 días calendario mes vencido, la base de datos e información de atención ambulatoria a las víctimas del conflicto armado con enfoque psicosocial, en el cual, será acordado con el comunero en los posibles casos conforme al Decreto 4800 del 2011.
44. Es obligatorio por parte del PSS realizar el reporte de **SIVIGILA**, de eventos de Interés en salud pública, en los tiempos establecidos según lineamientos y protocolos establecidos por INS, para cada caso y aportar toda la documentación necesaria que contenga la historia clínica, ayuda diagnosticas, paraclínicos y soporte de atención que se requiera como máximo a los cinco (5) días posterior a la solicitud de este, en el régimen subsidiado. Los soportes se deben enviar al área de Apoyo organizativo a la dirección: epidemiologia@aicsalud.org.co correo solo para Cauca.
45. Asumir los costos derivados por inconsistencias en los reportes de información, eventos adversos y/o fallas en la atención.
46. Permitir las auditorias por parte del Equipo SOGC del AIC EPS-I, para verificar las condiciones de habilitación en todos sus estándares, según la normatividad vigente, facilitando el personal, documentos y logística, para tal fin. Para el caso del régimen contributivo por movilidad el equipo SOGC verificará el cumplimiento de la Resolución 1477 de 2014, sobre la clasificación de eventos en medicina laboral.
47. Los Planes de Mejoras derivados de las visitas del equipo SOGC y Gestión del Buen Vivir , serán de obligatorio cumplimiento, en los tiempos establecidos en la visita. El incumplimiento será objeto de reporte a la superintendencia Nacional de salud además de las medidas administrativas adoptadas por la AICEPS-I.
48. Generar las condiciones para evaluar la calidad y desempeño en la prestación de los servicios contratados, además de implementar las recomendaciones derivadas de las evaluaciones de prestación de servicios realizadas por la comunidad, así como las evaluaciones del cumplimiento de los compromisos contractuales realizados por **LA AIC EPS-I**.
49. Garantizar la realización de las acciones interculturales de salud de los usuarios del Régimen Subsidiado y contributivo, de acuerdo con la base de datos actualizada y certificada por el proceso de afiliación y registro de la AIC-EPS-I.
50. Garantizar la Atención a víctimas de violencia sexual y dar cumplimiento a los protocolos de acuerdo con su nivel de complejidad, conforme a lo establecido en la Resolución 459 de 2012 o norma que la adicione, modifique o sustituya del Ministerio de Salud.
51. El PSS deberá reportar de manera inmediata las solicitudes de INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE, anexando los respectivos soportes, como se define en la resolución 2335 de 2023 o norma que la adicione, modifique o sustituya. Además, el prestador de servicios de manera directa solicitará al correo electrónico autorizacionesacto@aicsalud.org.co con copia al correo gestantes@aicsalud.org.co los métodos anticonceptivos de elección de la afiliada sin barreras administrativas.
52. Garantizar la atención idónea con talento humano y planta física a las víctimas del conflicto armado y dar cumplimiento al decreto 600 de 2017
53. El PSS deberá contestar las Peticiones de los pacientes o de sus representantes, en términos de la circular 08 de 2018, superintendencia Nacional de salud y la ley 1755 de 2015. De la respuesta se debe enviar a la AIC-EPS-I y a la superintendencia Nacional de salud debidamente soportada
54. El PSS deberá enviar los soportes de la respuesta de la PQR de la AIC-EPS-I, al siguiente correo electrónico pqrs3@aicsalud.org.co , y a los celulares: 3145467024 y 3145466972, en los términos establecidos por la normatividad vigente.
55. EL PSS deberá abstenerse de realizar prácticas NO reconocidas por las sociedades científicas médicas, ni aquellas prohibidas para la Ley o prácticas discriminatorias en la prestación de los servicios contratados.
56. EL PSS debe asistir a los comités ad hoc y juntas medicas cuando la AIC EPS-I lo requiera, así mismo, debe asistir a las reuniones de seguimiento sobre la ejecución del contrato y a las de evaluación de los resultados en salud.

57. El PSS se obliga a dar cumplimiento a la Resolución 641 de 2024 (o norma que la adicione, modifique o sustituya) viene con un anexo técnico que describe el servicio o la tecnología excluida, y la enfermedad o condición asociada a la exclusión, para lo cual el equipo de profesionales brindará la información pertinente al usuario para que no se generen confusiones frente a los derechos del afiliado.
58. Dar cumplimiento al ARTÍCULO 26. Del Código de Ética Médica Ley 23 de 1982 que en el capítulo I reglamente de manera taxativa la relación del médico con el paciente y de manera específica garantizar que el ordenamiento medico se encuentra libre de intereses personales o familiares.
59. Radicar las cuentas cada mes en los primeros 20 días calendario, según cronograma pactado entre las partes con el fin de cumplir con los tiempos de auditoría y SISPRO.
60. La AICEPS-I podrá solicitar al PSS capacitaciones en salud para el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la red de prestadores de salud de la AIC-EPS-I
61. La constitución de las pólizas contractuales es obligación del PSS. En caso de que el PSS incumpla con esta obligación o no adjunte la documentación contractual necesaria requerida se tomaran medidas administrativas con relación al proceso contractual previo informe a la Superintendencia Nacional de Salud o la entidad competente.
62. El tiempo máximo para la asignación de citas con medicina general, consultas especializadas y otras consultas se encuentra definido en el Anexo 4 del presente contrato. Para garantizar la atención oportuna es responsabilidad del prestador contar con el talento humano suficiente según la capacidad instalada ofertada y la demanda de servicios de los afiliados de la Asociación indígena del Cauca AIC EPS-I, conforme a lo declarado en su portafolio de servicios en el REPS y mantener esa oferta a lo largo de la vigencia del contrato.
63. El prestador debe garantizar la disponibilidad real de agendas para las consultas externas contratadas durante todos los días hábiles del año según los horarios ofertados en REPS y que los canales de atención dispuestos para la solicitud de citas médicas funcionen efectivamente para tal fin, informando sobre cualquier cambio por los distintos medios disponibles de acceso a los usuarios.
64. El prestador debe llevar un registro de las citas solicitadas y asignadas a los usuarios de la AIC EPS-I, conforme lo definido en la Resolución 1552 de 2013 para todas las consultas generales y especializadas que oferte, para lo cual se debe utilizar el formato SOGC-F-19 Ver 2, utilizando únicamente la descripción de las consultas generales y especializadas que se encuentran allí descritas.
65. El prestador permitirá las auditorias de calidad que se le notifiquen con el fin de verificar el cumplimiento de requisitos contractuales y normativos en la prestación de servicios a los afiliados, facilitando la disposición del personal, los documentos, registros y logística necesarios para tal fin. En caso de que por causas justificables sea necesario cancelar o reprogramar una auditoría, el prestador deberá informarlo al menos con 10 días de anterioridad mediante oficio dirigido al proceso de gestión de calidad, informando las razones de la solicitud y proponiendo una nueva fecha de auditoría.
66. Los planes de mejora derivados de las auditorías de calidad realizadas y de los informes de supervisión del contrato serán de obligatorio cumplimiento por el prestador según los plazos definidos en ellos. El incumplimiento será objeto de reporte a la Superintendencia Nacional de salud, además de las medidas administrativas adoptadas por la AIC EPS-I.
67. **RESERVA DE INFORMACIÓN;** EL PSS se obliga a no divulgar información Resolución 2273 de 2021 epidemiológica a terceros y mantener la reserva de la historia relacionada con los pacientes afiliados a la AIC EPSI salvo que se trate de requerimientos efectuados por los órganos de vigilancia y control o autoridad competente, en cuyo caso esta solicitud debe ajustarse a la reglamentación vigente.

CLAUSULA 6. MECANISMO DE PROTECCION AL USUARIO

Las partes acuerdan el establecimiento de medidas que hagan efectiva la protección del derecho fundamental a la salud para todos los casos que por norma se determine la eliminación de la autorización, tales como **cáncer infantil, cáncer de adultos y VIH**, para lo cual se fortalecerá los mecanismos de interrelación e interoperatividad entre la AIC y el PSS liberando de esta responsabilidad al paciente o su familia por tanto se acuerda:

1. Para la atención integral de los niños con cáncer el PSS garantizará la atención integral, prioritaria y continuada para lo cual de manera directa solicitará la autorización mediante el aplicativo

de la AIC EPSI, de presentase alguna novedad en la plataforma de la AIC EPSI, se deberá solicitar de manera excepcional al correo de electrónico autorizacionesacto@aicsalud.org.co, autorización para el inicio del tratamiento con precisión de la duración por cada uno de sus ciclos.

2. Para las atenciones de adultos con diagnóstico de cáncer y necesidad de radioterapia y quimioterapia el prestador de manera directa solicitara la autorización mediante el aplicativo de la AIC EPSI, de presentarse alguna novedad en la plataforma de la AIC EPSI, se deberá solicitar de manera excepcional al correo electrónico autorizacionesacto@aicsalud.org.co, autorización para el inicio del tratamiento con precisión de la duración por cada uno de sus ciclos.

3. En ambos casos una vez establecida la pertinencia clínica la AIC notificará al PSS la autorización acorde con el tratamiento establecido por el Especialista tratante. Para cada una de las atenciones se debe realizar con el respectivo código CUPS acorde con la resolución 2641 de 2024 y la finalidad tanto en los diagnósticos principales como en los relacionados.

PARÁGRAFO: Todas las atenciones realizadas por el prestador están sujetas al reporte de información acorde con lo establecido en la tabla de la **cláusula 7** de este contrato, a la trazabilidad de la cuenta de alto costo y a la auditoría de cuentas para el reconocimiento del pago.

CLÁUSULA .7 REPORTE DE INFORMACIÓN OBLIGATORIA

El PSS en cumplimiento de los artículos 114 y 116 de la Ley 1438 del 2011, y acorde a los tiempos estipulados por la AIC EPSI, deberá reportar la información conforme a los criterios y variables que señalan las Resoluciones 4505 del 2012,202 de 2021, los lineamientos de alto costo, Circular 00001 de 2020, Lineamiento PAI 2025, Lineamiento de Vigilancia Epidemiológica o las que se modifiquen, adicionen o sustituya. El reporte de información debe realizarse acorde a la siguiente tabla:

REPORTE	PERIODICIDAD ENTREGA MAGNÉTICA				EFECTO POR NO REPORTE DE INFORMACIÓN
	S	M	P	S/S	
RIPS CLASIFICADOS POR PYP Y RECUPERACIÓN		M			REQUERIMIENTO PARA APROBACIÓN DE GIRO MENSUAL.
RESOLUCIÓN 4505 2012 CON SU MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN 202 DE 2021		M			3% DEL VALOR MENSUAL DEL CONTRATO
ENVIÓ DE BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE A LA ESTRUCTURA A LA CAC, PARA LAS DIFERENTES COHORTES VIH, ARTRITIS, HEMOFILIA, HEPATITIS C, HUÉRFANAS, ERC Y SUS PRECURSORAS (HTA, DM), CÁNCER.		M			

ENVIO DE HISTORIAS CLINICAS PARA LA AUDITORIA GAUDI EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA EPS PARA LA RESPUESTA OPORTUNA AL ENTE DE CONTROL (SEGÚN SOLICITUD Y CRONOGRAMA GAUDI)					**S/S**	
RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO (PRIORIZADOS)- TUBERCULOSIS, TSH, LABORATORIOS DIAGNOSTICOS DE HIPERTENSION Y DIABETES, DETECCION DE CANCER DE MAMA, CUELLO UTERINO, PROSTATA Y DEMAS CANCERES- Y EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA.				**P**		
LABORATORIOS DE REFERENCIA REPORTE DE LABORATORIOS DE LOS EXÁMENES REQUERIDAS POR LA CUENTA ALTO COSTO.				**M**		
S: SEMANAL	**T: TRIMESTRAL**	**M: MENSUAL**	**P: PERMANENTE**		**S/S: A NECESIDAD DE CADA REPORTE CAC (CRONOGRAMA)**	
			CADA VEZ QUE SE PRESENTE EL CASO		**DE ACUERDO CON LO REQUERIDO POR LA EPS**	

Reporte inmediato de resultados alterados para detección temprana de alteraciones cáncer de mama, cuello uterino, ca de próstata, ca de colon, detección de alteraciones metabólicas del recién nacido, tuberculosis, diagnósticos de hipertensión, diabetes.

