ASEYCOBC S.A.S
NIT 900449940-1

Pasto, 01 de Septiembre de 2026

Doctor
**JUAN PABLO JAMIOY**
Gerente E.S.E. Hospital Pio XII
Colon - Putumayo

**REF: SERVICIOS PROFESIONALES EN AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS- APOYO GESTION**

Estimado Doctor:

Yo, **OSWALD ADRIAN CADENA RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.211.259 expedida en Florencia (Caquetá), actuando en representación de Firma ASEYCOBC SAS ofrezco contratar con la E.S.E. HOSPITAL PIO XII, la "AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, HISTORIAS CLINICAS, DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A LAS DIFERENTES ERP DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, REGIMEN ESPECIAL, PPNA.

De conformidad con lo establecido en este documento:

a) Que manifiesto no encontrarme incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo señalado en los artículos 127 de la Constitución Política, Ley 45 de 1990 y 8°de la Ley 80 de 1993, así como tampoco encontrarme incurso en causal de disolución o liquidación; en quiebra; en cesación de pagos o en concurso de acreedores o embargo. Las personas jurídicas deberán hacer la manifestación expresa de que las cuotas sociales o acciones de sus socios o accionistas no se encuentran embargadas.

b) Que de conformidad con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, manifiesto, que no aparezco relacionado en el Boletín de responsables Fiscales.

c) Que manifiesto estar al día en el cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (Leyes 789 de 2002 y 828 de 2003)

d) Que manifiesto que durante los últimos 3 años contados desde el 1° de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2023 no he sido sancionado por el Ministerio de la Protección Social por incumplimiento en las obligaciones laborales.

e) Que convenimos en mantener vigente esta oferta por un período de noventa días (90) calendario, contados a partir de la fecha del cierre del concurso o del vencimiento de sus prórrogas, si las hubiere; la oferta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de que expire el período indicado.

f) Que entendemos que ustedes no están obligados a adjudicar la propuesta que no cumpla con los requisitos exigidos en el pliego de condiciones.

g) Que en caso de que me fuere adjudicado el concurso, me comprometo a suscribir el contrato correspondiente, dentro del término establecido para ello por parte de la E.S.E.

**Agradeciendo de antemano la atención prestada**

**Atentamente:**

**OSWALD ADRIAN CADENA RODRIGUEZ**
Gerente y Representante Legal

ASEYCOBC S.A.S
NIT 900449940-1

## JUSTIFICACIÓN JURÍDICA

La ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es la prestación de los servicios de salud, regulada por la universalidad y obligatoriedad, en el cual participan todos los afiliados tanto del régimen subsidiado y contributivo como también participan las personas pobres y vulnerables no afiliadas, las cuales son definidas en la ley como personas que por motivos de incapacidad de pago y que no lograron ser beneficiaros del régimen subsidiado tienen derecho a los servicios de atención en salud en instituciones públicas o de aquellas privadas que tengan contrato con el estado.

La ley 715 de 2001, crea el Sistema de participaciones del sector salud y prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

La ley 715 de 2001, en su artículo 43, establece que las competencias en materia de salud está en cabezada por los entes territoriales departamentales, distritales y municipales, es clara la obligación de tales entidades gestionar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de manera oportuna, eficiente y con calidad, incluido la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el plan obligatorio de salud que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que posean contrato con el estado.

La Ley 1122 de 2007, establece que los entes territoriales deben contratar para la atención de la población pobre en lo no cubierto por subsidio a la demanda con empresas sociales del estado debidamente habilitadas, sin embargo, si la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en el área de influencia la entidad territorial pobra contratar con otras instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas.

El decreto 1011 de 2006, refiere que los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

La ley 1122 de 2007, establece que se debe pagar a las IPS por una atención prestada el 50% anticipado del valor facturado, dentro de los cinco días posterior a su a la radicación de la cuenta, el saldo de la factura debe cancelarse 30 días posterior siempre y cuando no presenta objeción alguna, de lo contrario

El decreto 4747 de 2007 en su artículo 23 contempla el manejo de las glosas "Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura" de igual forma estable que "Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa

En el decreto 4747 de 2007 también establece reglas para las instituciones prestadoras de salud, en esta norma dice que las IPS "Deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud."

La Resolución 1479 de 2015, establece el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan Obligatorio de Salud suministrado a los afiliados del Régimen Subsidiado; de igual manera establece el procedimiento de reporte de manera semestral que deben realizar las Direcciones y secretaria Departamentales de Salud al Ministerio de Salud razón por lo cual las instituciones deben proveer a las ERP de esta información.

