CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL COMPONENTE PRIMARIO Nº VALL-011-26-CPS.	
CONTRATANTE (Razón Social)	**ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.** **NIT: 900.935.126-7**
CONTRATISTA (Razón Social)	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO.** **NIT: 800.030.924-0**
OBJETO	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD GENERAL Y RUTAS PRIORIZADAS DEL COMPONENTE PRIMARIO EN SALUD, BAJO MODALIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN, A LOS AFILIADOS DE ASMET SALUD E.P.S. S.A.S. IDENTIFICADOS EN LA BASE POBLACIONAL ASIGNADA, DE ACUERDO CON LA NOTA TÉCNICA, LA MATRIZ DE SERVICIOS Y LOS ANEXOS CONTRACTUALES.
MODALIDAD DE PAGO	CAPITACIÓN.
LUGAR DE EJECUCIÓN	Departamento del **VALLE DEL CAUCA**, con cobertura para el municipio de **Yumbo** y demás sedes habilitadas incluidas en la RIPSS y en los anexos contractuales.
MONTO Y/O VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUANTÍA INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, RESULTANTE DE MULTIPLICAR EL VALOR USUARIO MES PACTADO POR EL NÚMERO DE AFILIADOS A ATENDER EFECTIVAMENTE CARGADOS Y RECONOCIDOS EN LA LMA O BASE DE COMPENSADOS, SEGÚN EL RÉGIMEN APLICABLE, Y SOBRE LOS CUALES EL ENTE PAGADOR CANCELE LAS RESPECTIVAS UPC. PARA EFECTOS FISCALES SE TOMARÁ COMO VALOR ESTIMADO LA SUMA DE **CUATRO MIL CIENTO DIECIOCHO MILLONES CUARENTA MIL SESENTA Y SEIS PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS M/CTE ($ 4.118.040.066,42)** PARA EVITAR AMBIGÜEDADES, TODO PORCENTAJE DE UPC, COMPONENTE TARIFARIO O INCENTIVO PACTADO DEBERÁ EXPRESARSE TAMBIÉN EN VALORES ABSOLUTOS EN PESOS, INDICANDO VALOR USUARIO MES, VALOR MENSUAL ESTIMADO, FUENTE DE CÁLCULO Y PERIODO DE APLICACIÓN. VALOR UPC: **VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTITRÉS PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVOS ($29.523,81)**
POBLACIÓN OBJETO	23.247 AFILIADOS ACTIVOS, CARGADOS Y RECONOCIDOS EN LMA/BASE DE COMPENSADOS O FUENTE OFICIAL APLICABLE, SUJETOS A NOVEDADES DE INGRESO, RETIRO, MOVILIDAD, PORTABILIDAD, TRASLADO, SUSPENSIÓN O FALLECIMIENTO.

COMPLEJIDAD Y MODALIDAD DE ATENCIÓN	COMPONENTE PRIMARIO / BAJA COMPLEJIDAD, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL, DOMICILIARIA, TELEMEDICINA O LA QUE CORRESPONDA SEGÚN REPS, RIPSS, NOTA TÉCNICA Y ANEXOS CONTRACTUALES.
PLAZO DE DURACIÓN	DESDE EL 1 DE JULIO DE 2026 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026. CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL PLAZO DEBERÁ FORMALIZARSE POR ESCRITO MEDIANTE OTROSÍ O DOCUMENTO CONTRACTUAL EQUIVALENTE.
RÉGIMEN	SUBSIDIADO

ASMET SALUD E.P.S. S.A.S., empresa autorizada y habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos en salud mediante la Resolución No. 127 del 24 de enero de 2018, identificada con NIT 900.935.126-7 y con domicilio principal en la Carrera 4 No. 18N-46 de Popayán (Cauca), a quien mediante Resolución No. 2023320030002798-6 del 11 de mayo de 2023 la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la toma de posesión inmediata de sus bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar, medida prorrogada conforme a los actos administrativos expedidos por dicha autoridad, y representada legalmente por el **Dr. MARIO FERNANDO CÓRDOBA PÉREZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número **71.593.447,** como Agente Especial Interventor y Representante Legal nombrado mediante Resolución No. 202600000006386-6 del 1 de junio de 2026, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y, por la otra parte, **CLAUDIA JIMENA SÁNCHEZ ALCALDE**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 31.982.966**, expedida en **Cali (Valle del Cauca)**, actuando como Representante Legal de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO,** identificada con NIT **No. 800.030.924-0** y con domicilio principal en la Carrera 6 Calle 10 Barrio Uribe Uribe, Teléfono: **3003064406 - 6026959595**, Correo electrónico: labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co - gerencia@hospitaldeyumbo.gov.co, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicios de salud, previas las siguientes consideraciones y cláusulas:

CONSIDERACIONES

1) Que la prestación de los servicios de salud constituye un servicio público esencial y un derecho fundamental autónomo, cuya garantía exige condiciones de disponibilidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad, seguridad y calidad.

2) Que el presente acuerdo de voluntades se estructura de conformidad con el Decreto 780 de 2016, el Decreto 441 de 2022 y las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan, en especial frente a los elementos mínimos de negociación, ejecución, seguimiento, auditoría, liquidación, protección al usuario y modalidades de pago prospectivo.

3) Que la modalidad de pago pactada corresponde a capitación para el componente primario, entendida como el pago anticipado de una suma fija por usuario previamente identificado y asignado dentro de un periodo determinado, conforme a la nota técnica, población objeto, servicios contratados, indicadores, riesgos previsibles y mecanismos de ajuste definidos por las partes.

4) Que el objeto contractual se estructura principalmente para la atención de la morbilidad general y de las rutas priorizadas del componente primario, conforme a la nota técnica, la matriz de servicios, la RIPSS, el REPS, el Modelo de Atención Integral en Salud de ASMET SALUD E.P.S. S.A.S. y las disposiciones de habilitación, calidad, oportunidad y continuidad aplicables. La referencia a RIAS, RPMS

o RIAMP tendrá aplicación únicamente cuando dichas actividades estén expresamente incluidas en la nota técnica y en los anexos contractuales.

5) Que, conforme a los lineamientos institucionales de estabilización de giro y Equipos Básicos en Salud (EBS), los valores, porcentajes de distribución, incentivos, topes, vigencia, reconocimientos económicos y reglas de actualización deberán quedar reflejados en la nota técnica y en los anexos contractuales, sin generar doble reconocimiento por tecnologías ya radicadas o reconocidas bajo otra modalidad contractual.

6) Que las partes reconocen que los anexos técnicos, la nota técnica, la matriz de indicadores, el anexo de supervisión, los lineamientos de auditoría, RIPS, facturación electrónica, RIAS, RIPSS y demás documentos incorporados al contrato son obligatorios y hacen parte integral del presente acuerdo, con la jerarquía y reglas de actualización definidas en este documento.

7) Que EL CONTRATISTA declara contar con objeto social, habilitación, capacidad técnico-científica, administrativa, financiera, operativa, talento humano, infraestructura, sistemas de información y permisos requeridos para ejecutar el objeto contractual, conforme al REPS, RIPSS, nota técnica y anexos aplicables.

8) Que las partes actuarán de buena fe en la celebración, ejecución, seguimiento y liquidación del contrato; por tanto, se obligan no solo a lo expresamente pactado, sino a todas las obligaciones que emanan de la naturaleza del acuerdo, de la prestación del servicio público esencial de salud, de la protección de los usuarios y de la normativa aplicable.

9) Que, conforme al criterio jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social sobre acuerdos de voluntades, el contrato es ley para las partes; por tanto, su interpretación, ejecución, determinación tarifaria, terminación y liquidación deberán realizarse a la luz de lo expresamente pactado, de sus anexos y de las normas especiales aplicables al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

10) Que la contratación por capitación se pacta exclusivamente para servicios del componente primario y de baja complejidad incluidos en la nota técnica, sin que ello libere a EL CONTRATANTE de su responsabilidad en la garantía del servicio, ni traslade a EL CONTRATISTA las obligaciones propias del aseguramiento o la gestión integral del riesgo en salud.

11) Que las actividades de atención de la morbilidad general, manejo inicial, consulta de baja complejidad, atención prioritaria, seguimiento, apoyo diagnóstico, suministro de tecnologías incluidas y rutas priorizadas deberán ejecutarse con fundamento en criterios de oportunidad, pertinencia, continuidad, resolutividad, seguridad del paciente, calidad del dato, referencia y contrarreferencia, conforme a la nota técnica y a los indicadores contractuales.

12) Que, cuando EL CONTRATISTA sea una Empresa Social del Estado o institución pública habilitada, el presente acuerdo se entiende articulado con la organización de la red pública y con la contratación obligatoria y efectiva aplicable, siempre que exista habilitación, capacidad resolutiva y condiciones de acceso, calidad y oportunidad en el territorio, sin perjuicio de la autonomía contractual y de la suficiencia de la red definida por EL CONTRATANTE.

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a prestar los servicios, actividades, procedimientos e intervenciones correspondientes a la atención de la morbilidad general, consulta de baja complejidad, atención prioritaria o no programada, manejo inicial, seguimiento, rutas priorizadas y demás actividades del componente primario que se encuentren expresamente incluidas en

la nota técnica y anexos contractuales, bajo modalidad de pago por capitación, dirigidas a los afiliados de ASMET SALUD E.P.S. S.A.S. identificados en la base poblacional asignada.

Cuando la nota técnica incluya expresamente actividades de RPMS o RIAMP, las obligaciones asociadas al Plan de Mejoramiento PARE-MM, a la Resolución 3280 de 2018 y a los anexos técnicos correspondientes aplicarán de manera complementaria, condicionada y limitada al alcance, valores, metas, indicadores y soportes pactados, sin convertir el presente contrato en una minuta exclusiva de Rutas 3280.

