

## CONTRATO DE PRESENTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y CLINICA ASOTRAUMA LTDA.

Entre los suscritos a saber: **GILBERTO QUINCHE TORO**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.497.294 expedida en Bogotá, representante legal de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, identificado con NIT. 860.011.153 -6 y autorizada para funcionar como **Entidad Administradora de Riesgos Profesionales** por la superintendencia bancaria mediante resolución Numero 3178 del 28 de diciembre de 1995, por una parte, que en adelante se denominará **ASEGURADORA** y por la otra **GONZALO VARGAS RAMIREZ** mayor de edad y domiciliada(o) en carrera 4D No. 32 – 34, identificada(o) con Cedula de ciudadanía No. 14.242.108 expedida en Ibagué, quien obra en calidad de representante legal de **CLINICA ASOTRAUMA LTDA**, con NTI. No. **800.209.891**, entidad que en adelante se denominará el **CONTRATISTA**; con fundamento en los artículos 168 de la ley 100 de 1993, del decreto 1295 de 1994 y de mas normas concordantes y reglamentarias, las cuales facultan a las **A.R.P.** para suscribir convenios con los **I.P.S.** para la presentación de los servicios de salud derivadas de riesgos profesionales ~~hechos~~ acordado celebrar el presente contrato, el cual esta regido por las cláusulas que se transcriben a continuación y , en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia, dentro del marco del sistema general de seguridad social.

### **CLAUSULA PRIMERA: OBJETIVO DEL CONTRATO**

El presente contrato tiene por objetivo regular las relaciones entre la **ASEGURADORA** y el **CONTRATISTA** y específicamente, la prestación de los servicios de salud para los asegurados a la **ASEGURADORA** que acceden a los servicios del **CONTRATISTA** en calidad de afiliados a la **ASEGURADORA**, por causa exclusiva de un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o los servicios para la toma o atención de un seguro del portafolio de la entidad, encontrándose excluido del presente contrato los servicios de salud y todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnostico, tratamiento o rehabilitación de la patología derivada del evento calificado como profesional a los servicios considerados como experimentales, cosméticos o suntuarios. Para tal efecto la **ASEGURADORA**, se compromete a pagarle al **CONTRATISTA**, el valor de los servicios de salud en caso de atención de urgencias y/o consulta externa y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, que preste a sus afiliados por causa de accidente de trabajo, enfermedad profesional o los servicios para la toma o atención de un seguro del portafolio de la entidad, y el **CONTRATISTA** se compromete a prestar a los afiliados de la **ASEGURADORA** , que accedan a su servicio por causa profesional, todos los servicios que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que se encuentren habilitados, en cumplimiento con lo establecido en los Decretos 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos No. 1 y 2, Circular Única 047 de 2007, modificada para la circular Única 048, 049 Ídem, con el cumplimiento de los requisitos técnicos y normativos definidos en la legislación vigentes y las metodologías definidas por la **ASEGURADORA**. El formato de habilitación hace parte integral del presente contrato en el **anexo 1**. El portafolio de servicios hace parte integral del presente contrato en el **anexo 2**.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Las prestaciones asistenciales se otorgan de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1011 de 2.006, ley 1122 de 2.007, Decreto 4747 de 2.007 y las normas que los modifican o complementan, las cuales reglamentan el sistema de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las prescripciones éticas y legales que rigen su objeto social, en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia utilizando para este propósito, la tecnología disponible en la entidad.

*Handwritten signature*

Así mismo, dichos servicios se prestarán de conformidad con lo dispuesto en las siguientes normas y sentencias: 1. Acuerdo 008 de 2010 la CRES, "por la cual se establece el manual de actividades e intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", 2. Sentencia C-463 de 2008 y T - 760 de 2008 de la corte constitucional. 3. Las de más normas o sentencias de constitucionalidad que lo adicionen , aclaren, completamente, reformen o sustituyan, las cuales se entienden incorporadas dentro del presente contrato siempre y cuando estas disposiciones asistenciales a que tiene derecho sus afiliados.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** El **CONTRATISTA** deberá tener en cuenta por la formulación de medicamentos los contenidos en los acuerdos 228/2002, 236/2002 y 236/2002, anexo técnico del acuerdo 08 CRES del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con principios de racionalidad técnicos científico, sin que estos sea un obstáculo para brindar la mejor calidad de la atención.

En el caso del uso de medicamentos no incluidos en el acuerdo 228 de 2002 y de mas normas que lo modifican y adicionen, su prescripción se realizara según los alineamientos de la sentencia T - 760 de 2008 de la Corte Constitucional y la Resolución 3099 de 2008.