La Resolución 2284 de 2023 tiene por objeto establecer los soportes de cobro y manual único de devoluciones, glosas y respuestas las cuales deberán ser adoptadas por las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías.

La Resolución 2275 de 2023 tiene por objeto unificar y actualizar las disposiciones relativas al proceso de generación de RIPS como soporte de la FEV en salud, permitiendo la integración de los campos de datos de RIPS con los campos de datos adicionales del sector salud se deberán contemplar en la generación de la factura electrónica de venta, los cuales serán validados por el ministerio de salud.

La Resolución 2335 de 2023 tiene por objeto establecer los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías

La Red de servicios contratadas por la Secretaria Departamental de Salud, ERP requieren realizar seguimiento permanente con el objetivo de verificar el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en los contratos la pertinencia y la racionalidad técnico científica de las actividades, procedimientos e intervenciones realizados a la población objeto. Este seguimiento debe realizar mediante el proceso de auditoría para dar cumplimiento a la normatividad estipulada y de esta forma agilizar el giro de los recursos a las instituciones prestadoras de salud.

Las Instituciones de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de los procesos de auditoría de cuentas y auditoria concurrente, el primer proceso es para agilizar los recursos del sistema en este caso el giro de pago de las EPS hacia las IPS y el segundo proceso garantizara la adecuada prestación de los servicios de salud en las diferentes áreas de la E.S.E

## PROPUESTA TÉCNICA

## METODOLOGÍA – MODELO DE AUDITORÍA

### PROPÓSITO

Poner a disposición de la E.S.E. Hospital PIO XII, los elementos estratégicos de relacionamientos, metodológicos e instrumentales, que en el marco de los servicios de Auditoría de cuentas médicas, posibiliten desarrollar, con los más altos estándares de calidad, la Auditoría, Retrospectiva y Prospectiva a la atención médica y su respectiva facturación, prestada por la E.S.E. a las ERP públicas y privadas, Secretaria Departamental de Salud del Putumayo que aseguran la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y eventos no incluidos en el POS y en el POS-S, y las EPS subsidiado y Contributivo..

**OBJETIVO GENERAL:** Asegurar la ejecución de las actividades de auditoría de cuentas médicas, en función de verificar que las atenciones en salud brindadas a la población pertenecientes al régimen Subsidiado y Contributivo, población pobre no asegurada y migrantes con cargo a la Secretaria de Salud Departamental del Putumayo y otros aseguradores, se realicen con calidad y seguridad, con plena sujeción a la contratación establecida y a la normatividad vigente

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

a) Realizar observaciones al proceso de contratación con las diferentes EPS y/o ERP, basadas en el análisis de tarifas, procesos administrativos, coberturas entre otras, de acuerdo con la modalidad de contratación, Cápita, Evento, PGP, tendiendo como base los motivos de las glosas notificadas.

b) Diseñar estrategias de acompañamiento, apoyo y asistencia técnica acordes a los diferentes niveles de desarrollo del proceso de facturación.

c) Socialización en la normatividad que incluye los procesos de facturación, dirigida tanto al personal asistencial como administrativo.

d) Socialización de hallazgos de los motivos más relevantes de las facturas con valores de glosa inicial a las áreas responsables, por concepto de prestación de servicios de salud brindados por la ESE a los afiliados de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Contributivo, a la Secretaria Departamental del Putumayo y demás aseguradores, con los cuales la E.S.E. tenga contrato o se haya prestado por urgencia y demás documentos y/o gestiones inherentes realizadas con el fin de garantizar el cobro de los servicios prestados y facturados por la ESE

e) Acompañamiento en el proceso de corrección o ajuste de las inconsistencias detectadas en la auditoria previa a la producción de los servicios de urgencias y hospitalización.

f) Informe periódico a los coordinadores de las áreas asistenciales y administrativos sobre las inconsistencias detectadas por subfacturación o sobrefacturación.

g) Evaluación de los registros de la Historia Clínica y facturación, que permitan determinar la adecuada prestación de los servicios de salud evitando que se generen glosas por calidad de los servicios prestados.

h) Adelantar el proceso de auditoría y conciliación dentro de lo establecido en la normatividad vigente.