PARÁGRAFO PRIMERO: La prestación se ejecutará de acuerdo con la nota técnica, el anexo técnico de morbilidad general y rutas priorizadas, el anexo de red y sedes habilitadas, el anexo de indicadores, el anexo de supervisión contractual y los demás documentos que hacen parte integral del contrato. Los anexos relacionados con RPMS, RIAMP o Resolución 3280 de 2018 aplicarán únicamente cuando hayan sido incorporados expresamente al alcance pactado.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El objeto contractual podrá incluir, cuando aplique y siempre que esté expresamente pactado, actividades territoriales o de gestión desarrolladas por Equipos Básicos en Salud (EBS), orientadas a fortalecer la atención primaria, la caracterización, la canalización efectiva, el seguimiento de usuarios, la gestión del riesgo y la articulación con CAPS o instancias equivalentes, sin generar doble reconocimiento por tecnologías, actividades o servicios ya incluidos en la capitación.

PARÁGRAFO TERCERO: Las referencias a RPMS, RIAMP o Resolución 3280 de 2018 no amplían por sí mismas el objeto de morbilidad. Solo serán exigibles cuando la nota técnica, la matriz de servicios o el anexo contractual las incluyan de manera expresa y con valor usuario mes, metas, indicadores y soportes definidos.

PARÁGRAFO CUARTO: La capitación no comprenderá servicios, tecnologías o responsabilidades de mediana o alta complejidad, salvo que se encuentren permitidos por la normativa vigente y pactados bajo una modalidad de pago diferente o mecanismo contractual separado. En ningún caso la cápita podrá utilizarse para trasladar a EL CONTRATISTA riesgos propios del aseguramiento o prestaciones no previstas expresamente en la nota técnica.

SEGUNDA. ALCANCE TÉCNICO Y POBLACIÓN OBJETO: El alcance técnico del presente contrato comprende la población afiliada a EL CONTRATANTE cargada y reconocida en la LMA, Base de Compensados o fuente oficial aplicable, según el régimen correspondiente, y los servicios y tecnologías expresamente incluidos en la nota técnica, matriz de riesgos, matriz de indicadores y anexos del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: La población objeto será actualizada con la periodicidad definida por EL CONTRATANTE y, para efectos de liquidación, se tendrán en cuenta las novedades de ingreso, retiro, traslado, fallecimiento, movilidad, suspensión o cualquier otra novedad que afecte la base poblacional reconocida por la fuente oficial aplicable.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La inclusión de un usuario en la base poblacional no exime a EL CONTRATISTA de verificar su estado de afiliación a través de las plataformas o bases oficiales dispuestas por EL CONTRATANTE. En ningún caso dicha verificación podrá convertirse en barrera para la atención inicial de urgencias ni para la garantía de servicios cuando exista obligación legal de prestarlos.

PARÁGRAFO TERCERO: La nota técnica y sus anexos deberán contener, como mínimo, la base de datos con identificación de usuarios, perfil epidemiológico de la población, monto por persona y periodo, servicios y tecnologías incluidos con codificación vigente, metas de cobertura, resolutividad y oportunidad, condiciones de ajuste por novedades de ingreso o retiro y reglas para reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo.

PARÁGRAFO CUARTO: Las novedades de ingreso, retiro, movilidad, portabilidad, fallecimiento, suspensión, traslado, depuración o reemplazo de usuarios deberán quedar soportadas en la fuente oficial aplicable y en los reportes del contrato, a fin de evitar pagos sin causa, dobles reconocimientos o controversias sobre la población efectivamente cubierta.

TERCERA. PLAZO DE DURACIÓN: El presente contrato tendrá una duración de seis (6) meses, contados desde el 1 de julio de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026, cualquier modificación de la fecha de inicio, terminación o duración deberá constar por escrito y estar soportada en los documentos de negociación, disponibilidad financiera y legalización contractual correspondientes.

PARÁGRAFO: Para prestadores respecto de los cuales se haya realizado giro efectivo de estabilización de giro, la fecha de inicio podrá corresponder al mes del giro realizado, de acuerdo con la validación que efectúen las áreas de red de servicios, financiera y jurídica. Para los demás prestadores, la vigencia iniciará desde la fecha pactada por las partes, conforme a los soportes de negociación y legalización.

CUARTA. LUGAR DE EJECUCIÓN: La prestación de los servicios objeto del contrato se realizará en el Departamento de **Valle del Cauca**, con cobertura para el municipio de Yumbo, en las sedes habilitadas de EL CONTRATISTA y demás puntos de atención incluidos en la RIPSS y en los anexos contractuales, de acuerdo con su capacidad instalada, servicios habilitados, modalidad de prestación, grados de complejidad y cobertura territorial pactada.

QUINTA. BASE DE DATOS Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL USUARIO: EL CONTRATANTE entregará o dispondrá mensualmente a EL CONTRATISTA la base de datos georreferenciada de la población objeto de atención, con las variables necesarias para la ejecución del contrato, la gestión del riesgo, la demanda inducida, la programación de actividades, la atención individual y el seguimiento poblacional.

PARÁGRAFO PRIMERO: La base podrá ser descargada por EL CONTRATISTA a través del SFTP, plataforma, repositorio o mecanismo seguro definido por EL CONTRATANTE, de conformidad con los instructivos técnicos vigentes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA deberá reportar periódicamente a EL CONTRATANTE las novedades de identificación, datos de contacto, domicilio, teléfono, correo electrónico, ubicación territorial y demás información necesaria para la actualización de la base de usuarios, conforme a la Resolución 2335 de 2023, las reglas de protección de datos personales y los mecanismos operativos definidos por EL CONTRATANTE. Este reporte deberá realizarse por el canal institucional que se informe para tal fin, con trazabilidad, fecha, responsable y soporte de la fuente de la novedad.

PARÁGRAFO TERCERO: La información suministrada por EL CONTRATANTE tendrá carácter confidencial y solo podrá utilizarse para la ejecución del presente contrato, sin perjuicio de los reportes normativos y requerimientos de autoridades competentes.

PARÁGRAFO CUARTO: La base de datos será actualizada por EL CONTRATANTE de forma mensual, preferiblemente dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente a la publicación, compensación o reconocimiento oficial de la población por la autoridad competente o por la fuente institucional aplicable, o dentro del término operativo que confirme el área técnica responsable del sistema de información. EL CONTRATISTA deberá consultar oportunamente la base actualizada y conservar trazabilidad de su descarga, uso y novedades reportadas.

PARÁGRAFO QUINTO: EL CONTRATISTA declara conocer y aceptar el mecanismo tecnológico dispuesto por EL CONTRATANTE para la consulta de bases, cargue de información, reporte de novedades, radicación de RIPS, CUV, facturación electrónica, indicadores y demás reportes. En caso

de falla tecnológica, deberá informar por escrito de manera inmediata, anexando evidencia de la falla, fecha, hora, usuario, pantalla o soporte técnico, sin que ello lo exonere de realizar el cargue o corrección tan pronto se restablezca el servicio.

PARÁGRAFO SEXTO: El número de afiliados a atender podrá modificarse por retiros, ingresos, traslados, movilidad entre regímenes, portabilidad, suspensión, fallecimiento, novedades de identificación, depuración de bases, compensación o cualquier otro evento reconocido por la fuente oficial aplicable. Estas variaciones se tendrán en cuenta para la facturación, reconocimiento, auditoría, conciliación y liquidación del contrato.

SEXTA. RELACIÓN DE SERVICIOS HABILITADOS, TECNOLOGÍAS Y TARIFAS: Los servicios de salud habilitados, tecnologías, actividades, intervenciones, procedimientos, frecuencias, población objeto, exclusiones, tarifas, valor usuario mes y condiciones de reconocimiento serán únicamente los definidos en el ANEXO DE NOTA TÉCNICA CONTRATADA, en la matriz de servicios de morbilidad general y rutas priorizadas, en el anexo técnico aplicable y en los demás anexos que hacen parte integral del presente contrato. Por tratarse de una modalidad prospectiva de pago por capitación, no se reconocerán cotizaciones, tecnologías, actividades, valores o facturación separada por fuera de lo expresamente pactado en la nota técnica, salvo que las partes formalicen por escrito una modalidad contractual diferente o un otrosí que modifique el alcance del acuerdo.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las partes acuerdan que el valor mensual a reconocer corresponde al valor usuario mes pactado de **VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTITRÉS PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVOS ($29.523,81),** multiplicado por el número de afiliados a atender de EL CONTRATANTE efectivamente cargados y reconocidos en la LMA o Base de Compensados, según corresponda al régimen subsidiado o contributivo en movilidad, y sobre los cuales el ente pagador cancele las respectivas UPC. Los ajustes por incremento o disminución de afiliados, novedades poblacionales, reconocimiento o variación del valor de la UPC y demás variables pactadas se reconocerán en la liquidación parcial o final del contrato, según aplique.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las tecnologías incluidas en la nota técnica de la cápita que hubieren sido radicadas, auditadas o reconocidas previamente bajo otro contrato, modalidad prospectiva, modalidad por evento o cualquier otro mecanismo de pago, no serán reconocidas nuevamente dentro de la cápita. Esta regla deberá quedar soportada en el acta de negociación y en la nota técnica cuando se identifique dicha situación.

PARÁGRAFO TERCERO: Las modificaciones tarifarias, inclusiones, exclusiones, ajustes de tecnologías, variaciones de valor o cambios que afecten la nota técnica deberán constar por escrito, estar soportadas técnica y financieramente, y formalizarse mediante otrosí o documento contractual exigido por EL CONTRATANTE cuando la novedad deba registrarse en SIIFA o en la plataforma institucional aplicable, garantizando trazabilidad, control y coherencia entre el contrato, la nota técnica, la facturación y la liquidación.