**PARAGRAFO TERCERO:** En caso de que se requiera el traslado del paciente a otra entidad, la **ASEGURADORA** dispondrá de su red de prestadores de servicios de salud que garantizan la disponibilidad y suficiencia de los servicios, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

**CLAUSULA SEGUNDA: AFILIADOS AL SERVICIO**

Son sujetos de la de prestaciones de asistenciales descritas en la cláusula anterior las personas naturales definidas como afiliados al Sistema de Riesgos Profesionales, cuyo empleador las haya afiliado a la **ASEGURADORA**, de acuerdo a lo definido en el artículo 13 del decreto 1295 de 1994 y las normas que lo modifiquen o complementen.

**CLAUSULA TERCERA: COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O LA ENFERMEDAD DE ORIGEN PROFECIONAL**

En el evento de atender a un afiliado da la **ASEGURADORA** por presunto accidente de trabajo o enfermedad profesional, el **CONTRATISTA** deberá reportar a la **ASEGURADORA** todos estos eventos o patologías de los cual es se presume o se tenga sospecha de su origen profesional por parte del medico tratante de la **IPS**, sobre la atención prestada en la urgencia, dentro de los dos (2) días siguientes al conocimiento del evento o patología objeto de la atención. Si no se produce el respectivo aviso, la **ASEGURADORA** se reserva los derechos de pagos sobre dicha cuanta. En el caso en el que el paciente requiera estancia por tiempo superior a 24 horas (observación, hospitalización) se debe dar aviso inmediato a las líneas de call center 018000111170 en bogota D.C. en todos casos deberá sugerirse el procedimiento definido en el decreto 4747 de 2.007 y la resolución 3047 de 2.008, y las nomás que los complementan o modifiquen.

De igual forma, el **CONTRATISTA** deberá en todos los casos, solicitar y adjuntar el físico del **FORMULARIO DE ACCIDENTES DE TRABAJO (FURAT)**, expedido por la **ASEGURADORA**.

**CLAUSULA CUARTA: CONDICIONES PARA LA ATENCION DEL AFILIADO**

Los requisitos para la atención de los afiliados son:

1. Presentación del documento de identidad.
2. presentación del carne que lo acredite como afiliado a la **ASEGURADORA** si el usuario lo porta.
3. Verificación de derechos de afilados de la **ASEGURADORA** mediante mediante comunicaciones mediante el call center 018000111170 en bogota D.C., los mecanismos tecnológicos existentes. El proceso de verificación será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias D 4747/2.007.
4. Orden de servicios o Autorizaciones expedida por la **ASEGURADORA**, para la realización de todas las actividades y procedimientos diferentes a las atenciones



relacionadas con la urgencia, incluyéndose las que se encuentran fuera del Plan Obligatorio de Salud POS. El proceso de autorización debe realizarse de acuerdo a lo definido en el Decreto 4747 de 2.007 y la Resolución 3047 de 2.008 y las normas y las normas que lo complementen o modifiquen.

Las solicitudes de servicios electivos o posteriores a la atención de urgencias se tramitarán de acuerdo a lo definido en el Decreto 4747 de 2.007 y las normas que lo complementan o modifican

5. En los procedimientos de hospitalización debe solicitarse autorización adicional para la realización de estudios de diagnóstico de IV nivel o los considerados de alta complejidad no incluidos en el MAPIOS, y para los procedimientos quirúrgicos adicionales a los autorizados o no relacionados con el diagnóstico que justifica la actual hospitalización.

**PARAGRAFO PRIMERO:** el **CONTRATISTA** no podrá solicitar ningún depósito, ni efectuar ningún cobro al afiliado a la **ASEGURADORA** que accede al servicio por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

**CLAUSULA QUINTA: CONDICIONES PARA LA REMISION DEL AFILIADO**

El **CONTRATISTA** deberá prestar al paciente afiliado a la **ASEGURADORA** la atención integral de urgencias. En el evento que el **CONTRATISTA** no cuente con los medios o tecnología necesaria para continuar con la atención del paciente deberá remitirlo a otra **I.P.S.** que sí reúna dichas condiciones y que este adscrita a la **E.P.S.** a la cual este afiliado el trabajador o a la Red Alternativa de la **ASEGURADORA**, aplicando siempre el sistema de referencia y contrarreferencia, según los procedimientos establecidos y el régimen de responsabilidad consagrado en el Decreto 4747 de 2.007. Lo anterior, excepto en aquellos casos en que el tratamiento de urgencia específico que requiera al afiliado haga necesario su remisión a una **I.P.S.** no adscrita a la red asistencial de la **E.P.S.** a que se encuentre afiliado el paciente atendido o la Red Alternativa de la **ASEGURADORA**, circunstancia que deberá ser avisada por el **CONTRATISTA** a la **ASEGURADORA** y **E.P.S.** dentro de dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia.