REPORTE DE RESULTADOS ALTERADOS	**CORREO ELECTRONICO**
alterados para detección temprana de alteraciones cancere de mama, cuello uterino, ca de próstata, ca de colon	deteccioncadecervixymama@aicsalud.org.co
detección de alteraciones metabólicas del recién nacido	tsh@aicsalud.org.co, gestantes@aicsalud.org.co
Tuberculosis	transmisibles@aicsalud.org.co
diagnósticos de hipertensión, diabetes.	gestionriesgo@aicsalud.org.co
Eventos de interés en salud publica	epidemiologia@aicsalud.org.co asisepidemi@aicsalud.org.co

Parágrafo 1: El prestador deberá reportar mensualmente en los 10 primeros días del mes la información relacionada con el agendamiento de citas a través del validador ubicado en la página web https://aicsalud.org.co:8496/sogc/index-prestsogc/ mediante mecanismo excepcional de entrega reglamentado en la Resolución 1552 de 2013, diligenciando para éste fin el formato con código SOGC-F-19 Ver 2.0, el cual se deberá descargar cada mes de reporte. La información contenida en el reporte deberá permitir identificar cada uno de los puntos de atención autorizados por el prestador.

Parágrafo 2: El prestador deberá reportar trimestralmente en los 10 primeros días del mes la información relacionada con la resolución 256 de 2016 en el formato estandarizado por la EAPB y enviarlo a los correos: garantiacalidad@aicsalud.org.co y garantiacalidad2@aicsalud.org.co

CLAUSULA 8. OBLIGACIONES DE LA ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS–I.

La Asociación Indígena del Cauca AIC EPS–I tendrá las siguientes obligaciones:

1. Mantener actualizada la base de datos de población afiliada georreferenciada en su página aicsalud.org.co mediante el menú: Consultas tu estado de afiliación.
2. Remitir de manera oportuna la base de datos de afiliados al PSS, dentro de los primero diez (10) días de cada mes, a través del correo electrónico y en físico a través del medio que disponga la AIC EPSI.
3. La AIC-EPS-I dispondrá del subproceso de gerencia de la información para atender las necesidades de asistencia técnica, frente a los sistemas de información de validación y calidad de datos mediante el correo electrónico ginformacion@aicsalud.org.co y/o al número de celular 3102186617.
4. Realizar los pagos de los servicios facturados acorde con lo establecido en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 en lo relacionado con los plazos, condiciones, términos y tarifas pactadas.
5. Radicar las facturas y los RIPS, y realizar la validación de la información recibida de manera que se garantice lo establecido normativamente en las resoluciones 2275 de 2023 o norma que la adicione, modifique o sustituya.
6. Verificar y monitorear la entrega efectiva y oportuna de las bases de datos por cada uno de los caminos de vida y hacer la respectiva retroalimentación al PSS.
7. Ejercer el control, monitoreo y vigilancia periódico del cumplimiento de las obligaciones contractuales, especialmente el cumplimiento de los indicadores y reportar el incumplimiento al subproceso de supervisión.
8. Realizar los procesos de Orientación, Seguimiento y Evaluación (auditoria) conforme a los lineamientos establecidos para la transición y operatividad del SISPI, conforme a las orientaciones dadas por el Programa de Salud CRIC.
9. Liquidar el contrato en los términos acordados.
10. Notificar mediante escrito al **PSS** en caso de que se evidencie el incumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato.
11. Notificar al prestador las decisiones que se adopten durante la ejecución y liquidación del contrato en el correo autorizado o en el correo que aparezca en la propuesta de servicios
12. Expedir las autorizaciones de acuerdo con la pertinencia médica y en cumplimiento al Decreto Ley 019 de 2012 y Resolución 2335 de 2023, Resolución 4331 de 2012 (o norma que se adicione, modifique o sustituya) en los casos excepcionales previstos en el presente contrato.
13. Generar los direccionamientos MIPRES en cumplimiento a lo establecido en las resoluciones 067 de 2025 y 740 de 2024 de acuerdo con lo pactado en el anexo 3 del presente contrato.
14. La notificación de los resultados de auditoria en los tiempos establecidos en la ley 1438 de 2011, decreto 4747 de 2007, resolución 3047 de 2018 y demás normas que modifiquen y sustituyan, a través de correo electrónico establecido por el PSS.
15. Surtido el debido proceso, aplicar las sanciones establecidas en la tabla de la CLÁUSULA 7 en lo relacionado con REPORTE DE INFORMACIÓN OBLIGATORIA

CLÁUSULA 9. GARANTÍAS DEL CONTRATO

EL PSS compromete a constituir a su costa y en favor de LA AIC EPS-I, las garantías que respalden las obligaciones adquiridas a su cargo, las cuales deben ser expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en Colombia, que esté vigente durante la 'vigencia del contrato y ampliarse en caso de celebrarse alguna adición al mismo, que ampare:

AMPAROS	VALOR PARA ASEGURAR EN %	VIGENCIA
Cumplimiento	20%	Duración del contrato y seis (6) meses más.
Calidad	20%	Duración del contrato y seis (6) meses más.
Responsabilidad Civil Extracontractual	Mínimo por 200 SMLMV	Vigente durante la ejecución del contrato

Parágrafo 1°.- Si el PSS ya posee una póliza de Responsabilidad Civil extracontractual de clínicas y hospitales, esta será aceptada por la AIC EPSI siempre y cuando considere que con ella se aseguran de forma suficiente los riesgos que puedan presentarse con ocasión de la prestación de los servicios objeto del presente instrumento.

Parágrafo 2°.- La póliza de cumplimiento y calidad debe ser tramitada y entregada a la AIC EPSI de manera inmediata, una vez se suscriba el presente contrato.

Parágrafo: 3°.- El PSS se obliga en todo caso a responder con recursos propios por la diferencia que pueda existir entre el valor asegurado y el valor de las eventuales indemnizaciones derivadas del riesgo ocurrido y/o del incumplimiento Contractual.

CLÁUSULA 10. SUPERVISIÓN

LA AIC-EPS-I en cumplimiento del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, ejercerá la supervisión del contrato de prestación de servicios de salud con el fin de proteger los principios de moralidad y transparencia y prevenir actos de corrupción durante la etapa de ejecución del contrato. El supervisor designado por la representante legal de la AIC – EPS – I hará el seguimiento técnico, financiero, contable y jurídico de la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud. El supervisor designado ejercerá las siguientes funciones: 1) solicitar al PSS la presentación de informes; 2) solicitará al PSS aclaraciones y explicaciones sobre la ejecución del contrato; 3) informar a la Estructura Administrativa de la AIC – EPS – I sobre los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción o aquellos que puedan poner en riesgo el cumplimiento del contrato. El Supervisor cumplirá las competencias contenidas en el Manual de contratación capítulo de Supervisión.

CLÁUSULA 11. CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA RESPECTO A LOS SERVICIOS O RUTAS CONTRATADOS

Entre las partes se desarrollarán procesos de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud contratados, a través de la evaluación de los estándares previstos en la normatividad vigente y los establecidos entre las partes, estos estándares se evaluarán periódicamente según sea el caso. Dependiendo de los resultados se diseñarán los planes de mejoramiento para mantener un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios, las medidas que se implementen se entenderán incluidas en el contrato y de obligatorio cumplimiento. Seguimiento a los planes y aplicación de medidas administrativas de parte de a AIC-EPS-I.

CLÁUSULA 12. PROHIBICIONES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

El PSS no podrá, en ningún caso:

1. Subcontratar con otro prestador la prestación de los servicios de salud contratados, como lo establece la Circular 066 y 067 de diciembre de 2010, emitida por la Superintendencia Nacional en Salud. Se permite contratos de cooperación según resolución 3100 de 2019.
2. Prestar servicios de salud que no se hayan contratado por la AIC EPS-I
3. Prestar servicios de salud que no se hallen habilitados en el REPS

4. Prestar servicios de salud que hayan sido cerrados temporalmente o de forma definitiva por motivo de incumplimientos de las normas técnicas de habilitación.
5. Ceder el presente contrato a otro prestador.
6. Cobrar a los afiliados de **LA AIC EPS-I** valor alguno por concepto de la prestación de servicios de salud, como copagos o cuotas moderadoras en los casos expresamente prohibidos por la Ley
7. Presentar por parte de los integrantes del equipo de atención y prestación de servicios, algún tipo de interés indebido en el contrato por fuera del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el mismo y el cumplimiento de la lex artis.

CLÁUSULA 13. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA

EL PSS es responsable contractual y extracontractualmente por las acciones u omisiones en que incurra por la mala o deficiente prestación de los servicios de salud que se contraten, o que no cumplan con los criterios de oportunidad, calidad y eficiencia en prestación de los servicios. De todas formas, **LA AIC EPS-I** no asumirá ningún tipo de responsabilidad ni costos derivados de eventos adversos y/o fallas en la atención por parte de **EL PSS.** En los casos que se presenten **Eventos Adversos**, **EL PSS** propiciará espacios para que en conjunto con la AIC se establezcan planes de mejora y rutas de seguimiento encaminados a la reducción de dichos eventos. Ninguna de las partes indemnizará los daños y perjuicios que sufra la otra como consecuencia de la fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado.

CLÁUSULA 14. DESCUENTOS Y MULTAS POR INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO

La AIC EPS-I en cumplimiento del artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 podrá imponer al PSS multas y declarar el incumplimiento del contrato. El valor de la multa se acuerda en el 0.1% del valor total del contrato de prestación de servicios de salud por cada día de incumplimiento del PSS. En ningún caso la suma de las multas impuestas podrá exceder del 10% del valor total del contrato. El incumplimiento reiterado del PSS de las obligaciones contractuales será causal de terminación unilateral con fundamento en el incumplimiento del contrato de prestación de servicios de salud. La AIC EPS – I respetará el debido proceso y el derecho de defensa del PSS y en consecuencia la imposición de multas se hará mediante Resolución motivada. Contra esta proceden los recursos de reposición, que se interpondrá ante el dinamizador que profiera la Resolución y subsidiariamente el de apelación ante la Estructura Administrativa de la AIC. El PSS autoriza a la AIC EPS-I para descontar el valor de las multas de que trata esta Cláusula, de cualquier suma que se le adeude por concepto de este contrato. En caso de incumplimiento definitivo de cualquiera de las obligaciones de este contrato, El PSS se hará acreedor a una pena pecuniaria equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que cause a la AIC EPS I.

CLAUSULA 15. REGIMEN DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Al tratarse, LA AIC EPS-I, de una Asociación de Cabildos Indígenas, todas las diferencias que surjan entre las partes deberán dirimirse ante el Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC, a quien reconocen como autoridad tradicional con plena y total Jurisdicción. De generarse algún desacuerdo en la presente clausula, por elección de las partes igualmente podrá acudirse a los mecanismos alternativos legales de resolución de conflictos previstos en la ley. Así mismo, se podrá hacer uso del mecanismo de conciliación previstos en la ley.

CLÁUSULA 16. CAUSALES DE SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO

De común acuerdo la AIC EPS-I y el PSS podrán suspender temporalmente la ejecución del presente contrato por mutuo acuerdo, que se consignará en un acta. El acta debe contener los motivos de la suspensión, el término de la suspensión y la fecha en que se reiniciará la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud. En caso de que por causa imputable al PSS no se pueda reiniciar la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud la AIC EPS-I podrá terminarlo unilateralmente

mediante acto administrativo motivado. La AIC EPS–I podrá terminar unilateralmente el contrato en caso de incumplimiento reiterado del PSS en la prestación de servicios de salud o por la des habilitación de los servicios de salud contratados, en este caso la AIC notificará la decisión al PSS y procederá a liquidar el contrato. La liquidación se notificará al PSS para que ejerza los recursos y las acciones judiciales consagradas en la Ley. Serán causales de terminación del presente contrato las siguientes:

1. Por mutuo acuerdo entre las partes elevado a escrito.
2. Por terminación unilateral de parte de la AIC mediante acto administrativo motivado.
3. Por solicitud de cualquiera de las partes. En este caso la terminación se realizará a los treinta (30) días siguientes a la recepción de la comunicación escrita de solicitud de terminación.
4. Por incumplimiento de lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
5. Por cierre temporal o permanente de los servicios contratados por incumplimiento a las normas de habilitación.
6. Por fuerza mayor o caso fortuito demostrado.
7. Por cancelación de la razón social del contratista.
8. Por el vencimiento del plazo del contrato.
9. Cuando se detecten no conformidades que impidan la prestación segura y con calidad de los servicios contratados
10. Por resultado de la transición al SISPI por parte de la AIC.

