CONTESTACION DEMANDA RAD:2021-00029 DMTE: FABIO HENAO RESTREPO

Angela Maria Quiroga Valencia <aquiroga@coosalud.com>

Mié 06/10/2021 14:56

Para: Juzgado 03 Administrativo - Valle Del Cauca - Cartago <j03admcartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>; juriscorporation <juriscorporation@hotmail.com>; Oscar Diego Moreno Rosso <oscardiego6@hotmail.com>; hospital san juan de dios <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>; ipsmunicipal@hotmail.com <ipsmunicipal@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (11 MB)

Examen de ATP en curso;

Buena tarde

Conforme el Decreto 806 de 2020, me permito remitir contestación demanda con los respectivo anexos, en el mismo orden copio al demandante y los codemandados con la finalidad de dar cumplimiento al Decreto

Cordialmente,

ÁNGELA MARÍA QUIROGA VALENCIA
ASESORA JURÍDICA
Regional Suroccidente
(2) 3828140 Ext. 15516
Carrera 41 Número 5C - 58. Tequendama
Santiago de Cali - Valle del Cauca.

Doctor:
JUAN FERNANDO ARANGO BETANCUR
JUZGADO TERCRO (3º) ADMINISTRTIVO DE CARTAGO
E. S. D.

EXPEDIENTE	**:**	**76147-33-33-003-2021-00029-00**
PROCESO	**:**	**REPARACIÓN DIRECTA**
DEMANDANTE	**:**	**FABIO HENAO RESTREPO**
DEMANDADA	**:**	**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.**

JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO , identificado con la cédula de ciudadanía No. 73.102.112 de Cartagena en calidad de representante legal de **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**. entidad identificada con NIT 900.226.715-3, según certificado de existencia y representación legal adjunto, manifiesto que otorgo poder especial amplio y suficiente a la doctora **ÁNGELA MARÍA QUIROGA VALENCIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 29.568.585 y portadora de la Tarjeta Profesional No. 224.161del C. S. de la J, quien para efectos de notificaciones se encuentra en Ciudad de Cali, Barrio Tequendama Carrera 41 No 5C-58, correo electrónico aquiroga@coosalud.com para que actúe en calidad de apoderada judicial de **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**., dentro del proceso de la referencia.

La apoderada queda facultada para presentar los recursos y además las revocatorias directas que procedan, presentar y solicitar pruebas, solicitar y recibir información de la actuación administrativa, comparecer física o virtualmente en nombre de COOSALUD EPS S.A., así como en todas las diligencias convocadas.

En general, la apoderada queda revestida de todas las facultades necesarias y afines para el cumplimiento de este mandato, según lo establecido en el C.G.P. y demás normas que regulen la materia, para ejecutar en debida forma el presente mandato.

Sírvase reconocer personería Jurídica al apoderado designado de conformidad con la ley.

Quien otorga,

JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO
CC. No 73.102.112 de Cartagena
Representante Legal
COOSALUD EPS S.A

Acepta,

ÁNGELA MARÍA QUIROGA VALENCIA
C. C. No. 29.568.585
T. P. No. 224.161del C. S. de la J.

Santiago de Cali, 25 de septiembre de 2021

Doctora
JUAN FERNANDO ARANGO BETANCOUR
Juez Tercero (3º) Administrativo Oral Cartago (V)
E.S.D.

REFERENCIA:	**CONTESTACIÓN DE DEMANDA**
MEDIO DE CONTROL:	**REPARACION DIRECTA**
DEMANDANTE:	**FABIO HENAO RESTREPO**
DEMANDADO:	**COOSALUD EPS S.A Y OTROS**
RADICACIÓN:	**76147-33-33-003-2021-00029-00.**

ÁNGELA MARÍA QUIROGA VALENCIA, mayor, vecina de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 29.568.585 de Jamundí (V.), portadora de la Tarjeta Profesional No. 224.161 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderada Especial de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS S.A.**, sociedad legalmente constituida, tal y como se acreditó con el poder y el Certificado expedido por la Cámara de Comercio que ya obra en el expediente, encontrándome dentro del término legal, procedo a contestar la demanda promovida por el señor **FABIO HENAO RESTREPO** en contra de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS S.A**. **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE, MUNICIPIO DE CARTAGO, ALCADIA DE CARTAGO** La mentada contestación se realiza en los siguientes términos:

CAPITULO I.
DESIGNACIÓN DEL DEMANDADO

La **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS S.A.,** sociedad comercial con domicilio principal en Cartagena, representada en el presente asunto por el Doctor

JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO mayor de edad, vecino y residente en Cartagena, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 73.102.112, actuando en calidad de Representante Legal de la Entidad de acuerdo con el Certificado de Existencia y Representación anexo.

CAPITULO II
CONSIDERACIONES PREVIAS FRENTE A LOS HECHOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA

Sobre los hechos y pretensiones que son motivo de la demanda e invocados como fundamento de la acción, y en los que "supuestamente" se hace consistir la responsabilidad de perjuicios con ocasión del daño causado por una presunta negligencia médica por los servicios de salud prestados al señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO** advertimos desde ya, dando respuesta a las consideraciones jurídicas que deja entrever en la formulación de hechos de la parte actora, que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinario entrañe sendos riesgos de estirpe médico-terapéutico; recordando que el *alea terapéutica* corresponde a la parte de incertidumbre inherente a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el acto médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia; riesgos que se han estimado, en mayor o menor proporción, dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos del paciente.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, inconcreto, en lo atinente a la carga de la prueba, ya que desarticula en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencia lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos.

El equipo médico por antonomasia procuró preservar y salvar la salud de su paciente (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para lo que se implementó la terapéutica indicada.

En igual sentido el Dr. Fernando Guzmán Mora señala que la medicina es esencialmente una vocación y una profesión de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objetivo mismo del acto médico: restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de las enfermedades, prevenir complicaciones de esta, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

Sobre dicha materia la doctrina ha expresado:

> *"(…) El riesgo profesional, de suyo existente, no es puesto en acción por los médicos o por los establecimientos sanitarios. No hay un actuar espontáneo de los facultativos o de los entes (per se). Por el contrario, es el enfermo quien con su salud quebrantada reclama*

imperiosa o necesaria asistencia, y reclama que se ponga el riesgo médico en acción, riesgo este que por lo demás, es imprescindible para ventajar el estado de salud del paciente o para salvarle la vida (…)".[1]

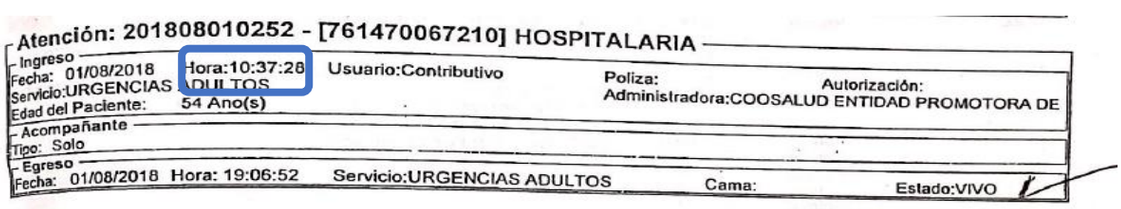
Al paciente se le brindó las atenciones médicas que requería de acuerdo al compromiso que presentaba y a la evolución del embarazo, como más adelante pasamos a verificar, sin que exista evidencia científica cierta o probatoria que permita siquiera inferir que el compromiso que aduce derivó de un mal diagnóstico o una demora en la atención pudiera tener origen en mala práctica médica; máxime si la *Obligación* en materia médica que le incumbe en este tipo de servicios es de *Medios,* pues si se pretendiera considerar que la obligación médica es de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente, y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular del prestador del servicio.

CAPITULO III
PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS, ACTOS Y OMISIONES DE LA PARTE DEMANDANTE

HECHO PRIMERO:

PRIMERO: El día 1 de agosto del 2018 el señor JAIME ARTURO HENAO RESTREPO ingresa por urgencias al hospital san juan de Dios aproximadamente a las 10:00am, fue atendido por el doctor JOSE MANUEL MILLÁN.

RESPUESTA: Es cierto lo manifestado por el apoderado de la parte demandante, como quiera que se observa en historia clínica aportada en los anexos de la demanda, que el señor fue atendido en la IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE, a las 10:37 am, por el galeno José Manuel Millán.


Atención: 201808010252 - [761470067210] HOSPITALARIA
Ingreso
Fecha: 01/08/2018 Hora:10:37:28 Usuario:Contributivo Poliza: Autorización:
Servicio:URGENCIAS ADULTOS Administradora:COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE
Edad del Paciente: 54 Ano(s)
Acompañante
Tipo: Solo
Egreso
Fecha: 01/08/2018 Hora: 19:06:52 Servicio:URGENCIAS ADULTOS Cama: Estado:VIVO

De igual manera se logra identificar que el paciente presento síntomas consistentes en vértigo, diaforesis, dolor torácico opresivo desde la madrugada del 01 de agosto y fue llevado a la IPS, a las 10:37 am, es de recordar que el paciente era mal infórmate y que no indicaba con claridad la anamnesis, razón por la cual se procedió a dar orden de hospitalización, electrocardiograma, exámenes y líquidos, con la finalidad de establecer la causa.

---

[1] Responsabilidad Civil de los Médicos. Alberto Bueres. Buenos Aires 1997. [1]

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf

[1] Ibíd. (p.325)

HECHO SEGUNDO:

SEGUNDO: el paciente **JAIME HENAO RESTREPO** ingresa a código azul y es reanimado, después de estabilizarlo es remitido para la UCI, se ordena remisión urgente en ambulancia para clínica especializada.

RESPUESTA: De acuerdo con el hecho narrado, se precisa que el paciente ingresa a la IPS, a las 10:38 am, y siendo las 4:06 pm del día 01 de agosto de 2018, se activa código azul, en el cual se encuentra descrito que paciente pierde estado de conciencia con Glasgow 7/15, respiración ruda, tipo apneas y relajación de esfínteres, **con poca respuesta a estimulo** (…) se comenta paciente a nivel UCI, para manejo, (…) posteriormente comentan al paciente y se decide traslado del paciente en ambulancia medicalizada.

HECHO TERCERO:

TERCERO: Aproximadamente a las 6 y 40 pm, el médico tratante da la orden de traslado a cuidados intensivos de la **I.P.S SAN JUAN DE DIOS** del señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO**, donde es recibido por el doctor **ALFREDO MIRANDA BUCHELY**, quien según revisión médica solicita remisión inmediata para cirugía, por presentar nivel 4

RESPUESTA: Se observa en historia clínica que el paciente es trasladado de urgencias a la IPS UCIMED, a cuidados intensivos, a las 17:03 en regulares condiciones generales de salud, entubado, con sonda vesical, con **Glasgow 7/15, inconciente, pupilas lentas**, en compañía del Dr. Mendoza, según historia clínica aportada en los anexos de la demanda.

Al hacer las validaciones con el área de referencia y contrarreferencia se observa que el paciente, fue comentado a la EPS COOSALUD, desde el 02 de agosto hasta el 06 de agosto de 2018, que en virtud de la solicitud de remisión se empezó a comentar el paciente con diferentes IPS, de las cuales no contaban con cupo, tal como se demuestra en los soportes adjunto, que acreditan todos los esfuerzos realizados para la consecución de un cupo en una de las IPS hasta el 06 de agosto de 2018.

Ips	Tramites Ips	Nombre Funcionario Ips	Cargo Funcionario Ips	Respuesta Ips	SEDE_IPS_DESTINO	TramitÃƒÂ³	Fecha-Hora Tramite
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	SE ENVIA REMISIÓN EN ESPERA DE RESPUESTAS	DGARCIA	REFERENCIA	EN TRAMITE	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA	dagarcia	02/08/2018 1:50:00
					SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08		
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	Cordial saludo. Respecto a su solicitud de remisión informamos NO ser posible la aceptación de su paciente, no contamos con cupo	Ana Maria Libreros Rodriguez	REFERENCIA	RECHAZADO	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE-CRA 8 # 17-52	dagarcia	02/08/2018 5:35:26
PROVIDA FARMACEUTICA SAS	SE ENVIA HISTORIA CLINICA A LA ESPERA DE ASIGNACION DE CUPO	REFERENCIA	REFERENCIA	EN TRAMITE	CUCUTA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS IPS-CALLE 4 DN No 20 - 109	spuerto	02/08/2018 9:22:24
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	SE ENVÍA HISTORIA CLINICA Y SOLICITUD DE TRAMITE DE REMISION	REFERENCIA	REFERENCIA	EN TRAMITE	CALI-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR SANTA INES - CRIAM-CALLE 7 # 29-49	spuerto	02/08/2018 9:23:54

CENTRO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION RECUPERAR	SE ENVIO HISTORIA CLINICA Y SOLICITUD DE REMISION A LA ESPERA DE ASIGNACION DE CUPO	JEFERSON PIEDRAHITA	REFERENCIA	EN TRAMITE	CALI-RECUPERAR S.A. IPS TEQUENDAMA SEDE # 4-CRA 41 No. 5A-17	spuerto	02/08/2018 9:25:16
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	SE ENVIA HISTORIA CLINICA Y SOLICITUD DE REMISION A LA	REFERENCIA	REFERENCIA	EN TRAMITE	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE-CRA 8 # 17-52	spuerto	02/08/2018 9:26:02
	ESPERA DE ASIGNACION DE CUPO						
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	SE ENVIO HISTORIA CLINICA Y SOLICITUD DE REMISIÓN A LA ESPERA DE ASIGNACION DE CUPO	REFERENCIA		EN TRAMITE	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	spuerto	02/08/2018 9:27:03
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	INFORMAN QUE NO HAY CUPO DISPONIBLE EN UCI	MARGIE BOLAÑOS	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	mramirez	02/08/2018 10:05:46
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	NO CUPO DISPONIBLE	MARILENY CASTAÑO	REFERENCIA	RECHAZADO	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE-CRA 8 # 17-52	mramirez	02/08/2018 10:06:17
DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A	Respecto al paciente comentado me permito informar que no contamos con disponibilidad de cupo en el momento, por lo tanto no es posible la aceptación	GESSICA DUQUE	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A.-AV 5 NORTE # 20N-75	mramirez	02/08/2018 10:22:15
PROVIDA FARMACEUTICA SAS	Paciente no aceptado ya que nos encontramos sin	MARLEN AMAYA	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-CLINICA ESENSA-CARRERA 44 NO 9C 58	mramirez	02/08/2018 10:40:38
	disponibilidad de cupo para su oportuno manejo.						
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	INFORMA QUE SE REVISARA CASO Y DARA RESPUESTA POR CORREO	DIANA CAROLINA CHAUX	REFERENCIA	EN TRAMITE	CALI-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR SANTA INES - CRIAM-CALLE 7 # 29-49	mramirez	02/08/2018 12:17:22
FUNDACION VALLE DEL LILI	SE LLENA FORMATO DE REMISION, Y SE ENVIA HISTORIA CLINICA Y SOPORTES A PREADMINISIONES SOLICITANDO COTIZACION DE LA MISMA. EN ESPERA	REFERENCIA	REFERENCIA	EN TRAMITE	CALI-FUNDACION VALLE DEL LILI - SEDE BETANIA-CL 50 # 118 A - 68	jamaya	02/08/2018 13:02:55
	LAS LINEAS PERO NO CONTESTAN						
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	En el momento no contamos con disponibilidad de cupo en el servicio de urgencias, por lo que no es posible aceptar paciente, Favor recomentar de nuevo mas tarde.	DIANA CAROLINA CHAUX	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR SANTA INES - CRIAM-CALLE 7 # 29-49	mramirez	02/08/2018 14:00:28
DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A	Respecto al paciente comentado me permito informar que no contamos con disponibilidad de cupo en el momento, por lo tanto no es posible la aceptación	GESSICA DUQUE	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A.-AV 5 NORTE # 20N-75	mramirez	02/08/2018 15:02:48
FUNDACION VALLE DEL LILI	Dando respuesta a su solicitud sobre el paciente se informa que en el momento no contamos con disponibilidad de cupo por una alta ocupación en el servicio de urgencias, se solicita re comentar, en horas de la mañana.	CORREO REFERENCIA	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-FUNDACION VALLE DEL LILI - SEDE BETANIA-CL 50 # 118 A - 68	mramirez	02/08/2018 15:26:14

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	Paciente comentada con la Dra MARTINEZ quien refiere la no aceptación por no disponibilidad de cupo.	CLAUDIA E PIEDRAHITA	REFERENCIA	RECHAZADO	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE-CRA 8 # 17-52	mramirez	02/08/2018 15:36:44
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	INTENTO COMUNICACION CON IPS//NO RESPONDEN			RECHAZADO	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	mramirez	02/08/2018 17:48:08
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	SE ENVIA REMISIÓN A LA ESPERA DE RESPUESTA			EN TRAMITE	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	magomez	02/08/2018 20:27:47
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	Respecto a su solicitud de remisión informamos NO ser posible la aceptación de su paciente, no contamos con cupo	DIANA CAROLINA DIAZ.	REFERENCIA	RECHAZADO	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE-CRA 8 # 17-52	magomez	02/08/2018 22:41:39
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	no se obtiene respuesta ni por correo ni por llamadas			RECHAZADO	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	magomez	02/08/2018 22:43:30
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	En el momento no contamos con disponibilidad de cupo en el servicio de urgencias, por lo que no es posible aceptar paciente, Favor recomentar de nuevo mas tarde. Lamentamos las molestias que esto pueda generar y agradecemos su comprensión.	Diana Carolina Chaux	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR SANTA INES - CRIAM-CALLE 7 # 29-49	magomez	03/08/2018 3:29:33
DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A	SE HACE ENVIO DE SOLICITUD//EN ESPERA DE RESPUESTA			EN TRAMITE	CALI-DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A.-AV 5 NORTE # 20N-75	mramirez	03/08/2018 8:10:45
FUNDACION HOSPITAL	SE HACE ENVIO DE SOLICITUD//EN			EN TRAMITE	GUADALAJARA DE BUGA Valle del-	mramirez	03/08/201
PROVIDA FARMACEUTICA SAS	SE HACE ENVIO DE SOLICITUD//EN ESPERA DE RESPUESTA			EN TRAMITE	CALI-CLINICA ESENSA-CARRERA 44 NO 9C 58	mramirez	03/08/2018 8:12:28
Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia" E.S.E.	INFORMA QUE EN EL MOMENTO NO HAY DISPONIBILIDAD DE CUPO	DANIELA RIVAS	REFERENCIA	RECHAZADO	CALI-E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-CALLE 5 # 36 - 08	mramirez	03/08/2018 8:47:34

Es por ello que me permito indicar que el apoderado de la parte actora desconoce, todos los esfuerzos clínicos y administrativos que se hicieron desde la IPS y la EPS, para garantizar y salvaguardar la integridad del paciente, siendo esta infructuosa.