Cuando la remisión se realiza a una **I.P.S.** no se adscribe a la red asistencial de la **E.P.S.** a la que se encuentre afiliado el paciente atendido o a la Red Alternativa de la **ASEGURADORA**, y la remisión sea necesaria pero o urgente, para su realización, el **CONTRATISTA** deberá obtener autorización previa de la **ASEGURADORA**.

Los eventos en los cuales la **ASEGURADORA** apoye el proceso de referencia y contrarreferencia solicitado por el **CONTRATISTA**, este apoyo no compromete la responsabilidad previa de la **ASEGURADORA**, ni releva la del **CONTRATISTA**.

**CLAUSULA SEXTA: TARIFAS**

La **ASEGURADORA** reembolsará al **CONTRATISTA** el valor de los servicios prestado de acuerdo con las tarifas SOAT VIGENTE.

**PARAGRAFO PRIMERO:** en todo caso, la facturación deberá ceñirse a lo estipulado en los artículos y cláusulas del Manual de tarifas en comento solo podrá salirse de estos parámetros cuando las partes así lo convengan. No se pagaran las complicaciones médicas imputables al **CONTRATISTA** debidamente probadas.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** en los casos en que el material de osteosíntesis sea totalmente indispensable para salvaguardar la salud del paciente, el **CONTRATISTA** podrá suministrarlo. En todos estos casos el costo del material de osteosíntesis y prótesis cobrado a la **ASEGURADORA** deberá ser soportado con la factura de compra del material

**CLAUSULA SEPTIMA: PRESENTACION Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES**

Las partes convienen que la prestación de las cuentas de cobro y/o facturas se hará en las oficinas de la **ASEGURADORA** en la ciudad de Ibagué, Cra. 5 No. 39 – 67. El pago de los servicios se hará de acuerdo a los términos establecidos en los Decretos 046 de enero de 2000, Decreto 3260 de 2.004, ley 1122 de 2.007 y Decreto 4747 de 2.007

El **CONTRATISTA** en las fechas señaladas de corte, se compromete a enviar a la **ASEGURADORA** una cuenta de cobro y/o factura general, anexando los siguientes documentos por cada afiliado a la **ASEGURADORA** atendido, de acuerdo a lo definido por la Resolución 3047 de 2.008 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan:

- Factura o documento equivalente, para cada paciente atendido.
- Detalle de cargos, en el caso que la factura no lo detalle.
- Autorización si aplica.
- Informe de la atención de urgencias, resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Formato de medicamentos NO POS si aplica.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnósticos, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1.994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Descripción quirúrgica si aplica.
- Registro de anestesia si aplica.
- Fotocopia de la fórmula médica para medicamentos u oxígeno.
- Hoja de transado en el caso de servicio de ambulancia.
- Comprobante del recibido del usuario.
- Soporte de comprobante de material de osteosíntesis o prótesis (copia de la factura).
- Copia del formato Único de Reporte de Accidente de trabajo (FURAT).
- Fotocopia de la factura por el cobro del SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

Con periodicidad mensual el **CONTRATISTA** debe anexar la información señalada en la resolución 03374 de Diciembre 27 de 2000 (Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud "RIPS") y la circular 025 de 2001 en comento, con el registro de los pacientes atendidos facturados en este periodo de tiempo.

**PARAGRAFO UNO:** Antes de la fecha de radicación de la factura o cuanta de cobro, el **CONTRATISTA** deberá hacer una pre auditoria, con el personal de auditoria concurrente de la **ASEGURADORA** autorizado para ello, de tales facturas o cuantas, con el fin de verificarse el contenido, soportes y pertinencias de las mismas.

**PARAGRAFO DOS:** se determina como fecha de radicación de la factura o cuanta de cobro aquellas fechas en que la misma es presentado por el **CONTRATISTA** y recibida por la **ASEGURADORA**, y por todos los efectos esta deberá ser la fecha que permita clasificar la edad de la cartera, y así efectuar los pagos en los plazos establecidos.