CLÁUSULA 17. MODIFICACIONES Y ACLARACIONES AL CONTRATO

Las partes podrán modificar o prorrogar el contrato de muto acuerdo mediante la suscripción de un "otro sí" o un contrato adicional, según la necesidad del servicio.

CLÁUSULA 18. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

La AIC-EPSI procederá a liquidar el contrato de prestación de servicios de salud de mutuo acuerdo, dentro de los cuatro (04) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.

En caso de que no se logre liquidar de manera bilateral o las partes no lleguen a un acuerdo sobre el contenido de la liquidación, la AIC-EPSI tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, contados a partir del vencimiento del primer término, es decir, los cuatro (04) meses indicados inicialmente.
Si vencido los plazos anteriormente establecidos, no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento del término a que se refieren los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente, de conformidad con la Resolución No. 616 del 2024, o la que la adicione, modifique o sustituya.

Durante el término de liquidación de mutuo acuerdo, en el acta de liquidación se escribirán los acuerdos y desacuerdos de las partes. El acta de liquidación de mutuo acuerdo quedará en firme una vez los representantes legales firmen el acta de liquidación. El acta se entenderá notificada personalmente una vez el representante legal del PSS la firme y contra esta no procede ningún recurso. Una vez en firme el acta de liquidación de mutuo acuerdo ninguna de las partes podrá alegar o presentar solicitudes sobre los asuntos en ella consignados.

El acta de liquidación unilateral se notificará personalmente al PSS en la dirección electrónica autorizada. En caso de no haberse autorizado una dirección electrónica se notificará al PSS en su sede. Contra el acta de liquidación unilateral proceden los recursos de reposición y subsidiariamente el de apelación.

El acta de liquidación unilateral quedará en firme cuando una vez notificada no se interpusieron los recursos o interpuestos, se decidieron por la AIC EPS-I. El PSS podrá interponer los recursos de reposición y subsidiariamente el de apelación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación personal. La AIC EPS-I decidirá los recursos en un término prudencial que no podrá exceder tres (3) meses. En el acta de terminación unilateral se escribirá los acuerdos y desacuerdos determinados durante la etapa de liquidación de mutuo acuerdo, y en este evento la liquidación unilateral solo procederá en relación con los aspectos que no hayan sido objeto de acuerdo. En caso de que el PSS decida demandar judicialmente sólo podrá hacerlo por los puntos en desacuerdo.

CLÁUSULA 19. RÉGIMEN LEGAL APLICABLE Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

LA AIC EPS-I es una entidad de derecho público de carácter especial indígena que se rige por el fuero indígena, los usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas y las directrices de las Juntas y Congresos del CRIC, por esta razón se rige por las Leyes Especiales y las expedidas por el Gobierno Nacional para regular el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS Régimen Subsidiado y contributivo. Estas normas se consideran imperativas de orden público y se aplicarán y observarán durante la ejecución del contrato y, además, servirán de guía para la interpretación, la evaluación del cumplimiento de las obligaciones o de las estimaciones pactadas de carácter contractual, para el proceso de auditoría de cuentas de servicios de salud en la modalidad de cápita o por evento y para la correspondiente liquidación del contrato. Estas normas son: **Convenios internacionales:** Convenio 169 de la OIT, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales, ratificado mediante la Ley 21 de 1991. Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas adoptada por la Sesión 61 de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007. **Normas legales:** Constitución Política de Colombia, artículos; 7, 29, 246, **Leyes:** 691 de 2001,1966 del 2019,1751 de 2015, 100 de 1993, Ley 972 de 2005, 1122 de 2007, 1438 de 2011,1616 de 2013, 1639 de 2013, 1733 de 2014, 1474 de 2011, Ley 1384 de 2010, Ley 1437 de 2011, Ley 1949 de 2019, Ley 2026 de 2020, 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo) y las que modifiquen, adicionen o sustituyan. Decretos: 1848 de 2017, 1088 de 1.993, 780 de 2016, 441 de 2022, 019 de 2012, 1953 de 2014, 1811 de 2017, 064 de 2020, 2423 de 1996 y las que modifiquen, adicionen o sustituyan. **Resoluciones:** 012 de 20 de enero 2025, 2717 de 2024, 2275 de 2023, 1557 de 2023, 2718 de 2024, 2641 de 2024, 2689 de 2024, 1652 de 2022, 2273 de 2021, 1552 de 2013, 2350 del 2020,227 del 2020, 3280 de 2018 y 0276 de 2019, 1995 de 1999, 5600 de 2015, 5602 de 2015, 3047 de 2008 y resolución 4331 de 2012 (Anexos Técnicos y sus modificatorios), 2275 de 2023, 3100 del 2019, 2465 del 2016, 5596 de 2015, 4505 del 2012 y 202 del 2021, 4725 de 2011 modificada por la 783 de 2012, 430 de 2013, 247 de 2014, modificada por la 890 de 2014, Resolución 458 de 2013, resolución 2 024310000016804-6 DE 31-12-2024 y las que modifiquen, adicionen o sustituyan **Circulares Ministerio de Salud y Protección Social:** Circular 016 de 2014, Circular 056 de 2009, Circular 13 de 2022, Circular 24 de 2019, Circular 08 de 2018, Circular 018 de 2015, circular 011 del 2018, circular 055 de 2022, Circular 0054 de 2022, Circular 066 y 067 de 2010 y las que modifiquen, adicionen o sustituyan. Acuerdos: Acuerdo 260 de 2004 y 365 de 2007, acuerdo 326 de 2005 Parágrafo único: Además de la normatividad citada, se entiende que hacen parte de esta cláusula la totalidad de las normas que reglamentan el SGSSS vigentes o las que las que se expidan en el futuro por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

CLÁUSULA 20. NOTIFICACIÓN POR MEDIO ELECTRÓNICO Y TÉRMINOS PARA INTERPONER Y CONTESTAR LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN O DE APELACIÓN.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, el PSS autoriza a la AIC EPS – I a notificar por medio electrónico autorizado las decisiones que deba adoptar en el proceso de auditoría, supervisión, liquidación, multas y a su vez la AIC – EPS –I pondrá a disposición del PSS un correo electrónico para que responda e interponga los recursos de reposición o apelación. Para efectos de probar el envío o la recepción de la respuesta o recurso se dará aplicación a las reglas contenidas en el artículo 62 de la Ley 1437 de 2011.

Los términos para contestar derechos de petición, resolver el recurso de reposición o el de apelación cuando proceda, serán los consagrados en la parte general del Código de Procedimiento

Administrativo y de lo Contencioso Administrativo "Ley 1437 de 2011". Para este efecto se dará aplicación al artículo 76 de la Ley 1437 de 2011. El PSS debe interponer el recurso de reposición y subsidiariamente el de apelación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación por medio electrónico, cuando se haya autorizado, o a la notificación personal o por aviso, según el caso. En aquellos casos en que el PSS haya autorizado la notificación por medio electrónico, el PSS debe enviar el documento a la dirección electrónica autorizada por la AIC, si el PSS no autorizó la notificación por medio electrónico debe remitir la respuesta o recursos a la Carrera 5 # 1B -15 barrio Vásquez Cobo de la ciudad de Popayán. La AIC debe decidir los recursos en un término prudencial sin que este exceda de tres (3) meses. En caso de no darse respuesta en tres meses se entenderá que la respuesta de la AIC es negativa como lo establece el artículo 83 de la Ley 1437 de 2011. Las notificaciones del proceso de auditoría de que trata el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, reglamentado por la Resolución 2335 de 2023 y sus anexos se regirán por los términos establecidos en la norma especial del SGSSS.

CÁUSULA 21. DOMICILIO CONTRACTUAL Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Para todos los efectos contractuales se fija como domicilio la ciudad de Popayán. En cuanto a la prestación de los servicios, **el PSS,** los prestará en el municipio de **SANTANDER DE QUILICHAO del** departamento del **CAUCA.**

El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes. Para constancia se firma en Popayán, el día primero (01) del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SÁNCHEZ SÁNCHEZ,
Representante Legal
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS–I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Elaboró	Paola Potosi Tombé – Abogada Gestión Contractual Cauca AIC EPS-I
Reviso:	Jorge Andrés Nieto – Líder Contratación Gestión Contractual AIC EPS-I
Aprobó:	Paola Rivera Ramirez – Gestora Pilar Juridico AIC EPS-I

ANEXO 1 VALOR CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 081-2025 SUSCRITO ENTRE LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I Y CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

VIGENCIA 01/04/2025 A 31/12/2025

MUNICIPIO	MODALIDAD	TARIFAS	VALOR TOTAL CONTRATO
SANTANDER DE QUILICHAO	EVENTO	TARIFAS PROPIAS	$ 1.211.694.681
LAS FUENTES DE FINACIACION CORRESPONDEN A LAS ESTIPULADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD.			

VIGENCIA	
9	MESES

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Proyectó :Diana Marcela Quinayas Rengifo
Revisó: Lady Sorani López Rivera
Aprobó: Manuel Mompotes Manquillo. Pilar Tecnico Aic
Población certificada por afiliación y operaciones BDUA 2025

ANEXO 2. SERVICIOS CONTRATADOS

AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 081-2025 SUSCRITO ENTRE LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I Y CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS					
VIGENCIA	01/04/2025 A 31/12/2025				
SEDE	**NOMBRE**	**CODIGO DEL SERVICIO**	**SERVICIO HABILITADO/CONTRATADO**	**AMBULATARIO**	**HOSPITALARIO**
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	747	PATOLOGÍA	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	310	ENDOCRINOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	312	ENFERMERÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	320	GINECOBSTETRICIA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	330	NEFROLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	332	NEUROLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	335	OFTALMOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	342	PEDIATRÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	345	PSIQUIATRÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	348	REUMATOLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	355	UROLOGÍA	SI	NO
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	372	CIRUGÍA VASCULAR	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	304	CIRUGÍA GENERAL	SD	SD
SANTARDER DE QUILICHAO	Consulta Externa	331	NEUMOLOGÍA	SD	SD

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Proyectó :Diana Marcela Quinayas Rengifo
Revisó: Lady Sorani López Rivera
Aprobó: Manuel Mompotes Manquillo. Pilar Tecnico Aic
Población certificada por afiliación y operaciones BDUA 2025

ANEXO 3. TARIFA SERVICIOS

AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 081-2025 SUSCRITO ENTRE LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I Y CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

VIGENCIA	01/04/2025 A 31/12/2025			
CÓDIGO NORMATIVIDAD VIGENTE - CUPS	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO (NORMATIVO)	MANUAL DE REFERENCIA	TARIFA 2025	OBSERVACIONES
881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881318	ECOGRAFIA DE RECTO	TARIFA PROPIA	$ 57.200	
882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	TARIFA PROPIA	$ 226.500	
882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	TARIFA PROPIA	$ 97.900	
882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES	TARIFA PROPIA	$ 70.100	
881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	TARIFA PROPIA	$ 106.200	
881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS	TARIFA PROPIA	$ 97.000	
882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	TARIFA PROPIA	$ 134.500	
882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	TARIFA PROPIA	$ 250.000	
882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	TARIFA PROPIA	$ 97.900	
882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	TARIFA PROPIA	$ 129.000	
951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	TARIFA PROPIA	$ 128.900	
851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	TARIFA PROPIA	$ 297.100	
851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA	TARIFA PROPIA	$ 542.200	
671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	TARIFA PROPIA	$ 138.900	
673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	TARIFA PROPIA	$ 80.000	
672001	CONIZACION CERVICAL	TARIFA PROPIA	$ 485.400	
673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	TARIFA PROPIA	$ 152.000	
702203	COLPOSCOPIA	TARIFA PROPIA	$ 180.000	
860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 113.200	
860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)	TARIFA PROPIA	$ 113.200	
860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	TARIFA PROPIA	$ 113.200	
862702	MATRICECTOMIA PARCIAL	TARIFA PROPIA	$ 113.200	
862703	MATRICECTOMIA TOTAL	TARIFA PROPIA	$ 113.200	
862701	ONICECTOMIA	TARIFA PROPIA	$ 112.900	
861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	TARIFA PROPIA	$ 130.700	
543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	TARIFA PROPIA	$ 130.700	
864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 196.400	
864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 238.500	
864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 238.500	
864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 266.900	
864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO	TARIFA PROPIA	$ 196.400	
865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	TARIFA PROPIA	$ 196.400	
868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL	TARIFA PROPIA	$ 196.400	
867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	TARIFA PROPIA	$ 360.600	
864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)	TARIFA PROPIA	$ 360.600	
864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 402.000	
864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 402.000	
864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	TARIFA PROPIA	$ 402.000	
863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 141.700	
863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 47.200	
863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 129.900	
891514	ONDA F (POR NERVIO)	TARIFA PROPIA	$ 67.800	
930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA	TARIFA PROPIA	$ 125.000	
893601	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL	TARIFA PROPIA	$ 125.000	
898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	TARIFA PROPIA	$ 170.000	
441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON O SIN BIOPSIA	TARIFA PROPIA	$ 482.000	
452301	COLONOSCOPIA TOTAL	TARIFA PROPIA	$ 696.300	
877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	TARIFA PROPIA	$ 166.400	
877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	TARIFA PROPIA	$ 166.400	
903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	TARIFA PROPIA	$ 291.200	
19999094-1	MEDIO DE CONTRASTE RX ESPECIAL	TARIFA PROPIA	$ 88.000	
871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	TARIFA PROPIA	$ 63.300	
871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	TARIFA PROPIA	$ 117.800	
873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	TARIFA PROPIA	$ 44.300	
873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	TARIFA PROPIA	$ 49.200	
871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	TARIFA PROPIA	$ 73.500	
871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	TARIFA PROPIA	$ 57.600	
871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	TARIFA PROPIA	$ 57.600	
873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	TARIFA PROPIA	$ 71.200	
870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	TARIFA PROPIA	$ 98.800	
871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	TARIFA PROPIA	$ 57.200	
870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	TARIFA PROPIA	$ 54.000	
870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	TARIFA PROPIA	$ 39.600	
870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	TARIFA PROPIA	$ 46.800	
870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	TARIFA PROPIA	$ 46.800	
873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 26.500	