PARÁGRAFO CUARTO: La nota técnica identificará de forma expresa las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, medicamentos y demás tecnologías incluidas en la capitación de morbilidad general y rutas priorizadas, usando la codificación oficial vigente, precisando frecuencias, metas, exclusiones, condiciones de cobertura, soportes exigibles, indicadores asociados y responsable de la prestación directa. Cuando se trate de medicamentos, insumos o dispositivos incluidos dentro del alcance contratado, deberán observarse las normas vigentes sobre prescripción, dispensación, entrega, trazabilidad, control de precios y reporte aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO QUINTO: Cuando la negociación utilice un porcentaje de UPC como referente, las partes deberán expresar dicho porcentaje en valores absolutos en pesos, discriminando el valor usuario mes,

valor día cuando aplique, valor mensual estimado, componentes reconocidos, exclusiones y metodología de actualización, con el fin de prevenir conflictos de interpretación.

SÉPTIMA. MODALIDAD DE PAGO Y FÓRMULA DE CÁLCULO: Los servicios prestados con cargo al presente contrato se reconocerán bajo modalidad de pago por CAPITACIÓN, como modalidad prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud de baja complejidad o componente primario, mediante pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada, previamente identificada y por un periodo determinado, conforme al Decreto 441 de 2022.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para efectos de cálculo, el valor mensual de la cápita se determinará así:

Valor mensual = valor usuario mes pactado x número de afiliados a atender reconocidos en LMA o Base de Compensados, según régimen. Cuando aplique incentivo EBS, el valor usuario mes final corresponderá al valor usuario mes inicial más el valor EBS incorporado en la nota técnica, respetando los topes y condiciones definidos por EL CONTRATANTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La unidad de pago será el usuario mes. La liquidación tendrá en cuenta la población efectivamente reconocida, las novedades reportadas y validadas, las exclusiones pactadas, las glosas, devoluciones, descuentos, copagos o cuotas moderadoras recaudadas por EL CONTRATISTA, notas crédito o débito, cumplimiento de indicadores, ajustes por riesgo y las demás variables previstas en la nota técnica.

PARÁGRAFO TERCERO: El pago estará sujeto a la radicación oportuna de la factura, RIPS con CUV cuando aplique, soportes contractuales, reportes normativos, cumplimiento de requisitos técnicos y administrativos, auditoría de cuentas, disponibilidad de flujo de recursos y demás condiciones pactadas. La radicación de la factura no implica aceptación automática ni renuncia al ejercicio de auditoría, glosa, devolución o ajuste.

PARÁGRAFO CUARTO: El valor usuario mes corresponde al monto que EL CONTRATANTE reconocerá por cada persona con derecho a ser atendida durante el periodo pactado y únicamente respecto de los servicios convenidos. Su reconocimiento estará condicionado a la población efectivamente cubierta, al cumplimiento de los requisitos de información, a las novedades poblacionales y a las reglas de auditoría, glosa, descuento y liquidación.

PARÁGRAFO QUINTO: La capitación no constituye pago global ilimitado ni transferencia del riesgo asegurador; por tanto, cualquier prestación no incluida, no habilitada, no codificada, no prevista en la nota técnica o correspondiente a niveles de complejidad no pactados deberá tramitarse bajo la modalidad contractual o mecanismo operativo que corresponda.

OCTAVA. AJUSTES ECONÓMICOS, VARIACIÓN POBLACIONAL, CUMPLIMIENTO DE METAS Y AJUSTE DE RIESGO: Las partes acuerdan que durante la ejecución y liquidación del contrato podrán realizarse ajustes por variación poblacional, cumplimiento o incumplimiento de metas e indicadores, cambios del valor de la UPC, ajustes normativos, perfil epidemiológico, desviaciones de riesgo técnico, riesgos previsibles pactados, comportamiento de frecuencia de uso, cambios en la oferta habilitada, novedades RIPSS y demás variables incluidas en la nota técnica.

PARÁGRAFO PRIMERO: El ajuste de riesgo deberá estar soportado en la nota técnica y en la caracterización de la población, perfil epidemiológico, carga de enfermedad, frecuencia de uso esperada, costos esperados, suficiencia de red, capacidad instalada y demás variables objetivas definidas por las partes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El reconocimiento retroactivo asociado a variaciones normativas de la UPC o a lineamientos de estabilización de giro se realizará, cuando aplique, en la liquidación parcial o final del contrato, excluyendo los valores que correspondan a actualizaciones del plan de beneficios, gastos de administración u otras exclusiones normativas o contractuales.

NOVENA. EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD -EBS- Y ESTABILIZACIÓN DE GIRO: Cuando se pacten actividades de EBS, su valor, número de equipos, alcance operativo, certificación, distribución y metodología de reconocimiento deberán quedar registrados en la carátula de la nota técnica, acta de negociación y anexos contractuales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Como regla de referencia institucional, el incentivo EBS corresponderá al porcentaje que defina EL CONTRATANTE sobre el valor total negociado, el cual se distribuirá conforme a la metodología definida en los lineamientos de cápita y EBS. Cuando se negocien dos (2) o más EBS, el valor final de la cápita no podrá exceder el tope definido por EL CONTRATANTE en los lineamientos vigentes, salvo autorización expresa y soporte técnico.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando de manera excepcional la nota técnica integre componentes de RPMS, RIAMP o actividades de RIAS junto con la morbilidad general, la distribución porcentual de dichos componentes deberá quedar expresamente identificada, soportada técnicamente y ajustada a los referentes institucionales definidos por EL CONTRATANTE antes de la legalización contractual.

PARÁGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA deberá aportar certificación del o de los EBS negociados, así como evidencias de talento humano, territorio asignado, actividades programadas, gestión del riesgo, metas e indicadores, conforme a la nota técnica y al modelo de atención.

DÉCIMA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA se obliga a cumplir las obligaciones legales, técnicas, administrativas, financieras, asistenciales, de calidad, información, reporte y seguridad del paciente que resulten aplicables, además de las siguientes:

1) Prestar de manera eficiente, continua, segura, oportuna, integral y sin barreras los servicios objeto del contrato, conforme a la nota técnica, anexos, RIAS, RIPSS, MAIAS, guías de práctica clínica, protocolos de atención y normatividad vigente.

2) Garantizar la accesibilidad efectiva de los usuarios, con enfoque diferencial, territorial, étnico, de género, curso de vida, discapacidad, víctimas del conflicto armado, población gestante, menores de cinco (5) años, adultos mayores y demás grupos de especial protección constitucional.

3) Verificar la afiliación de los usuarios a través de la oficina virtual, bases oficiales o herramientas dispuestas por EL CONTRATANTE, sin convertir dicha verificación en barrera de acceso ni en causal de negación de urgencias o de servicios que deban garantizarse conforme a la ley.

4) Reportar a EL CONTRATANTE, de manera inmediata y por escrito, cualquier servicio contratado que no esté en condiciones de prestar temporal o definitivamente, señalando causa, tiempo estimado de afectación, plan de contingencia y medidas para garantizar continuidad.

5) Cumplir con la Resolución 256 de 2016, Resolución 2335 de 2023, Resolución 0948 de 2026, Resolución 2117 de 2025, Resoluciones 1552 y 1604 de 2013, la Circular 04 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, las demás circulares y normas vigentes sobre medicamentos, dispositivos médicos, prescripción, dispensación, entrega, trazabilidad, control de precios, calidad, RIPS, factura electrónica en salud, tiempos de espera, entrega de medicamentos, indicadores y reportes obligatorios. Cuando la nota técnica, matriz de servicios o anexos contractuales incluyan actividades de RPMS o RIAMP, deberá dar cumplimiento a la Resolución 3280 de 2018 y a los lineamientos técnicos aplicables a dichas rutas.

6) Reportar en forma completa, consistente, veraz y oportuna los RIPS, RIPS con CUV, notas de ajuste a RIPS con su respectivo CUV cuando aplique, JSON validados por el Ministerio de Salud y Protección Social, indicadores contractuales, reportes normativos, información de tiempos de atención, reportes de entrega de medicamentos, datos de seguimiento y demás información exigida por EL CONTRATANTE o por autoridad competente, a través de SIIFA o del sistema, canal o plataforma institucional que defina EL CONTRATANTE. Cuando se presenten inconsistencias, rechazos, errores de validación o diferencias entre la nota técnica, el contrato, la facturación y la plataforma, EL CONTRATISTA deberá realizar los ajustes o cargues requeridos dentro de los términos establecidos, sin que ello suspenda sus obligaciones de atención, reporte y corrección de información.

7) Corregir y radicar nuevamente, dentro de los términos definidos, los archivos RIPS, JSON, CUV, facturas, soportes o reportes que presenten inconsistencias, rechazos, glosas, errores de validación o calidad insuficiente de la información.

8) Implementar mecanismos de integración operativa con EBS, CAPS o instancias equivalentes de atención primaria, incluyendo demanda inducida, caracterización, seguimiento de riesgos, canalización, gestión de cohortes, información nominal y articulación con la red complementaria.

9) Asistir a los comités, mesas técnicas, auditorías, reuniones de seguimiento y espacios MAIAS, RIAS, RIPSS, EBS, indicadores, glosas y planes de mejoramiento convocados por EL CONTRATANTE.

10) Permitir y facilitar la supervisión, auditoría, seguimiento y evaluación por parte de EL CONTRATANTE o terceros designados, suministrando información clínica, administrativa, financiera y técnica, acceso a instalaciones, sistemas, bases de datos y soportes necesarios.

11) Adoptar y ejecutar planes de mejoramiento frente a hallazgos de auditoría, supervisión, calidad, indicadores, seguridad del paciente, oportunidad, RIPS, facturación, glosas o incumplimientos contractuales.

12) Garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, condiciones de habilitación, seguridad del paciente, buenas prácticas clínicas, procesos de referencia y contrarreferencia, continuidad de tratamientos y seguimiento a pacientes remitidos.

13) Mantener actualizada la información de sedes, servicios, capacidad instalada, talento humano, horarios, puntos de atención, novedades RIPSS, centros de referencia, rutas incluidas y red de apoyo, informando oportunamente cualquier cambio a EL CONTRATANTE.