**PARAGRAFO TRES:** las cuantas de cobro de los servicios médicos – asistenciales deberán ser presentadas por el **CONTRATISTA** a la **ASEGURADORA**, dentro de los primeros veinte (20) días calendario de cada mes. Factura por cada paciente.

Las condiciones del trámite de las facturas serán incluidas en la Ley 1122 de 2007 el Decreto 3260 de 2.004, Decreto 4747 de 2.007, Resolución 3047 de 2.008 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, así:

-Se cancelara un pago anticipado del cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas radicadas dentro de los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de radicación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagara dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura.

-Una vez radicadas las cuentas, la **ASEGURADORA** tendrá un plazo de veinte (20) días hábiles a partir de la fecha de radicación de la factura para formular y comunicar al **CONTRATISTA** las observaciones sobre las facturas, sobre las cuales pueden ser devoluciones, aceptación o glosa.

-Las facturas devueltas no se consideraran presentadas para los plazos de pago definidos por la norma.

-Una vez formuladas las glosas a una factura, la **ASEGURADORA** no podrá formular nuevas glosas a la misma factura, salvo la que surjan de hecho detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

-Las facturas glosadas se notificarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura. La información de la factura se remitirá con base a la codificación y alcance definido en el manual único de glosa, devoluciones y respuestas definido en la resolución 3047 de 2008, Decreto 4747 de 2.007 a las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

-El **CONTRATISTA** debe dar respuesta a las glosas presentadas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.

-Una vez recibida la respuesta de las glosas, la **ASEGURADORA** decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción.

-Los valores por las glosas levantadas deberán ser canceladas dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes informando de este hecho al **CONTRATISTA**.

En el evento de la glosa u objeción presentada sea consecuencia de discrepancias en el origen del accidente o enfermedad, los días establecidos en los incisos anteriores se adicionaran al tiempo necesario para poder agotar todas las instancias necesarias para su definición. Resuelta la controversia, el pago se realizara en el mes siguiente, si se definió el origen como profesional.

El pago de las cuentas se hará a través de giro interbancario.

**PARA GRAFO CUARTO:** El Manual de Radicación de Cuentas de la **ASEGURADORA** hace parte integral del presente contrato en el **Anexo 3**.

**CLAUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE LA A.R.P.**

La **ASEGURADORA** se obliga con el **CONTRATISTA** a:

1. Cancelar oportunamente las cuentas de cobro presentadas por el **CONTRATISTA** de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula séptima del presente contrato.
2. La **ASEGURADORA** esta obligada a cubrir los costos de los servicios de salud autorizados y objeto de este contrato, si el paciente o sus familiares desean servicios adicionales a los estipulados dentro del régimen de Riesgos Profesionales, no serán asumidos por la **ASEGURADORA**.
3. Ilustrar a sus afiliados sobre los procesos a seguir para el acceso a la red asistencial adscrita al **CONTRATISTA** en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
4. Mantener vigente su autorización de funcionamiento y de más requisitos legales.
5. La **ASEGURADORA** se compromete a informar oportunamente cualquier cambio que afecta el modelo de atención, así mismo expedir carta de presentación del Auditor de Servicios Médicos designados por la **ASEGURADORA**.
6. Informar al **CONTRATISTA** el diseño y organización de la red de servicios incluyendo el nombre, ubicación y nivel de complejidad de cada uno de ellos.
7. Informar los cambios de la población objeto de atención de este acuerdo de voluntades

**CLAUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

El **CONTRATISTA** se obliga con la **ASEGURADORA** a:

1. Prestar los servicios asistenciales establecidos en la cláusula primera del presente contrato a los afiliados a la **ASEGURADORA** que acceden a su red asistencial por causa profesional, con la mayor diligencia en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia y utilizando el equipo humano, técnico y profesional idóneo para la prestación de dichos servicios y con la tecnología media disponible en el país.
2. Colaborar para permitir el acceso de los médicos, la comisión laboral de la **ASEGURADORA** y el personal de auditoria concurrente, a su red asistencial, donde se encuentra el afiliado atendido y su historia clínica y de mas documentos pertinentes, para fines exclusivos de auditoria medica.