881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 72.800	
881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 72.000	
881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 72.000	
881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 76.000	
881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	TARIFA PROPIA	$ 65.600	
881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	TARIFA PROPIA	$ 72.000	
881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	TARIFA PROPIA	$ 140.000	
881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	TARIFA PROPIA	$ 111.100	
881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	TARIFA PROPIA	$ 70.100	
881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	TARIFA PROPIA	$ 84.800	
881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	TARIFA PROPIA	$ 70.100	
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	TARIFA PROPIA	$ 57.800	
881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	TARIFA PROPIA	$ 49.300	
881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	TARIFA PROPIA	$ 220.000	
881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	TARIFA PROPIA	$ 47.400	
881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
881434	PERFIL BIOFISICO	TARIFA PROPIA	$ 72.600	
881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	TARIFA PROPIA	$ 110.000	
881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	TARIFA PROPIA	$ 84.800	
881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	TARIFA PROPIA	$ 61.100	
881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	TARIFA PROPIA	$ 97.400	
881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	TARIFA PROPIA	$ 74.100	
882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	TARIFA PROPIA	$ 226.500	
882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	TARIFA PROPIA	$ 226.500	
882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	TARIFA PROPIA	$ 226.500	
882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	TARIFA PROPIA	$ 227.500	
881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	TARIFA PROPIA	$ 75.600	
881130	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	TARIFA PROPIA	$ 106.200	
882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	TARIFA PROPIA	$ 227.500	
882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	TARIFA PROPIA	$ 227.500	
882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	TARIFA PROPIA	$ 227.500	
882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	TARIFA PROPIA	$ 170.000	
882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	TARIFA PROPIA	$ 96.900	
882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	TARIFA PROPIA	$ 91.700	
882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	TARIFA PROPIA	$ 91.700	
882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	TARIFA PROPIA	$ 216.800	
952001	BIOMETRIA OCULAR	TARIFA PROPIA	$ 71.000	
61002	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	TARIFA PROPIA	$ 372.800	
881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	TARIFA PROPIA	$ 210.000	
881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	TARIFA PROPIA	$ 210.000	
673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	TARIFA PROPIA	$ 94.700	
881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	TARIFA PROPIA	$ 390.200	
895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	TARIFA PROPIA	$ 300.000	
895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	TARIFA PROPIA	$ 280.000	
895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	TARIFA PROPIA	$ 30.053	
861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBLINGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	TARIFA PROPIA	$ 130.700	
863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 100.400	
863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 141.700	
861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	TARIFA PROPIA	$ 236.200	
930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	TARIFA PROPIA	$ 54.000	
891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	TARIFA PROPIA	$ 67.800	
891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)	TARIFA PROPIA	$ 61.400	
53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	TARIFA PROPIA	$ 103.900	
891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO	TARIFA PROPIA	$ 84.800	
53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	TARIFA PROPIA	$ 248.600	
930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO	TARIFA PROPIA	$ 339.000	
890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	TARIFA PROPIA	$ 53.000	
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	TARIFA PROPIA	$ 40.033	
890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 63.000	

890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 85.000	
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 95.000	
890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 95.000	
890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	TARIFA PROPIA	$ 70.500	
890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 90.000	
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	TARIFA PROPIA	$ 89.649	
890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	TARIFA PROPIA	$ 53.000	
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 50.000	
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	TARIFA PROPIA	$ 40.033	
890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 63.000	
890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 85.000	
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 95.000	
890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 95.000	
890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	TARIFA PROPIA	$ 70.500	
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 90.000	
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	TARIFA PROPIA	$ 89.649	
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 55.000	
890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 70.000	
890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 70.000	
890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 80.000	
890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	TARIFA PROPIA	$ 80.000	
898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO EN CITOLOGIA POR TINCION DE HISTOQUIMICA (ESPECIFICO)	TARIFA PROPIA	$ 73.800	
898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN CITOLOGIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA (ACAF) DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO	TARIFA PROPIA	$ 36.000	
898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	TARIFA PROPIA	$ 25.800	
898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	TARIFA PROPIA	$ 63.000	
898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE MARCACION INMUNOHISTOQUIMICA BASICA (ESPECIFICO)	TARIFA PROPIA	$ 95.700	
898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO EN BIOPSIA POR TINCION HISTOQUIMICA (ESPECIFICO)	TARIFA PROPIA	$ 100.000	
877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	TARIFA PROPIA	$ 166.400	
877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	TARIFA PROPIA	$ 166.400	
872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	TARIFA PROPIA	$ 166.400	
891704	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFIA)	TARIFA PROPIA	$ 624.000	
893818	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	TARIFA PROPIA	$ 208.000	
861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	TARIFA PROPIA	$ 106.800	
965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	TARIFA PROPIA	$ 135.200	
898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	TARIFA PROPIA	$ 64.500	
893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	TARIFA PROPIA	$ 165.000	
894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	TARIFA PROPIA	$ 200.000	
965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	TARIFA PROPIA	$ 35.463	CURACION EN SALA PROCEDIMIENTO DE LAVADO, IRRIGACION Y COBERTURA DE ULCERA VENOSA COMPLEJA, CON VENDAJE, REALIZADO POR ENFERMERÍA PROFESIONAL SIN AGENTE CICATRIZANTE, REALIZADO POR ENFERMERIA PROFESIONAL
936601	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LIQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFATICA)	TARIFA PROPIA	$ 61.069	TARIFA PARA UNA PIERNA O UNILATERAL
890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	TARIFA PROPIA	$ 90.000	
890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	TARIFA PROPIA	$ 90.000	
890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	TARIFA PROPIA	$ 85.000	
890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	TARIFA PROPIA	$ 85.000	
935601	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION	TARIFA PROPIA	$ 107.635	TARIFA PARA PROCEDIMIENTO UNILATERAL
385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	TARIFA PROPIA	$ 360.578	
399201	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)	TARIFA PROPIA	$ 657.797	PROCEDIMIENTO CON AGENTE ESCLEROSANTE Y AGUJA FINA POR 2 SESIONES
871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	TARIFA PROPIA	$ 115.900	
871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	TARIFA PROPIA	$ 115.900	
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	TARIFA PROPIA	$ 115.900	
873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	TARIFA PROPIA	$ 115.900	
790302	REDUCCIÓN CERRADA	TARIFA PROPIA	$ 605.900	
935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	TARIFA PROPIA	$ 80.000	
935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	TARIFA PROPIA	$ 160.100	
935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	TARIFA PROPIA	$ 117.000	
935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	TARIFA PROPIA	$ 160.100	
839601	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	TARIFA PROPIA	$ 86.000	
839701	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD	TARIFA PROPIA	$ 86.000	
992301	INYECCION O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	TARIFA PROPIA	$ 120.000	
542802	PARACENTESIS TERAPEUTICA (PARA DESCOMPRENSION O DRENAJE) NCOC	TARIFA PROPIA	$ 494.200	
881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	TARIFA PROPIA	$ 735.000	
891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	TARIFA PROPIA	$ 661.500	
891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE CPAP NASAL A DOMICILIO	TARIFA PROPIA	$ 661.500	
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	TARIFA PROPIA	$ 147.000	
886101	ELASTOGRAFÍA	TARIFA PROPIA	$ 1.050.000	
573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	TARIFA PROPIA	$ 926.600	
871320	RADIOGRAFIA DE ESÓFAGO	TARIFA PROPIA	$ 117.700	
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	TARIFA PROPIA	$ 231.600	
872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)	TARIFA PROPIA	$ 236.486	

872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN NIÑOS (ESÓFAGO, ESTOMAGO, Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	TARIFA PROPIA	$ 472.973	
874910	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION]	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
877602	COLANGIOGRAF ÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
877851	CISTOGRAFIA CON PROYECCIONES OBLICUAS	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
877812	PIELOGRAFIA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOM ÍA	TARIFA PROPIA	$ 236.486	
879410	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879420	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	TARIFA PROPIA	$ 302.177	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879150	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879111	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 249.624	
879161	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CUELLO (TEJIDOS BLANDOS)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879162	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE LARINGE	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879122	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO (CORTES AXIALES Y CORONALES)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879121	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ORBITAS (CORTES AXIALES Y CORONALES)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879460	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE PELVIS	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879132	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE RINOFARINGE (CORTES AXIALES Y CORONALES)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879131	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y C ORONALES)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879116	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879301	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX	TARIFA PROPIA	$ 302.177	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879391	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	TARIFA PROPIA	$ 302.177	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879910	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDI-MENSIONAL	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL
879510	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879520	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	TARIFA PROPIA	$ 249.624	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879201	TOMOGRAF ÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	TARIFA PROPIA	$ 268.826	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879430	TOMOGRAF ÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	TARIFA PROPIA	$ 325.421	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879411	TOMOGRAF ÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	TARIFA PROPIA	$ 636.694	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879522	TOMOGRAF ÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	TARIFA PROPIA	$ 230.800	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879523	TOMOGRAF ÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	TARIFA PROPIA	$ 230.800	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
879431	UROGRAF ÍA CON NEFROTOMOGRAF ÍA	TARIFA PROPIA	$ 636.694	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE O SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBE AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883101	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883102	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE BASE DE CRANEO-SILLA TURCA	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883103	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ORBITAS	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883105	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPO- ROMANDIBULAR	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883108	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883210	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883220	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883230	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883232	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROILIACA SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE

883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883301	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TORAX	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883351	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MAMA	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883401	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ABDOMEN	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883430	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE VIAS BILIARES	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883440	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PELVIS	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883511	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883512	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO)	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883521	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883522	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (CADERA, RODILLA, PIE Y/O CUELLO DE PIE)	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883560	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883590	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO NCOC	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883443	RESONANCIA MAGNETICA DE PLACENTA	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883442	RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA	TARIFA PROPIA	$ 459.834	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	TARIFA PROPIA	$ 418.031	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, ESTOS MATERIALES DE CONTRASTE SERAN FACTURADOS DE MANERA ADICIONAL A LA ACTIVIDAD DE ACUERDO A LAS TARIFAS PACTADAS
883434	COLANGIORESONANCIA	TARIFA PROPIA	$ 418.031	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883904	RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION DE PRÓSTATA	TARIFA PROPIA	$ 513.581	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, ESTOS MATERIALES DE CONTRASTE SERAN FACTURADOS DE MANERA ADICIONAL A LA ACTIVIDAD DE ACUERDO A LAS TARIFAS PACTADAS
883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	TARIFA PROPIA	$ 668.850	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, ESTOS MATERIALES DE CONTRASTE SERAN FACTURADOS DE MANERA ADICIONAL A LA ACTIVIDAD DE ACUERDO A LAS TARIFAS PACTADAS
883902	RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	TARIFA PROPIA	$ 656.906	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, ESTOS MATERIALES DE CONTRASTE SERAN FACTURADOS DE MANERA ADICIONAL A LA ACTIVIDAD DE ACUERDO A LAS TARIFAS PACTADAS
883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]	TARIFA PROPIA	$ 418.031	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, ESTOS MATERIALES DE CONTRASTE SERAN FACTURADOS DE MANERA ADICIONAL A LA ACTIVIDAD DE ACUERDO A LAS TARIFAS PACTADAS
883107	RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	TARIFA PROPIA	$ 513.581	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
883112	RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE CEREBRO CON VOLUMETR ÍA DE HIPOCAMPOS	TARIFA PROPIA	$ 513.581	TARIFA NO INCLUYE EL MEDIO DE CONTRASTE Y LA SECUENCIA CONTRASTADA, DE ACUERDO A PERTINENCIA EN LA SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE SE DEBEN AUTORIZAR LOS MATERIALES DE CONTRASTE
20021045-1	GADOVIST 1.0 / MEDIO DE SECUENCIA CONTRASTADA	TARIFA PROPIA	$ 250.000	
870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 38.700	
870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	TARIFA PROPIA	$ 44.300	
870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	TARIFA PROPIA	$ 44.300	
870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	TARIFA PROPIA	$ 44.300	
870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	TARIFA PROPIA	$ 35.100	
870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	TARIFA PROPIA	$ 43.400	
871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	TARIFA PROPIA	$ 42.400	
871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	TARIFA PROPIA	$ 42.400	
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	TARIFA PROPIA	$ 52.900	
871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	TARIFA PROPIA	$ 41.200	
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	TARIFA PROPIA	$ 29.100	
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 37.600	
872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	TARIFA PROPIA	$ 43.900	
872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	TARIFA PROPIA	$ 58.300	
873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	TARIFA PROPIA	$ 119.300	