14) Garantizar que los copagos y cuotas moderadoras recaudados sean reportados nominalmente, descontados del valor de la factura o reconocidos mediante nota crédito a favor de EL CONTRATANTE, según corresponda; en ningún caso su recaudo podrá constituir un incentivo adicional o doble reconocimiento para EL CONTRATISTA.

15) Abstenerse de suspender, cerrar, restringir, condicionar, dilatar o limitar los servicios contratados como mecanismo de presión para obtener el pago de obligaciones, saldos, conciliaciones, glosas o cualquier acreencia, conforme a las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre remoción de barreras de acceso, en especial lo previsto en la Circular Externa 013 de 2016 y las normas o instrucciones que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La existencia de controversias financieras, glosas, saldos pendientes o trámites de conciliación no autoriza a EL CONTRATISTA a afectar la continuidad, oportunidad, integralidad o calidad de la atención de los usuarios.

16) Abstenerse de subcontratar, ceder, delegar o trasladar la ejecución de servicios contratados sin autorización previa, expresa y escrita de EL CONTRATANTE, salvo las alianzas o asociaciones permitidas y autorizadas conforme al presente contrato y a la normatividad aplicable.

17) Mantener indemne a EL CONTRATANTE por reclamaciones, sanciones, daños, perjuicios, incumplimientos, quejas, demandas, acciones judiciales o administrativas originadas en hechos, omisiones, fallas o incumplimientos imputables a EL CONTRATISTA, su personal, aliados, subcontratistas o terceros vinculados a la ejecución.

18) Cumplir las políticas de confidencialidad, protección de datos personales, seguridad de la información, interoperabilidad, SARLAFT, SICOF y demás sistemas de administración de riesgo aplicables a la ejecución contractual.

19) Mantener durante toda la ejecución la capacidad instalada, operativa, logística, administrativa, tecnológica y de talento humano suficiente e idónea para cumplir el objeto contractual, incluyendo horarios de atención, agenda, disponibilidad de servicios, oportunidad, continuidad, cobertura territorial y soporte a auditorías.

20) Abstenerse de exigir fotocopias, documentos, trámites, firmas, autorizaciones o requisitos no previstos en la normativa o en el contrato como condición para la prestación del servicio. En ningún caso podrá obligar al usuario o a su acudiente a firmar documentos en blanco, condicionar la atención al pago de servicios o imponer barreras administrativas, financieras, geográficas, culturales o tecnológicas.

21) Responder de manera oportuna, completa y de fondo las PQRD, reclamos en salud, requerimientos de usuarios, solicitudes de EL CONTRATANTE y requerimientos de autoridades, dentro de los términos legales y contractuales aplicables, remitiendo soportes, trazabilidad, análisis de causa, acciones correctivas y cierre efectivo de la barrera cuando corresponda.

22) Facilitar que EL CONTRATANTE divulgue en sus instalaciones o canales de atención la información de interés para la población afiliada, tales como red de servicios, rutas de atención, derechos y deberes, canales de PQRD, mecanismos de acceso, horarios, rutas preferenciales, información sobre copagos o cuotas moderadoras y demás información que fortalezca la orientación al usuario.

23) Generar, custodiar y suministrar a EL CONTRATANTE, ADRES, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, entidades territoriales y demás autoridades competentes la información que sea requerida en la oportunidad, periodicidad, calidad, medio, estructura y condiciones definidas por la normativa y por los anexos contractuales.

24) Garantizar accesibilidad e inclusión para personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes, niños, niñas, adolescentes, comunidades étnicas, víctimas, población rural o dispersa y demás sujetos de especial protección, adoptando ajustes razonables, orientación clara y mecanismos diferenciales de atención.

25) Informar a EL CONTRATANTE, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato y cada vez que se modifique, los horarios de atención, responsables operativos, canales de contacto, puntos de atención, disponibilidad de agenda, referentes técnicos, responsables de RIPS/facturación, responsables de PQRD y responsables de reportes contractuales.

26) Conservar y poner a disposición de EL CONTRATANTE los soportes de historia clínica, registros de atención, evidencia de demanda inducida, soportes de entrega efectiva, consentimientos, reportes de laboratorio, remisiones, contrarreferencias, actas, indicadores, soportes de talento humano y demás evidencia requerida para auditoría, supervisión, glosas, conciliaciones, respuestas a usuarios o defensa institucional.

27) Cumplir las demás obligaciones previstas en el contrato, sus anexos, la oferta, la nota técnica, las normas vigentes y las instrucciones impartidas por autoridades competentes.

28) Prestar o suministrar directamente las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, medicamentos y tecnologías incluidas en la capitación, salvo los eventos de remisión, urgencia, apoyo autorizado o red complementaria expresamente previstos. Cuando un servicio incluido en la cápita deba ser garantizado por EL CONTRATANTE a través de otro prestador por causa imputable a EL CONTRATISTA, podrá descontarse el valor de la atención, previa información, auditoría y soporte correspondiente.

20) Abstenerse de aplicar mecanismos de pago, políticas internas, restricciones operativas, cierres de agenda, condicionamientos o prácticas que limiten el acceso, restrinjan la continuidad, oportunidad o calidad, o fragmenten la atención de los usuarios.

30) Ejecutar la atención de la morbilidad general, rutas priorizadas, seguimiento de usuarios, apoyo diagnóstico, suministro de tecnologías incluidas y demás actividades pactadas en la nota técnica, con base en indicadores de oportunidad, resolutividad, continuidad, pertinencia, calidad del dato y resultados en salud, aportando la evidencia nominal, técnica y estadística que permita su evaluación.

31) Mantener la trazabilidad de las remisiones, contrarreferencias, atenciones por urgencias y servicios garantizados por terceros cuando estos correspondan a actividades incluidas en la capitación, con el fin de permitir auditoría, conciliación, descuentos, reintegros o ajustes en la liquidación del contrato.

DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE se obliga a:

1) Pagar a EL CONTRATISTA los valores reconocidos con cargo al presente contrato, en los términos, condiciones y requisitos pactados, previo cumplimiento de requisitos de radicación, auditoría, soportes, RIPS, CUV, indicadores y demás obligaciones exigibles.

2) Entregar o disponer la base poblacional, caracterización, análisis de situación en salud, lineamientos MAIAS, RIAS, RIPSS, nota técnica, anexos e información necesaria para que EL CONTRATISTA ejecute el objeto contractual.

3) Practicar auditorías, supervisión, seguimiento y evaluación del contrato, formular hallazgos, requerimientos y planes de mejoramiento, y adoptar las medidas contractuales o administrativas pertinentes.

4) Difundir entre los usuarios la red de servicios, sedes, ubicación, modalidades de atención y demás información que facilite el acceso oportuno e integral a los servicios contratados.

5) Disponer mecanismos de atención de PQRS, quejas y reclamos de usuarios relacionados con la ejecución del contrato, y articular con EL CONTRATISTA la respuesta y solución de barreras de acceso.

6) Inducir a EL CONTRATISTA en el uso de plataformas, reportes, RIPS, indicadores, mecanismos de actualización de información, modelos de atención, rutas y lineamientos técnicos aplicables.

7) Informar a las autoridades competentes los incumplimientos que comprometan la calidad, seguridad, continuidad, habilitación, acceso o suficiencia de la prestación, cuando ello resulte procedente.

8) Dar cumplimiento al marco normativo aplicable a acuerdos de voluntades, RIPSS, RIAS, PAIS, MAIAS, auditoría, facturación, flujo de recursos y demás disposiciones aplicables.

9) Aceptar, objetar, devolver, glosar o reconocer la facturación radicada por EL CONTRATISTA conforme a los términos legales, contractuales y técnicos aplicables, dejando trazabilidad de las actuaciones de auditoría, glosa, devolución, aceptación expresa o tácita y conciliación.

10) Informar a EL CONTRATISTA, por los canales definidos, el detalle de pagos aplicados sobre las facturas o cuentas radicadas, incluyendo valores reconocidos, descuentos, glosas, devoluciones, notas crédito, saldos pendientes y observaciones, cuando ello resulte aplicable al proceso de conciliación y seguimiento financiero.

DÉCIMA SEGUNDA. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, PROTOCOLOS Y RIAS: EL CONTRATISTA aplicará las guías de práctica clínica, protocolos de atención, lineamientos técnicos y rutas integrales que correspondan al objeto contractual. El mecanismo de entrega y actualización será el repositorio oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, IETS, INS, ACIN, lineamientos de EL CONTRATANTE y demás fuentes oficiales aplicables.

PARÁGRAFO: La actualización de guías, protocolos o rutas será exigible a EL CONTRATISTA desde su comunicación o publicación oficial, según corresponda, sin perjuicio de los ajustes operativos y de nota técnica que las partes deban formalizar cuando tengan impacto económico o de alcance contractual.

DÉCIMA TERCERA. AUTORIZACIONES Y REMOCIÓN DE BARRERAS: EL CONTRATISTA garantizará la prestación continua, integral y oportuna de los servicios objeto del contrato sin supeditar su ejecución a autorizaciones previas cuando estas no sean exigibles conforme al marco normativo vigente. Las partes adoptarán medidas para remover barreras administrativas, geográficas, financieras, culturales, tecnológicas o de información que limiten el acceso efectivo de los usuarios.

PARÁGRAFO: En concordancia con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, EL CONTRATISTA no podrá implementar cierres de servicios, suspensión de agendas, negación de atención, restricciones de acceso, condicionamientos administrativos u otras prácticas que directa o indirectamente obstaculicen el acceso de los usuarios como mecanismo para exigir pagos, conciliaciones o reconocimiento de obligaciones.

DÉCIMA CUARTA. REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y CONTINUIDAD: EL CONTRATISTA garantizará el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia definido por EL CONTRATANTE, la remisión oportuna a la red complementaria, el seguimiento de usuarios remitidos y la continuidad de la atención, especialmente en gestantes, menores, pacientes con patologías crónicas, condiciones de alto costo, población vulnerable o usuarios con tratamientos en curso.