3. Aplicar el sistema de referencia y contrarreferencia en los casos que sea necesario la remisión de pacientes.
4. Cumplir con los estándares de calidad establecidos para la atención de usuarios de la **ASEGURADORA** citas de consulta externa de especialidades medicas máximo 2 días hábiles, cita de fisioterapia máximo 1 día hábil, elementos de osteosíntesis y prótesis máximo 1 día hábil formulación de los medicamentos genéricos (salvo lo descrito en la CLAUSULA PRIMERA, parágrafo segundo del presente contrato ), y los indicadores de calidad definidos en le Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad de la Atención en Salud.
5. Suministrar los tratamientos que requiera los usuarios y que sean pertinentes de acuerdo al diagnóstico emitido y con racionalidad técnico científica, así mismo informar al usuario los aspectos relacionados con su salud y dar cumplimiento a los derechos de los pacientes establecidos en la legislación vigente.
6. Informar a la **ASEGURADORA** el diagnóstico confirmado o presuntivo de cualquier enfermedad de origen profesional, en el momento en que este se realice.
7. Difundir el presente contrato a sus trabajadores, para que esos tengan conocimiento de las normas y alcances que se deben tener en cuenta para la prestación de los servicios a os afiliado a la **ASEGURADORA** que accedan a los servicios por causa profesional. Para tal efecto, la **ASEGURADORA** suministrara el material necesario para la divulgación del convenio y señalara los parámetros establecidos para la correcta ejecución de mismo.
8. Garantizar el manejo relacional de los recursos aplicando la pertinencia medica en solicitud y formulación de exámenes diagnósticos, procedimientos medico quirúrgicos y suministro de medicamentos.
9. Enviar a la **ASEGURADORA** las solicitudes que esta haga de historia clínica, valoraciones medico y/o de especialista, resultados de exámenes, en un termino no mayor a cinco (5) días calendario.
10. Suministrar informaron clara y concreta sobre pronóstico, probabilidad de rehabilitación y posibles secuelas del paciente que sean solicitado por al **ASEGURADORA**, utilizando la clasificación y terminología de los procedimientos realizados de acuerdo a los manuales y disposiciones legales vigentes.
11. Mantener vigente su habilitación y actualizar sus licencias de funcionamiento de acuerdo con los servicios de salud que prestan, de igual forma abstenerse de prestar servicios a través de personas en entrenamiento o sin el cumplimiento de los estándares establecidos en la normatividad vigente.
12. Cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulado por el departamento de auditoria medica dentro del proceso de verificación de garantía de calidad.
13. Confirmar que quien se presenta para la atención de urgencias efectivamente se encuentra afiliado a la **ASEGURADORA** exigiendo el carne que identifica al trabajador como afiliado a la **ASEGURADORA** y en caso de no presentar el carne indagando directamente con la **ASEGURADORA**.
14. Conocer y aplicar las disposiciones expedidas por las autoridades del país a que estén obligadas en ocasión del presente contrato.

#### **CLAUSULA DECIMA: GARANTIAS**

La **ASEGURADORA** no asume responsabilidad por la prestación de servicios asistenciales suministrados directamente por el **CONTRATISTA**. Dicha responsabilidad será asumida directamente por el **CONTRATISTA**. Adicionalmente, el **CONTRATISTA** responderá civilmente por todos los daños o perjuicios causado a los trabajadores beneficiarios de este contrato, que se vean afectado por la mala calidad de los servicios objeto del mismo, por lo que deberá anexar al presente contrato la copia de la Póliza de Responsabilidad Civil que posea, en la que se encuentre acaparados los profesionales de la salud que prestan sus servicios en la misma.

**PARAGRAFO PRIMERO:** El hecho de la constitución de esta garantía no exonera al **CONTRATISTA**, de sus responsabilidades legales con todos los riesgos asegurados. El **CONTRATISTA** deberá entregar la póliza debidamente constituida y firmada.

**CLAUSULA DECIMO PRIMERA: INDEPENDENCIA LABORAL**

El presente contrato es de naturaleza civil y se regirá por las normas del derecho privado. Las partes dejan expresar constancia del presente contrato no constituya relación laboral entre ellas, ni entre la **ASEGURADORA** y los trabajadores dependientes o en consecuencia el **CONTRATISTA** asume bajo su exclusiva responsabilidad todos los riesgos que e deriven de la ejecución del contrato actual y al cancelación de los salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones, honorarios y de mas obligaciones del personal del personal que utiliza.

En ningún caso existirá relación jurídica o vinculación laboral alguna entre **ASEGURADORA** y los profesionales de salud, personal administrativo y trabajadores del **CONTRATISTA**.

**CLAUSULA DECIMO SEGUNDA: DURACIÓN**

el presente contrato tendrá una duración de un (1) año contados a partir de la realización del presente, y podrá ser prorrogado de manera automática si ninguna de las partes notifica por escrito lo contrario con 30 días de antelación.