Cabe aclarar que el paciente arriba a la IPS UCIMED, en la cual le realizan la evaluacion general y se describe "paciente con cuadro clinico iniciado, este dia en horas de la madrugada, consistente en vertigo, diaforesis, dolor toracico opresivo sin otros sintomas asociados, el paciente se automedico, al parecer aspirina con mejoria (…) posteriormente a las 16:00 horas presenta cefalea global, diaforesis, malestar general y nuevamente vertigo, motivo por el cual consulta a IPS MUNICIPAL, donde se le encuentra en regular estado general (…) por lo que se considero crisis hipertensiva tipo urgencias y se indico manejo con captopril 500 mg oral, cerca de 30 minutos despues presenta alteracion de nivel de conciencia con escala de coma, se decide control de via aerea y solicitan traslado.

La anterior transcripcion es tomada de la IPS UCIMED, donde se describe claramente lo sucedido en la IPS MUNICIPAL, razon por la cual fue remitido a UCIMED.

HECHO CUARTO:

CUARTO: el hospital manifiesta que no cuenta con los recursos para resolver la complejidad del caso, pero que se le va seguir manejando tratamiento médico basado en neuroproteccion y control hemodinámico sin ordenar remisión a otra clínica que este apta para la atención medica prioritaria y urgente del señor **JAIME ARTURO HENAO**

RESPUESTA: No le consta a mi representada las manifestaciones realizadas en este hecho, como quiera que no se encuentra descrito en la historia clínica, del hospital municipal de Cartago, sin embargo, se observa que los profesionales del hospital han realizado maniobras salvatorias para salvaguardar la integridad del paciente, pese a que se encuentra en regulares condiciones de salud.

HECHO QUINTO:

QUINTO: el dia 2 de agosto del 2018 se encontraba el doctor **OSCAR HERNANDO BURITACA BARRAGÁN**, quien refiere que aún no hay remisión de traslado para clínica especializada a favor del señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO**, quien presenta una **ANEURISMA CEREBRAL** del cual no daban muchas probabilidades de vida, por la complejidad.

RESPUESTA: De acuerdo con el hecho se observa que el paciente es valorado el 02 de agosto de 2018, a las 8:35 am se describe **condición crítica, hemorragia subaracnoidea extensa,** (…) se solicita tac de cráneo, se ordena remisión para manejo integral neurocirugía y uci, asegurador enterado.

En la historia clínica aportada por el apoderado del demandante se encuentra que es valorado el mismo día a las 2: 05 pm por el Dr. Yaruro, neurólogo, quien describe; paciente que ingresa en Glasgow de 6/15 con cuadro de sincope súbito (…) **con cuadro rápido de deterioro neurológico,** se lleva a nuevo tac de control en el cual se aprecia además de su HSA y signos de aneurisma de arteria concomitante anterior la presencia de infarto de tallo cerebral muy sugestivo de vasoespasmo, **la evolución de su cuadro es muy aguda y rápida de su enfermedad a pesar del manejo médico y que no ha permitido estabilización de su cuadro**, para poder realizar maniobras terapéuticas adicionales (…) **se debe valorar criterio de muerte cerebral si no hay mejoría en las próximas 24 horas.**

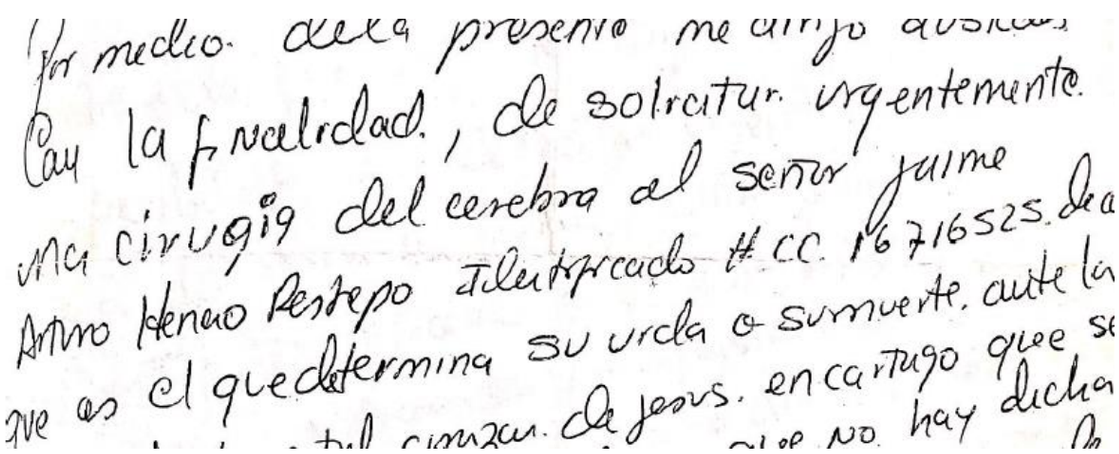
El 03 de agosto de 2021, es valorado por Neurocirugía Dr. Yaruro, quien describe paciente sin midazolam retirado hace 7 horas, en el momento con fentanilo, asistido ale ventilador **pupilas de 5 mm, no reactivas carinal (…) Glasgow 3/15, plan paciente debe retirase sedación y poder dar diagnostico de muerte cerebral,** familia ha insistido en remisión aquí en el hospital no se cuenta con recurso para cirugía vascular de aneurisma.

A las 4:32 es valorado por Neurocirujano intervencionista Dr. Jorge Pulgarín, se describe en historia clínica aportada en el proceso, conclusiones: paciente de 54 años, con antecedentes anotados, **paciente que no se beneficia de terapia endovascular o intervención quirúrgica, paciente en malas condiciones generales, con alta sospecha de muerte cerebral.**

HECHO SEXTO:

SEXTO: FABIO HENAO RESTREPO en compañía de su hermana **RUTH NELSY HENAO RESTREPO** se dirigen a la **EPS COOSALUD** entidad donde se encontraba a afiliado el señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO,** solicitando el trámite de autorización de remisión de la **I.P.S HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** a una clínica especializada para la realización de la cirugía, obteniendo negativas por parte de la **EPS COOSALUD.**

RESPUESTA: De acuerdo con el hecho narrado, me permito indicar que según anexos de la demanda se encuentra escrito dirigido a la EPS COOSALUD, con sello de recibido donde solicita realización urgente de cirugía del cerebro.


por medio de esta presente me dirijo a ustedes
con la finalidad, de solicitar urgentemente
una cirugía del cerebro al señor Jaime
Arturo Henao Restrepo identificado # CC. 16716525. de a
que es el que determina su vida o su muerte. ante la
[illegible] cirugía de jesus. encargado que se
[illegible] que no hay dicha

Sin embargo, es importante indicar que, de acuerdo con los médicos especialistas en neurología y neurocirugía desde el 02 de agosto de 2018, el paciente presentaba muerte cerebral, tal como se encuentra descrito en la historia clínica anotado en el hecho quinto.

HECHO SEPTIMO:

SEPTIMO: El día 3 de agosto del 2018 en las horas de la mañana los hermanos del paciente le solicitan al médico encargado doctor **JUAN FELIPE MONTENEGRO REALPE** la remisión del señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO,** sin recibir respuesta alguna, un rato después el doctor trae unos documentos de donación de órganos donde manifiesta la firma de los mismos era obligatoria, a lo cual se rehúsan los mismos a firmar.

RESPUESTA: A mi representada no le constan las manifestaciones realizadas en este hecho, no obstante se puede vislumbrar en la historia clínica aportada que para el 03 de agosto de 2018, el paciente se encontraba en malas condiciones generales y que conforme la valoración de medico neurólogo y neurocirujano, describen que paciente desde el ingreso a la UCI, presenta evolución tórpida a pesar de manejo neurológico, paciente que es valorado por neurocirugía y neurocirugía intervencionista, los cuales describen que **paciente no se beneficiara de procedimiento quirúrgico o endovascular** y que evolucionara prontamente a muerte encefálica, a pesar de explicar en múltiples ocasiones a la familia, se encuentran en etapa de negación.

Para determinar la causa de la muerte cerebral le realizan el test de apnea, el cual es positivo para muerte cerebral, se procede a informar a la señora Ruth Hermana de Fabio.

Se observa en historia clínica que el medico procede a consultar con el grupo de trasplante de órganos y consideran que el paciente no es candidato para donación de órganos por la condición crítica, paciente en parada cardiaca a la 1:08 am, se procede a reanimación y se declara fallecido a la 1:40 am, se procede con el acta de defunción.

HECHO OCTAVO:

OCTAVO: en las horas de la tarde del día 3 de agosto del 2018 cuando los hermanos del señor **JAIME HENAO RESTREPO** regresaron a la clínica y encontraron que su hermano había empeorado su estado de salud, el dolor aumentaba y se pudo constatar por el doctor **JUAN FELIPE MONTEALEGRE REALPE** que los sedantes los habían suspendido, sin autorización previa de los familiares.

RESPUESTA: En cuanto al hecho narrado se precisa que, para la suspensión de los sedantes, no requiere autorización de los familiares, como quiera que el tratamiento médico lo determina el galeno de acuerdo con su autonomía y criterio clínico, no obstante, vale la pena informar al despacho y al apoderado de la parte actora que clínica y científicamente se debe suspender la sedación para poder establecer el diagnostico de muerte encefálica.

HECHO NOVENO:

NOVENO: El día 6 de agosto del 2018 el señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO** presenta un paro cardio respiratorio, fallece el paciente al no ser trasladado a un hospital especializado por negativa del personal médico de la **I.P.S SAN JUAN DE DIOS** y la **EPS COOSALUD** quien no autorizo el traslado.

RESPUESTA: No es cierto como lo manifiesta el apoderado de la parte actora, recordemos que desde que ingreso a la UCI estaba en malas condiciones generales, con evolución tórpida con deterioro rápido neurológico y sin respuesta, por cuanto se precisa que la causa del fallecimiento no obedece a un traslado de IPS ni a la negativa del médico profesional, si bien se observa en la historia clínica desde el ingreso a la UCI el paciente presentaba cuadro agudo y rápido de la enfermedad que estaba cursando, en donde los médicos empleaban toda su experiencia medico científica para lograr conservar la integridad del paciente.

Sin embargo, y pese a las maniobras medicas el paciente evolucionaba tórpidamente, por cuanto neurocirugía y neurocirugía intervencionista, describen que **paciente no se beneficiara de procedimiento quirúrgico o endovascular** y que evolucionara prontamente a muerte encefálica.

Lo anterior para indicar que si bien había solicitud de remisión la misma no logro materializarse, primero porque no se ubicaba una IPS que pudiese atender al paciente para un procedimiento quirúrgico, no obstante, es importante resaltar que el usuario Jaime Arturo Henao, estuvo con profesionales idóneos que garantizaron la atención adecuada en la institución y que aun existiendo remisión su conducta medica no iba a cambiar conforme a la evolución que estaba presentando.

CAPITULO IV
OPOSICION A LOS HECHOS EXPUESTO POR EL DEMANDANTE

En cuanto a las manifestaciones de negligencia de la EPS COOSALUD, por no autorizar oportunamente el traslado de la IPS al usuario con diagnóstico de aneurisma, me permito presentar oposición a las manifestaciones como quiera que se encuentra probado, que la EPS empleo todos sus esfuerzos para la consecución de una IPS, siendo infructuosa la búsqueda, tal como queda acreditado en el reporte de referencia, donde se evidencia que la búsqueda fue casi por todas las IPS y que no se logró establecer un cupo, razón por la cual no será responsable mi representada, según historia clínica el paciente en horas de la madrugada del 01 de agosto del 2018 presento signos y síntomas de alarma que indicaban debía ser valorado por medicina, el cual no fue llevado de manera oportuna a la IPS por parte de los familiares, no obstante, se observa que a las 10:38 de la mañana ingresa a la IPS, en compañía del padre, siendo mal informante y posterior a ello se ordena una serie de exámenes y se procede a hospitalizar, para determinar la etiología de sus síntomas, siendo las 4:06 de la tarde del mismo día, se activa código azul donde describen que el paciente pierde estado de conciencia con Glasgow 7/15, respiración ruda, tipo apneas y relajación de esfínteres, **con poca respuesta a estimulo**, se comenta paciente a nivel UCI, para manejo.

Cabe aclarar que la ventana terapéutica para este tipo de diagnósticos es de cuatro a seis horas, la cual permite suministrar terapia o tratamiento, y así mejorar el pronostico del paciente, de lo anterior se puede vislumbrar que no hay responsabilidad o negligencia por parte de la EPS o IPS, como quiera que el paciente 10 horas después del primer episodio consulta y se procede a realizar la atención de manera idónea y perita, el paciente evoluciona de manera tórpida y proceden los profesionales en neurología y neurocirugía a determinar la muerte cerebral, razón por la cual no había criterio de remisión.

El apoderado de la parte actora se duele en su dicho indicando que en otra institución le hubiesen garantizado un buen tratamiento a base de medicamentos, desconociendo el tratamiento que se le brindo en la IPS con la finalidad de salvaguardar su integridad. Luego entonces solicito respetuosamente se desestimen las manifestaciones como quiera que lo indicado no tiene sustento clínico, ni un dictamen pericial que permita si quiera inferir que la atención brindada en la IPS haya sido diferente a la que solicitaban en otra institución.

Repuesta al Hecho Primero: De acuerdo con las manifestaciones realizadas en este punto se precisa que la misma no cuenta con un sustento técnico científico que permita determinar que hubo una mala atención médica, al contrario, se encuentra anotado en la historia clínica el seguimiento médico con especialista.

Repuesta al Hecho Segundo: Frente a este punto se hace necesario indicar que los médicos tienen autonomía para determinar el tratamiento que se debe brindar a un paciente, y en este sentido debo indicar que no necesitan de autorización de los familiares para decidir una conducta medica conforme la patología que este cursando, lo anterior soportado en el art. 105 de la Ley 1438 de 2011 dispone que se entiende por autonomía los profesionales de la salud:

> ***"ARTÍCULO 105. AUTONOMÍA PROFESIONAL****. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.*

Asu vez se encuentra dispuesto en el art 26 de la Ley 1164 de 2007 "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud", modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 20117, el cual reza:

> "***Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud****. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas.* ***El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario****. (…)*
>
> 1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios
>
> *(...)*

En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.

Repuesta al Hecho Tercero: A mi representada no le constan estas manifestaciones, realizadas en este punto, sin embargo, se observa en la historia clínica aportada en los anexos de la demanda que una vez informado a la hermana que ya esta confirmado la muerte cerebral del paciente, y dadas las características de la familia, se comenta con el grupo de trasplante y ellos consideran que el paciente no es candidato a ser donante de órganos, paciente en condición crítica.

Por las demás manifestaciones no se encuentran probadas en la historia clínica, por cuanto el demandante deberá acreditar lo indicado conforme lo dispuesto en el Art 167 del C.G.P.

CAPITULO V
RESUMEN CASO CLINICO

Se trata de un paciente de 54 años de edad, para la fecha de los hechos, el cual presento, en horas de la madrugada vértigo, diaforesis, dolor torácico opresivo, sin otros síntomas, al parecer el paciente se automedico con aspirina y presento mejoría por lo cual regresa a su cama, logrando conciliar el sueño, posteriormente a las 16:00 horas presenta cefalea global, diaforesis, malestar general y nuevamente vértigo, razón por la cual consulta a la IPS MUNICIPAL, a las 10:37 am, donde es realizado el triage por la profesional Carolina Torres, donde lo encuentran en regular estado general, examen físico inicial normal, por lo que se le considera crisis hipertensiva tipo urgencia y se le indica manejo con

medicamento, con diagnóstico inicial de hipertensión esencial primaria y hiperglicemia no especificada, se da ingreso para la toma de exámenes y manejo de hipertensión, tal como la toma del medicamento captopril 50 mg tableta, solución salina 60 cc hora y electrocardiograma **cerca de 30 minutos después presenta alteración del nivel de conciencia.**

A las 16:06 de la tarde del 01 de agosto de 2018, se dispara código azul, paciente que pierde estado de conciencia **con escala de coma Glasgow 7/15 asociado a relajación de esfínteres,** deciden traslado a unidad de cuidados intensivos para manejo, no respuesta movilidad de extremidades, paciente en mal estado general se interpreta como una emergencia hipertensiva con encefalopatía. Se inicia entubación endotraqueal, sonda vesicular, se comenta paciente a nivel UCI

Paciente aceptado en UCIMED, donde es trasladado en regulares condiciones generales, entubado, remisión en ambulancia a las 17: 13 horas, en compañía de Dr. Oroño y auxiliar Leonardo Marín.