DÉCIMA QUINTA. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIPSS) Y NOVEDADES: EL CONTRATISTA integrará la RIPSS de EL CONTRATANTE en el territorio pactado, conforme a los servicios habilitados, capacidad instalada, grados de complejidad, modalidades de prestación y sedes incluidas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-, la Resolución 1441 de 2016, Resolución 5401 de 2018, Resolución 1344 de 2019, Resolución 087 de 2024 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA deberá informar con oportunidad cualquier novedad de la RIPSS, sedes, servicios habilitados, cierres temporales, centros de referencia, cambios de capacidad instalada, talento humano, horarios, rutas incluidas, EBS, CAPS o prestadores de apoyo. Toda novedad que afecte el acceso, continuidad o suficiencia de red deberá contar con plan de contingencia y aprobación o gestión ante EL CONTRATANTE, según corresponda.

DÉCIMA SEXTA. INDICADORES DEL CONTRATO: Las partes definirán, medirán y evaluarán indicadores de estructura, proceso, resultado, calidad, oportunidad, acceso, gestión del riesgo, satisfacción, gestión financiera, RIPS, glosas, conciliación y demás aspectos necesarios para el

seguimiento del acuerdo de voluntades, conforme al Decreto 441 de 2022, la Resolución 2335 de 2023, la nota técnica y la matriz de indicadores contractuales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Dentro de los indicadores mínimos podrán incluirse, según aplique: frecuencia de uso de servicios, oportunidad en medicina general, odontología y actividades priorizadas, resolutividad de la atención, seguimiento de patologías priorizadas, continuidad del tratamiento, referencia y contrarreferencia, demanda inducida asociada al riesgo cuando esté pactada, entrega oportuna de medicamentos, calidad y completitud de RIPS, RIPS con CUV, índice de glosas, valor glosado, porcentaje de glosas conciliadas, tiempos de respuesta, satisfacción del usuario, eventos de seguridad del paciente, cumplimiento de reportes normativos y cumplimiento de metas EBS. Los indicadores de RPMS o RIAMP solo aplicarán cuando dichas actividades estén expresamente contratadas.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Al inicio de la ejecución se establecerá la línea base de los indicadores definidos. Su medición será periódica y se documentará en los comités o espacios de seguimiento. El incumplimiento de indicadores podrá generar planes de mejoramiento, descuentos, ajustes, reporte a las áreas competentes, activación de garantías o terminación, según la gravedad y reiteración del incumplimiento.

PARÁGRAFO TERCERO: Para las actividades de morbilidad general y rutas priorizadas incluidas en la capitación, los indicadores deberán permitir evaluar la oportunidad, continuidad, pertinencia, resolutividad, calidad del dato, gestión del riesgo, seguimiento efectivo, cierre de brechas asistenciales y disminución de eventos evitables, y no solo el volumen de atenciones realizadas.

PARÁGRAFO CUARTO: El incumplimiento injustificado de metas de cobertura, resolutividad, oportunidad o resultados en salud podrá dar lugar a planes de mejoramiento, ajustes económicos, descuentos, reintegros, modificación de nota técnica, reporte a las instancias competentes o terminación, conforme al debido proceso contractual y a la evidencia de supervisión o auditoría.

Los indicadores deberán contar con ficha técnica, numerador, denominador, fuente de información, periodicidad, meta, responsable, soporte verificable y mecanismo de seguimiento. Su medición hará parte de los comités, auditorías, informes de supervisión y liquidación contractual, sin perjuicio de los planes de mejora o acciones correctivas que procedan.

DÉCIMA SÉPTIMA: MECANISMOS DE SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: EL CONTRATANTE ejercerá la supervisión del presente contrato a través del equipo o profesional que designe, con apoyo de las áreas técnicas, jurídicas, financieras, auditoría, calidad, red de servicios y demás dependencias competentes. La supervisión se regirá por el ANEXO DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO que hace parte integral del presente acuerdo y por el procedimiento de supervisión aprobado por EL CONTRATANTE.

PARÁGRAFO PRIMERO: El anexo de supervisión contractual contendrá como mínimo: alcance, responsabilidades, periodicidad, fuentes de información, reportes, indicadores, comités, requerimientos, planes de mejoramiento, evidencias, consecuencias del incumplimiento y mecanismos de escalamiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para evitar incorporar documentos internos de la EPS como obligaciones directas del prestador, no se anexará el manual interno de supervisión de contratos de salud. Las obligaciones exigibles a EL CONTRATISTA serán las expresamente incorporadas en este contrato, en el anexo de supervisión, en la nota técnica y en los demás anexos contractuales suscritos o comunicados conforme al mecanismo de actualización definido.

DÉCIMA OCTAVA: INFORMACIÓN, INTEROPERABILIDAD Y DEBER DE REPORTE: EL CONTRATISTA tendrá el deber taxativo de suministrar información completa, veraz, trazable,

consistente, validada y oportuna para la ejecución, seguimiento, auditoría, facturación, indicadores, gestión del riesgo, actualización de base de datos, reportes normativos, RIPS, CUV, glosas, conciliaciones y requerimientos de autoridades competentes.

1) Reportar RIPS, RIPS con CUV, notas de ajuste a RIPS con CUV, archivos JSON, facturas, notas débito, notas crédito, soportes y demás documentos electrónicos exigidos por la normativa vigente.

2) Reportar indicadores contractuales, financieros, asistenciales, de oportunidad, calidad, satisfacción, seguridad del paciente, demanda inducida, EBS, CAPS, RIAS, RIPSS y gestión del riesgo.

3) Reportar información exigida por las Resoluciones 1552 de 2013, 1604 de 2013, 2335 de 2023, 2117 de 2025 y demás normas que regulen tiempos de atención, entrega de medicamentos, acuerdos de voluntades, seguimiento contractual y reportes obligatorios.

4) Disponer capacidad técnica y operativa para procesos de interoperabilidad, intercambio seguro de información, validación de archivos, corrección de errores y trazabilidad de reportes, conforme al anexo técnico de interoperabilidad que se pacte.

PARÁGRAFO: El incumplimiento del deber de información podrá generar requerimiento formal, plan de mejoramiento, devolución o glosa de soportes, suspensión del trámite de reconocimiento de los valores no soportados, aplicación de descuentos pactados, reporte a la Superintendencia Nacional de Salud o ente territorial cuando proceda, y las demás medidas contractuales o legales aplicables.

DÉCIMA NOVENA. RADICACIÓN, RIPS, FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, AUDITORÍA Y CUENTAS MÉDICAS: EL CONTRATISTA deberá radicar mensualmente la factura o documento equivalente, RIPS, RIPS con CUV, soportes, notas de ajuste, documentos electrónicos y demás requisitos definidos por EL CONTRATANTE, dentro de los términos y condiciones pactados en el instructivo técnico de presentación, radicación y auditoría de cuentas médicas.

PARÁGRAFO PRIMERO: La radicación y legalización de RIPS deberá cumplir como mínimo el porcentaje mensual pactado en la línea base de la nota técnica. La radicación sin cumplimiento de requisitos, con inconsistencias de validación, ausencia de CUV cuando aplique, JSON defectuoso, soportes incompletos o errores de calidad de información podrá ser objeto de devolución, glosa o requerimiento de ajuste.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando se detecten errores en el JSON validado por el Ministerio de Salud y Protección Social, inconsistencias en RIPS o necesidad de corrección, EL CONTRATISTA deberá generar y radicar las notas de ajuste a RIPS con su respectivo CUV, corrigiendo la calidad de información y radicando nuevamente dentro del término que defina la normativa y EL CONTRATANTE.

PARÁGRAFO TERCERO: ASMET SALUD E.P.S. S.A.S. recibirá facturación electrónica y documentos electrónicos a través del operador o mecanismo tecnológico que defina. No se tendrán por radicadas las facturas que se envíen mediante enlaces externos no autorizados, plataformas no habilitadas, archivos incompletos o sin cumplimiento de los requisitos normativos y contractuales.

PARÁGRAFO CUARTO: Para la presentación de la factura, EL CONTRATISTA deberá radicarla de forma detallada y por conceptos, discriminada por contrato cuando tenga más de un acuerdo vigente con EL CONTRATANTE, acompañada como mínimo de los soportes definidos en la normativa vigente, el anexo técnico aplicable, el reporte mensual nominal de copagos y cuotas moderadoras recaudados, los RIPS/RIPS con CUV, notas de ajuste, documentos electrónicos, soportes de prestación, indicadores y certificaciones exigibles.

PARÁGRAFO QUINTO: La validación de RIPS deberá realizarse al ciento por ciento (100%) en estructura, contenido, consistencia y relación con la factura, a través del mecanismo oficial o el mecanismo tecnológico que defina EL CONTRATANTE mientras corresponda. No se tendrá por recibida la facturación cuando la validación no sea correcta, cuando falte CUV siendo exigible, cuando existan errores de estructura o contenido, o cuando los soportes sean insuficientes. En estos eventos, los términos de auditoría y pago se contarán desde la fecha de recibo formal con requisitos completos.

PARÁGRAFO SEXTO: Las glosas, devoluciones, respuestas y conciliaciones de cartera derivadas de la facturación se tramitarán conforme a los términos legales, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, los anexos técnicos, el instructivo de cuentas médicas y los mecanismos presenciales o virtuales que convoque EL CONTRATANTE. La conciliación deberá dejar acta, responsables, valores aceptados, valores no conciliados, compromisos y fechas de cumplimiento.

PARÁGRAFO SÉPTIMO: EL CONTRATISTA deberá utilizar los códigos normativos vigentes para actividades, procedimientos, medicamentos, insumos y tecnologías en salud, incluyendo CUPS, IUM, CUM o los que los sustituyan. En contratación por paquetes o agrupadores, deberá discriminar en los RIPS las tecnologías que integran el paquete y homologar las actividades no codificadas conforme al mecanismo definido por EL CONTRATANTE.