**PARAGRAFO:** la duración del contrato no incluya la vigencia de las tarifas, las cuales estarán sujetas a lo preceptuado en la cláusula quinta de acto que se suscribe.

**CLAUSULA DECIMO TERCERA: TERMINACIÓN**

El presente convenio podrá darse por terminado por los siguientes causales: a) por mutuo acuerdo entre las dos partes. b) por decisión unilateral de cualquiera de las partes, siempre y cuando se de aviso por escrito a la otra parte contratante con treinta (30) días de anticipación, sin que este hecho genere indemnización alguna o pago de perjuicios. c) por incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones estipuladas en el presente convenio, sin perjuicio de la indemnización de perjuicios a que hubiera lugar según lo preceptuado en el artículo 1546 del Código Civil y de mas normas concordantes. En este caso las relaciones entre las disposiciones **ASEGURADORA** y al **CONTRATISTA** se regirán por lo establecido en las disposiciones legales.

Los eventos y conflictos que en al momento de la terminación del contrato se encuentren pendientes, derivados de accidentes de trabajo ocurrido y enfermedad profesional diagnosticada antes de la terminación del contrato, seguirán rigiéndose por las cláusulas contenidas en el presente convenio.

**CLAUSULA DECIMO CUARTA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

En el evento de cualquier controversia derivada del presente contrato que no puedan ser resueltas directamente por las partes, la **ASEGURADORA** y la **CONTRATISTA**, convocaran a una junta de amigables componedores. De no llegarse a acuerdo, dicha controversia o diferencia será sometida a la decisión de árbitros según lo estipulado en los artículos 2011 y 2025 del Código de Comercio. Los árbitros serán designado por la Cámara de Comercio de bogota, y deberán estar domiciliados en la misma ciudad, y deben ser ciudadanos Colombianos en ejercicio de sus derechos civiles. Los árbitros quedan facultados para conciliar las pretensiones opuestas y sus sentencias deben dictarse en derecho. Se regirán por las normas y disposiciones de la Cámara de Comercio de Bogota. En cuanto a los conflictos surgido en razón a desacuerdo en glosas, se acudirá a la superintendencia Nacional de Salud, de conformidad a lo estipulado en la cláusula octava.

**CLAUSUALA DECIMO QUINTA: PROHIBICIONES DE CESIÓN**

El **CONTRATISTA** no podrá ceder el presente contrato a persona alguna sin el consentimiento previo y escrito de la **ASEGURADORA**.

**CLAUSULA DECIMO SEXTA: GASTOS**

Los gastos que se generen con ocasiones de la celebración del presente contrato, serán asumidos por los contratantes por partes iguales.

**CLAUSULA DECIMO SPTIMA: VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato es de cuantía indeterminada y corresponderá al valor de los de los servicios asistenciales prestados por el **CONTRATISTA** a los usuarios de la **ASEGURADORA**, los cuales están incluidos en las facturas pagadas y en las glosadas pendientes de pago, durante la vigencia del presente contrato.

**CLAUSULA DECIMO OCTAVA: CONTROL DE EJECUCIÓN**

El control de ejecución de este contrato será ejecutado y/o realizado por la GERENCIA MEDICA.

**CLAUSULA DECIMO NOVENA: LUGAR DE EJECUCIÓN**

El lugar de ejecución del presente contrato será en las instalaciones del proveedor contratado sede: **carrera 4D No. 32 – 34, Teléfono 2668945 fax 2641920 Ibagué.**

**CLAUSULA VIGESIMA: APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

El **CONTRATISTA** acreditará estar al día en pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales.

**CLAUSULA VIGESIMO PRIMERA: DOMICILIO CONTRACTUAL**

Para todos los efectos las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Bogota, D.C.

Para constancia se firma el presente contrato en un (1) ejemplar original el primero (1)

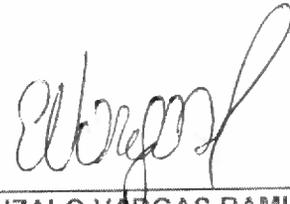
de 14 DIC. 2010

POSITIVA

CLINICA ASOTRAUMA LTDA



GILBERTO QUINCHE TORÓ  
Representante legal  
C.C. 19.497.294 expedida en Bogota



GONZALO VARGAS RAMIREZ  
Representante legal  
C.C. 14.242.108 expedida en Ibagué