873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA (CARPOGRAMA)	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	TARIFA PROPIA	$ 34.300	
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	TARIFA PROPIA	$ 15.500	
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873205	RADIOGRAFIA DE CODO	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873210	RADIOGRAFIA DE MANO	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA)	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 29.100	
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	TARIFA PROPIA	$ 34.200	
873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	TARIFA PROPIA	$ 39.600	
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	TARIFA PROPIA	$ 26.500	
873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	TARIFA PROPIA	$ 15.500	
873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	TARIFA PROPIA	$ 14.000	
876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	TARIFA PROPIA	$ 90.400	
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	TARIFA PROPIA	$ 135.600	
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	TARIFA PROPIA	$ 110.100	
898015	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO BASICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL MANUAL	TARIFA PROPIA	$ 7.800	
881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA	TARIFA PROPIA	$ 551.700	
894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	TARIFA PROPIA	$ 139.300	

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Proyectó :Diana Marcela Quinayas Rengifo
Revisó: Lady Sorani López Rivera
Aprobó: Manuel Mompotes Manquillo. Pilar Tecnico Aic
Población certificada por afiliación y operaciones BDUA 2025

ANEXO 04. INDICADORES DE CALIDAD

AL CONTRATO 081-2025 DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I Y CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS S.A.S

DURACIÓN	01/04/2025 A 31/12/2025
CONTRATO	081-2025

Indicador	Meta del indicador	Unidad de medida	Periodicidad de medición	Fórmula del indicador	Fecha máxima de reporte	Fuente de información
Tasa de caida de pacientes en el servicio de consulta externa	Según media nacional reportada en SISPRO	Tasa	Trimestral	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/Total de personas atendidas en consulta externa	Primeros 10 días del mes siguiente al trimestre a reportar	Reporte trimestral en formato estandarizado por la EPSI AIC enviado a los correos de : garantiacalidad@aicsalud.org.co, garantiacalidad2@aicsalud.org.co
Tasa de caida de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Según media nacional reportada en SISPRO	Tasa	Trimestral	Número total de pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que sufren caídas/ Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Primeros 10 días del mes siguiente al trimestre a reportar	Reporte trimestral en formato estandarizado por la EPSI AIC enviado a los correos de : garantiacalidad@aicsalud.org.co, garantiacalidad2@aicsalud.org.co
Proporcion de satisfaccion global de usuarios de IPS	>=92%	Porcentaje	Trimestral	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si " o "probablemente si" a la pregunta ¿recomendaria a sus familiares o amigos este establecimiento ? / Número de usuarios que respondieron la pregunta	Primeros 10 días del mes siguiente al trimestre a reportar	Reporte trimestral en formato estandarizado por la EPSI AIC enviado a los correos de : garantiacalidad@aicsalud.org.co, garantiacalidad2@aicsalud.org.co

ANEXO 04. INDICADORES DE CALIDAD

Proporcion de usuarios que recomendaria su IPS a un familiar o amigo		>=92%	Porcentaje	Trimestral	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si " o "probablemente si" a la pregunta ¿recomendaria a sus familiares o amigos este establecimiento ? / Número de usuarios que respondieron la pregunta	Primeros 10 días del mes siguiente al trimestre a reportar	Reporte trimestral en formato estandarizado por la EPSI AIC enviado a los correos de : garantiacalidad@aicsalud.org.co, garantiacalidad2@aicsalud.org.co
Oportunidad en la asignación de citas de primera vez	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGIA GENERAL	3	Días hábiles	Mensual	Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha en que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número de citas asignadas en el mes	Primeros 10 días de cada mes	Reporte mensual cargado en la pagina web https://aicsalud.org.co/accounts/login/
Oportunidad en la asignación de citas de primera vez	MEDICINA INTERNA CIRUGIA GENERAL	20	Días hábiles	Mensual	Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha en que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número de citas asignadas en el mes	Primeros 10 días de cada mes	Reporte mensual cargado en la pagina web https://aicsalud.org.co/accounts/login/
Oportunidad en la asignación de citas de primera vez	PEDIATRIA	5	Días hábiles	Mensual	Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha en que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número de citas asignadas en el mes	Primeros 10 días de cada mes	Reporte mensual cargado en la pagina web https://aicsalud.org.co/accounts/login/

ANEXO 04. INDICADORES DE CALIDAD

Oportunidad en la asignación de citas de primera vez	GINECOLOGIA	15	Días hábiles	Mensual	Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha en que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número de citas asignadas en el mes	Primeros 10 días de cada mes	Reporte mensual cargado en la pagina web https://aicsalud.org.co/accounts/login/
Oportunidad en la asignación de citas de primera vez	OBSTETRICIA	5	Días hábiles	Mensual	Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha en que se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número de citas asignadas en el mes	Primeros 10 días de cada mes	Reporte mensual cargado en la pagina web https://aicsalud.org.co/accounts/login/

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SÁNCHEZ SÁNCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA
Representante Legal
Cenemed Quilichao Centro de Especialistas S.A.S

Proyectó: Juan David Sanchez Alvarado (Auxiliar SOGC)
Revisó: Lizneey Alejandra Arteaga Meñaca (Lider SOGC)
Aprobó: Edisson Manuel Mompotes Manquillo (Pilar Técnico AIC EPS-I)

ANEXO No. 05 LINEAMIENTOS DE MOVILIDAD

AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD No. 081-2025 SUSCRITO ENTRE LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I Y CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

CONTRATO No.	**081-2025**
DURACION	**01/04/2025 A 31/12/2025**

1. Recaudo de los pagos compartidos a los afiliados del régimen contributivo

El Ministerio de Salud y Protección Social efectuó el cálculo para establecer los montos de las cuotas moderadoras y los topes máximos de los copagos por evento y año calendario, que regirán durante el año 2025, con fundamento en lo establecido en los artículos 2.3.2.1.17 del Decreto 780 de 2016, decreto 1652 de 2022, acuerdo 260 de 2004 CNSSS, Ley 1955 de 2019 en su articulo 49 y la la Ley 2294 de 2023 parágrafo 3 del artículo 313. Para el 2025 se definio el monto en UVT de las cuotas moderadoras y copagos para el Régimen Contributivo y Subsidiado, la Resolución 000193 del 04 de Diciembre de 2024 fija en ($49.799), el valor de la Unidad de Valor Tributario (UVT) que regirá durante el año 2025, el cual representa un incremento de 5,81% respecto del valor que rigió durante el año 2024. En consecuencia los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en los artículos 8, 9, 10 y 11 del Acuerdo 260 del de 2004, se calculan de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Ley 1955 de 2019, con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario (UVT), actualizados al 5,81%.

De acuerdo a las clausulas contractuales establecidas entre las partes, el PSS se encargarán de recaudar las cuotas moderadoras y copagos en virtud del contrato **No. 081-2025** con las EPSI, es decir, que obran por cuenta de un tercero. Se debe tener presente el artículo 3° del Decreto 1514 de 1998, que trata de la facturación en los contratos de mandato, expidiendo la factura por las cuotas moderadoras y copagos que recauden a nombre de las entidades promotoras de salud (EPS), al igual que deben hacerlo estas últimas cuando recauden directamente los pagos por tales conceptos.

1.1 Tarifas de la cuota moderadora 2025

Rango de ingresos en smlmv (1)	Valor cuota moderadora 2024	Incremento de UVT para 2025	Valor cuota moderadora 2025 calculada	Valor de cuota moderadora aproximada por centena mas cercana
Menor a 2 SMLMV	$ 4.550	4,44%	$ 4.700	$ 4.700
Entre 2 y 5 SMLMV	$ 18.199	5,49%	$ 19.200	$ 19.200
Mayor a 5 SMLMV	$ 47.718	5,45%	$ 50.300	$ 50.300

El recaudo de las cuotas moderadoras, se aplica a cotizantes y beneficiarios del SGSSS en los servicios y tecnologías PBS con cargo a la UPC y a los servicios y tecnologías no

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa especializada medica y odontologica .
3. Consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología.
4. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del
5. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se
6. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante; excepto cuando haga parte de un
7. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorias de triage IV y V conforme a la resolución 5596 de 2015 o la

1.2 Tarifas copagos 2025

Rango de IBC en smlmv (1)	Copago en % del valor del servicio	Valor máximo por evento 2025	Valor máximo por año 2025	Incremento entre 2024 y 2025
Menor a 2 SMLMV	11,50%	$ 356.548	$ 714.339	5,30%
Entre 2 y 5 SMLMV	17,30%	$ 1.428.678	$ 2.857.356	5,30%
Mayor a 5 SMLMV	23,00%	$ 2.857.356	$ 5.714.711	5,30%

El recaudo de los COPAGOS, se aplica exclusivamente a afiliados beneficiarios del regimen contributivo del SGSSS en todos los servicios y tecnologías PBS con cargo a la UPC y a los

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control de atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Eventos y servicios de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias para los pacientes clasificados en las categorias de triage I, II y III definidas en la resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia.
6. Los servicios sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras.
7. La prescripción regular dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

1.3. Tarifas copagos régimen subsidiado 2025

Afiliados del régimen subsidiado clasificados según Sisbén	Copago en % del valor del servicio	Valor máximo por evento 2025	Valor Maximo por año 2024	Incremento 2023/2024
Sisben Metodología IV(Grupo A1 a B7) - Metodología III (Nivel 1)	0	0	0	0
Sisben Metodología IV(Grupo C1 a D21) - Metodología III (Nivel 2 y 3)	10%	$ 621.164,00	$ 1.242.329,00	5,30%

Las personas afiliadas al régimen subsidiado clasificadas en el nivel II y III del Sisbén, deberán cancelar cuotas de recuperación a los prestadores de servicios de salud por la atención de los servicios NOPBS, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016.

2. Exoneración de pagos compartidos establecida por leyes especiales

Segun el articulo 2.10.decreto 1652 de 2022 se excleye de copagos y cuotas moderadoras a grupos o ploblaciones especiales:

1 - Población menor de 18 años con diagnostico de cancer en cualquiera de sus etapas certificado por onco-hematólogo pediatrico, según Ley 1388 de 2010 modificado por Ley 2026 de 2020.

2 - La población menor de 18 años con diagnostico confirmado y certificado por onco-hematólogo pediatrico de aplacia medular y sindrome de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congenitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 modificada por la Ley 2026 de 2020.

3 - Población menor de 18 años, cuando el medico general o cualquier especialista de medicina, tenga sospecha de cancer o enfermedades del literal anterior según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 modificada por la Ley 2026 de 2020.

4 - Las personas mayores de edad para practiva de vasectomia o ligadura de trompas segun Ley 1412 de 2010 modificada por la ley 1996 de 2019 o normas que modifiquen o sustituyan.

5 - Niñas y niños del sisben 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por medico tratante segun Ley 1438 de 2011 o las normas que lo modifiquen y sustituyan.

6 - Niños y niñas y adolecentes víctimas de vilencia física o sexual y todas las formas de maltrato certificadas por autoridad competente para servicios de salud fisica y mental según artículo 54 de la Ley 1438 de 2021.