VIGÉSIMA. RECAUDO DE PAGOS COMPARTIDOS, CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS: Las cuotas moderadoras y copagos que genere la prestación de los servicios de salud serán recaudados por EL CONTRATISTA únicamente cuando legalmente proceda. Dichos valores deberán reportarse nominalmente en los RIPS y soportes de facturación, y deberán descontarse del valor de la factura o reconocerse mediante nota crédito a favor de EL CONTRATANTE, de acuerdo con el mecanismo definido por las partes.

PARÁGRAFO PRIMERO: Cuando el usuario manifieste no contar con recursos para realizar el pago, ello no podrá constituir barrera de acceso ni impedir la prestación efectiva del servicio, sin perjuicio de los mecanismos posteriores de gestión que resulten aplicables.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El no reporte, reporte incompleto o apropiación de valores de copagos o cuotas moderadoras que deban descontarse o reconocerse a EL CONTRATANTE constituirá incumplimiento contractual y dará lugar a los ajustes, descuentos, notas crédito, glosas o medidas contractuales correspondientes.

VIGÉSIMA PRIMERA. SUBCONTRATACIÓN, ALIANZAS Y RESPONSABILIDAD: EL CONTRATISTA no podrá subcontratar, delegar, ceder o trasladar total o parcialmente la ejecución del objeto contractual sin autorización previa, expresa y escrita de EL CONTRATANTE. Cuando la normativa permita alianzas, asociaciones o apoyos operativos para garantizar la prestación, estos deberán informarse y ser autorizados en los términos pactados, sin afectar la calidad, continuidad, habilitación, oportunidad ni responsabilidad frente a los usuarios.

PARÁGRAFO PRIMERO: La solicitud de autorización deberá incluir identificación del tercero, habilitación, capacidad instalada, servicios a prestar, alcance, territorio, vigencia, responsabilidades, pólizas, tratamiento de información, mecanismos de control y evidencia de cumplimiento normativo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La autorización de un tercero no exonera a EL CONTRATISTA de su responsabilidad contractual, asistencial, administrativa, financiera, laboral, de información, calidad, auditoría, protección de datos y seguridad del paciente. EL CONTRATISTA responderá solidariamente frente a EL CONTRATANTE por hechos, omisiones o incumplimientos de los terceros autorizados o vinculados a la ejecución.

VIGÉSIMA SEGUNDA. PROGRAMA DE AUDITORÍA INTEGRAL: EL CONTRATANTE adelantará auditoría integral, concurrente, retrospectiva, administrativa, financiera, de calidad, de RIPS, de cuentas médicas, de indicadores y de prestación de servicios, conforme al modelo de auditoría y a los anexos del contrato. EL CONTRATISTA deberá garantizar acceso a historia clínica, soportes, bases, sistemas, censos, reportes, evidencias y demás información requerida.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA deberá disponer, cuando EL CONTRATANTE realice auditoría en sitio, de un espacio adecuado, acceso a internet, acceso a sistemas de información, responsables técnicos y administrativos, historia clínica, soportes y talento humano idóneo para atender la auditoría, sin perjuicio de las verificaciones que realicen las autoridades territoriales o nacionales competentes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Los hallazgos de auditoría podrán dar lugar a glosas, devoluciones, planes de mejoramiento, ajustes de pago, descuentos, requerimientos, conciliaciones, activación de garantías, reportes a autoridades o terminación del contrato, de acuerdo con la gravedad, reiteración y efecto sobre los usuarios o los recursos del sistema.

VIGÉSIMA TERCERA. CAMBIO DE PROVEEDOR PARA PACIENTES CON CONDICIONES CRÓNICAS O DE ALTO COSTO: Cuando aplique conforme al objeto contractual, las partes darán cumplimiento a las reglas del Decreto 441 de 2022 sobre cambio de prestador o proveedor para pacientes con condiciones crónicas o de alto costo, garantizando información previa, transición ordenada, continuidad de tratamientos, entrega de epicrisis, ayudas diagnósticas, soportes y reportes de obligatorio cumplimiento.

VIGÉSIMA CUARTA. INCENTIVOS, DESCUENTOS Y CONSECUENCIAS POR INCUMPLIMIENTO: Las partes podrán pactar incentivos económicos o no económicos por mejoría, logro o mantenimiento de resultados de los indicadores definidos, así como descuentos por incumplimiento, siempre que tales mecanismos estén incorporados en la nota técnica, matriz de indicadores o anexo correspondiente, con criterios objetivos, medibles y verificables.

PARÁGRAFO PRIMERO: La aplicación de descuentos, ajustes o no reconocimientos deberá estar precedida del análisis técnico, evidencia, requerimiento o auditoría correspondiente y no exime a EL CONTRATISTA de ejecutar acciones correctivas, garantizar la continuidad del servicio ni cumplir los reportes pendientes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando se evidencie incumplimiento de actividades con frecuencias, metas o periodicidades per cápita incluidas en la nota técnica, o cuando EL CONTRATANTE deba garantizar con otro prestador un servicio incluido en la cápita, procederán los descuentos, reintegros o ajustes definidos en la nota técnica y en el anexo de auditoría, sin que ello autorice a EL CONTRATISTA a suspender la prestación de los servicios a su cargo.

VIGÉSIMA QUINTA. GARANTÍAS: EL CONTRATISTA deberá constituir a favor de **ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.**, NIT 900.935.126-7, en calidad de asegurado y beneficiario, las garantías que amparen los riesgos de cumplimiento, calidad del servicio, pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales y responsabilidad civil extracontractual, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato o en el término que se pacte.

1) PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO. Con una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor estimado del contrato, o el porcentaje superior que defina EL CONTRATANTE de acuerdo con el análisis de riesgo, con vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más, para amparar el cumplimiento oportuno, total y adecuado de las obligaciones contractuales.

2) PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL. Con una cuantía equivalente al veinte por ciento (20%) del valor estimado del contrato, con vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más, para amparar daños materiales, daños corporales, perjuicios patrimoniales, perjuicios extrapatrimoniales, errores, omisiones o pérdidas económicas causadas a EL CONTRATANTE, usuarios o terceros con ocasión de la ejecución contractual.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las garantías deberán mantenerse vigentes durante todo el plazo de ejecución, prórrogas, suspensiones, adiciones y el término adicional exigido para cada amparo. En caso de prórroga automática o expresa, EL CONTRATISTA deberá suscribir y aportar las nuevas pólizas o ampliaciones correspondientes para la vigencia prorrogada antes del inicio del nuevo periodo o dentro del término que indique EL CONTRATANTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La no constitución, no aprobación, vencimiento, insuficiencia o falta de ampliación de garantías constituirá incumplimiento contractual y facultará a EL CONTRATANTE para suspender el perfeccionamiento, ejecución o trámite de pagos no causados, exigir corrección inmediata, aplicar medidas contractuales o dar por terminado el contrato, según corresponda.

PARÁGRAFO TERCERO: La entrega de las garantías deberá incluir la póliza debidamente firmada por el tomador y el recibo de pago o certificación expedida por la aseguradora que acredite su pago. EL CONTRATISTA deberá reponer, ampliar, modificar o prorrogar las garantías cuando sean afectadas por siniestros, se disminuya el valor asegurado, se prorrogue o suspenda el contrato, se incremente el valor, se renueve la vigencia o EL CONTRATANTE lo requiera por insuficiencia de cobertura.

PARÁGRAFO CUARTO: Si la indemnización o perjuicio supera el valor asegurado, EL CONTRATISTA asumirá la diferencia con sus propios recursos, sin perjuicio de las acciones contractuales, judiciales, administrativas o de repetición que procedan.

VIGÉSIMA SEXTA. MECANISMOS Y TÉRMINOS PARA LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA: Si ninguna de las partes manifiesta por escrito, con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento, su decisión de dar por terminado el presente contrato, este se prorrogará automáticamente por el plazo inicialmente pactado o por el término que las partes acuerden, siempre que subsistan las condiciones de habilitación, red, necesidad del servicio, suficiencia técnica, presupuestal, jurídica y de garantías.

PARÁGRAFO PRIMERO: En cualquier tiempo las partes podrán solicitar modificaciones a las condiciones iniciales del contrato, las cuales deberán ser concertadas y formalizadas. En caso de prórroga automática se respetará el mecanismo de incremento tarifario o actualización de valores definido por las partes, conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos de EL CONTRATANTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En cumplimiento del Decreto 441 de 2022, al inicio de cada vigencia las partes actualizarán los valores pactados en el ANEXO DE NOTA TÉCNICA y/o el incremento normativo, conforme a la libertad de configuración contractual y al Decreto 780 de 2016. De esta actualización se excluirán los incrementos de UPC destinados a financiar nuevas prestaciones del Plan de Beneficios en Salud y el porcentaje de gasto de administración originado en la UPC, cuando así corresponda.

PARÁGRAFO TERCERO: La actualización de la nota técnica por prórroga automática deberá legalizarse por las partes y surtirá efectos contractuales conforme a los soportes de negociación, liquidación y actualización económica. Cuando la actualización implique modificación de valor, inclusión o exclusión de tecnologías, variación de servicios, cambio de tarifas o cualquier novedad que deba registrarse en SIIFA o en la plataforma institucional aplicable, deberá formalizarse mediante otrosí o el documento contractual exigido por EL CONTRATANTE para permitir su registro, trazabilidad y ejecución operativa.