En UCIMED, reciben a paciente, comentan estado regular y proceden con los apoyos diagnósticos y exámenes.

02 de agosto de 2018, a las 8:35 am, paciente en condición crítica, hemorragia subaracnoidea extensa, hipertensión sistólica severa persistente, secundaria hipertensión intracraneana, se solicita TAC de cráneo control, se insiste remisión para manejo integral, siendo las 5:51 pm del mismo día, es valorado por Neurocirugía Dr. Yaruro, donde comenta que el paciente presenta cuadro rápido de deterioro neurológico con dilatación de pupilas, es llevado a un nuevo TAC, de control en el cual se encuentra signos de aneurisma de arteria concomitante anterior a la presencia de infarto de tallo cerebral, evolución de cuadro aguda y rápida a pesar de manejo médico, el cual no ha permitido estabilizar, adicional en el momento con pupilas de 5 MM, no reactivas y sedación, refiere que se debe valorar criterio de muerte cerebral, si no hay mejoría en las próximas 24 horas.

03 de agosto de 2018 a las 4.32 pm, paciente valorado por Neurocirujano Dr. Yaruro, paciente sin midazolam retirado hace 7 horas en el momento con fentanyl asistido ale ventilador pupilas de 5 MM no reactivas carinal Glasgow 3/15. Plan, paciente debe retirarse sedación y poder dar diagnóstico de muerte cerebral.

03 de agosto de 2018 a las 4:57 pm, neurocirujano intervencionista Dr. Jorge Pulgarín, conclusiones; (…) **paciente que no se beneficia de terapia endovascular o intervención quirúrgica,** paciente en malas condiciones generales, con alta sospecha de muerte cerebral, **por ahora manejo medico en cuidado intensivo.**

05 de agosto de 2018, sin sedación hace 42 horas, sin respuesta a estímulos externos, malas condiciones, sin sedación, sin despertar, sin contacto a estimulo externos, con soporte ventilatorio y vasopresor, sin reflejo de tallo presentes anictérico pupilas midriáticas fijas, paciente con mas de 48 horas sin sedación, con tiempo adecuado para depuración de sedantes, sin despertar adecuado, con pupilas midriáticas fijas, sin reflejos.

Se describe en historia clínica paciente con alta probabilidad de fallecer en próximas horas, se ha permitido acompañamiento de familiares continuo en las ultimas 48 horas, ante la elevada posibilidad de muerte del paciente.

Posterior a ello, el paciente fallece a la 1:40 am del 06 de agosto de 2018, se procede con el acta de defunción, dejan constancia en la historia clínica que el familiar filmo la reanimación realizada al paciente y pese a los esfuerzos realizados el paciente fallece.

CAPITULO VI.
DECLARACIONES Y CONDENAS PARTE ACTORA

Me opongo rotundamente a la prosperidad de las pretensiones declarativas y de condena de la parte actora, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho que hagan viable su prosperidad, como quiera que no exista ningún tipo de obligación en cabeza del **COOSALUD EPS S.A,** ya que, en la esfera de la responsabilidad administrativa implorada, ha de partirse de la premisa de la necesidad de que se reúnan los elementos esenciales para que la misma sea predicable.

Para empezar, ha de manifestarse que resulta inexistente la responsabilidad administrativa que se pretende endilgar a la demandada, resaltando que en un caso como el que nos ocupa, surge entre paciente y médico una relación en la cual éste queda comprometido por una obligación de medio, es decir, que se obliga a emplear toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico, sin que esto signifique que el médico se encuentre atado a llegar a un resultado determinado. Es decir las obligaciones del médico para con el paciente son de medio y no de resultado, toda vez que no está en manos de aquel asegurar la curación del paciente, ya que esto en muchas ocasiones depende de circunstancias ajenas al médico, como la naturaleza del tratamiento o los factores de riesgo inherentes al tratamiento terapéutico.

En ese sentido, la **Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 1 de diciembre de 2011**, indicó:

> *(…) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la "obligación del médico" es por:*
>
> *"regla general de "medio", y en esa medida "(…) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste", y en el tema de la "culpa" se comentó: "(…)* ***la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.*** *(…) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (…)"*
>
> *Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e*

instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. ***Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigorosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.*** *(…)"* (Negrilla y subrayado ajeno al texto)[12].

Se concluye entonces, que el ejercicio de la actividad médica está supeditado a que el galeno se compromete a emplear sus conocimientos profesionales para tratar o intervenir a su paciente, con el fin de liberarlo de sus posibles dolencias, sin que lo anterior pueda garantizar al enfermo su curación, ya que esta no siempre depende de la acción efectuada por el profesional de la medicina.

Lo anterior significa que la responsabilidad del médico queda vinculada no al logro de un resultado, como sería, por el ejemplo, el caso del contrato de transporte, sino a que se demuestre un actuar negligente en la prestación del servicio.

Así mimo ha indicado **la Corte Suprema de Justifica recientemente** en sentencia SC-32722020 (05001310301120070040302), del **09 de Septiembre de 2020** que los riesgos inherentes de la medicina que eventualmente generen daños no son indemnizables.

Se genera responsabilidad civil derivada del acto médico cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido, indicó la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia. En estos casos, ***el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo.*** *Frecuentemente, el profesional de la salud se encuentra con los riesgos inherentes a su acto médico, sean de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de su actividad****, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución****. La Corporación también aseguró, con base en su reiterada jurisprudencia pacífica sobre responsabilidad médica, que* ***la medicina tiene ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa. Así las cosas, es probable que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente. Sin embargo, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa pretenda ejecutar un daño al enfermo o incursionar, por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano*** *(M. P. Luis Armando Tolosa Villabona).*

Se concluye entonces, que el ejercicio de la actividad médica está supeditado a que el galeno se compromete a emplear sus conocimientos profesionales para tratar o intervenir a su paciente, con el fin de liberarlo de sus posibles dolencias, sin que lo anterior pueda garantizar al enfermo su curación, ya que esta no siempre depende de la acción efectuada por el profesional de la medicina.

2

Lo anterior significa que la responsabilidad del médico queda vinculada no al logro de un resultado, como sería, por el ejemplo, el caso del contrato de transporte, sino a que se demuestre un actuar negligente en la prestación del servicio.

Según los documentos que obran en el expediente, se encuentra acreditado que la IPS cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales para con el señor JAIME ARTURO HENAO, pues se garantizó el acceso y la prestación del servicio médico de consultas, diagnóstico, medicación que requirió, en la patología que le afectaba, ello de manera oportuna, diligente y perita, realizando todas las actuaciones en procura de la recuperación de su salud, por ello se debe concluir que en ningún momento se reúnen los requisitos axiológicos de la responsabilidad civil, toda vez que a todas luces no se configura el elemento culpa, pues como consta en la historia clínica, la menor, recibió una atención diligente y oportuna en todo momento, por profesionales idóneos a través de la IPS designada, así como las autorizaciones de servicios requeridos como son, ayudas diagnósticas, medicamentos, insumos, terapias y todo lo que ha requerido. Luego entonces, al no reunirse los presupuestos fácticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de mi representada**,** tampoco nació ninguna obligación indemnizatoria a ellos imputable.

De otro lado, las pretensiones no sólo son infundadas, pues como ya se dijo no se configuran los supuestos esenciales para que pueda predicarse que surgió en cabeza de las demandadas la responsabilidad que injustificadamente se les atribuye, si no que denotan un evidente ánimo especulativo partiendo de la estimación desmesurada y carente de sustento probatorio. Bajo ese contexto, procedo a pronunciarme frente a las pretensiones de la parte actora así:

Declár Administrativamente responsable, por el daño antijurídico por la accion u omisión a: 1.**COOSALUD EPS NIT 900226715-3 2. I.P.S HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890303841** por la falla en el servicio u omisión administrativa que conllevo a la muerte del señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO** el día 06 de agosto de 2018.

Me opongo a la declaración de responsabilidad administrativa en contra de las pasivas, como quiera que no hay una sola prueba que permita inferir una falla en el servicio, recordemos que la condición clínica del paciente era tórpida y pese a todos los esfuerzos clínicos, no fue posible que el paciente saliera de su muerte cerebral.

Condenar a: 1. **COOSALUD EPS NIT 900226715-3** 2. **I.P.S HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890303841** por la falla en el servicio u omisión administrativa que conllevo a la muerte del señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO**, a favor de **FABIO HENAO RESTREPO**, identificado con cedula de ciudadanía N° **14.575.338** de Cartago valle único demandante, en calidad de hermano.

Frente a la PRETENSION PRIMERA: Me opongo a la declaración de condena impuesta en este hecho, como quiera que no hubo falla en el servicio u omisión administrativa, frente a las atenciones médicas brindadas, como se encuentra acreditado en la historia clínica al paciente se le garantizo las atenciones que requirió en virtud de su diagnóstico, no obstante, se precisa que el deterioro y evolución tórpida del paciente fue la consecuencia del fallecimiento y no de una presunta mala atención.

PERJUICIO MORAL: 100 salarios Mínimos Legales Mensuales Vigente para la fecha de ejecutoria de la decisión de la judicatura equivalente para el año 2021 90.852.600 (noventa millones ochocientos cincuenta y dos mil seiscientos pesos moneda corriente).

Frente a la PRETENSION SEGUNDA: Me opongo **al Perjuicio Moral**, no sólo porque hasta el momento brillan por su ausencia los elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente una responsabilidad civil en contra de la pasiva, sino porque tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las elevadas sumas que aquí reclama la parte actora, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

ACREDITACION DE PARENTESCO: Legitimación en causa activa, el señor **JAIME ARTURO HENAO RESTREPO** fallecido Y **FABIO HENAO RETREPO** son hijos de los señores **MARIA CELINA RESTREPO** Y **CARLOS ARTURO HENAO** por lo que ostentan calidad de hermanos.

No es una pretensión, sin embargo, se encuentra en los anexos de la demanda, el certificado de nacimiento.

CAPITULO VII.
EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE COOSALUD EPS S.A**

La presente excepción se fundamenta en que COOSALUD EPS S.A cumplió cabalmente con sus obligaciones contractuales para con el señor JAIME ARTURO HENAO, en razón a que puso a disposición de ésta, la autorización de los servicios médicos que requirió en procura de la recuperación y preservación de su salud, mientras estuvo activo y con derecho a servicios, pues se encuentra plenamente acreditado la autorización de los servicios médicos de urgencia y hospitalización, medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos ordenados.

No obstante lo anterior, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**

2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **<u>También compete a las demandantes su demostración.</u>**

3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

De esta manera la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido que:

*"(…) De cara a este concepto, **<u>tratándose del régimen de responsabilidad médica,</u>** **<u>deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad</u>** de la administración, **<u>de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones</u>**. En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto Jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados. (…)"*[3](Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Bajo tal contexto, se concluye que corresponde a la parte actora acreditar los 3 elementos anteriormente enunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por encontrarnos dentro del régimen de culpa probada.

Aterrizado lo anterior, en el presente caso debe recordarse que COOSLAUD EPS S.A, de acuerdo a su objeto social, debe garantizar la gestión de la atención médica y la prestación de los servicios de salud incluidos en un plan obligatorio de salud a sus afiliados, a través de las instituciones prestadoras de salud, de conformidad con lo estipulado en el artículo 159 que se transcribe a continuación:

"(…) ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

*1. **<u>La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas</u>**.*

*2. **<u>La atención de urgencias en todo el territorio nacional</u>**.*

3. (..)"(Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Ahora bien, en el artículo 178 de la ley ya citada, establece como funciones de las Entidades Promotoras de salud, las siguientes:

"(…) ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

[3] Consejo de Estado, Sección Tercera, Exp. No. 17837 de 2010, M.P. Dra. MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR

1. (…)

*3. **Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley**.*

*4. **Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras** con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*

5. (…)

*6. **Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**. (…)"* (Negrilla y subrayado ajeno al texto)

Así las cosas, emerge con claridad que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar del ente convocante con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso bajo estudio, la parte actora no logra demostrar, cómo el actuar de los demandados fue una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare.

En efecto, la acreditación del vínculo entre el actuar del ente convocante y los perjuicios que alude haber padecido la actora, debe reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Sobre estas calidades se ha referido la Corte Suprema de Justicia, que dijo en el 2002 que:

> *"(…) El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino que el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros únicamente cuando son consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento (…)"*[4]

Así las cosas, es necesario concluir que la inexistencia del vínculo requerido para que surja una declaratoria de Responsabilidad Civil, genera la absolución de mi representada.

[4] Corte Suprema de Justicia, Exp. No. 6878 Magistrado Ponente Dr. JORGE SANTOS BALLESTEROS

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL COOSALUD EPS S.A, EN RAZÓN A LA LEY 100 DE 1993 Y EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON EL SEÑOR JAIME ARTURO HENAO RESTREPO**

Sea lo primero recordar el concepto de responsabilidad civil contractual, para fundamentar la presente excepción.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: "La responsabilidad civil contractual tiene su origen en el daño surgido del incumplimiento de las obligaciones contractuales. En ese sentido, el daño puede tener su origen en el incumplimiento puro y simple del contrato, en su cumplimiento moroso o en su cumplimiento defectuoso."

Las entidades promotoras de salud se encuentran definidas en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 como:

> *"(…) ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son **las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía**. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar**, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley. (…)"*
>
> *"(…) ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. (…)"*
>
> ***ARTÍCULO 14. ORGANIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO***. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la

> representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.
>
> Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante

Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

(…)

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace;

Cumpliendo con el deber de afiliación al régimen contributivo la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUS EPS S.A**., tuvo en cuenta lo establecido en la Ley 100 de 1993, y la Ley 1122 de 2007 al contratar una Red de Prestadores de Servicios de Salud para la atención oportuna de dicho usuario, y de acuerdo al literal e del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 *"(…) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno (…)".*

Lo anterior se cumplió a cabalidad pues el servicio que requería con el señor HENAO RESTREPO se brindó con las IPS adscritas a la Red tal como fue IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO Y UCIMED institución debidamente habilitadas de acuerdo con la normatividad vigente, donde la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS.A., tiene un contrato de prestación de servicio de salud para la atención de sus afiliados.

Para entender el tipo de contratación que pueden realizar las EPS con su red de prestadores de servicios de salud, hay que conocer el Decreto 4747 de 2007, el cual establece:

"(…) Artículo 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

a. *Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está*

constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

a. *Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.*

b. *Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. (…) "*

Por otra parte, emerge con diamantina claridad que se garantizó al señor HENAO RESTREPO la prestación del servicio de salud de acuerdo al artículo 159 de la Ley 100 de 1993 que establece las GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS, tal como la debida organización y prestación del servicio público de salud en los siguientes términos:

"(…) ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. ***La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas**.*
2. ***La atención de urgencias en todo el territorio nacional**.*

3. *(..)"* (Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Respecto a las funciones de las Entidades Promotoras de salud, se encuentran enmarcadas en el artículo 178 de la ley ya citada, precisando que se cumplieron a cabalidad por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS S.A., con el afiliado HENAO RESTREPO de acuerdo a la Ley ya citada, así:

"(…) ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. *Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

2. *Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*

3. ***Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley***.

4. ***Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras*** *con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*

5. *Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios*

6. ***Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud***.

7. *Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (…)"*(Negrilla y subrayado ajeno al texto)

En concordancia con lo expuesto, se cumplió con lo reglamentado en la Ley 1122 de 2007

> *"(…) Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (…)"*

En cuanto al campo de acción de las Entidades Promotoras de salud en la normativa tantas veces enunciada se estableció:

> *"(…) ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios,*
>
> *las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida,*

de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional. (…)"

Por otra parte, para analizar el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y verificar el cumplimiento contractual por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUS EPS.A., con el paciente HENAO RESTREPO es preciso recordar:

a) ASEGURAMIENTO: *Elementos desde el punto de vista comercial:*

1. Un riesgo: (Contingencia en términos del modelo de seguros sociales) cubierto que en el caso de la seguridad social se concreta hoy en términos de prestaciones o beneficios mínimos. *Frente a la salud el riesgo es la enfermedad y la maternidad.* Se trata de un riesgo de carácter público o colectivo.

2. Un Asegurador: Quien asume a cuenta de otro la cobertura de las prestaciones para superar los efectos del riesgo. Corresponde a entidades privadas, públicas y solidarias especializadas.

3. Un Tomador: R. Contributivo: Empleador y trabajador ó independiente. R. Subsidiado: El Estado.

4. Un asegurado: Quien está cubierto por el seguro, esto es, a quien se reconocerá las prestaciones una vez acontezca el riesgo o contingencia. Se trata de la persona (afiliado tanto del régimen contributivo como en el subsidiado) y de su grupo familiar.

5. Una Prima o pago por el contrato de seguro: Esto es el valor por cubrir el riesgo o la contingencia. La Unidad de Pago por Capitación.

6. Una Cobertura: Las prestaciones que el asegurador se obliga a reconocer al asegurado cuando acontezca la ocurrencia del riesgo. Atención en Urgencias. El Plan de Salud Pública, los planes en eventos catastróficos y accidentes de tránsito (cubiertos con una póliza simultánea), y los planes obligatorios de salud de cada régimen.