7 - Toda mujer victima de violencia física o sexual certificadas por autoridad competente hasta que se certifique su recuperación.

8 - Victimas del conflicto armado interno en los términos del Artículo 3 de la ley 1448 de 2011, debidamente certificados por RUV.

9 - Personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido según la Ley 1618 de 2013.

10 - Victimas de lesiones personales, causadas por ácidos o sustancias similares o corrosiva, o por cualquier elemneto que genere daño o destrucción de tejido humano conforme a lo dispuesto en artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por la Ley 1639 de 2013 y modificado por la Ley 1971 de 2019.

11 - Toda persona que haga uso del derecho a morir con dignidad en los terminos estipulados en el artículo 14 de la resolución 971 de 2021 y 16 de la resolución 825 de 2018 del ministerio de salud y presteción social o las normas que los modifiquen o sustituyan.

12 - Los veteranos afiliados al SGSSS respecto de servicios de salud que brinden recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas según lo dispuesto en la Ley 1979 de 2019 y el artículo 2.3.1.8.3.4.1 del decreto 1070 de 2015.

13 - Personas que padecen epilepsia a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita condo no pueda asumirlo por su condición económica.

3. Para los servicios prestados facturados a la EPS, susceptibles de recobros (ATEL) a la ARL.

a. Direccionar todo evento de salud de origen laboral a la aseguradora correspondientes.

b. Para el reconocimiento y pago de prestaciones asistenciales y económicas, derivadas de la atención de eventos de origen laboral susceptibles de recobros entre aseguradoras, es indispensable definir **el tipo de contingencia (Laboral o comun) en atención inicial de urgencias y la consulta externa**, adicionalmente anexar a la factura, la copia de la historia clínica indicando la fecha, el motivo de la consulta y **el tipo de contingencia** que generó el evento. Lo anterior obedece a que, para las ARL, es indispensable tener adjunto un soporte que constate la asistencia del paciente a la consulta de control.

4. Prestación de servicios NO PBS con recobros a la ADRES.

A. La facturación de las tecnologías NO cubiertas por el plan básico de servicios con cargo a la UPC (NO PBS) deberá realizarse por separado de las prestaciones cubiertas por el plan básico de servicios con cargo a la UPC.

B. Las facturas con prestaciones NO PBS y PBS serán objeto de devolución.

C. El reporte de suministro (Resolución 1885 del 2018) debe ser realizado antes de la radicación de la factura NO PBS ante la EPS, el incumplimiento de este requisito será causal de devolución. (Anexo 6, Resolución 3047 del 2008, código 847).

5. Ordenes médicas de incapacidades y licencias de maternidad

La EPS reconoce las prestaciones económicas a sus afiliados sobre la orden médica en el formato correspondiente, registrado en la historia clínica.

a. Todo profesional médico u odontólogo para expedir certificados de incapacidad o licencia debe exigir la presencia física del paciente o de la madre, según sea el caso, y luego de su correspondiente valoración podrán expedir certificados de incapacidad inicial o de prórroga.

b. La incapacidad médica debe ser generada sin enmendaduras en forma veraz, legible, completa con total claridad en cada uno de los campos a diligenciar y con las firmas del profesional tratante registrado en RETHUS o profesional que este prestando su servicio social obligatorio provisional, adicionando el **número de identificación del médico** y el registro medico (decreto 1652 de 2022).

c. La incapacidad médica ordenada por profesionales no registrados en RETHUS o que este prestando su servicio social obligatorio provisional, será glosada y no se le reconocerá al aportante.

d. En todos los casos, registrar dentro de la historia clínica ya sea en indicaciones o en aclaraciones, si al paciente se le generó incapacidad y el número de días, ya que es el único registro que se puede verificar en alguna situación de carácter medicolegal.

e. Es importante recordar a los pacientes al momento de la expedición de las Incapacidades Medicas, que estarán a cargo de los Empleadores los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general tanto en el sector público como en el privado; y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a partir del tercer (3) día de Incapacidad acorde a la normatividad vigente.

5.2 incapacidades en servicios de odontología.

Para efectos administrativos las incapacidades temporales que se otorguen en el servicio de odontología sean hasta por un periodo máximo de 3 días, luego de los cuales se otorgarán las prórrogas de acuerdo con la pertinencia médica de las mismas.

5.3. Incapacidades en la baja complejidad.

Se recomiendan para efectos administrativos que las incapacidades temporales emitidas por médico general se otorguen por un periodo máximo de 10 días, luego de los cuales se otorgarán las prórrogas según la pertinencia medica de las mismas, y con remisión a Especialista acorde al caso.

5.4. Incapacidades en mediana y alta complejidad.

Se recomiendan para efectos administrativos, que las incapacidades temporales emitidas por los médicos especialistas, se otorguen por un periodo máximo de 30 días, en el evento en que el paciente requiera prórroga, la IPS debe establecer un mecanismo de remisión del usuario al especialista correspondiente para que valide la pertinencia y la prórroga de la incapacidad y de ser necesario remitirlo a Medicina Laboral para iniciar proceso de remisión al Fondo de Pensiones cuando la prórroga de su incapacidad temporal sea igual o superior a 90 días.

EL CONTRATANTE

JAIRO GILBERTO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I

EL CONTRATISTA

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Proyectado Por: Carolina Diaz Sanz- Líder Régimen Contributivo - Aseguramiento AIC EPSI Carolina Diaz Sanz
Revisado Por: Edisson Manuel Mompotes - Gestor Pilar Tecnico
Población Certificada ÁREA AFILIACIÓN Y OPERACIONES BDUA 2025 (5-1/21)

ANEXO No. 06 CRITERIOS DE AUDITORIA PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

DURACIÓN	01/04/2025	a	31/12/2025	CONTRATO	081-2025

Para el proceso de Auditoría de las cuentas presentadas por CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS a la Asociación Indígena del Cauca se tendrá en cuenta:

1. Se aplicarán los términos establecidos en el Artículo 57 de la ley 1438 de 2011, o la norma que lo adicione, modifique, o sustituya.

2. Es obligación del Prestador de Servicios de Salud (PSS) presentar los RIPS ajustados, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Resolución 3374 de 2000, la Resolución 2292 de 2021, la Resolución 2077 de 2021, la Resolución 2275 de 2023, la Resolución 2284 de 2023, o la norma que las modifique, adicione o sustituya.

3. El Prestador de Servicios de Salud deberá radicar la facturación de forma digital a través de la plataforma dispuesta por AIC EPS-I (Boxalud). Asimismo, deberá enviar el archivo comprimido que contenga el XML y el PDF de la factura electrónica al correo: facturacionelectronica@aicsalud.org.co.

4. Estas facturas deben cumplir con los requisitos legales establecidos en la Resolución 510 de 2022, en concordancia con las Resoluciones 2275 de 2023 y 2284 de 2023, o con la norma que las modifique, adicione o sustituya. Solo se tendrán en cuenta para su radicación y respectivo pago aquellas facturas que cumplan con dichos requisitos.

5. Cuando la factura no cumpla con los requisitos legales exigidos como se indica en el literal anterior, serán objeto de devolución para su respectiva corrección.

6. Los servicios cobrados o relacionados en la factura deben corresponder con la información diligenciada en los RIPS, de no ser así, la AIC-EPS-I podrá glosar esos valores o podrá ser causal de devolución de la factura.

7. El Prestador de Servicios de Salud (PSS) podrá validar los RIPS en cualquier momento, antes de la radicación de las facturas, conforme a lo establecido en el Manual GTIS-001. Esta validación deberá realizarse a través de la herramienta tecnológica dispuesta por la AIC-EPS-I. Para acceder a dicha herramienta, el PSS deberá comunicarse con la línea telefónica 322 404 9450. En caso de requerir soporte técnico, deberá dirigirse al correo electrónico: **ginformacion@aicsalud.org.co**, correspondiente al proceso de TICS.
   En caso de presentarse algún error en la validación, se deberá enviar una solicitud a GESTIÓN TICS, con el fin de subsanar la inconsistencia en un plazo máximo de **tres (3) días hábiles**.

8. La radicación de las facturas se realizará de acuerdo con la normatividad vigente teniendo en cuenta la resolución 2284 de 2023 y resolución 2275 de 2023. y aplicable; por medio del mecanismo que la EPS-I AIC disponga para tal fin.
9. El Prestador de Servicios de Salud deberá radicar por separado las facturas de usuarios subsidiado y contributivo.

10. Serán soportes obligatorios los que están estipulados Resolución 2335 de 2023 a partir del 1 de abril de 2024, resolución 2284 del 2023 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya. Estos, deberán ser entregados según los mecanismos y medios definidos en la normatividad, mediante la ruta establecida en el proceso de recepción de cuentas del área de auditoría de la AIC-EPS-I, ubicada en la Carrera 5 #1b-15 Barrio Vásquez Cobo de la ciudad de Popayán, Cauca.

11. Las notificaciones de las glosas que se generen en el proceso de Auditoría se harán al correo suministrado previamente por el PSS administracion@cenemed.com y cartera@cenemed.com. Para el caso de las respuestas de las glosas y devoluciones se deberán realizar mediante la plataforma de (**Boxalud**); así mismo, el prestador deberá responder indicando el valor aceptado, el motivo o las causales y el código. Los correos para este fin deberán ser de carácter institucional.

12. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 441 de 2022, una vez vencidos los plazos fijados en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, si la entidad responsable del pago no formula ni comunica al prestador o proveedor las glosas, o no se pronuncia sobre su levantamiento total o parcial, se entenderá notificada la aceptación de la factura o de las glosas correspondientes. Igualmente, si el prestador de servicios de salud no se pronuncia frente a las glosas formuladas dentro de los plazos establecidos, la EPS-I procederá a notificar la aceptación tácita de dichas glosas.

13. De acuerdo con el numeral anterior, en la respuesta de glosa se debe evidenciar que la entidad realizo la respectiva revisión de las objeciones presentadas. En caso de evidenciarse que el PSS envía la respuesta sin revisión de la glosa, se dará por omitida la respuesta y, por tanto, continuara los plazos límites establecidos para él envió de la misma.

14. Para los afiliados del régimen contributivo, el Prestador de Servicios de Salud (PSS) debe registrar en la historia clínica del paciente el tipo de contingencia o el origen de la prestación del servicio de salud, con el fin de que la AIC-EPS-I pueda efectuar el recobro ante la entidad correspondiente, según se trate de un accidente de trabajo o una posible enfermedad laboral. En caso de no cumplir con este requisito, la factura será glosada al PSS.

15. En el cargue de los RIPS ajustados, y conforme a los lineamientos establecidos en las Resoluciones 3374 de 2000, 2292 de 2021, 2077 de 2021, 2275 de 2023 y 2284 de 2023, se debe diferenciar claramente si la información corresponde al régimen contributivo o al régimen subsidiado. En caso de que el régimen reportado no coincida con el registrado en el validador, será motivo de devolución o glosa.

CONSULTAS Y TERAPIA

16. La AIC EPS-I reconocerá las consultas médicas correspondientes a cada especialidad, conforme a las tarifas definidas en el Anexo No. 3 del presente contrato, el cual forma parte integral del acuerdo celebrado entre las partes.

17. Las atenciones realizadas bajo la modalidad de telemedicina o tele-consulta, ya sea el caso, deben ser soportados con historia clínica y deberán acogerse a la normatividad vigente.

18. Cuando el plan terapéutico lo indique la necesidad de 2 o más sesiones terapéuticas diarias, no se reconocerá más de una sesión de terapia al día, por cualquiera de las especialidades tratantes. Se podrá reconocer en los casos, en los cuales exista justificación médica y esta quede registrada en la historia clínica del paciente.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

19. No se reconocerán actividades, servicios o procedimientos que no cuenten con autorización previa, o cuya autorización haya sido gestionada con posterioridad a la realización del mismo.

20. Las ayudas diagnósticas serán reconocidas por la AIC EPS-I únicamente cuando cuenten con orden y autorización médica debidamente generadas, y se evidencie la realización del procedimiento junto con la entrega oportuna de los resultados.

21. La AIC EPS-I reconocerá el valor del servicio correspondiente a procedimientos diagnósticos únicamente cuando se evidencie que se ha generado el informe de resultados respectivo, como soporte de la ejecución del servicio facturado. En caso de que se presenten facturaciones duplicadas derivadas de errores técnicos, fallas en la toma o en el procesamiento del procedimiento diagnóstico, la AIC EPS-I procederá a glosar los valores cobrados, conforme a los principios de razonabilidad, eficiencia y pertinencia del gasto en salud, sin que esto implique obligación de pago por parte de la EPS.