PARÁGRAFO CUARTO. RECONOCIMIENTO AUTOMÁTICO DEL INCREMENTO DE LA UPC: En caso de prórroga o renovación automática del presente contrato, las partes acuerdan que el valor usuario mes pactado en la modalidad de capitación podrá actualizarse para la vigencia correspondiente, en proporción al incremento del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) definido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la resolución expedida para cada anualidad, siempre que dicho incremento resulte aplicable al régimen, grupo poblacional, zona geográfica, componente contratado y servicios incluidos en la nota técnica. El reconocimiento se realizará desde la fecha de entrada en vigencia de la respectiva resolución ministerial y se aplicará sobre la población efectivamente reconocida en la LMA, Base de Compensados o fuente oficial aplicable, previa actualización de la nota técnica, anexos económicos y soportes de liquidación. Para efectos de seguridad contractual, el incremento deberá expresarse en valores absolutos en pesos, discriminando valor usuario mes actualizado, periodo de aplicación, fuente normativa, metodología de cálculo y descuentos aplicables. De la UPC a actualizar se descontarán o excluirán, según corresponda, los porcentajes o componentes destinados a nuevas inclusiones o actualizaciones del Plan de Beneficios en Salud no incorporadas al alcance contratado, gastos de administración, tecnologías no incluidas en la cápita, servicios no habilitados o no pactados, glosas aceptadas, devoluciones, copagos y cuotas moderadoras a favor de EL CONTRATANTE, notas crédito, reintegros, descuentos por incumplimiento de indicadores, metas, soportes o actividades pactadas en la nota técnica, y demás conceptos que conforme a la normativa vigente, la nota técnica o la liquidación contractual no deban ser trasladados al valor reconocido a EL CONTRATISTA. La actualización no implicará doble pago ni ampliación automática del alcance de servicios, tecnologías, actividades o responsabilidades no previstas expresamente en la nota técnica.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. TERMINACIÓN UNILATERAL: EL CONTRATANTE podrá dar por terminado unilateralmente el contrato, sin lugar a indemnización, cuando se presente incumplimiento total o parcial de obligaciones, afectación de la continuidad o calidad del servicio, inhabilidad sobreviniente, pérdida de habilitación, imposibilidad técnica, administrativa o financiera de ejecución, incumplimiento de garantías, afectación del acceso de usuarios, cierre injustificado de servicios, incumplimiento de reportes o cualquier otra causal prevista en el contrato o en la ley.

PARÁGRAFO PRIMERO: La terminación unilateral deberá estar sustentada en evidencias, requerimientos, informes de supervisión, auditoría o documentos que soporten la causal, sin perjuicio de las medidas urgentes que deban adoptarse para proteger a los usuarios y los recursos del sistema.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Se considerarán incumplimientos graves, entre otros, la manipulación, alteración, suplantación, clonación u ocultamiento de historia clínica, RIPS, CUV, soportes, facturas, bases de datos o información contractual; la omisión o retardo injustificado en la entrega de información que genere investigaciones, sanciones o afectación a EL CONTRATANTE; la pérdida, suspensión o cierre de servicios habilitados; la aparición de alertas en listas restrictivas, SARLAFT, SICOF o conflictos de interés; el uso no autorizado de información; y cualquier conducta que afecte la continuidad, oportunidad, seguridad, calidad o acceso efectivo de los usuarios.

VIGÉSIMA OCTAVA. TERMINACIÓN ANTICIPADA: El contrato podrá terminarse anticipadamente por mutuo acuerdo, vencimiento del plazo, imposibilidad de ejecución, fuerza mayor o caso fortuito, pérdida de habilitación, retiro de la red, liquidación o intervención que impida la ejecución, incumplimiento grave, decisión administrativa o judicial, agotamiento de condiciones presupuestales o cualquier otra causal legal o contractual. La terminación anticipada no exonera a las partes de liquidar obligaciones causadas, entregar información, garantizar transición y continuidad de usuarios.

VIGÉSIMA NOVENA. MECANISMOS Y TÉRMINOS PARA LA LIQUIDACIÓN: Las partes liquidarán el contrato conforme al Decreto 441 de 2022, dentro del término legal o contractual aplicable. La liquidación deberá incluir valores facturados, valores reconocidos, glosas, devoluciones, conciliaciones, copagos y cuotas moderadoras, notas crédito o débito, ajustes por población, UPC, indicadores, riesgo, EBS, pagos, saldos, reintegros, obligaciones pendientes, garantías y soportes de cierre.

PARÁGRAFO PRIMERO: Al finalizar cada vigencia anual, cuando el contrato se prorrogue o cuando se actualicen valores de UPC o nota técnica, podrá realizarse liquidación parcial para depurar valores, saldos, ajustes, novedades poblacionales, cumplimiento de indicadores y demás variables financieras aplicables.

PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA deberá entregar, antes de la liquidación, la totalidad de RIPS, CUV, notas de ajuste, soportes, indicadores, reportes normativos, información de usuarios en seguimiento, planes de mejoramiento, saldos de copagos/cuotas moderadoras, notas crédito y demás información necesaria para el cierre contractual.

PARÁGRAFO TERCERO: En la liquidación se verificará expresamente la coherencia entre población reconocida, base de datos, perfil epidemiológico, valor usuario mes, valores expresados en pesos, metas de cobertura, resolutividad, oportunidad, indicadores de resultados en salud, servicios prestados por terceros, descuentos, reintegros y demás ajustes derivados de la ejecución de la cápita.

PARÁGRAFO CUARTO. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN Y LIQUIDACIÓN UNILATERAL: Terminado el contrato por cualquier causa, ASMET SALUD E.P.S. S.A.S. proyectará el acta de liquidación con base en los soportes contractuales, técnicos, financieros, de auditoría, facturación, glosas, pagos, descuentos, reintegros, garantías y demás documentos que den cuenta de la ejecución contractual, y la remitirá a EL CONTRATISTA a través de los canales de notificación previstos en el presente contrato. EL CONTRATISTA dispondrá de un término de quince (15) días hábiles, o del término que determine el área competente de EL CONTRATANTE en la comunicación de remisión, contados a partir de la recepción de la respectiva comunicación, para suscribir el acta de liquidación o presentar observaciones formales, expresas y debidamente sustentadas. Vencido dicho término sin que EL CONTRATISTA comparezca, suscriba el documento o presente objeciones formales, EL CONTRATANTE quedará facultado para proceder con la liquidación unilateral del contrato mediante documento motivado, el cual será notificado a EL CONTRATISTA y constituirá el cierre definitivo de las obligaciones financieras derivadas del vínculo contractual, sin perjuicio de las obligaciones de información, soporte, auditoría, glosas, reintegros, garantías, confidencialidad, protección de datos, indemnidad o responsabilidades que, por su naturaleza o por disposición legal o contractual, deban subsistir con posterioridad a la terminación y liquidación del contrato.

TRIGÉSIMA. MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las diferencias que surjan con ocasión de la suscripción, interpretación, ejecución, seguimiento, auditoría, facturación, glosas, pagos, terminación o liquidación del contrato se someterán, en primer lugar, a arreglo directo. La parte inconforme presentará solicitud escrita y sustentada; la otra parte responderá dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, salvo que las partes acuerden un término distinto por la complejidad del asunto.

PARÁGRAFO PRIMERO: Si no hay acuerdo, las partes podrán acudir a comité de conciliación, conciliación extrajudicial en derecho, amigable composición, conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud o ante la Procuraduría General de la Nación, según corresponda, o a la jurisdicción competente conforme a la naturaleza de la controversia y las reglas aplicables. La activación de estos mecanismos no autoriza a EL CONTRATISTA a suspender, cerrar, condicionar o limitar servicios a los usuarios.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las gestiones prejurídicas o de conciliación no generarán, por sí mismas, reconocimiento de honorarios o costos a favor de ninguna de las partes, salvo pacto escrito o decisión de autoridad competente.

PARÁGRAFO TERCERO: Para resolver controversias de interpretación sobre alcance, tarifas, población, porcentaje de UPC, valores en pesos, servicios incluidos, descuentos o liquidación, las partes atenderán primero el texto del contrato, la nota técnica, los anexos legalizados y las actas de negociación, por ser los instrumentos que delimitan la voluntad contractual.

TRIGÉSIMA PRIMERA. INDEPENDENCIA E INEXISTENCIA DE RELACIÓN LABORAL: EL CONTRATISTA ejecutará el contrato con autonomía técnica, administrativa, científica y financiera, bajo su propia cuenta y riesgo. El personal que vincule para la ejecución no tendrá relación laboral con EL CONTRATANTE, y todos los salarios, honorarios, prestaciones, aportes, indemnizaciones y obligaciones laborales o contractuales estarán a cargo exclusivo de EL CONTRATISTA.

PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA mantendrá indemne a EL CONTRATANTE frente a cualquier reclamación laboral, contractual, de seguridad social o de terceros derivada del personal, aliados o subcontratistas utilizados para la ejecución del contrato.

TRIGÉSIMA SEGUNDA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN: Ninguna de las partes podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización previa, expresa y escrita de la otra parte. La cesión de saldos o acreencias solo podrá recaer sobre valores ciertos, exigibles, no discutidos y debidamente depurados, sin glosas, devoluciones, descuentos o controversias pendientes. Cualquier cesión realizada en contravención de esta cláusula será inoponible a la otra parte.

TRIGÉSIMA TERCERA. INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA defenderá, indemnizará y mantendrá indemne a EL CONTRATANTE, sus funcionarios, directivos, agentes, empleados y representantes frente a reclamaciones, demandas, sanciones, condenas, daños, perjuicios, costos o gastos derivados de actos u omisiones imputables a EL CONTRATISTA, su personal, aliados, subcontratistas o terceros vinculados a la ejecución del contrato.

TRIGÉSIMA CUARTA. CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: Las partes deberán guardar reserva sobre la información técnica, financiera, administrativa, jurídica, contractual, clínica, asistencial, de usuarios, bases de datos, sistemas, claves, indicadores, reportes y demás información conocida con ocasión del contrato. Dicha información solo podrá utilizarse para la ejecución contractual o para cumplir deberes legales y requerimientos de autoridad competente.

PARÁGRAFO: La obligación de confidencialidad se mantendrá durante la vigencia del contrato y por veinticuatro (24) meses más, sin perjuicio de las obligaciones legales de reserva de historia clínica, datos personales y secreto profesional que tengan un término superior o indefinido.