7. Una Normatividad: Referida a las regulaciones que rigen la relación del aseguramiento, su contenido y términos.

b) LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO

Las aseguradoras tienen a su cargo el manejo y la responsabilidad del riesgo por la gestión financiera de los recursos que integran el círculo de los ingresos para el servicio de salud; quiere decir que son las responsables a nombre del servicio público y Fosyga, como lo señala la Ley 100 de 1993, de recaudar, hacer seguimiento y cobrar las cotizaciones en el régimen contributivo y de administrar, incluido el concepto de exigir el pago, de las unidades de pago a las entidades territoriales por concepto de los afiliados en el régimen subsidiado de salud.

TRASLADO DEL RIESGO: La aportación de los empleadores se justifica en el traslado de una responsabilidad que a la luz de la legislación laboral les correspondería por la enfermedad o maternidad de los trabajadores a su cargo, la cual entregan, concurriendo al pago de los aportes con los que se financiará la prima del aseguramiento.

c) LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Implica que resulta a cargo de las aseguradoras asumir los niveles y recurrencias en los eventos de enfermedad, considerando la compensación del riesgo, en términos de aquellas personas afiliadas con menores niveles de riesgo respecto de aquellas con niveles superiores.

Por ello es tan importante que un esquema de aseguramiento logre eficaces estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que las aseguradoras se articulen en su gestión del riesgo al diseño, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud.

d) LA ARTÍCULACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE GARANTICE EL ACCESO EFECTIVO

Está a cargo de las aseguradoras organizar la prestación del servicio en el cumplimiento de los planes de beneficios correspondientes; esto es, *definir, aplicar y establecer controles que se requieran en cuanto a la prestación de los servicios de salud*, lo cual pueden hacer bien a través de instituciones y profesionales bajo su responsabilidad directa (propios) o bajo modalidades de contratación con instituciones especializadas en ese servicio o profesionales de la salud (red contratada).

Bajo tal contexto normativo y de acuerdo con la historia clínica aportada en la demanda del señor HENAO RESTREPO se encuentra plenamente acreditado, que la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COOSALUD EPS S.A., se circunscribía a garantizar al usuario el acceso a una Institución Prestadora de Servicios de salud debidamente habilitada (Resolución 1043 de 2006) para que recibiera la atención médica que requería, autorizar la cobertura económica de todos los servicios requeridos en la atención, obligaciones éstas que se cumplieron a cabalidad por mi representada de manera oportuna y diligente, cumpliendo con lo dispuesto en el Sistema de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) y en ese orden de ideas no puede predicarse responsabilidad en cabeza de la Entidad Promotora de Salud COOSALUD EPS S.A

Respetuosamente ruego declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS DECLARACIONES ADMINISTRATIVAS ALEGADAS POR LA PARTE ACTORA Y EL COMPORTAMIENTO CONTRACTUAL DEL COOSALUD EPS S.A**

Se fundamenta esta excepción, toda vez que la parte actora no logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso que acá se debate.

El **"nexo causal**" que se entiende como la relación necesaria y eficiente entre la conducta imputada y probada o presumida, según el caso, con el daño demostrado o presumido.

La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona como producto de su acción o de su omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a ésta por una relación de causa a efecto, no simplemente desde el punto de vista fáctico sino del jurídico. Sobre el nexo de causalidad se han expuesto dos teorías: la **equivalencia de las condiciones** que señala que todas las causas que contribuyen en la producción de un daño se consideran jurídicamente causantes del mismo, teoría que fue desplazada por la de causalidad adecuada, en la cual el daño se tiene causado por el hecho o fenómeno que normalmente ha debido producirlo.

Dicho de otro modo la primera teoría refiere a que todas las situaciones que anteceden a un resultado tienen la misma incidencia en su producción y, en consecuencia, todas son jurídicamente relevantes, pues "partiendo de un concepto de causalidad natural, todas las condiciones del resultado tienen idéntica y equivalente calidad causal". Y sobre la **teoría de la causalidad adecuada** la acción o la omisión que causa un resultado es aquella que normalmente lo produce. De estas teorías en materia de responsabilidad extracontractual se aplica la de causalidad adecuada, porque surge como un correctivo de la teoría de la equivalencia de las condiciones, para evitar la extensión de la cadena causal hasta el infinito.

Entendiendo que existen dos formas de manifestación, la **causalidad jurídica** se produce cuando un hecho es imputable jurídicamente al demandado y la **causalidad física** cuando un hecho se debe al actuar físico real de una persona, en el caso del acto médico la causalidad predominante es de tipo jurídico expresándose en el hecho de haber omitido una conducta, teniendo que en el presente caso no se cumplen las características de ninguno de los dos tipos de nexo causal, ni mucho menos es procedente atribuir esta causalidad a la Entidad Promotora de Salud.

La doctrina tradicional al respecto, exige no sólo la prueba de la culpa médica sino que, al mismo tiempo exige que se demuestre que esa culpa fue la causante del daño en el paciente.

Se precisa, que los servicios médicos brindaron al señor HENAO RESTREPO fueron prestados por profesionales idóneos, de manera oportuna, diligente y perita y conforme a los protocolos de la lex artis; por lo que no existe obligación alguna en cabeza de las demandadas y en favor del demandante, que genere una responsabilidad civil a ella atribuible.

- **LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SE REPUTAN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

Esta excepción se propone, sin perjuicio de las precedentes, por cuanto la medicina es una actividad que entraña obligaciones de medio y no de resultado, y en esa medida, no se puede garantizar la obtención de un resultado específico, sino únicamente demostrarse que se actuó de manera oportuna, diligente y perita en la atención médica brindada al paciente.

El médico no puede prometer, asegurar o garantizar la cura del enfermo la recuperación de su salud o un resultado deseado por el paciente. Por lo tanto, lo único que puede

ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del tratamiento.

Siendo la ciencia médica, una ciencia inexacta por la naturaleza del organismo humano, al ser ciencia valorativa, puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal inferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, Etc.

El citado criterio, fue reconocido desde hace mucho tiempo por la Corte Suprema de Justicia, cuando señaló:

> "(...) La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste (…)"5

En efecto, la ciencia médica tiene sus limitaciones y en el tratamiento clínico o quirúrgico de cualquier paciente existe siempre un alea que escapa al cálculo más implacable o a las previsiones más prudentes y consecuentemente, obliga a restringir el campo de la responsabilidad. El médico nunca puede prometer la conservación de la vida del paciente ni la eliminación de la dolencia; solo se compromete a actuar poniendo al servicio del paciente todos sus conocimientos científicos, con la diligencia, prudencia, oportunidad y pericia que exige los protocolos médicos y la lex artis.

La medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas, los resultados de éstos podrán ser esperables, pero nunca predecibles, ya que ningún profesional de la salud por más experto y hábil que sea, puede garantizar previo a una intervención o a un procedimiento un resultado cien por ciento satisfactorio pues en el mismo tratamiento se pueden presentar situaciones inherentes a las características individuales del paciente y que pese a haber implementado en su oportunidad el procedimiento reconocido y aceptado y basado en evidencias, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito, por características propias del paciente, que constituyen un hecho muchas veces imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable.

El ejercicio de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática y por ende, es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no se logre establecer la causa del mal o sus alcances, o restablecer la salud del paciente, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.

Luego como las obligaciones de los demandados son de aquellas clasificadas como de medio y no de resultado, la conclusión es que definitivamente no se estructuró la responsabilidad aducida en el libelo de la demanda, toda vez que para ello sería necesario

---

[5] *Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 5 de marzo de 1940 M.P. Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ GOMEZ*

que en la ejecución de las obligaciones a su cargo se hubiera obrado con culpa y en este caso los profesionales de la salud cumplieron cabalmente con sus obligaciones, de manera oportuna diligente, perita y ajustada a los protocolos.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA.**

Se formula esta excepción, en virtud de que la responsabilidad del médico se determina por la culpa probada; correspondiéndole en dicha medida a la parte que alega la negligencia (Culpa), atender la carga probatoria, dado que aunque la relación sea de tipo contractual, la obligación contenida en el contrato se servicios médicos, corresponde a una obligación de medios.

Siguiendo la línea argumentativa, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, precisó que es indispensable:

> "(…) Ahora bien, teniendo en cuenta que las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que es posible que, pese a todos los esfuerzos médicos, el paciente no reaccione favorablemente al tratamiento de su enfermedad. Por tal motivo, la jurisprudencia ha señalado de forma reiterada que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, la parte actora tiene la carga de demostrar la falla del servicio atribuible a la entidad. (…)"6(Negrilla y subrayado ajeno al texto)

Bajo tal contexto, para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud, se requiere en primer lugar que se pruebe efectivamente su culpa y consecuentemente el nexo de causalidad entre esa culpa y los perjuicios alegados.

Todo lo anterior, aterrizado al caso de marras, dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados como sustento de la misma, no se evidencia la existencia de un actuar negligente por parte de la Entidad Promotora de COOSALUD EPS S.A menos aún de los profesionales que prestaron servicios médicos, ni de LAS IPS

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

- **LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA MIENTRAS ESTUVO ACTIVO CON LA EPS COOSALUD S.A.**

---

[6] Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Danilo Rojas Betancourth, E. No. 26352 de 2013.

De los documentos anexos al traslado de la demanda y los que se aportan a este escrito, se corrobora que la atención se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como la alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la lex artis, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "debe hacerse", lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

En este sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten al indicar que únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

- **CASO FORTUITO**

Esta excepción se propone sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, toda vez que la ciencia médica al no ser exacta comporta ciertos riesgos que son inherentes a su práctica si del acto médico se trata, y que en todo caso, obedecen a las condiciones físicas de cada uno de los pacientes.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, cual es la recurrente alusión a perjuicios que no están probados, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias debido a la atipicidad de la demanda presentada y a la adecuada atención que se le brindó de forma profesional a la paciente, de todos modos debe destacarse que ni siquiera en gracia de discusión puede acceder a peticiones como las demandadas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de un detrimento no padecido.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, siempre que exima parcial o totalmente a mi procurada de responsabilidad, incluida la de prescripción.

- **INNOMINADA**

Fundamento esta excepción en cualquier hecho o derecho que resultare probado dentro del proceso, con capacidad para absolver a mi representada de los cargos que se le imputan, de la responsabilidad que se le endilga y en general de las condenas y demás pretensiones del demandante.

CAPITULO VIII.
FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamento de derecho la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, ley 2080 de 2021 Código Civil artículos 64, 1494, 1603, 1618, Código General del Proceso, Resolución 1995 de 1999, Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Decreto 2245 de 2015, Decreto 1069 de 2015 y demás normas concordantes y complementarias.

CAPITULO VII.
PRUEBAS

- **DOCUMENTALES**

1. Poder conferido conforme el Decreto 806 de 2020.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de COOSALUD EPS SA.
3. Reporte de referencia y contrarreferencia para la consecución de un cupo en otras IPS

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Ruego ordenar y hacer comparecer a su despacho al demandante: **FABIO HENAO RESTREPO,** para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas por mi representada. Los demandantes relacionados con

antelación reciben notificaciones en las direcciones y correos electrónicos relacionados en la demanda.

- **TESTIMONIALES**

Respetuosamente me permito solicitar a este Despacho, decretar el testimonio de las personas que enseguida enuncio:

- Respetuosamente me permito citar al Dr. JORGE PULGARIN, médico especialista en neurocirugía intervencionista para que deponga sobre la atención realizada el día 002 al 06 de agosto de 2018

- Respetuosamente me permito citar al Dr. yaruro, médico especialista en neurocirugía i para que deponga sobre la atención realizada el día 002 al 06 de agosto de 2018

- Respetuosamente me permito solicitar a este Despacho, se me permita y autorice contrainterrogar a los testigos llamados por la parte demandante, los codemandados y las llamadas en garantía.

CAPITULO IX.
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En documento separado formulare los llamamientos en garantía a:

- **IPS MUNCIPIO DE CARTAGO ESE**
- **IPS UCIMED**

CAPITULO X.
CONDENA EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO

Teniendo en cuenta la conducta asumida por la parte demandante dentro del presente proceso, ante la carencia de fundamento legal para instaurar la presente acción y por alegar, a sabiendas, hechos contrarios a la realidad, respetuosamente se solicita al Despacho que se condene en costas al ente demandado, incluidas las agencias en derecho, de acuerdo con lo establecido en el artículo 365 del Código General del Proceso y los costó asumidos por la defensa del presente proceso.

CAPITULO XI.
ANEXOS

Junto con la presente contestación se presentan los documentos relacionados en el acápite de pruebas de este escrito y Demanda como mensaje de datos o medio magnético

CAPITULO XII.
NOTIFICACIONES

La suscrita, como apoderada judicial de COOSALUD EPS S.A en la Carrera 41 No 5C-58 Barrio / Tequendama de la ciudad de Cali, correo electrónico, aquiroga@coosalud.com Celular: 313-7986636

Mi representada COOSALUD EPS S.A. en la Avenida San Martin Calle 11 Esquina Piso 8 Edificio Grupo Área Barrio Bocagrande de Cartagena Bolívar. notificacioncooslaudeps@coosalud.com

De acuerdo con la contestación de la demanda, solicito respetuosamente desestimar las pretensiones de la parte actora y en su lugar declarar prosperas las excepciones propuestas por COOSALUD EPS

Cordialmente,

ANGELA MARIA QUIROGA VALENCIA
C. C. Nº 29.568.585 de Jamundí (V)
T. P. Nº 224.161 del C. S. de la J.

Cámara de Comercio de Cartagena

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha de expedición: 10/09/2021 - 12:45:04 PM

Recibo No.: 0008225454 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: XlZkGkMokdjrOpkj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.

Sigla: COOSALUD EPS S.A.

Nit: 900226715-3

Domicilio principal: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA

MATRÍCULA

Matrícula No.: 09-246678-04
Fecha de matrícula: 01 de Julio de 2008
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 31 de Marzo de 2021
Grupo NIIF: 3 - GRUPO II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Av. San Martin Cll 11 Esq. P-8 Edf. Grupo Area Barrio Bocagrande
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA
Correo electrónico: notificacioncoosaludeps@coosalud.com
Teléfono comercial 1: 6455180
Teléfono comercial 2: No reportó
Teléfono comercial 3: No reportó
Página web: No reportó

Dirección para notificación judicial: Av. San Martin Cll 11 Esq. P-8 Edif. Grupo Area
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA
Correo electrónico de notificación: notificacioncoosaludeps@coosalud.com
Teléfono para notificación 1: 3164544868
Teléfono para notificación 2: No reportó
Teléfono para notificación 3: No reportó

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

CONSTITUCIÓN

CONSTITUCION: Que por Escritura Pública No.1,202 del 23 de Abril de 2008, otorgada en la Notaría 2a. de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 01 de Julio de 2008 bajo el número 57,871 del Libro IX del Registro Mercantil, se constituyó una sociedad comercial del tipo de las anónimas,denominada:

PROMOTORA DE INVERSIONES DE SALUD

REFORMAS ESPECIALES

Que Por Acta No. 3 del 23 de Octubre de 2009, correspondiente a la reunión de Asamblea de Accionistas celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 30 de Diciembre de 2009 bajo el número 64,701 del Libro IX del Registro Mercantil, la sociedad se transformo de Anonima a sociedad por acciones simplificadas bajo la denominación de:

PROMOTORA DE INVERSIONES S.A.S

CERTIFICA

Que por Escritura Pública No. 5,185 del 12 de Octubre de 2016, otorgada en la Notaria 5a de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio, el 19 de Octubre de 2016, bajo el No. 126,915 del libro IX del Registro Mercantil, la sociedad se transformó de sociedad por Acciones Simplificadas a Sociedad Anónima bajo la denominación de:

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.

Que por Escritura Pública No. 3,606 del 22 de Agosto de 2017, otorgada en la Notaría 2ª. de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de Agosto de 2017 bajo el número 134,988 del Libro IX del Registro Mercantil, se aprueba la Escisión parcial de la entidad COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, y la sociedad COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA

DE SALUD S.A. BENEFICIARIA.

Que por Escritura Pública No. 1,536 del 7 de Mayo de 2009, otorgada en la Notaría 2a de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de Junio de 2009 bajo el número 62,045 del Libro IX del Registro Mercantil, la sociedad cambió de razón social por:

PROMOTORA DE INVERSIONES PROMINSA S.A.

CERTIFICA

Que por Escritura Pública No. 5,185 del 12 de Octubre de 2016, otorgada en la Notaria 5a de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio, el 19 de Octubre de 2016, bajo el No. 126,915 del libro IX del Registro Mercantil, la sociedad cambió de razón social por:

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.

TERMINO DE DURACIÓN

VIGENCIA: Que la sociedad no se halla disuelta y su duración es hasta 01 de Julio de 2108.

OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: El objeto social de COOSALUD EPS S.A. es el aseguramiento en salud en Colombia para los afiliados al régimen contributivo y/o subsidiado, de manera directa o mediante el proceso de movilidad según las normas constitucionales, legales y reglamentadas que para el efecto expida el Estado Colombiano, dentro del marco jurídico de la ley estatutaria que reglamente el servicio público de salud como derecho fundamental y las normas del sistema general de seguridad social en salud, en especial la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y demás leyes nacionales e Internacionales que las adicionan o modifiquen. Para efectos de cumplir con su objeto social, COOSALUD EPS SA ejecutará sus acciones con los siguientes objetivos específicos: 1) Promover la afiliación de los habitantes de La República de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, y demás regímenes autorizados por la Constitución Política y las Leyes, garantizando siempre la libre

escogencia del usuario. 2) implementar un sistema de información para afiliar a la población pobre que cumpla con las condiciones de cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo y de beneficiarios del régimen subsidiado de acuerdo con los criterios de selección o priorización y administrar la base de datos de afiliados, preservando la seguridad integridad y privacidad de los datos. 3) Administrar el riesgo de salud de sus afiliados, trabajando para disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el sistema. 4) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en las normas legales aplicables. 5) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afilados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionará y coordinará la oferta de servicios da salud, directamente o a través de la contratación sistemas de gestión de la demanda mediante la intervención de los riesgos de enfermar y morir Informará y educará a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerá procedimientos de garantía de calidad para la atención Integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. 6) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud. 7) Elaborar e implementar un modelo de atención en salud para los afiliados, a partir de un diagnóstico demográfico, epidemiológico y socioeconómico, la caracterización de los hábitos de consumo da servicio y la proyección de la demanda potencial de salud. 8) Implementar un sistema de administración de los riesgos financieros envueltos en la prestación de servicios de salud dentro del modelo de aseguramiento en salud, adoptando las medidas de suficiencia patrimonial, solvencia y régimen de reservas técnicas que establezca el Estado Colombiano, 9) Implementar un sistema de Información y atención a usuarios que les palmita acceder de manera oportuna a los servicios del plan de beneficios definidos por las normas que regulan la materia. 10) Planificar y contratar su red prestadora de servicios de salud, acorde con el modelo da atención en salud, los determinantes sociales de la salud y el análisis de la demanda potencial de servicios, que garantice el derecho a la salud mediante el acceso efectivo a la totalidad de los contenidos del plan obligatorio de salud en Colombia. 11) implementar un sistema de referencia y contra referencia de pedantes, muestras y estudios en aras de garantizar el acceso efectivo y oportuno a los

---

---

servicios del plan obligatorio de salud. 12) Diseñar e implementar un sistema de gestión de calidad de los servicios de salud. 13) Representar a los afiliados ante los demás actores del sistema. 14) Cancelar de manera oportuna a la red de prestadores de servicios e insumos las obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, de conformidad con estándares de solvencia determinados por el estado colombiano. 15) Las demás establecidas por la Constitución Política de Colombia y las leyes. PARÁGRAFO: En línea con el articulo 99 del Código de Comercio, para el desarrollo de su objeto social la sociedad podrá, actuando acorde con los criterios de Responsabilidad Social Empresarial, realizar las siguientes actividades u operaciones: a) Adquirir, enajenar y desarrollar bienes de cualquier naturaleza, mueblas o Inmuebles, corporales o incorporales, que sean necesarios para el desarrollo de los negocios sociales; b) Adquirir, organizar y administrar establecimientos comerciales; c) Enajenar, arrendar, gravar, y administrar los bienes sociales; d) intervenir en toda clase de operaciones de crédito, como acreedor o como deudor, dando o recibiendo las garantías del caso cuando haya lugar a ellas. e) Emitir, girar, aceptar, endosar, asegurar, descontar, y negociar en general, títulos valores y cualquier clase de créditos individuales o colectivos; f) Celebrar con establecimientos de crédito, con otras instituciones financieras, con sociedades de servidos financieros y con compañías aseguradoras toda clase de operaciones propias del objeto de tales Instituciones; así como celebrar y ejecutar toda clase de contratos bancarios, comerciales, civiles y demás que tengan relación directa con su objeto social; g) Ser titular de los derechos de autor reconocidos por la Ley a la persona jurídica que en virtud de contrato, obtenga por su cuenta y riesgo, la producción de una obra relacionada con su objeto social, realizada por uno o vados de sus colaboradores y/o contratistas, baja la orientación de la sociedad y comercializar las producciones registradas a nombre de la sociedad y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de su existencia y actividad social. h) Obtención y explotación del derecho de propiedad industrial sobro marcas, dibujos, Insignias, patentes y cualquier otro bien incorporal y gestionar la inscripción de los registros respectivos ante la autoridad competente. i) Celebrar toda clase de contratos estatales y de derecho privado que sean aptos para la obtención de los fines sociales; j) Formar parte, con sujeción a las leyes y a los estatutos, de otras sociedades, para facilitar o ensanchar o complementar la empresa social, sea suscribiendo o adquiriendo cuotas o acciones en ellas con el ánimo

de permanencia o fusionándose con las mismas; es decir, la sociedad podrá invertir en aquellas actividades o empresas directamente relacionadas con su objeto social principal y de conformidad con lo reglado en las normas legales aplicables a las Entidades Promotoras de Salud. k) Celebrar contratos de participación, sea como participe activa o participe inactive, consorcios, uniones temporales da empresas y cualquier otra forma licite de colaboración empresarial; l) Abrir sucursales, agencias, o subordinadas, en Colombia o en el extranjero cuando se estime conveniente. m) Adquirir, distribuir y comercializar toda clase de productos relacionados con su objeto social. n) Titularización de activos e inversiones. o) Realización de las investigaciones necesarias para obtener el soporte tecnológico que se requiera; registrar y obtener los respectivos títulos de propiedad industrial de las nuevas tecnologías y productos, resultado de las Investigaciones y creaciones de las dependencias competentes de la sociedad. p) Preparación y adiestramiento personal en todas las especialidades de la industria de la salud en el país o en el exterior. q) Participación en actividades de investigación, científicas, epidemiológicas y tecnológicas relacionadas con su objeto social o con las actividades complementarias, conexas o útiles al mismo, así como realizar su aprovechamiento y aplicación técnica y económica. r) Participación en programas sociales para la comunidad, especialmente con la que se encuentre radicada en los sitios donde tiene Influencia la sociedad. s) En general, llevar a cabo todos los actos jurídicos y operaciones que resulten conexos, necesarios, complementarios o útiles para el desarrollo de su objeto social, o guarden relación directa con el mismo.

CAPITAL

		CAPITAL AUTORIZADO
Valor	:	$150,000,000,000.00
No. de acciones	:	10,000.00
Valor Nominal	:	$15,000,000.00

		CAPITAL SUSCRITO
Valor	:	$29,835,000,000.00
No. de acciones	:	1,989.00
Valor Nominal	:	$15,000,000.00

CAPITAL PAGADO

Valor	:	$29,835,000,000.00
No. de acciones	:	1,989.00
Valor Nominal	:	$15,000,000.00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo del Presidente, del Representante Legal para temas de salud y acciones de tutela, del Representante Legal para Asuntos Judiciales y del Representante Legal para Asuntos Tributarios, Aduaneros y Cambiarlos en los términos y condiciones que se establecen en los presentes estatutos. La representación legal y la administración de la sociedad estarán a cargo del Presidente, quien será elegido por la junta directiva y tendrá un (1) suplente personal, que lo reemplazará en sus faltas accidentales, temporales y absolutas y en los casos de incompatibilidad o inhabilidad. El Presidente podrá ser el mismo presidente de la Junta Directiva y es de su competencia delegar la representación de la sociedad mediante poder general con las limitaciones que se determine en el respectivo instrumento público, pudiendo asumir o remover en cualquier momento las funciones de los representantes legales para temas de salud y acciones de tutela, representante legal para asuntos judiciales y legal para asuntos tributarios, aduaneros y cambiados. Para lo anterior, se requerirá de la expedición de resolución revocatoria, poder o mandato protocolizado ante Notario Público. La Junta Directiva nombrará a la persona que actuara como suplente del Presidente, representante legal. Todos los empleados de la sociedad, incluidos los otros representantes legales y sus suplentes, estarán subordinados al Presidente y bajo sus órdenes e inspección inmediata.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Corresponde al Presidente: 1. Representar legalmente a la sociedad en el ámbito nacional e internacional y, en consecuencia, usar la denominación social pudiendo celebrar y ejecutar los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de la sociedad para habida cuenta de las limitaciones o restricciones consagradas en el presente estatuto, excepto los contratos de prestación de servicios de salud y de corretaje comercial que celebrará sin atención a su cuantía, quedando obligado a la presentación mensual del informe a la Junta Directiva de los contratos celebrados en el respectivo periodo. En la celebración de

---

---

contratos y la representación general de la sociedad, ejercerá sus funciones de buena fe, de modo diligente, actuando siempre en interés de la sociedad de los Accionistas, usuarios, en atención a los estatutos y a la normatividad lega' vigente. 2. Convocar a la Junta Directiva y a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 3. Aprobar e implantar el Plan Estratégico de LA SOCIEDAD que le sea presentado por la dependencia competente. 4. Dirigir, coordinar, vigilar, controlar y evaluar la ejecución y cumplimiento de los objetivos, funciones, políticas, planes, programas y proyectos inherentes al objeto de social de la sociedad. 5. Adoptar las decisiones y dictar los actos a que haya lugar para el cumplimiento del objeto social y funciones de LA SOCIEDAD, dentro de los límites legales y estatutarios. 6. Ordenar los gastos y dictar los actos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones de LA SOCIEDAD, dentro de los límites legales y estatutarios. Estas funciones podrán ser delegadas en funcionarios de la sociedad de conformidad con lo establecido en la ley, ordenes de organismos superiores, en los presentes estatutos y de conformidad con la ley. 7. Adelantar procesos de selección, celebrar, adjudicar, perfeccionar, terminar, liquidar, caducar contratos, convenios u otros negocios jurídicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones de LA SOCIEDAD, dentro de los límites legales y estatutarios, así como adoptar todas las restantes decisiones y emitir actos relacionados con la actividad contractual. Estas funciones, y todas las correspondientes al desarrollo de la actividad contractual, podrán ser delegadas en funcionarios de la sociedad de conformidad con lo establecido en la ley, ordenes de organismos superiores, en los presentes estatutos y de conformidad con la ley. 8. Desarrollar la política de relaciones industriales y las escalas salariales que debe adoptar la sociedad para su personal y presentar a la Junta Directiva iniciativas enderezadas a la modificación complementación o ajuste de dichas políticas. 9. Ejecutar y hacer ejecutar todos los actos, operaciones, y autorizaciones comprendidas dentro del objeto social. 10. Presentar conjuntamente con la Junta Directiva, a la Asamblea General de Accionistas y para su aprobación, los estados financieros de cada ejercicio acompañado de los documentos establecidos en el Código de Comercio o en las disposiciones que lo reglamenten o lo modifiquen, así como una certificación adicional suscrita por él y por el Vicepresidente Financiero, sí hubiere lugar, en la que manifiesten que asumen la responsabilidad por la integridad y la exactitud de los respectivos estados financieros de LA SOCIEDAD. 11. Poner a disposición de los accionistas, con por lo menos quince (15) días hábiles de antelación a

---

---

la fecha en que tendrá lugar la reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, los documentos relacionados en del Código de Comercio o en las normas que lo reglamenten o modifiquen. 12. Ejecutar el presupuesto aprobado por la Junta Directiva. 13. Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Junta Directiva. 14. Diseñar y presentar para su respectiva aprobación ante la Junta Directiva los planes de desarrollo, los planes de acción anual y los programas de inversión, 1 mantenimiento, gastos, planes de compras y demás aplicables. 15. Proponer a la Junta Directiva y tramitar las modificaciones a la estructura y planta de personal de LA SOCIEDAD, de acuerdo con las disposiciones legales que sean aplicables. 16. Dirigir las relaciones laborales de la sociedad y nombrar, remover y contratar al personal de LA SOCIEDAD, conforme a las normas legales, reglamentarias y estatutarias. Estas funciones podrán ser delegadas en funcionarios de la sociedad de conformidad con lo establecido en los presentes estatutos y la ley. 17. Cuidar directamente, ola través de si apoderado o delegado, que todos los funcionarios y empleados de la empresa desempeñen cumplidamente sus deberes e imponer inmediatamente corrección cuando advierta malas maneras, negligencia o irregularidades de cualquiera índole. 18. Representar las acciones o intereses que tenga la sociedad en sociedades, asociaciones, fundaciones o corporaciones, o en cualquier otra modalidad asociativa. El Presidente podrá delegar esta facultad en funcionarios del nivel directivo, asesor o ejecutivo de LA SOCIEDAD. 19. Presentar ante los entes de control los informes que estos soliciten y a las demás dependencias oficiales los datos que de conformidad con la ley deban suministrarse. 20. Examinar los libros, cuentas, correspondencia, documentos de caja de LA SOCIEDAD y comprobar mediante delegación las existencias y valores. 21. Comparecer ante Notario para legalizar las reformas estatutarias y las decisiones de la Asamblea o de la Junta Directiva que requieran elevarse a escritura pública. 22. Presentar a la Junta Directiva y velar por su permanente cumplimiento, las medidas específicas respecto del gobierno de LA SOCIEDAD, su conducta y su información, con el fin de asegurar el respeto de los derechos de quienes inviertan en sus acciones o en cualquier otro valor que emitan y la adecuada administración de sus asuntos y el conocimiento público de su gestión. 23. Asegurar el respeto a todos sus accionistas. 24. Compilar en un Código de Buen Gobierno, que se presentará a la Junta Directiva para su aprobación, con todas las normas y sistemas exigidos en la Ley y mantenerlo permanentemente en las instalaciones para su consulta. 25. Anunciar a través de aviso publicado en un periódico de circulación nacional, la adopción de su respectivo Código de Buen

---

Gobierno y de cualquier enmienda, cambio o complementación del mismo (los cuales también deberán ser aprobados por la Junta Directiva), e indicar la forma en que podrá ser conocido por el público. Podrá delegar esta función en funcionarios de LA SOCIEDAD. 26. Evitar y revelar posibles conflictos de interés entre él y LA SOCIEDAD, o con los accionistas, los proveedores o los contratistas, informando sobre su existencia a los miembros de la Junta Directiva y, si es del caso, a la Asamblea General de Accionistas, pero absteniéndose de deliberar o emitir su opinión sobre el asunto conflictivo. 27. Presentar un informe semestral a la Junta Directiva que incluirá las operaciones, convenios o contratos que LA SOCIEDAD celebre con sus subordinadas dentro de dicho periodo y las condiciones de las mismas, los cuales en todo caso deberán hacerse en condiciones de mercado. Estas relaciones serán divulgadas en las notas a los estados financieros de LA SOCIEDAD. Se entenderán como subordinadas aquellas sociedades que cumplan con los preceptos legales establecidos para tal fin. Establecer y mantener el Sistema de Control Interno y de Riesgos de LA SOCIEDAD. 28. Cumplir con funciones que, en materia de prevención y control de lavado de activos y financiación del terrorismo, le asignen las normas legales, en especial las emanadas de la Superintendencia Financiera de Colombia y demás entidades competentes. 29. Dirigir la práctica de la contabilidad y ejercer control permanente sobre todas las cuentas que versen sobre bienes u operaciones de la Empresa. 30. Consultar con la Junta Directiva los actos o negocios en que sean necesarios o convenientes el dictamen de este cuerpo. 31. Ejercer efectiva fiscalización y control sobre los movimientos de fondos y la aplicación contable y en especial el margen de solvencia y patrimonio mínimo de la sociedad. 32. Atender a que toda inversión de dinero se haga de la manera más económica y provechosa para la compañía. 33. Visitar todas las dependencias de la empresa y dictar las órdenes y modificaciones que estime aceptadas para la buena marcha y servicio. 34. Promover lo conducente para la sanción penal, cuando a ello hubiere lugar. 35. Presentar semestralmente a la Junta Directiva un informe de gestión del cumplimiento de sus funciones y estado de la sociedad. La presentación del informe de gestión será reglamentada por la Junta Directiva. 36. Implementar mecanismos de prevención, control y solución de conflictos de interés entre los accionistas, la Junta Directiva y los Altos funcionarios de La Sociedad. 37. Hacer cumplir directamente, o a través de su delegado para actuar, los procedimientos de selección de funcionarios en atención al correspondiente perfil requerido. 38. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones legales que competen a la EPS, las Estatutarias, las prescripciones de la Junta