**ATRIBUTOS DE LA METODOLOGÍA Y DEL PLAN DE TRABAJO**

En relación con las actividades y productos generales y específicos resultantes del contrato que se llegare a suscribir, se establecen las siguientes premisas:

**Planeación:** Para el cabal cumplimiento del objeto del contrato, los profesionales que hacen parte del proyecto, presentarán, con las especificaciones y en los tiempos acordados los respectivos planes de trabajo y los informes correspondientes

**Confiabilidad técnica de los informes:** Los informes, con la periodicidad requerida, serán absolutamente confiables y se observará en ellos coherencia total con las labores desarrolladas.

**Idoneidad e independencia:** Se garantiza total idoneidad para la realización de las labores a desarrollar en cumplimiento de las obligaciones contraídas y que se actuará con total independencia e imparcialidad.

**Participación:** La información generada será analizada y discutida con todos los actores involucrados y, de ser necesario, se harán recomendaciones de manera personalizada y mediante informe escrito.

**Calidad:** Por principio, se garantiza que los productos elaborados serán de la más alta calidad técnica.

**Oportunidad:** Los resultados de la auditoria como hallazgos, informes parciales y definitivos, notificaciones de Glosa, devoluciones de facturación demás serán entregados de forma oportuna, cumpliendo siempre con lo establecido dentro de la Normatividad vigente.

El proyecto contará en su fase de planeación con la estimación de cada una de las obligaciones y requisitos particulares para el desarrollo del objeto contractual, la metodología para el abordaje operativo en su estimación de provisión de recursos, asignación de personal, necesidades de capacitación, estimación de riesgos, documentación y registros entre otros, al igual que los procesos y procedimientos estimados para su ejecución de tal forma que le garantice a la E.S.E. el monitoreo y seguimiento en cada una de las etapas en las cuales se desarrolla el contrato y a ASEYCOBC S.A.S la correcta ejecución del mismo.

De igual forma se plantean los indicadores de monitorización del desempeño del proyecto que permita tomar las acciones correctivas, preventivas o de mejora necesarias durante su ejecución, cada una de las etapas se describen y detallan en el Plan de Gestión del Proyecto el cual formará parte integral del acta de inicio a suscribirse con la E.S.E.

**Mecanismos de Coordinación:** El éxito de las labores radica en la buena disposición y las mejores relaciones de los profesionales asignados desde las distintas organizaciones, en el entendido que el proyecto es una construcción conjunta, que sin duda alguna aportará elementos conceptuales y operativos que posibilitarán mejoras sustanciales en la prestación de servicios a los usuarios.

En este sentido, se hace necesario establecer mecanismos de consulta sistemática y acompañamiento por parte de los equipos técnicos de la E.S.E. y nuestra Empresa.

Adicionalmente, se realizarán reuniones periódicas con los integrantes de los grupos y los expertos temáticos de Auditoria y facturación, con el propósito de analizar avances y dificultades en desarrollo del plan de trabajo y de las obligaciones contractuales y, de ser necesario, ajustar la programación.

## 1. METODOLOGÍA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

**Objetivos:**

Verificar que lo facturado por la IPS, corresponda con los servicios autorizados y efectivamente prestados; además, que la atención del usuario, se realice bajo criterios mínimos de calidad: Oportunidad, continuidad, suficiencia, coherencia de la atención, integralidad, aceptabilidad y seguridad.

Posibilitar desarrollo de las EPS, induciendo la elaboración y puesta en marcha de planes de mejoramiento en relación con procesos de atención deficitarios Sin detrimento de la garantía de acceso efectivo a los servicios, desarrollar actividades costos efectivos y racionales desde el punto de vista técnico científico para el control del costo médico.

El Proceso en general, para el caso de la auditoría retrospectiva de las cuentas médicas, se ejecutarán los siguientes pasos:

**VERIFICACIÓN DE TARIFAS**

- Que los valores de las actividades, procedimientos e intervenciones cobrados correspondan con las tarifas pactadas en los contratos con las diferentes EPS.

## VERIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Que las actividades, procedimientos e intervenciones autorizados y cobrados efectivamente realizado.

- Que los medicamentos, insumos y dispositivos médicos facturados efectivamente se hayan suministrado.
- Que los medicamentos, insumos y dispositivos médicos facturados efectivamente se hayan suministrado/aplicado en las cantidades establecidas determinadas por el profesional de la salud tratante.
- Calidad de las actividades, procedimientos e intervenciones realizados.

## VERIFICACIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO

- Identificar la fecha de la prestación del servicio para aplicar la normatividad de acuerdo al periodo, teniendo en cuenta que esta presenta cambios en la cobertura y procedimientos aplicados al Sistema de Salud.

- Verificación de los registros clínicos (médicos, enfermería y demás profesionales de la salud) para determinar que cumplan con los requisitos de calidad exigidos en la normatividad vigente.

- Verificar que exista correspondencia administrativa en cada uno de los eventos auditados, así como la evaluación de los registros de la historia clínica y facturación, que permitan determinar la adecuada prestación de los Servicios de Salud

## RESPUESTA DE OBJECIONES

De acuerdo con las objeciones realizadas por parte de las Entidades Responsables de Pago ERP, en los tiempos estipulados de la normatividad vigente, el proceso de auditoría de cuentas medicas realizará el trámite de glosas de acuerdo con la resolución 2284 de 2023 así:

## ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. (Leer anexo técnico N°3 de la Resolución 2284 de 2023).

- Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.
- El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

- La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.
- Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.
- Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.
- Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

**INFORME DE GLOSAS INICIAL**

El proceso de auditoría de cuentas médicas, realizará la entrega el 15 de cada mes subsiguiente a la recepción de las notificaciones, con el proceso de respuesta emitido de acuerdo con los tiempos estipulados en la norma, para lo anterior, los campos a diligenciar serán los que corresponde al proceso de Glosa tanto para la respuesta como para la conciliación, adicional los anexos de las conciliaciones se enviaran al correo de glosas glosas@esehospitalpioxiicolonputumayo.gov.co, quien se encargara de consolidar la información en la siguiente estructura:

- NIT de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.
- Razón social de la entidad responsable del pago
- Código del prestador de servicios de salud. Corresponde al código asignado por la dirección departamental o distrital de salud.
- Nombre o razón social del prestador de servicios de salud
- Prefijo de la factura. Corresponde a las letras que anteceden al número de la factura a glosar (campo opcional)
- Número de factura. Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.
- Fecha de prestación del servicio o egreso. Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.
- Fecha de emisión de la factura. Fecha en la que se genera la factura.
- Número de autorización. Se refiere al número de la autorización principal, es decir a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de siete (7) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.
- Fecha de autorización. Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.
- Fecha de presentación de la factura. Corresponde a la fecha en la cual el prestador

presenta la factura ante la entidad responsable del pago.

- Valor de la factura. Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.
- Fecha glosa inicial. Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.
- Valor glosa inicial. Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.
- Código glosa inicial. Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciar una fila para cada causa.
- Observaciones: En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.
- Fecha respuesta a glosa inicial. Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.
- Código respuesta a glosa. Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.
- Valor sustentado respuesta a glosa inicial. Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.
- Observaciones: En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.

**CONCILIACIÓN DE OBJECIONES PRIMERA INSTANCIA**

Si revisadas las objeciones formuladas, las EPS manifiesta no aceptarlas en su totalidad o no aceptar algunas de ellas, se acuerda fecha para realizar CONCILIACIÓN, que, en esta instancia, la realizarán, el delegado de la EPS y el profesional del área de la salud que tiene a su cargo la auditoría de cuentas de dicha EPS. De ser necesario, podrán contar con el apoyo del Coordinador de auditoría médica. Esta actividad, se realizará en las instalaciones de la E.S.E., en cada una de las EPS o virtual mediante los siguientes campos como resumen:

- Fecha glosa definitiva: Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.
- Código glosa definitiva. Este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.
- Valor a favor de la IPS: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial
- Valor de glosa definitiva: Corresponde al monto que la IPS reconoce a la Entidad responsable del pago.
- Observaciones: En este campo se aclara la razón de la glosa definitiva.

**CONCILIACIÓN DE GLOSAS DE SEGUNDA INSTANCIA**

Para evitar retraso adicional en los pagos, se propone que antes de que se acuda a instancias nacionales para dirimir desacuerdos entre quien paga el servicio y quien lo prestó (IPS), se lleve a cabo una CONCILIACIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA. Con información aportada por ASEYCOBC sobre valores no conciliados (glosas definitivas desde auditoría), se reunirán, un representante de la ERP y un representante de la EPS, para realizar la conciliación correspondiente.