TRIGÉSIMA QUINTA. PROTECCIÓN Y TRANSMISIÓN DE DATOS PERSONALES: Cuando EL CONTRATISTA trate datos personales por cuenta de EL CONTRATANTE, actuará como encargado del tratamiento, salvo que por ley o por el alcance de la operación actúe como responsable independiente. En todo caso deberá cumplir la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios, políticas de tratamiento, medidas de seguridad, confidencialidad, finalidad, circulación restringida y derechos de los titulares.

PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA deberá implementar controles técnicos, administrativos y jurídicos para evitar pérdida, consulta, uso, acceso, modificación, divulgación o circulación no autorizada de datos personales, historias clínicas, bases de usuarios, reportes RIPS, CUV, indicadores e información sensible en salud.

TRIGÉSIMA SEXTA. SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO, SARLAFT, SICOF Y TRANSPARENCIA: EL CONTRATISTA declara conocer y obligarse a cumplir las políticas, controles y requerimientos de EL CONTRATANTE en materia de administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés, listas restrictivas, transparencia y ética empresarial, conforme a la normativa aplicable y a las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

TRIGÉSIMA SÉPTIMA. INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERÉS: EL CONTRATISTA declara bajo gravedad de juramento que no se encuentra incurso en causales de

inhabilidad, incompatibilidad, prohibición, conflicto de interés o restricción legal que le impida contratar o ejecutar el objeto pactado. Cualquier causal sobreviniente deberá ser informada inmediatamente a EL CONTRATANTE.

TRIGÉSIMA OCTAVA. CLÁUSULA PENAL: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones contractuales por causa imputable a EL CONTRATISTA, este pagará a EL CONTRATANTE, a título de cláusula penal pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (10%) del valor estimado del contrato, sin perjuicio de la indemnización de perjuicios, descuentos, activación de garantías, reportes y demás acciones legales o contractuales a que haya lugar.

TRIGÉSIMA NOVENA. INDIVISIBILIDAD: La invalidez, ineficacia o inaplicabilidad de una o varias cláusulas no afectará la validez de las restantes, las cuales conservarán plena fuerza obligatoria. Las partes procurarán reemplazar la estipulación afectada por una válida que preserve la finalidad económica, jurídica y técnica del contrato.

CUADRAGÉSIMA. ESTIPULACIONES ANTERIORES: El presente contrato, sus anexos y documentos incorporados reemplazan cualquier acuerdo verbal o escrito anterior relacionado con el objeto contractual, salvo aquellos documentos precontractuales o de negociación que expresamente se incorporen como soporte del acuerdo.

CUADRAGÉSIMA PRIMERA. JERARQUÍA, OBLIGATORIEDAD Y ACTUALIZACIÓN DE ANEXOS: Forman parte integral y obligatoria del contrato los anexos técnicos, nota técnica, matriz de indicadores, matriz de riesgos, anexo de supervisión, anexo de auditoría, anexo técnico de morbilidad general y rutas priorizadas, anexo RIPSS, anexo de información e interoperabilidad, actas de negociación, lineamientos EBS, documentos de facturación y demás anexos suscritos o incorporados por las partes. Los anexos de RIAS, RPMS o RIAMP solo harán parte del contrato cuando se incorporen expresamente al alcance pactado.

PARÁGRAFO PRIMERO: En caso de contradicción entre documentos, prevalecerá: (i) las normas imperativas vigentes; (ii) el clausulado contractual; (iii) la nota técnica y anexos técnicos específicos; (iv) actas de negociación y actualización; (v) lineamientos operativos e instructivos. Cuando la contradicción sea técnica y afecte la prestación, las partes deberán resolverla mediante mesa técnica y dejar constancia escrita.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Los anexos podrán actualizarse por cambios normativos, técnicos, tarifarios, de UPC, población, RIPSS, morbilidad general, rutas priorizadas, EBS, indicadores, auditoría, sistemas de información o necesidades del servicio. Toda actualización deberá ser comunicada, soportada y legalizada conforme al mecanismo pactado, sin desmejorar el acceso ni la continuidad de la atención. Las actualizaciones relacionadas con RPMS, RIAMP o Resolución 3280 de 2018 solo aplicarán cuando dichas actividades estén incluidas en el alcance contratado.

PARÁGRAFO TERCERO: La nota técnica tendrá especial fuerza interpretativa para determinar la población cubierta, el perfil epidemiológico, los servicios incluidos, la codificación, el valor por usuario mes, los valores absolutos en pesos, las metas, los indicadores de resultados, las exclusiones, los ajustes por novedades y los eventos que generen descuentos o reintegros.

CUADRAGÉSIMA SEGUNDA. TÍTULOS DE LAS CLÁUSULAS: Los títulos de las cláusulas se incluyen únicamente para facilitar la lectura y no limitan, modifican ni restringen el alcance de las obligaciones contenidas en el texto contractual.

CUADRAGÉSIMA TERCERA. LEY DEL CONTRATO Y LEGISLACIÓN APLICABLE: El presente contrato es de naturaleza comercial y se regirá por la legislación colombiana, en especial por las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de

2011, Ley 1751 de 2015, Decreto 780 de 2016, Decreto 441 de 2022, Resolución 2335 de 2023, normas de factura electrónica en salud, RIPS, RIPSS, calidad, habilitación, protección de datos personales, instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La Resolución 3280 de 2018 aplicará únicamente cuando el alcance contratado incluya actividades de RPMS, RIAMP o RIAS.

CUADRAGÉSIMA CUARTA. MODIFICACIONES: Toda modificación que altere el objeto, alcance, valor, plazo, nota técnica, población, indicadores, garantías, anexos esenciales o condiciones económicas deberá constar por escrito y perfeccionarse mediante otrosí o documento de actualización legalizado por las partes, según la naturaleza de la modificación y el mecanismo expresamente previsto en este contrato.

CUADRAGÉSIMA QUINTA. ANEXOS: Sin perjuicio de otros documentos que las partes incorporen, hacen parte integral del contrato los siguientes anexos:
1) Anexo de Nota Técnica Contratada, incluyendo valor usuario mes, población, servicios, frecuencias, matriz de riesgos, exclusiones, distribución de componentes, EBS y metodología de reconocimiento.

2) Anexo técnico de morbilidad general, rutas priorizadas, servicios incluidos, exclusiones, soportes, indicadores y condiciones de reconocimiento. Los anexos de RIAS, RPMS o RIAMP aplicarán únicamente cuando dichas actividades estén expresamente pactadas.

3) Anexo de sedes, servicios habilitados, capacidad instalada, horarios, territorio, RIPSS, centros de referencia, CAPS o instancias equivalentes y novedades de red.

4) Anexo de indicadores contractuales, fichas técnicas, línea base, metas, fuentes, periodicidad, responsables, incentivos y descuentos.

5) Anexo de supervisión del contrato y seguimiento contractual.

6) Anexo de auditoría, radicación, RIPS, RIPS con CUV, facturación electrónica, glosas, devoluciones, conciliación y soportes.

7) Anexo de guías de práctica clínica, protocolos, lineamientos técnicos y mecanismos de actualización.

8) Anexo de interoperabilidad, seguridad de la información, tratamiento de datos personales y canales de reporte.

9) Acta de negociación, certificación EBS, soportes de estabilización de giro y demás documentos precontractuales expresamente incorporados.

10) Perfil epidemiológico de la población, matriz de metas de cobertura, resolutividad, oportunidad y resultados en salud, reglas de reemplazo poblacional y matriz de descuentos/reintegros por servicios incluidos no garantizados directamente.

11) Anexo o matriz de seguimiento al Plan de Mejoramiento PARE-MM, únicamente cuando aplique al alcance contratado, con las obligaciones, indicadores, fuentes de verificación, metas y responsables relacionados con RPMS, RIAMP, anticoncepción de larga duración, prestación integral en el mismo lugar de atención y atención integral de gestantes sin autorización previa.

CUADRAGÉSIMA SEXTA. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES: Para todos los efectos contractuales, el domicilio será la ciudad de Popayán, sin perjuicio del lugar de ejecución de los servicios. Las comunicaciones se realizarán a las direcciones físicas y electrónicas indicadas en la carátula del contrato o las que sean actualizadas por escrito por cada parte.

EL CONTRATANTE: **ASMET SALUD E.P.S. S.A.S**., Carrera 4 No. 18N-46, Popayán (Cauca), correo electrónico notificacionesjudiciales@asmetsalud.com.

EL CONTRATISTA: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO,** domicilio principal en la Carrera 6 Calle 10 Barrio Uribe Uribe, Teléfono: **3003064406 - 6026959595**, Correo electrónico: labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co - gerencia@hospitaldeyumbo.gov.co.

CUADRAGÉSIMA SÉPTIMA. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes. Para su ejecución se requerirá la aprobación de garantías cuando aplique, la legalización de anexos esenciales, la entrega de documentos habilitantes y el cumplimiento de los requisitos internos de EL CONTRATANTE. Para constancia se firma en Popayán, al primero (01) de julio de 2026, en dos (2) ejemplares del mismo tenor.

EL CONTRATANTE,

Agente Especial Interventor y Representante Legal
MARIO FERNANDO CÓRDOBA PÉREZ
ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.

EL CONTRATISTA,

Representante Legal

CLAUDIA JIMENA SÁNCHEZ ALCALDE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO

SUMINISTRÓ INFORMACIÓN (PROF. DE CONTRATACIÓN):	LINA MARIA QUIÑONES ARDILA
PROYECTÓ (PROF. JURÍDICO DE CONTRATACIÓN):	MARÍA FERNANDA MEJÍA CUADROS
REVISÓ MINUTA (DIRECTOR JURÍDICO DE CONTRATACIÓN):	EDUARDO ENRIQUE PUCHE BOHORQUEZ
VOBO (GERENTE DE CONTRATACIÓN Y RED DE SERVICIOS)	ALINA MARÍA RINCÓN SOLANO.
VOBO (SECRETARÍA GENERAL Y JURÍDICA)	ELKIN DE JESÚS CARDONA ORTIZ