---

Directiva y disposiciones del Código de Buen Gobierno y Reglamento Interno de la EPS. 39. Delegar en los gerentes, factores o administradores de las sucursales, agencias, establecimientos de comercio, zonas, oficinas y en los demás funcionarios de la sociedad, las facultades necesarias para el buen desarrollo de los negocios sociales. 40. Presentar a la Junta Directiva para aprobación, el presupuesto anual, balances mensuales, trimestrales y anuales, y suministrarle los informes que ésta solicite en relación con la sociedad y sus actividades. 41. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones estatutarias, las prescripciones de la junta directiva y disposiciones del código de buen gobierno y reglamento interno de Coosalud EPS S.A. 42. Cumplir y garantizar el cumplimiento de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la Republica de Colombia y demás normas internacionales cuando sea el caso. 43. Ejercer las demás funciones que le establezcan la Constitución Política, las leyes, estos Estatutos y el Código de Buen Gobierno Corporativo, así como las que le asigne la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. PARÁGRAFO 1. Cuando por Ley o según lo establecido en estos Estatutos se indique que el Presidente está facultado para delegar una o varias de las funciones a su cargo, se entenderá que podrá hacerlo sin necesidad de autorización alguna. PARÁGRAFO 2. En caso de imposibilidad del Presidente para desempeñar las funciones que le han sido asignadas, bien sea por ausencias temporales o definitivas o por cualquier otra causa, ejercerá sus funciones un suplente del representante legal, designado por la. Junta Directiva, quien ejercerá la representación de la sociedad de manera automática, sin que se requiera declaración, trámite o autorización especial alguna por parte de los órganos sociales. LIMITACIONES. Las siguientes actuaciones en representación de la sociedad o para su manejo, requieren aprobación de la Junta Directiva: 1. Adquirir, enajenar o disponer de un establecimiento de la sociedad, así como disponer la apertura o el cierre de sucursales, agencias, oficinas o lugares de negocios. 2. Cualquier acto de disposición de un derecho sobre bienes raíces. 3. La adquisición de compañías, establecimientos de comercio y acciones o cuotas de interés social o participación en otras compañías. 4. Cualquier acto dispositivo de derechos sobre propiedad intelectual, así como la realización de acuerdos de licencia y su modificación o terminación, salvo la adquisición y/o licenciamiento de software. 5. Efectuar donaciones o promesas de donación, por un valor superior a los sesenta (60) SMLMV salarios mínimos legales mensuales vigentes 6. El comienzo, abandono o la reducción de líneas de negocios. 7. El otorgamiento de beneficios

extralegales a los trabajadores. 8. La celebración o ejecución de cualquier tipo de acto o contrato no incluido en el presupuesto anual de gastos, costos e inversiones aprobado por la Junta Directiva, cuando su cuantía exceda de mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (1.000 SMLMV). 9. Otorgar fianzas, avales, hipotecas y ofrecer bienes de la sociedad en garantía real. PARÁGRAFO: En todo caso, la celebración o ejecución de actos o contratos por parte de los representantes legales se hará de acuerdo con el reglamento de contratación que expida la Junta Directiva de la Sociedad. El Gerente General deberá presentar un Informe mensual a la Junta Directiva, sobre los contratos celebrados en el respectivo periodo.
REPRESENTANTE LEGAL PARA TEMAS DE SALUD Y ACCIONES DE TUTELA. La sociedad tendrá un representante legal para Temas de Salud y Acciones -de Tutela de orden médico-asistencial, quien tendrá un (1) suplente que lo reemplazará en sus faltas accidentales, temporales y absolutas y en los casos de incompatibilidad o inhabilidad, los cuales serán designados por la Junta Directiva. El nombramiento del REPRESENTANTE LEGAL PARA TEMAS DE SALUD Y ACCIONES DE TUTELA y de su suplente será indefinido y la Junta Directiva podrá removerlos en cualquier momento. Dichos representantes tendrán las facultades estatutarias de representación legal pero limitadas a los asuntos ordenados en el presente estatuto. FUNCIONES. Son funciones del REPRESENTANTE LEGAL PARA TEMAS DE SALUD Y ACCIONES DE TUTELA las siguientes: 1. Atender las peticiones y los requerimientos que se efectúen respecto de asuntos médico-asistenciales por parte de entidades de inspección vigilancia y/o control, así como por parte de los de usuarios, terceros o autoridades judiciales o administrativas. 2. Responder en todas las instancias judiciales y administrativas por las respuestas a las actuaciones y requerimientos que se susciten con ocasión de las acciones constitucionales de tutela, respecto de asuntos medico asistenciales, en los que la EPS sea vinculada o actúe como parte. 3. Responder y garantizar el cumplimiento, atención y seguimiento de los fallos de tutela expedidos en materia de salud, haciéndose parte activa en todo el curso del proceso, así como de los requerimientos e incidentes de desacato y demás actuaciones que puedan derivarse de las acciones interpuestas por usuarios y/o terceros como mecanismos de defensa de sus derechos. 4. Ejecutar las medidas necesarias para evitar la presentación de acciones de tutelas por servicios médicos-asistenciales, requerimientos de, incumplimiento, desacatos y sanciones por desacato garantizándole a los usuarios y demás entidades públicas y privadas el cumplimiento de los derechos fundamentales, vinculados con el derecho de petición y salud. 5.

Asesorar y conceptuar al Despacho del Presidente sobre los temas médico - asistenciales, atendiendo los lineamientos de la normatividad vigente y dentro de la oportunidad requerida. 6. Dirigir y ejercer la representación judicial de la Entidad, en materia medico asistencial ante instancias civiles, penales, disciplinarias y administrativas. 7. Responder por el registro de los fallos de tutelas, requerimientos por incumplimiento, desacatos y sanciones disciplinarias. 8. Compilar las normas legales relacionadas con la prestación del servicio de salud, velar por la realización de las capacitaciones, inducciones y reinducciones en esta materia y mantener al día esa compilación. 9. Garantizar los derechos fundamentales de los afiliados a la EPS. 10. Las demás que le delegue el Presidente.
REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JUDICIALES. La sociedad tendrá un representante legal para asuntos judiciales, quien tendrá un (1) suplente que lo reemplazará en sus faltas accidentales, temporales y absolutas y en los casos de incompatibilidad o inhabilidad, los cuales serán designados por la Junta Directiva. El nombramiento del REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JUDICIALES y de su suplente será indefinido y la Junta Directiva podrá removerlos en cualquier momento. Dichos representantes tendrán las facultades estatutarias de representación legal pero limitadas a los asuntos ordenados en el presente estatuto. FUNCIONES. Son funciones del representante legal para asuntos judiciales. 1. El representante legal para asuntos judiciales sólo actuará en representación legal de la sociedad cuando por virtud de la ley sea necesaria la presencia del Presidente de la sociedad, con o sin apoderado, ante los despachos judiciales e instancias competentes dentro de cualquier proceso jurisdiccional, administrativo o de otra naturaleza. 2. El representante legal para asuntos judiciales tendrá la facultad estatutaria de representación legal pero limitada a los asuntos anteriormente relacionados, pudiendo otorgar poderes a los abogados titulados designados por el Presidente de la sociedad y actuar en todas las etapas y diligencias procesales en que por ley deba actuar como audiencias de conciliación, interrogatorios de parte y contestación de demandas impugnaciones, apelaciones, descargos, presentación de quejas, denuncias, noticias criminales y demás actuaciones judiciales y/o administrativas que correspondan. 3. Actuar en asuntos de carácter judicial, independientemente de su naturaleza o cuantía. 4. Las demás que le delegue el Presidente de la sociedad.
REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS TRIBUTARIOS, ADUANEROS Y CAMBIARIOS. La sociedad tendrá un representante legal para asuntos TRIBUTARIOS, ADUANEROS, Y CAMBIARIOS, quien tendrá un (1) suplente que lo reemplazará

---

en sus faltas accidentales, temporales y absolutas y en los casos de incompatibilidad o inhabilidad, los cuales serán designados por la Junta Directiva. El nombramiento del representante legal para asuntos TRIBUTARIOS, ADUANEROS Y CAMBIARIOS y de su suplente será indefinido y la Junta Directiva podrá removerlos en cualquier momento. Dichos representantes tendrán las facultades estatutarias de representación legal pero limitadas a los asuntos ordenados en el presente estatuto. FUNCIONES. Son funciones del representante legal para asuntos TRIBUTARIOS, ADUANEROS Y CAMBIARIOS. 1. El representante legal para asuntos tributarios, aduaneros y cambiarios sólo actuará en representación legal de la sociedad cuando por virtud de la ley sea necesaria la presencia del Presidente de la sociedad con o sin apoderado, ante toda clase de personas y entidades de cualquier índole, en todo lo relacionado con el Departamento de Impuesto y Aduanas Nacionales (DIAN), impuestos, tasas y contribuciones Internacionales, Nacionales, Departamentales, Distritales y municipales al igual que con Asuntos Aduaneros, Cambiarlos y de Comercio e Inversiones Internacionales. 2. Tendrá la facultad estatutaria de representación legal pero limitadas a los asuntos anteriormente relacionados, pudiendo actuar en todas las etapas y diligencias procesales de carácter administrativo en que, por ley, deba actuar el Presidente de la sociedad, como audiencias de conciliación, interrogatorios de parte, descargos y demás actuaciones judiciales y/o administrativas en los que se ventilen asuntos Tributarios, Aduaneros y Cambiarlos.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 07 del 25 de Mayo de 2018, correspondiente a la reunión de Junta Directiva, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de Julio de 2018, bajo el No. 142,379 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL PRESIDENTE	JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO	C.C. 73.102.112

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DEL PRESIDENTE	PAOLA GUTIERREZ DE PIÑERES YANET	C 55.301.188

Por extracto del acta No. 12 del 7 de Septiembre de 2018 de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de Octubre de 2018 con el número 144103 del Libro IX, se designó a:

REPRESENTANTE LEGAL PARA TEMAS DE SALUD Y ACCIONES DE TUTELA	ROSALBINA PEREZ ROMERO	C.C. 45.479.281

Por Acta No. 07 del 25 de Mayo de 2018, correspondiente a la reunión de Junta Directiva, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de Julio de 2018, bajo el No. 142,379 del libro IX, se designó a:

REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JUDICIALES	NORMA ESTHER MARTELO GARCIA	C.C. 45.436.481
REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS TRRIBUTARIOS Y ADUANEROS Y CAMBIARIOS	DARWING DE JESUS LOPEZ OSORIO	C.C. 73.168.622

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

NOMBRE	IDENTIFICACION	
JAIME ANTONIO PASTRANA ARANGO	C.C.	79.147.353
RAFAEL SANTOS CALDERON	C.C.	19.223.000
CESAR LAUREANO NEGRET MOSQUERA	C.C.	10.537.127
SANDRA ROCIO NEIRA LIEVANO	C.C.	41.719.562
LUIS FERNANDO CAICEDO FERNANDEZ	C.C.	16.604.413
OSCAR RODRIGO SILVA BUSTOS	C.C.	79.496.465
OSCAR GIRALDO ARIAS	C.C.	9.855.759

SUPLENTES

NOMBRE	IDENTIFICACION	
HERNANDO MIGUEL BAQUERO LATORRE	C.C.	8.744.892
DANIEL NIÑO TARAZONA	C.C.	79.568.268

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

MARIA CLAUDIA PEÑAS ARANA	C.C.1.047.410.245
EDGARDO RAFAEL OÑORO MARTINEZ	C.C. 3.183.856
ALFONSO EDUARDO PIÑERES PERDOMO	C.C. 9.075.420
ENRIQUE CARLOS TATIS PEREZ	C.C. 73.080.963
FRANCISCO ALBERTO QUIJANO BERNAL	C.C. 70.103.789

Por extracto del acta No. 22 del 31 de Marzo de 2018 de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018 bajo el número 141,624 del Libro IX , se designó a:

PRINCIPALES

NOMBRE	IDENTIFICACION
JAIME ANTONIO PASTRANA ARANGO	C.C. 79.147.353
RAFAEL SANTOS CALDERON	C.C. 19.223.000
CESAR LAUREANO NEGRET MOSQUERA	C.C. 10.537.127
SANDRA ROCIO NEIRA LIEVANO	C.C. 41.719.562
LUIS FERNANDO CAICEDO FERNANDEZ	C.C. 16.604.413
OSCAR RODRIGO SILVA BUSTOS	C.C. 79.496.465
OSCAR GIRALDO ARIAS	C.C. 9.855.759

Por extracto del acta No. 22 del 31 de Marzo de 2018 de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018 bajo el número 141,624 del Libro IX , se designó a:

SUPLENTES

NOMBRE	IDENTIFICACION
HERNANDO MIGUEL BAQUERO LATORRE	C.C. 8.744.892
DANIEL NIÑO TARAZONA	C.C. 79.568.268
EDGARDO RAFAEL OÑORO MARTINEZ	C.C. 3.183.856
ALFONSO EDUARDO PIÑERES PERDOMO	C.C. 9.075.420
ENRIQUE CARLOS TATIS PEREZ	C.C. 73.080.963
FRANCISCO ALBERTO QUIJANO BERNAL	C.C. 70.103.789

Por Acta No 26 del 10 de mayo de 2021 de Asamblea de Accionistas inscrita en esta Cámara de Comercio el 22 de junio de 2021 con el número 170480 del Libro IX se designó a:

SUPLENTES

NOMBRE	IDENTIFICACION
MARIA CLAUDIA PEÑAS ARANA	C.C.1.047.410.245

Por Acta No. 28 del 30 de septiembre de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de junio de 2021 con el No. 170497 del Libro IX, se aceptó la renuncia de MARIA CLAUDIA PEÑAS ARANA

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 22 del 31 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea de Accionistas celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 15 de Mayo de 2018 con el número 141,005 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL PERSONA JURIDICA	ERNST & YOUNG AUDIT S.A.S	N 860.008.890-5

Por Documento Privado de fecha 31 de Mayo de 2018, inscrito en esta Camara de Comercio el 27 de Junio de 2018 con el numero 141,808 del Libro IX, se designó a:

REVISOR FISCAL PRINCIPAL JORGE LUIS MORALES CARDONA C.C. 1.143.327.366

Por Documento Privado de fecha 17 de Septiembre de 2019, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de Octubre de 2019, con el número 154,202 del Libro IX, se designó a:

REVISOR FISCAL SUPLENTE KAROLIN ARROYO BOTIA C.C. 1.128.060.377

REFORMAS A LOS ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO				INSCRIPCION		
EP	No. 1536	07/05/2019	Not 2 C/gena	62045	02/06/2009	del L. IX
PRIVADO	No. 3	23/10/2009	Accionistas	64701	30/12/2009	del L. IX
AC	No. 7	03/08/2010	Accionistas	67681	27/08/2010	del L. IX
EP	No. 5185	12/10/2016	Not 2 C/gena	126915	19/10/2016	del L. IX

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

EP No. 3606 22/08/2017 Not 2 C/gena 134988 31/08/2017 del L. IX
EP No. 2535 06/06/2018 Not 2 C/gena 141602 16/06/2018 del L. IX
EP No. 4562 28/12/2020 Not 2 C/gena 165867 01/03 2021 del L. IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cartagena, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

SITUACIÓN(ES) DE CONTROL / GRUPO EMPRESARIAL

SITUACION DE CONTROL

MATRIZ 323590 24 COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD
DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA
ACTIVIDAD La promoción de la afiliación de los habitantes de Colombia al tema general de seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico y régimen de influencia, carnetizar , administrar el riesgo en salud de sus afiliados, pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato, organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Así mismo, buscará generar acciones integrales para el crecimiento socioeconómico de sus asociados y de la comunidad, en procura del desarrollo integral y en defensa y protección del medio ambiente.
En especial propenderá por: 1. Administrar el riesgo en salud de la población afiliada o asociada procurando disminuir la ocurrencia de enfermedades. 2. Garantizar la prestación de los servicios de

---

---

salud a toda la población afiliada y carnetizada, directamente o mediante la contratación con entidades públicas o privadas, personas naturales o jurídicas debidamente habilitadas, del Plan obligatorio de Salud Subsidiada, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud. 3. Ofrecer a sus asociados que no estén afiliados al régimen contributivo o subsidiado, atención en promoción y prevención y atención en salud con cargo al Fondo de Solidaridad, lo cual será reglamentado por el Consejo de Administración. 4. Administrar los Aportes Sociales y los recursos derivados por la suscripción de los contratos de aseguramiento, las donaciones de Organismos Públicos y Privados, nacionales e Internacionales que aseguren el cumplimiento del Objeto Social de la Empresa, acorde con las normas legales vigentes. 5. Mejorar el nivel de vida de sus Asociados y de la comunidad mediante la implementación de proyectos auto sostenibles, productivos y rentables 6. Ofrecer asistencia técnica requerida para el desarrollo de la Comunidad. 7. Contribuir a la participación ciudadana de la gestión pública de la salud, incentivando la vinculación progresiva de los usuarios afiliados como asociados de la cooperativa.

Controla a:

246678 12 PROMOTORA DE INVERSIONES S.A.S
DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA
Filial
PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO: Más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenece a la matriz directa o indirectamente.
ACTIVIDAD: Cualquier actividad lícita de naturaleza civil o oomercial, y en especial, con carácter enunciativo, las siguientes: Inversión, promoción, operación y explotación de bienes y servicios; la suscripción, otorgamiento o constitución de avales, garantías o seguridades a favor de terceros; la promoción de negocios de carácter mercantil y la compra, venta, permuta, administración, custodia, enajenación o circulación de toda clase de bienes muebles e inmuebles.
DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA DE 09 DE JULIO DE 2015.SITUACION DE CONTROL CONFIGURADA DESDE EL 31 DE MARZO DE 2014.
DATOS INSCRIPCION: Libro 9 Nro 116006 15/07/16

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal código CIIU: 8430
Actividad secundaria código CIIU: 8699
Otras actividades código CIIU: 6521

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $2,632,483,489,025.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 8430

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio de Cartagena, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Cartagena. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar, por una sola vez, su contenido ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente

Recibo No.: 0008225454 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: XlZkGkMokdjrOpkj

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

---

documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO DE CARTAGO

DECRETO N° 015 AÑO 2000
(MARZO 17)

"POR MEDIO DEL CUAL SE CREA LA I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO."

EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE CARTAGO DEL VALLE DEL CAUCA, en uso de las atribuciones que le confiere la Constitución Nacional en el Artículo 313 ordinales 1° y 3°

CONSIDERANDO:

1.- Que el Artículo 6 literal a) de la Ley 10 de 1990 asignó a los Municipios la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención que comprenden los Hospitales locales, los centros y puestos de salud.

2.- Que el artículo 194 de la Ley 100 de Diciembre 23 de 1993, establece que a partir de su vigencia, la prestación de los servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, creados por la Ley, o por las asambleas o Concejos.

3.- Que el Concejo Municipal mediante Acuerdo N° 005 de Marzo 7 del año 2000, concedió facultades al Alcalde, para adelantar el proceso de descentralización y asunción de competencias del Sector Salud, autorizándolo para expedir los actos administrativos que sean necesarios para darle vida jurídica y eficiencia al sistema local de salud.