22. El Prestador de Servicios de Salud (PSS) deberá garantizar la accesibilidad oportuna para la toma de las ayudas diagnósticas y la entrega de los resultados en un plazo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, tratándose de estudios de imagenología, incluyendo su respectiva lectura, contados a partir de la realización del procedimiento.
En aquellos casos en que, por razones técnicas relacionadas con el procesamiento, se requieran tiempos prolongados para la entrega del resultado, el PSS deberá dejar evidencia de la fecha probable de entrega. De no cumplirse con la entrega oportuna del resultado, se procederá a la glosa del valor facturado por el procedimiento.
El incumplimiento de estas condiciones podrá dar lugar al no reconocimiento del servicio, a la aplicación de glosas, o a las acciones contractuales que correspondan según lo establecido en el presente contrato y en la normatividad vigente.

23. La AIC EPS-I reconocerá el valor del servicio prestado por concepto de ayudas diagnósticas, siempre que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) cuente con la habilitación vigente para la realización del procedimiento correspondiente.

MEDICAMENTOS E INSUMOS

24. Conforme el artículo 36 de la Resolución 2808 de 2022, la prescripción de medicamentos se realizará siempre utilizando la denominación común internacional, exclusivamente. Los medicamentos de marca comercial serán reconocidos, siempre y cuando se encuentre justificado en la historia clínica.

25. La EPS reconocerá los medicamentos regulados a los valores establecidos en el anexo 3, siempre y cuando no sobrepasen los valores máximos de reconocimiento de acuerdo la norma vigente, o las que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, con base al artículo 245 de la ley 100 y articulo 87 de la ley 1438.

26. La prescripción de medicamentos de control especial y de monopolio del estado, deben realizarse en el recetario destinado para tal fin, por la secretaria de salud de acuerdo con lo normatividad vigente.

27. Las tarifas de insumos, tecnologías y medicamentos no acordadas y/o que no encuentren dentro del anexo 3, serán reconocidas a precio de compra más el cinco por ciento (5%); de todas formas, dicho valor no podrá exceder los precios del mercado. El prestador deberá adjuntar a los soportes enviados con la facturación copia de la factura de compra. En caso de que no se presente factura de compra, se reconocerá a valor de referencia AIC.

28. En caso de que el INVIMA certifique el desabastecimiento de un medicamento, el medico adscrito a la IPS deberá prescribir un medicamento con iguales características, preferiblemente que se encuentre pactado en el anexo 3. En su defecto, el medicamento prescrito se reconoce bajo la cláusula 5 numeral 4.

29. Cuando el médico o especialista tratante ordene ayudas diagnósticas que requieran el uso de materiales de contraste, la AIC EPS-I reconocerá el valor correspondiente al medicamento o insumo utilizado, siempre que su administración esté clínicamente justificada, se encuentre asociada de manera directa al procedimiento autorizado, y esté debidamente relacionada con el respectivo Código Único de Medicamento (CUMS), de conformidad con el listado vigente del Ministerio de Salud y Protección Social.

EL CONTRATANTE	**EL CONTRATISTA**
JAIRO GILBERTO SÁNCHEZ SANCHEZ	**LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ**
Representante Legal	Representante Legal
AIC EPS-I	CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Elaboró: Samara Lorena Medina - Líder de A. concurrencia AIC EPS-I.
Revisó: Samara Lorena Medina - Líder de A. concurrencia AIC EPS-I.
Juliedt Alexandra Hurtado Muñoz - Líder del Proceso Gestión de la Auditoria de la Prestación de Servicios en Salud.
Aprobó: Edisson Manuel Mompotes Manquillo-Gestor del Pilar Técnico.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. 228 DE 2025

CONTRATANTE: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA "COMFACAUCA", identificada con NIT No. 891.500.182 - 0, representada legalmente por **GLORIA MARISOL VELASCO CHAGUENDO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 34´540.290 de Popayán, en calidad de Subdirectora, debidamente facultada por el Director Administrativo **Dr. JUAN CRISTOBAL VELASCO CAJIAO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.519.479 de Popayán, mediante Resolución No. 15 del 10 de marzo de 2025, y que para efectos del presente contrato se llamará **COMFACAUCA.**

CONTRATISTA: CENEMED QUILICHAO CENTRO DE ESPECILISTAS SAS, con NIT No. 900.611.060-9, representado legalmente por **LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 34.537.608 de Popayán (Cauca), en su calidad de Representante Legal, de conformidad con el certificado de la cámara de comercio de Cauca de fecha 25 de junio de 2025, documento que se anexa y forma parte integral del presente contrato y quien se llamará **LA CONTRATISTA.**

JUSTIFICACION CONTRATACION DIRECTA:

De conformidad con lo establecido en el artículo 28 del Manual de Contratación vigente en la Corporación, para la presente selección se ha adoptado un proceso de Contratación Directa, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

En consideración a lo dispuesto por los numerales 1 y 4 del artículo 29 del citado Manual, se ha determinado suscribir el presente contrato, toda vez que el valor del mismo no supera los cientos cincuenta (150) salarios mínimos mensuales legales vigentes, el valor ofertado se encuentra acorde con los precios de mercado para este tipo de actividad y que **LA CONTRATISTA** es la persona idónea para prestar el servicio. El prestador ha demostrado cumplir con todos los requisitos establecidos para la prestación de estos servicios de imagenología, experiencia relevante y habilidades técnicas necesarias.

OBJETO: Prestar sus servicios a **LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA "COMFACAUCA**", **DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS, RADIOGRAFÍAS Y ECOGRAFÍAS A USUARIOS ASIGNADOS A IPS COMFACAUCA SANTANDER DE QUILICHAO Y PUERTO TEJADA (CAUCA)**, actividad que realizará en forma directa, sin estar sujeto a la continua subordinación o dependencia respecto a **COMFACAUCA**, conservando la autonomía, técnica administrativa e iniciativa en cuanto a modo y sistema de realizar la actividad, de conformidad con la propuesta de servicios y tarifas de fecha 01 de julio de 2025, que se anexa y forma parte integral del presente contrato.

LUGAR: SANTANDER DE QUILICHAO Y PUERTO TEJADA (CAUCA).

TARIFAS: COMFACAUCA cancelará a **LA CONTRATISTA** mensualmente el valor que resulte de multiplicar el número de actividades realizadas por el valor de la tarifa pactada, **A LOS 30 DÍAS** de presentada y aprobada la factura de venta, la cual deberá llevar el visto bueno del Coordinador de la

VIGILADO SuperSubsidio

IPS COMFACAUCA en **SANTANDER DE QUILICHAO** y los anexos correspondientes para su pago, de conformidad con la propuesta tarifaria **CENEMED- COMFACAUCA** 2025, que se anexa y forma parte integral del presente contrato.

FUENTE DE RECURSOS: Recursos de Salud.
TIPO DE PRESUPUESTO: Funcionamiento.
CENTRO DE COSTOS: Salud IPS

PERSONAL: LA CONTRATISTA mantendrá el personal que requiera durante el desarrollo de la misma; el personal ocupado por **LA CONTRATISTA** no se considera de la nómina de trabajadores de **COMFACAUCA**, ni tendrá con esta vinculación laboral, ni contractual alguna. Los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones, de dicho personal serán por cuenta exclusiva de **LA CONTRATISTA.**

PARÁGRAFO: LA CONTRATISTA se obliga a mantener a los trabajadores que emplee en desarrollo del contrato, afiliados a una EPS, a Pensiones y a una ARL, igualmente deberá pagar los aportes parafiscales de Ley y a estar al día en los pagos correspondientes**.**

TERMINO: La duración del presente contrato es del **VEINTICINCO (25) DE JULIO AL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTICINCO (2025).**

SUPERVISIÓN: El presente contrato será supervisado por la Enfermera, **DIANA KARINA MONDRAGON MARTINEZ,** Coordinadora de **COMFACAUCA IPS** Santander de Quilichao y/o quien haga sus veces, quien verificará el estricto cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento o ejecución, de acuerdo con la costumbre mercantil y las cláusulas que sean obligatorias para esta clase de entidades en atención a su naturaleza. La supervisora del contrato será responsable que se dé estricto cumplimiento a la presente previsión, en los términos del principio de responsabilidad, de acuerdo con el art. 20 del Manual de Contratación de **COMFACAUCA,** quien deberá rendir informe mensual respecto al cumplimiento de las obligaciones asumidas por **LA CONTRATISTA**, debiendo reportar a los Departamento de Zona Norte y Salud cualquier novedad que pueda afectar la debida prestación del Servicio, igualmente deberá informar a la Oficina Jurídica de **COMFACAUCA,** la terminación del contrato o vencimiento del mismo.

PARÁGRAFO PRIMERO: El incumplimiento de las obligaciones a cargo de **LA CONTRATISTA** dará derecho a **COMFACAUCA** para resolver el contrato y solicitar indemnización de perjuicios, de conformidad con el artículo 1.613 del Código Civil.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Teniendo en cuenta que el Decreto 1011 de 2006 obliga a las IPS tener verificación de Títulos de los profesionales en Salud. **LA CONTRATISTA** se obliga a anexar documento vigente idóneo que demuestre la existencia del mismo.

PARÁGRAFO TERCERO LA SUPERVISORA se obliga además de:

- Verificar que los lugares ocupados para dicha labor cumplan con todos los requisitos de contratación.
- Entregar documento de los protocolos de atención, el cual debe quedar anexo al contrato debidamente firmado por las partes.
- Verificar la eliminación de barreras para asegurar la accesibilidad, del lugar donde se desarrolla la actividad.

VIGILADO SuperSubsidio

- Que se cumpla el tiempo de respuesta a las **PQRSF.**
- Que el manejo del lenguaje sea el adecuado por parte de **LA CONTRATISTA** y sus colaboradores.
- Remitir los Informes periódicos requeridos según el Manual de Contratación y circulares internas de la entidad.
- Verificar la ubicación de los buzones de sugerencias, en los lugares visibles del sitio donde se desarrolla la actividad.
- Subsanar las posibles fallas del servicio que se presenten.
- Reportar oportunamente la información necesaria para los indicadores.

GARANTIAS: LA CONTRATISTA respalda sus servicios con las siguientes garantías: Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 67604 de Seguros Chubb por $ 600.000.000.oo con vigencia 02 de agosto de 2025, obligándose a mantenerla vigente durante la vigencia del presente contrato.

Igualmente deberá constituir en una de las siguientes Compañías de Seguros, legalmente establecida en Colombia, con sucursal en Popayán: Compañías de Seguros, legalmente establecida en Colombia, con sucursal en Popayán: Aseguradora Solidaria de Colombia, Allianz Seguros, Axa Colpatria., Equidad Seguros, Seguros del Estado. Liberty Seguros, La Previsora, MAPFRE Generales, HDI Seguros, CHUBB Seguros de Colombia SA, Suramericana de Seguros, Seguros La Confianza, Mundial Seguros S.A, Berkley Internacional de Seguros, Seguros Bolívar, SBS Seguros (Interamericana de Seguros), BNP Paribas Cardif, Zurich, BBVA Seguros, Alfa, Colmena Generales, a favor de **COMFACAUCA** y debidamente aceptada por ésta, las siguiente póliza, sobre el valor aproximado de $1.500.000.oo mensuales por el término del contrato que es de 05 meses es decir sobre $7.500.000.oo.

De Cumplimiento, por un valor equivalente al 20% del valor aproximado que se le cancelará por los servicios prestados o sea la suma de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($1.500.000.oo)** por el término del contrato y tres meses (03) meses más**.**

PARÁGRAFO PRIMERO: LA CONTRATISTA se obliga a constituir y presentar debidamente legalizadas las garantías exigidas en un término de ocho (08) días hábiles a la suscripción del presente contrato, de no cumplirse con esta exigencia el contrato no podrá iniciar su ejecución.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Ninguna de las garantías otorgadas podrá ser cancelada sin la autorización de **COMFACAUCA.**

POLITICAS DE ATENCION AL PACIENTE. - LA CONTRATISTA en cumplimiento a las políticas sobre la atención a pacientes y afiliados se compromete a aplicar los siguientes lineamientos contemplados en la política de seguridad del paciente.

- Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

VIGILADO SuperSubsidio

- Evento Adverso no Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- Identificación del Paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

- Verificación Cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de Historia clínica.