## 2. ELEMENTOS CONEXOS CON LA METODOLOGÍA

ASEYCOBC dispondrá del recurso humano necesario de acuerdo con lo establecido en los términos del documento de cotización en número de personas y perfiles, el cual se ubicará en las ciudades de Mocoa, Pasto y Popayán como se establece al pie de página; Dicho personal contará con los recursos técnicos, logísticos, financieros y de infraestructura, además del acceso directo para el ingreso en tiempo real de la información generada durante las actividades de auditoría.

Para garantizar la realización de las labores de auditoría, se conformarán equipos básicos de auditores (Profesional de la Salud, Auxiliar de Auditoría de cuentas, Auxiliar administrativo en salud), que tendrán bajo su responsabilidad, la auditoría de cuentas médicas de un número y tipo determinado de EPS, garantizando en todo caso, equilibrio en cargas de trabajo. Contarán con el apoyo de:

- Coordinador de auditoría médica.
- Profesional de la Salud especialista auditoría en salud
- Técnico en sistemas.
- Auxiliar administrativo en salud
- Auxiliar de cuentas Medicas

El talento humano que realizara la ejecución cuenta con una amplia experiencia en el campo de AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS.

Presentación de avances del trabajo cada quince días en cuanto a los aspectos técnicos (auditoría retrospectiva y concurrente) y administrativos relacionados con el contrato. Se dejará constancia en acta de los temas tratados,

Dado que la conectividad de Internet del Hospital hacia el exterior es fluctuante se realizará la INSTALACION DEL SOFTWARE en un servidor propiedad de ASEYCOBC SAS, por lo que la ESE autorizará la instalación de este y enviará las copias de manera diaria para estar al día con la base de datos.

## 3. META DE GLOSA PROPUESTA

La meta porcentual de glosa propuesta se establece en un porcentaje no superior al 10%, para dar cumplimiento a lo establecido en los términos de referencia y al porcentaje histórico y contractual que tiene establecida la E.S.E.

## 4. CONDICIONES COMERCIALES PRECIO Y FORMA DE PAGO

El valor fiscal inicial corresponde a la suma de: TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS MDA/CTE ($ 32.000. 000.oo), pagaderos en cuatro mensualidades vencidas por la suma DE OCHO MILLONES DE PESOS ($ 8.000.000), a la presentación de los informes que sustenten el trabajo realizado del resultado de labor contratada por cada mes previa liquidación adicional de la siguiente manera:

El contratista deberá presentar respuesta de las objeciones y la preparación del material se realiza para a asistencia a la cita de conciliación. Servicio prestado también a riesgo del contratista producto de la conciliación y presentación aval de pago, incluye: respuesta de glosas, análisis de resultados del valor facturado y aceptado por las ERP de los valores facturados por la E.S.E.

La liquidación y pago se efectuarán previa presentación de la cuenta de cobro en formato institucional, informe de actividades, certificación de cumplimiento suscrita por el supervisor del contrato, pago de aportes al sistema de seguridad social. Se cancelará la suma correspondiente dentro de los diez (10) días siguientes al cumplimiento mensual del servicio.

## 5. EQUIPO DE TRABAJO

De acuerdo a las labores a realizar se contaría con un equipo multidisciplinario con una gran trayectoria que apoyaría la realización de las labores contratadas integrado por los siguientes:

**Silvana Ibarra Ruiz** **Auditora de Cuentas médicas**

El personal profesional que adicionalmente pueda ser necesario en virtud del análisis efectuado por ASEYCOBC SAS, será de única y estricta responsabilidad de ASEYCOBC SAS, con su absoluta y plena responsabilidad en el desarrollo y ejecución del objeto contractual, por consiguiente, los soportes que se relacionan y adjuntan corresponderán al equipo de trabajo inicialmente relacionado para todos sus efectos.

## 6. PERIODO DE CONTRATACIÓN

El plazo de ejecución del contrato será de tres meses desde la firma de acta de inicio.

## 7. OFERTA

Quince (15) días, Para cualquier información adicional con gusto la suministraremos en los teléfonos indicados al pie de la hoja o nos desplazaremos a su despacho.

**8. GARANTIAS**

El contratista presentará garantía única que avalará el cumplimiento de las obligaciones surgidas mediante una póliza única de cumplimiento del contrato a favor de la E.S.E. HOSPITAL, expedida por una Compañía de Seguros, legalmente autorizada para funcionar en Colombia, conforme a las disposiciones legales vigentes.

**9. INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA**

El contratista actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con el contratante y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del contratante y el pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

Atentamente:

**OSWALD ADRIAN CADENA RODRIGUEZ**
**Gerente y Representante Legal**