- Datos identificativos inequívocos: Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

IDENTIFICACIÓN DOCUMENTAL Y VERIFICACIÓN VERBAL. - A todo ciudadano que sea atendido en la institución se le realizará una recogida de datos administrativos (verificando documento de identidad CC, TI, RC y/o pasaporte), si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se procederá a la actualización o comprobación de los mismos. Esta actividad se realizará previa a la prestación del servicio y preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación. La validación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente en todos los contactos de la atención.

PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE AMBULATORIO. - La correcta identificación del paciente se debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico.

Todos los datos deben ser corroborados verbalmente:

- Solicitar el documento de identificación
- Verificar en las bases de datos la seguridad social
- Corroborar con el usuario y/o su acompañante la veracidad de su identificación reafirmar con el usuario y/o acompañante su identificación
- Ante el llamado para brindar el servicio verificar su identificación (identificación verbal).
- Antes de iniciar la atención y/o el procedimiento verificar su identificación.
- Cualquier duda con relación a la veracidad de su identificación solicite apoyo administrativo.
- La correcta identificación del paciente es atributo de seguridad en la atención.

MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION

- Solicitar y revisar Documento de Identidad Ejemplo, Registro Civil, Tarjeta de Identidad, Cédula de Ciudadanía, teniendo en cuenta la edad del paciente.

- Verificar afiliación en ADRES, bases de datos y demás medios electrónicos y con historia clínica previa si aplica.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE. - La identificación en Historia clínica sistematizada incluye los datos completos del paciente así:

- Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad disponible.

- Nº de documento de identidad
- Edad en años cumplidos.
- Sexo

VIGILADO SuperSubsidio

- Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/ año
- Dirección y teléfonos
- Persona responsable, digitando el nombre completo de la persona que siempre estará a cargo del paciente y su parentesco.
- Los datos de identificación siempre se corroborarán con el documento de identidad.

OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

- Educar a los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta de los mismos.
- Pedir a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información suministrada de su identificación para confirmar que sea correcta.
- Pedir a los pacientes que se identifiquen antes de recibir cualquier medicamento y previo a cada diagnóstico o intervención terapéutica.
- Animar a los pacientes y a sus familias o cuidadores a ser participantes activos en la identificación, expresar sus inquietudes respecto a la seguridad y los errores potenciales, y hacer preguntas sobre la corrección de su atención.

LA CONTRATISTA declara conocer y se obliga a cumplir de manera estricta el **PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE** que le fue entregado por el Coordinador de **COMFACAUCA IPS** Santander de Quilichao. El incumplimiento será causal de terminación unilateral del presente contrato

NATURALEZA JURIDICA: El presente contrato de carácter atípico en la legislación colombiana, se regulará por los principios del derecho civil, dada la regularización de **COMFACAUCA,** Corporación de derecho privado, con domicilio principal en la ciudad de Popayán, departamento del Cauca, sin ánimo de lucro, con personería jurídica que le fue conferida por medio de la Resolución No. 0133 de 2 de noviembre de 1966, otorgada por la Gobernación del Departamento del Cauca, vigilada por la Superintendencia del Subsidio Familiar, de conformidad con lo dispuesto en el literal 6 del artículo 12 del Decreto 2150 de 1992. Este contrato es de naturaleza civil, por lo tanto, no genera relación laboral alguna.

CESION: LA CONTRATISTA no podrá ceder, ni en todo ni en parte las obligaciones que adquiere en virtud de este contrato.

INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERES. - Al suscribir el presente Contrato, las partes manifiestan no encontrarse incursas en ninguna de las causales de conflicto de intereses previstas en el artículo 23 de la Ley 789 de 2.002, ni en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en la ley, en especial en el Decreto 2463 de 1981 o en los Estatutos de la Caja.

CAUSALES DE TERMINACION: antes de su vencimiento:

a) Por mutuo acuerdo.
b) Por incumplimiento comprobado de una cualquiera de las obligaciones.
c) Por decisión Administrativa.
d) Por disolución de la Persona Jurídica

VIGILADO SuperSubsidio

OBLIGACION: LA CONTRATISTA se compromete a estar afiliado y al día en el pago de los aportes como independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (S.S.S.I) en salud, pensiones y riesgos profesionales y exhibir los soportes de pago junto con la respectiva cuenta de cobro mensual.

SOLUCION DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES. En caso de presentarse controversias o diferencias en la ejecución del contrato de Prestación de Servicios Profesionales, se recurrirá en primera instancia a los mecanismos alternativos de solución de conflictos de acuerdo a los procedimientos legales establecidos para tal efecto. Cuando existan diferencias entre el Supervisor y **LA CONTRATISTA** de carácter técnico, administrativo, o financiero, éstas serán dirimidas, en principio, por el Director Administrativo de **COMFACAUCA,** Para ello, tanto el **SUPERVISOR** como **LA CONTRATISTA**, enviarán dentro de los cinco (**5)** días calendarios siguientes a que se suscite la controversia, sendos documentos en los cuales expresen el contenido de la discrepancia y las razones de su posición y se definirá el punto en un plazo máximo de treinta (**30**) días calendario, salvo cuando el contenido de la controversia exija un término superior, el cual, en todo caso, será comunicado por **COMFACAUCA**, al **SUPERVISOR** y a **LA CONTRATISTA,** lo anterior sin perjuicio de que sí un dictamen de **COMFACAUCA** no es aceptable para **LA CONTRATISTA,** se pueda acudir a **AMIGABLE COMPONEDOR TÉCNICO** para una decisión definitiva y obligatoria para las partes, de acuerdo con el procedimiento descrito en los parágrafos siguientes:

PARÁGRAFO PRIMERO: AMIGABLE COMPOSICION para Aspectos Técnicos, sin perjuicio de lo previsto en el clausulado del presente contrato, cualquier diferencia relacionada con la ejecución del mismo, asociada a aspectos técnicos, será resuelta a través del mecanismo de la amigable composición, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley 1516 de 2012, que en los artículos 59, 60 y 61 reguló nuevamente la Amigable Composición, o las normas que los reemplacen, modifiquen o adicionen, por el Amigable Componedor Técnico.

PARÁGRAFO SEGUNDO: **CONTINUIDAD EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. -** La intervención del Amigable Componedor Técnico, no suspenderá la ejecución del contrato, salvo aquellos aspectos cuya ejecución dependa necesariamente de la solución de la controversia. Las partes acuerdan que el juez del contrato será la Jurisdicción ordinaria.

LEGALIZACIÓN. - El presente contrato para su legalización y perfeccionamiento, requiere la firma de las partes. El presente contrato es la única relación actual entre las partes, y como tal deja sin vigencia o efectos y/o se declara que se está a paz y salvo por todo concepto con **COMFACAUCA** por quien suscribe el contrato.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. - Las **PARTES** se obligan expresamente a entregarse entre sí, la información veraz y verificable que se exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y la financiación del terrorismo – **SARLAFT** y, a actualizar sus datos por lo menos dos veces al año, suministrando la totalidad de los soportes que cada una requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, la **PARTE** cumplida tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida. Para efectos de la terminación referida bastará con el envío de una comunicación en ese sentido a la dirección registrada como de correspondencia.

PARÁGRAFO PRIMERO. - DECLARACIONES. Los abajo firmantes, obrando en nombre propio y en representación legal de cada una de las **PARTES** y de manera voluntaria, realizamos individualmente las siguientes declaraciones: 1. En cumplimiento de la normatividad vigente sobre lavado de activos y financiación del terrorismo – **SARLAFT**, me obligo a adoptar las medidas de control apropiadas y suficientes, orientadas a evitar que mis negociaciones y/o actuaciones de cualquier tipo puedan ser utilizadas como instrumentos para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o, para dar apariencia de legalidad a dichas actividades o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas. 2. Me obligo

VIGILADO SuperSubsidio

a realizar toda la debida diligencia, para la obtención correspondiente de la información sobre la fuente de los dineros que están siendo negociados o recibidos, absteniéndome de recibir el dinero cuando provenga de alguna de las actividades arriba mencionadas. 3. Me obligo a informar a la otra **PARTE**, en el caso de tener sospecha de que los fondos objeto de las negociaciones con mis clientes provengan de una actividad delictiva de las que se indican a continuación, y a no advertir a los clientes sobre el reporte realizado. 4. Conozco que el dinero ilegal no se circunscribe al negocio del narcotráfico, ya que puede tratarse también de: hurto, estafa, abuso de confianza, transferencia ilegal de cheques, cultivo y conservación de plantaciones ilícitas, tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, secuestro, extorsión, enriquecimiento ilícito, delitos contra la administración pública, la corrupción, el contrabando, el hurto de vehículos, el tráfico de niños, la trata de blancas, y el tráfico ilegal de armas.

PARÁGRAFO SEGUNDO. LA CONTRATISTA certifica que las personas con las que mantienen relaciones comerciales no se encuentran incursas en actividades relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo – **SARLAFT.**

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.- PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD.- Los datos registrados en este contrato cuenta con el principio de confidencialidad según lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, por lo cual **LA CONTRATISTA** garantiza la reserva de la información y certifica que estos solo serán usada para los fines de conocimiento del cliente y proveedores para el proceso de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo a lo que está obligada de acuerdo a las normas vigentes.

CONFIDENCIALIDAD.- Los documentos, operaciones, procesos, información, tecnología y demás datos inherentes a la ejecución de este contrato y a los cuales pueda tener acceso directa o indirectamente cualquiera de las partes, sus empleados o terceros, son de propiedad exclusiva de cada una de ellas, según sea el caso, y por tanto se obligan mutuamente a guardar la respectiva confidencialidad, reserva y a respetar la titularidad sobre los mismos, para lo cual además darán instrucciones a sus empleados o contratistas en el sentido de no poder utilizarlos en su favor, o en el de terceras personas o darlos a conocer por vía alguna. El incumplimiento de esta obligación hará responsable a la parte que incumpla, por los perjuicios que se causen, directa o indirectamente a la parte afectada, sin que ello impida la iniciación de las acciones civiles y penales correspondientes. La anterior obligación para las partes estará sujeta a las siguientes excepciones: (i) exista obligación de revelación de conformidad con la ley o por mandato judicial o administrativo; o (ii) la respectiva información sea de dominio público o (iii) que se trate de información que deba darse a conocer a los actuales o potenciales acreedores o inversionistas de **LA CONTRATISTA.** Las partes no revelarán a ninguna persona la existencia del contrato, los términos y condiciones del mismo o la información (incluyendo, sin limitar, la información técnica, comercial o financiera) que reciba de la otra parte con ocasión de su ejecución, sin el previo consentimiento dado por escrito de la otra parte.

PARÁGRAFO. La obligación establecida en esta cláusula se mantendrá vigente, incluso después de la terminación del contrato hasta por un año más.

ANEXO: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

- Solicitud CON-2025/38 de fecha 21 de julio de 2025.
- Certificados de antecedentes contraloría, procuraduría y policía nacional
- Certificado de consulta SARLAFT
- Oficio de justificación
- Propuesta de servicios
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía representante legal
- Fotocopia del RUT actualizado
- Copia del Certificado de Cámara de Comercio del Cauca

VIGILADO SuperSubsidio

- Certificado de Paz y salvo de pago de seguridad social integral con copia de cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente.
- Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 67604 de Seguros Chubb
- Oficio sobre monto para póliza de cumplimiento
- Declaración Autoevaluación Servicios de Salud COMFACAUCA
- Declaración Autoevaluación Servicios de Salud CENEMED
- Protocolo de Identificación del Paciente y Atención del Paciente
- Resolución 15 de 10 de marzo de 2025 Delegación Comfacauca.

DOMICILIO. Para todos los efectos legales del presente contrato, se fija como domicilio la ciudad de Popayán.

Para constancia se firma este contrato en Popayán, a los veintiún (21) días del mes de julio de dos mil veinticinco (2025).

:AUCA: **L:**

HASH: 0000000056|1753732094.24
21|02025|00007|00028|41410
Gloria Marisol Velasco Ch - 34540290
2025-07-28 14:48:14 America/Bogota

HASH: 0000000055|1753910722.70
33|02025|00007|00030|80968
Liliana del Socorro Peñaranda Rodriguez - 34537608
2025-07-30 16:25:22 America/Bogota

GLORIA MARISOL VELASCO CHAGUENDO
Subdirectora
Funcionaria Delegada

LILIANA DEL SOCORRO PEÑARANDA RODRIGUEZ
Representante Legal
CENEMED QUILICHAO
CENTRO DE ESPECIALISTAS SAS

Servicios 228 julio|2025
Harold Casas/Juan Ruiz
Solicitud CON- 2025/38

VIGILADO SuperSubsidio