Por lo expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO 1°: Crear la **"I.P.S. del Municipio de Cartago, Empresa Social del Estado".**

Esta Empresa se regirá por los Estatutos que se adoptan por medio de este Decreto.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: UCIMED S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900074359-0
ADMINISTRACIÓN DIAN : PEREIRA
DOMICILIO : PEREIRA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 15091004
FECHA DE MATRÍCULA : MARZO 03 DE 2006
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 29 DE 2019
ACTIVO TOTAL : 6,946,555,216.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 3 BIS Nro.15-34 SECTOR CIRCUNVALAR
BARRIO : CENTRAL
MUNICIPIO / DOMICILIO: 66001 - PEREIRA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3332099
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : 3104989516
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : gerente@ucimedsa.com
SITIO WEB : ucimedsa.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 3 BIS Nro.15-34 SECTOR CIRCUNVALAR
MUNICIPIO : 66001 - PEREIRA
BARRIO : CENTRAL
TELÉFONO 1 : 3332099
TELÉFONO 3 : 3104989516
CORREO ELECTRÓNICO : gerente@ucimedsa.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : gerente@ucimedsa.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1134 DEL 01 DE MARZO DE 2006 DE LA NOTARIA PRIMERA DE PEREIRA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1006507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2006, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA UCIMED S.A..

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
CE-	20070419	REVISOR FISCAL	PEREIRA	RM09-1009030	20070502
AC-12	20091122	ASAMBLEA GENERAL	PEREIRA	RM09-1015495	20100129
EP-5292	20101222	NOTARIA PRIMERA	PEREIRA	RM09-1017897	20101223
EP-59	20120111	NOTARIA PRIMERA	PEREIRA	RM09-1026541	20120331
CE-	20120322	CONTADOR	PEREIRA	RM09-1026542	20120331
EP-560	20120214	NOTARIA PRIMERA	PEREIRA	RM09-1026543	20120331
CE-	20130204	REVISOR FISCAL	PEREIRA	RM09-1028921	20130211
EP-1318	20150424	NOTARIA PRIMERA	PEREIRA	RM09-1038736	20150921
CE-	20150708	REVISOR FISCAL	PEREIRA	RM09-1038737	20150921
EP-1885	20180823	NOTARIA PRIMERA	PEREIRA	RM09-1052560	20180904

CERTIFICA - VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 01 DE MARZO DE 2031

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL.- LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALIZADOS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, HOSPITALIZACION, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y APOYO TERAPEUTICO. PARA TAL FIN LA SOCIEDAD ESTARA EN CAPACIDAD DE GESTIONAR Y ADMINISTRAR UNIDADES DE NEGOCIOS Y TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL CABAL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL TALES COMO: A) ABRIR Y MANEJAR CUENTAS BANCARIAS O DEPOSITOS EN ORGANISMOS DE CREDITO. B) GIRAR, NEGOCIAR, ACEPTAR Y MANEJAR TITULOS VALORES DE CUALQUIER CLASE. C) COMPRAR GRAVAR O MODIFICAR LA FORMA DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES QUE REQUIERA PARA SU FUNCIONAMIENTO. D) COMPRAR VENDER O CREAR ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO COMPLEMENTARIOS O AFINES CON SU PROPIO OBJETO. E) PARTICIPAR EN CUALQUIER FORMA COMO SOCIO O ACCIONISTA DE SOCIEDAD EN LAS CUALES SE EXPLOTE UN NEGOCIO COMPLEMENTARIO AL SUYO, O ADQUIRIR TRANSITORIAMENTE ACCIONES DE SOCIEDADES ANONIMAS PARA PRECAUTELAR SU PROPIO PATRIMONIO.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	2.500.000.000,00	2.500.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	1.895.265.000,00	1.895.265,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	1.895.265.000,00	1.895.265,00	1.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1134 DEL 01 DE MARZO DE 2006 DE NOTARIA PRIMERA DE PEREIRA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1006507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2006, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	GIL ALBA OMAR VICTOR HUGO	CC 19,308,161

POR ACTA NÚMERO 42 DEL 28 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1056575 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 21 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	VEGA ALFONSO EDGAR RUBEN	CC 19,443,997

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1134 DEL 01 DE MARZO DE 2006 DE NOTARIA PRIMERA DE PEREIRA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1006507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2006, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	COBO ALVARADO JUAN CARLOS	CC 10,132,479

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1134 DEL 01 DE MARZO DE 2006 DE NOTARIA PRIMERA DE PEREIRA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1006507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2006, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	GIL CORTES ANDRES FELIPE	CC 1,088,244,975

POR ACTA NÚMERO 42 DEL 28 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1056575 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 21 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	MONROY MARIÑO SONIA	CC 51,625,604

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1134 DEL 01 DE MARZO DE 2006 DE NOTARIA PRIMERA DE PEREIRA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1006507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MARZO DE 2006, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA	OBANDO PEREZ YANETH LUCIA	CC 30,383,283

DIRECTIVA

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 25 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2010 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1017166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2010, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	CORTES AMOROCHO MARTHA CARMINIA	CC 51,813,444

POR ACTA NÚMERO 40 DEL 11 DE ABRIL DE 2018 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1052561 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 04 DE SEPTIEMBRE DE 2018, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JURIDICOS	VEGA ALFONSO EDGAR RUBEN	CC 19,443,997

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 5 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2007 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1009854 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2007, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SUPLENTE DEL GERENTE	OBANDO PEREZ YANETH LUCIA	CC 30,383,283

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTANTE LEGAL: GERENTE: LA SOCIEDAD TENDRA UN GERENTE QUE PODRA SER O NO MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA, CON UN SUPLENTE QUE REEMPLAZARA AL PRINCIPAL, EN SUS FALTAS ACCIDENTALES, TEMPORALES O ABSOLUTAS. TANTO EL GERENTE PRINCIPAL, COMO EL SUPLENTE, SERAN ELEGIDOS POR LA JUNTA DIRECTIVA PARA PERIODOS DE UN (1) ANO, SIN PERJUICIO DE QUE LA MISMA JUNTA PUEDA REMOVERLOS LIBREMENTE EN CUALQUIER TIEMPO. EL GERENTE EJERCERA TODAS LAS FUNCIONES PROPIAS DE LA NATURALEZA DE SU CARGO, Y EN ESPECIAL, LAS SIGUIENTES: 1) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES DE ORDEN ADMINISTRATIVO Y JURISDICCIONAL. 2) EJECUTAR TODOS LOS ACTOS U OPERACIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETO SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LAS LEYES Y EN ESTOS ESTATUTOS. 3) AUTORIZAR CON SU FIRMA TODOS LOS DOCUMENTOS PUBLICOS O PRIVADOS QUE DEBAN OTORGARSE EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES O EN INTERES DE LA SOCIEDAD. 4) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INVENTARIO Y UN BALANCE DE FIN DE EJERCICIO, JUNTO CON UN INFORME ESCRITO SOBRE LA SITUACION DE LA SOCIEDAD, UN DETALLE COMPLETO DE LA CUENTA DE PERDIDAS Y GANANCIAS Y UN PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES OBTENIDAS. 5) NOMBRAR Y REMOVER LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD CUYO NOMBRAMIENTO Y REMOCION LE DELEGUE LA

JUNTA DIRECTIVA. 6) TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACION DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD E IMPARTIRLES LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA COMPANIA. 7) CONVOCAR LA ASAMBLEA GENERAL A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE CONVENIENTE O NECESARIO Y HACER LAS CONVOCATORIAS DEL CASO CUANDO LO ORDENEN LOS ESTATUTOS, LA JUNTA DIRECTIVA O EL REVISOR FISCAL DE LA SOCIEDAD. 8) CONVOCAR LA JUNTA DIRECTIVA CUANDO LO CONSIDERE NECESARIO O CONVENIENTE Y MANTENERLA INFORMADA DEL CURSO DE LOS NEGOCIOS SOCIALES. 9) CUMPLIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTAN LA ASAMBLEA GENERAL O LA JUNTA DIRECTIVA, Y, EN PARTICULAR, SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LOS NEGOCIOS QUE DEBEN APROBAR PREVIAMENTE LA ASAMBLEA O JUNTA DIRECTIVA SEGUN LO DISPONEN LAS NORMAS CORRESPONDIENTES DEL PRESENTE ESTATUTO. 10) CUMPLIR O HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE TODOS LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD.
.
PARAGRAFO: LA EMPRESA CREA EL CARGO DE REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JURIDICOS, CUYO NOMBRAMIENTO RECAERA SIEMPRE EN UN ABOGADO TITULADO EN EJERCICIO Y QUE TENDRA LAS SIGUIENTES FUNCONES: REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN ASUNTO DE CARACTER JURIDICO TALES COMO CONCILIACIONES, ACTUACIONES ANTE CUALQUIER AUTORIDAD DE CARÁCTER ADMINSTRATIVO O JURISDICCIONAL EN CUALQUIER TIPO DE PROCESOS CUANDO LA SOCIEDAD ACTUE COMO DENUNCIANTE O DENUNCIADA, DEMANDANTE O DEMANDADA, CONVOCANTE O CONVOCADA, EN CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES EL REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JURIDICOS PODRA, RESOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, INTERVENIR EN CUALQUIER ACTUACION ADMINISTRATIVA O JUDICIAL ANTE LAS RESPECTIVAS AUTORIDADES SEAN ESTAS DE CARACTER NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, CON FACULTAD PARA NOTIFICARSE, INTERPONER TODO TIPO DE RECURSOS, FORMULA TODO TIPO DE PETICIONES Y SI CONSIDERA NECESARIO OTORGAR PODERES CON LA FACULTAD EXPRESA DE RECIBIR, CONCILIAR Y TRANSIGIR. SERA LA ASAMBLEA QUIEN SELECCIONE Y NOMBRE AL ABOGADO QUE REALIZARA LAS FUNCIONES DEL CARGO DE REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JURIDICOS. ESTE CARGO SERA DIRECCIONADO POR LA JUNTA DIRECTIVA Y POR LA GERENCIA, PARA QUE EVALUE SU DESEMPEÑO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 37 DEL 17 DE MAYO DE 2016 DE ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1041677 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 10 DE JUNIO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISORIA FISCAL	INGENIO ADVICE S.A.S.	NIT 900629584-5	X

POR CERTIFICACION DEL 15 DE AGOSTO DE 2018 DE REPRESENTANTE LGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1052363 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE AGOSTO DE 2018, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	PANTOJA SALAZAR CARMEN MIREYA	CC 27,232,948	15747-T

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR CERTIFICACION DEL 15 DE AGOSTO DE 2018 DE REPRESENTANTE LGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1052363 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE AGOSTO DE 2018, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE	ISAZA RUIZ ANGELA JAZMIN	CC 42,136,191	107882-T

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

INFORMA - MIGRACIÓN DE INFORMACIÓN

LA CÁMARA DE COMERCIO HA EFECTUADO MIGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS PÚBLICOS A UN NUEVO SISTEMA REGISTRAL, LO CUAL PUEDE OCASIONAR OMISIONES O ERRORES EN LA INFORMACIÓN CERTIFICADA, POR LO CUAL EN CASO DE ENCONTRAR ALGUNA OBSERVACIÓN EN EL CERTIFICADO, VERIFICAREMOS LA INFORMACIÓN Y PROCEDEREMOS A SU CORRECCION.

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE PEREIRA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siipereira.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación retB59ekXJ

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

COOSALUD EPS-S En POSS de tu bienestar	CONTRATO NÚMERO SVA2013E3V112 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MEDIANTE LA MODALIDAD DE EVENTO, ENTRE LA COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD" Y UCIMED S.A.

1. PARTES CONTRATANTES

1.1 CONTRATANTE

RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		NIT CONTRATANTE
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD"		800.249.241-0
REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE		C.C. CONTRATANTE
AURA NELLY VINUEZA MONTENEGRO		41.584.251 de Bogotá
DOMICILIO CONTRATANTE	DIRECCIÓN CONTRATANTE	
SANTIAGO DE CALI	Calle 5B Número 42A-40/Barrio Tequendama	
TELÉFONO	FAX	E-MAIL
4028434	4028434	avinueza@coosalud.com

1.2 CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA		NIT CONTRATISTA
UCIMED S.A.		900.074.359-0
REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA		C.C. CONTRATISTA
MARTHA CARMINIA CORTES AMOROCHO		51.813.444 de Bogotá
DOMICILIO CONTRATISTA	DIRECCIÓN DEL CONTRATISTA	
CARTAGO	Carrera 3 Bis entre Calles 1 y 2	
TELÉFONO	FAX	E-MAIL
212 4848; 317 379 18 86	212 4848	ucimedsa@gmail.com
NATURALEZA JURÍDICA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X
NÚMERO DE REGISTRO HABILITACIÓN	FECHA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE HABILITACIÓN	
76-147-08117-01	25 de Enero de 2011	

2. MODALIDAD DEL CONTRATO **3. NIVEL DE ATENCIÓN (I, II, III, IV)**

EVENTO	III NIVEL

4. OBJETO DEL CONTRATO:

SERVICIOS	TARIFAS
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	ISS 2001 más 14.5%
Los medicamentos e insumos de acuerdo con las tarifas contenidas en el Anexo Uno (1)	Anexo Uno (1)
Los medicamentos e insumos no contenidos en el Anexo Uno (1)	Costo de adquisición más el 5%
Cualquier procedimiento que requiera el paciente y no sea prestado directamente por el Contratista	Costo de facturación del Prestador que lo suministra
PROCEDIMIENTOS (AYUDAS DIAGNÓSTICAS)	
-Ecocardiograma Modo M, Bidimensional, Doppler pulsado, continuo y color	ISS 2001 más 14.5%
-Ecocardiograma de Stress con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica	ISS 2001 más 14.5%
-Prueba de Esfuerzo	ISS 2001 más 14.5%
-Monitoreo cardíaco ambulatorio de 24 horas mediante Test de Holter	ISS 2001 más 14.5%
-Monitoreo Ambulatorio de Presión arterial de 24 horas (M.A.P.A)	ISS 2001 más 14.5%
-Electrocardiograma	ISS 2001 más 14.5%
-Hemofiltracion venovenosa y plasmaferisis	ISS 2001 más 14.5%

5. POBLACIÓN A ATENDER

MUNICIPIOS	NUMERO DE AFILIADOS
Argelia	1.296
Cartago	26.131
El Águila	3.296
El Cairo	1.214
La Victoria	2.268
Roldanillo	15.382
San Pedro	1.259
Ulloa	1.140
Zarzal	2.945
TOTAL	54.931

6. VALOR DEL CONTRATO

QUINIENTOS MILLONES DE PESOS ($500,000,000) M/CTE

7. VIGENCIA DEL CONTRATO

INICIO	FINALIZACIÓN
01 de Febrero de 2013	31 de Enero de 2015

8. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

MUNICIPIO
CARTAGO

9. ENTIDADES DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

NIVELES DE ATENCIÓN	NIT	NOMBRE DE LAS IPS	DISTANCIA ENTRE EL CONTRATISTA Y LA IPS DE REFERENCIA
II Nivel	890.303.841-8	Hospital San Juan de Dios	180 Minutos
	890.399.047-8	Hospital Mario Correa Rengifo	180 Minutos
	805.028.530-4	Hospital Isaías Duarte Cancino	180 Minutos
	890.300.516-5	Clínica San Fernando S.A	180 Minutos
	890.399.020-1	Fundación Clínica Infantil Club Noel	180 Minutos
	890.303.395-4	Instituto Para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca	180 Minutos
	805.013.701-1	Unidad Especializada en Optometría	180 Minutos
	900.377.905-3	Outsourcing Farmacéutico Integral S.A.S	10 Minutos
	800.039.364-7	Clínica del Norte S.A.	10 Minutos
	836.000.737-2	Hospital Departamental de Cartago ESE	10 Minutos
	891.480.000-1	Clínica Comfamiliar Risaralda	30 Minutos
	800.225.057-8	Diagnóstico y Asistencia Médica S.A.	180 Minutos
III y IV Nivel	890.307.200-5	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A	180 Minutos
	900.247.710-7	Clínica Oftalmológica de Cartago Limitada	10 Minutos
	800.197.601-4	Angiografía y Corazón del Eje Cafetero S.A	30 Minutos
	890.324.175-1	Fundación Valle del Lili	210 Minutos
	890.303.461-2	Hospital Universitario del Valle	180 Minutos
	805.026.771-3	Recuperar S.A. IPS	10 Minutos
	900.375.465-5	Policlínico Ejesalud S.A.S	10 Minutos
	900.074.359-0	UCIMED S.A	10 Minutos

	805.011.262-0	RTS S.A.S	10 Minutos
	890.399.020-1	Fundación Clínica Infantil Club Noel	180 Minutos
	900.283.694-1	Fundación Clínica Cardiovascular del Niño de Risaralda	30 Minutos
	890.303.395-4	Instituto Para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca	180 Minutos
	900.110.074-1	Su Vida S.A	180 Minutos
	890.301.430-5	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	180 Minutos
	890.304.155-8	Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle	180 Minutos
	890.300.513-3	Clínica de Occidente S.A	180 Minutos
	900.330.416-0	Corporación Comfenalco – Unilibre	180 Minutos

10. ANEXOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO

	DESCRIPCIÓN
1.	La Carátula del Contrato
2.	La Base de Datos de los afiliados del Contratante
3.	El PAMEC -Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- elaborado por el Contratante
4.	Manual de Referencia y Contra-referencia del Contratante
5.	Declaración de las condiciones de habilitación y Registro de habilitación de los servicios contratados, ante la Secretaría de Salud Departamental
6.	Informe de resultado de la verificación de las condiciones técnico científicas realizada al Contratista.
7.	Parámetros de interventoría
8.	Formulario de suficiencia de los servicios a contratar
9.	Acta de concertación de las guías de atención integral
10.	Perfil epidemiológico y socio-demográfico y de riesgo de la población a atender, suministrado por el Contratante
11.	Manual de aplicación de la política de seguridad del paciente, elaborada por el Contratante
12.	Acta de Inducción a Prestadores SF-03
13.	Copia del documento de identidad de la Representante Legal del Contratista
14.	Copia del RUT del Contratista
15.	Certificación de la cuenta corriente o de ahorros donde serán cancelados los servicios al Contratista
16.	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual a favor de terceros afectados, constituida por el Contratista
17.	**Anexo Uno (1):** Medicamentos e Insumos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

POR EL CONTRATANTE

AURA NELLY VINUEZA MONTENEGRO
C.C. N° 41.584.251 DE BOGOTÁ

POR EL CONTRATISTA

MARTHA CARMINIA CORTÉS AMOROCHO
C.C. N° 51.813.444 DE BOGOTÁ

Entre los suscritos a saber **AURA NELLY VINUEZA MONTENEGRO**, mayor de edad, vecina del Municipio de Santiago de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía número 41.584.251 de Bogotá, debidamente facultada por delegación hecha por el Representante Legal de COOSALUD EPS-S, mediante Escritura Pública Número WK 8956786 de la Notaría Segunda de la ciudad de Cartagena, en calidad de Gerente de la Sucursal Valle, actuando en nombre de la COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD", Entidad habilitada como Administradora de Recursos del Régimen Subsidiado, mediante Resolución No. 0203 del 01 de febrero de 2006, dentro de los términos señalados por la Ley 100 de 1.993 reformada por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 y en cumplimiento de las condiciones del Decreto No. 515 del 2004, quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATANTE** de una parte y de la otra **MARTHA CARMINIA CORTÉS AMOROCHO**, mayor de edad, vecina del Municipio de Cartago, identificada con la cédula de ciudadanía N° 51.813.444 de Bogotá, obrando como Representante Legal de **UCIMED S.A.** del Municipio de Cartago, con **NIT 900.074.359-0 y CÓDIGO DE PRESTADOR 761470811701,** quien en el texto del presente Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, han convenido suscribir el siguiente Contrato de Prestación de Servicios de Salud – Plan Obligatorio de Salud – Régimen Subsidiado.- **CONSIDERACIONES PREVIAS.- POR PARTE DE EL CONTRATISTA: 1)** Que la Representante Legal de EL CONTRATISTA está facultada para contratar conforme con lo previsto en la Ley. **2)** Que EL CONTRATISTA cumple funciones de prestación de servicios esenciales de Salud. **3)** Que para celebrar el presente Contrato no le asiste a la Representante Legal, ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad para contratar.- **POR PARTE DE EL CONTRATANTE: 1)** EL CONTRATANTE ha cumplido con los requisitos legales previstos en los Decretos 882 de 1998, 515 del 2004, 1020 del 2007 y 971 del 2011 del Gobierno Nacional, el Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-, la Resolución 581 de 2004 del entonces Ministerio de la Protección Social y se encuentra debidamente habilitado para entrar a afiliar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado en los Municipios de Cartago, Roldanillo, San Pedro, Zarzal, La Victoria, Ulloa, El Águila, El Cairo y Argelia del Departamento del Valle del Cauca. **2)** EL CONTRATANTE se encuentra debidamente inscrito para administrar el Régimen Subsidiado en los Municipios mencionados en el numeral anterior y cuenta con el número de afiliados validados por el Ente Territorial correspondiente, descritos en la Carátula del presente Contrato, la cual hace parte integral del mismo. **3)** No existen inhabilidades ni incompatibilidades para contratar en lo que atañe a la Representante Legal. Hechas las consideraciones de rigor, las partes acuerdan celebrar un Contrato de Prestación de Servicios de Salud que se regirá en especial por las siguientes Cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO:** El presente Contrato tiene por objeto la Prestación de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios, contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, definido en el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud CRES o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan u ordenados por Tutela o Comité Técnico Científico, correspondientes al Nivel III y IV de atención, a los afiliados de EL CONTRATANTE, debidamente identificados y validados en la Base de Datos entregada a EL CONTRATISTA, previa autorización expresa de EL CONTRATANTE. Los servicios contratados son los siguientes: **a) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). b) PROCEDIMIENTOS (AYUDAS DIAGNÓSTICAS): 1.** Ecocardiograma Modo M, Bidimensional, Doppler pulsado, continuo y color. **2.** Ecocardiograma de Stress con prueba de esfuerzo o prueba farmacológica. **3.** Prueba de Esfuerzo. **4.** Monitoreo cardíaco ambulatorio de 24 horas mediante Test de Holter. **5.** Monitoreo Ambulatorio de Presión arterial de 24 horas (M.A.P.A). **6.** Electrocardiograma. **c) PROCEDIMIENTO DE HEMOFILTRACIÓN VENOVENOSA Y PLASMAFERISIS.- PARÁGRAFO PRIMERO.- ALCANCE DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS: a) POR EVENTO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI):** La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, comprende además de los servicios básicos, los servicios profesionales permanentes durante 24 horas diarias por parte del Especialista de la Unidad; Atención por Personal Paramédico con adiestramiento en Cuidados Intensivos; la utilización de los equipos de ayuda

diagnóstica y de complementación terapéutica, tales como monitoría cardioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías, oximetrías, estimulación eléctrica intracardíaca (marcapasos temporales) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y los demás contenidos en el manual tarifario. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Se admitirán en la Unidad de Cuidados Intensivos, únicamente los siguientes tipos de pacientes: **a) ORDEN CARDIOVASCULAR:** Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado; Pacientes con cor-pulmonar agudo; Pacientes con re-infarto complicado; Pacientes con cuadro clínico de angina inestable; Pacientes con bloqueo A.V. completo; Pacientes con bloqueo A.V. II grado tipo Mobitz II; Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal; Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, "síndrome de taquibradi-arritmia"; Pacientes para cardio versión y/o desfibrilación; Pacientes con franca inestabilidad hemodinámica; Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba; Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico, que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas; Pacientes con falla ventricular izquierda aguda; Pacientes post-cirugía cardiovascular; Pacientes post-reanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.- **b) DE ORDEN NEUROLÓGICO:** Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículoneuromielopatías agudas de cualquier etiología, cuando exista compromiso de la función respiratoria; Pacientes con porfiria aguda (P.I.A) con compromiso hemodinámico; Pacientes con cuadro de edema cerebral post-trauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral; Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesario asistencia ventilatoria; Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la U.C.I, en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, que no requieran procedimientos quirúrgicos de neurocirugía y que ofrezca posibilidades para su recuperación. - **c) DE ORDEN INFECCIOSO:** Pacientes con cuadro clínico de tétanos; Shock séptico de cualquier etiología.- **d) PACIENTES CON HIPERTERMIA MALIGNA.- e) PACIENTES CON LEUCEMIAS AGUDAS QUE REQUIERAN ASISTENCIA VENTILATORIA.- f) DE ORDEN NEUMOLÓGICO:** Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.- **g) TÓXICOS:** Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.- **h) METABÓLICOS:** Pacientes con trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria; Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.- **PARÁGRAFO TERCERO:** No se admitirán en la Unidad de Cuidado Intensivo los siguientes casos clínicos: a) Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.- b) Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.- c) Pacientes con signos de muerte cerebral o descerebrados. La regulación de estos casos, será efectuada por el Centro Regulador de Urgencias de EL CONTRATANTE; sin embargo, en caso de ingresar a la UCI algún tipo de pacientes con alguna de estas características, EL CONTRATISTA está en la obligación de informarlo inmediatamente a alguno de los funcionarios de Coosalud EPS-S (Auditor Médico, o Centro de Referencia).- **PARÁGRAFO CUARTO.-** Una vez todo paciente supere los criterios de internación en UCI y requiera continuar manejo en Unidad de Cuidado Intermedio, o en hospitalización, EL CONTRATISTA realizará de manera inmediata la notificación respectiva y la documentará a fin de demostrarla ante EL CONTRATANTE, para lograr el traslado oportuno de los pacientes, gestionando directamente la solicitud de cupos en el Hospital Departamental de Cartago u otras IPS de la Red de EL CONTRATANTE, para evitar asumir el costo de los días de estancia innecesarios. **PARÁGRAFO QUINTO:** Se encuentran excluidos del objeto del presente Contrato, los servicios derivados de todas aquellas actividades,

procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, aquellas consideradas como cosméticas o suntuarias, las que expresamente defina el CNSSS, la CRES y en aquellos casos que mencionan expresamente los Artículos 6º y 49, Título II del Acuerdo 029 de 2011.- **PARÁGRAFO SEXTO.-** Los servicios, medicamentos, materiales e insumos que sean NO POS-S se prestarán o suministrarán siempre y cuando exista una autorización expresa y previa emitida por EL CONTRATANTE.- **CLÁUSULA SEGUNDA.- MODALIDAD DEL CONTRATO:** El presente Contrato se realiza por la modalidad de pago por EVENTO ATENDIDO.- **CLÁUSULA TERCERA. NATURALEZA DEL CONTRATO:** Este Contrato es de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.- **CLÁUSULA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA declaran que no están incursos en el régimen de inhabilidades o incompatibilidades para contratar de acuerdo con las disposiciones de orden legal.- **CLÁUSULA QUINTA.- VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos legales, fiscales y administrativos, el valor estimado para la vigencia del presente Contrato es de **MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS ($1.500.000.000)** Moneda Legal Colombiana y corresponderá al valor facturado, basado en el número de eventos mensuales que sean atendidos por EL CONTRATISTA a las siguientes tarifas pactadas: **1.** Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): ISS 2001 más 14.5% **2.** Procedimientos y Ayudas Diagnósticas: Tarifario ISS 2001 más el 14.5%.- **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los medicamentos e insumos se cobrarán a las tarifas contenidas en el Anexo Número Uno (1), el cual hace parte integral del presente Contrato. Los medicamentos que no hayan quedado incluidos en el Anexo Uno (1), serán cobrados al costo de adquisición más el 5%. En todo caso, ningún medicamento con precio reglamentado por el Gobierno Nacional, podrá tener un valor mayor a éste.- **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cualquier procedimiento que requiera el paciente y no sea prestado directamente por el Contratista, será cobrado de acuerdo al costo de facturación del Prestador que lo suministra.- **PARÁGRAFO TERCERO:** EL CONTRATISTA garantizará la atención integral de todas las actividades o procedimientos requeridos por el paciente; sin embargo, si por fuerza mayor o caso fortuito un paciente requiriese de actividades o procedimientos que no estén incluidos dentro del alcance de la atención a prestarse por EL CONTRATISTA en el servicio contratado y que sean suministrados por un Prestador diferente a éste, podrán ser solicitados a la Red de Prestadores de EL CONTRATANTE, previo direccionamiento del mismo, sin costo adicional alguno y la factura será cancelada directamente por EL CONTRATANTE al Prestador que brindó el servicio respectivo, previa presentación y auditoría de la factura respectiva.- **CLÁUSULA SEXTA.- FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO:** EL CONTRATISTA entregará a EL CONTRATANTE un consolidado de las facturas y sus soportes, dentro de los veinte (20) primeros días del mes siguiente a la prestación de servicios de acuerdo a la normatividad vigente en el tema.- **PARÁGRAFO PRIMERO.- FECHA DE CORTE:** Se establece para EL CONTRATISTA como fecha de corte para radicar la facturación, los 20 primeros días de cada mes siguientes a la prestación de servicios; la facturación que se presente después de la fecha prevista, será recibida y revisada, pero se tendrá en cuenta para su pago en el periodo de facturación del mes siguiente. Las facturas se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-Ley 1281 de 2002.- **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La facturación se debe presentar individualmente, es decir, una por cada afiliado atendido.- **PARÁGRAFO TERCERO.- ANEXOS DE LA FACTURA:** Se deben anexar los soportes que por Ley deben acompañar a la factura para el pago de las actividades por paquete integral y evento contratadas, que son los siguientes: **1.** RIPS -Registro Individual de Prestación de Servicios- los cuales deben ser de óptima calidad en su estructura y contenido el cual debe ser consistente, veraz y completo, en estos se debe especificar el valor de cada insumo o material que se está facturando. **2.** Dos (2) copias de la factura original, de las cuales una se devuelve con el sello de radicación a EL CONTRATISTA. **3.** La autorización original emitida por el sistema de información de EL CONTRATANTE, la cual debe concordar con el valor

facturado. No se aceptan las autorizaciones realizadas manualmente. **4.** Detallado de la facturación. **5.** Hoja de descripción quirúrgica y hoja de gasto de cirugía. **6.** Fotocopia del documento de identidad del afiliado. **7.** Fotocopia del carné de afiliación del usuario atendido. **8.** Orden Médica. **9.** EPICRISIS de los pacientes hospitalizados, atendidos por urgencias o que se les haya realizado algún procedimiento.- **PARÁGRAFO CUARTO.- COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO Y/O TUTELA:** Para los servicios que sean prestados por EL CONTRATISTA y autorizados por EL CONTRATANTE por estos conceptos, EL CONTRATISTA facilitará la identificación de los mismos en los soportes detallados de la factura; adicionalmente, anexará los soportes descritos en el numeral anterior al igual que el acta de aceptación por parte de EL CONTRATANTE en los casos aprobados por Comité Técnico Científico o copia del fallo de Tutela, según sea el caso.- **PARÁGRAFO QUINTO.- FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará a EL CONTRATISTA los servicios prestados según demanda espontánea, a los sesenta (60) días de radicada efectivamente la factura.- **PARÁGRAFO SEXTO:** En caso de que EL CONTRATANTE objete parcial o totalmente una factura, se seguirán para la resolución de la misma, los procedimientos y plazos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y en el Anexo Técnico No. 6 "Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas" contemplado en la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 o en las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.- **PARÁGRAFO SÉPTIMO:** Se entiende por debida notificación de las glosas para las partes: **a)** Para EL CONTRATISTA, cuando le sean entregadas las correspondientes glosas ante la Oficina de Facturación o quien haga sus veces y ésta corrobore con su recibo; **b)** Para el CONTRATANTE, cuando le sea entregado el sustento o aclaración a las glosas presentadas ante la oficina de Cuentas Médicas o del Médico Coordinador o Auditor o a quien éste delegue lo reemplace o haga sus veces.- **CLÁUSULA SÉPTIMA.- COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS:** Los servicios objeto del presente Contrato están exentos de cuotas moderadoras. Los copagos serán recaudados directamente por EL CONTRATANTE con base en lo descrito en el Acuerdo 260 del 2.004 y la Ley 1122 de 2.007. En los casos de atención hospitalaria en que por causas de tipo administrativo no sea posible efectuar dicho recaudo, EL CONTRATISTA podrá realizar el recaudo y descontarlo del valor de la factura, especificando este ítem en la misma, si el pago fue recibido efectivamente.- **CLÁUSULA OCTAVA.- VIGENCIA DEL CONTRATO:** La duración del presente Contrato es de **Veinticuatro (24) meses** contados a partir del día 01 de Febrero de 2013, hasta el día 31 de Enero de 2015. El presente Contrato terminará *ipso facto* el día del vencimiento del plazo aquí pactado.- **CLÁUSULA NOVENA.- DOMICILIO CONTRACTUAL Y LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:** Para todos los efectos de este Contrato se fija como domicilio contractual el Distrito Turístico de Cartagena, donde se ventilarán todas las controversias y ejecuciones y se demandarán las obligaciones que de este Contrato se deriven ante la jurisdicción correspondiente. Los servicios objeto del presente Contrato serán prestados en las instalaciones de EL CONTRATISTA ubicado en la Carrera 3 Bis entre Calles 1 y 2 del Municipio de Cartago; además, EL CONTRATISTA, podrá prestar los mismos servicios contenidos en este contrato a las mismas tarifas en cualquier sede que posean independiente del departamento donde EL CONTRATANTE lo requiera.- **CLÁUSULA DÉCIMA.- OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a: **1.** Prestar los servicios de salud del POS-S objeto del presente Contrato, a los afiliados activos de EL CONTRATANTE, con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo, sin ningún tipo de discriminación, de acuerdo a las Guías de Atención Integral pactadas por las partes y bajo los parámetros y estándares de calidad definidos en el PAMEC -Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, elaborado por EL CONTRATANTE, el cual hace parte integral de este Contrato. **2.** Permitir a EL CONTRATANTE o a quien éste delegue, el acceso a la información relacionada con la prestación de los servicios contratados; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que éste requiera, de acuerdo con lo reglamentado en la Ley y en el presente Contrato. **3.** Suministrar a EL CONTRATANTE, al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a

las Secretarías de Salud Departamental, Distrital y Municipal y a los Organismos competentes, toda la información que éstas requieran acerca de la atención de salud prestada a los afiliados de EL CONTRATANTE. **4.** CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN DEL AFILIADO: EL CONTRATISTA solo prestará los servicios de salud a que se refiere el presente Contrato, a las personas incluidas en la base de datos que EL CONTRATANTE le suministre y le actualice periódicamente en medio magnético y/o físico y que además estará disponible en la página **http://www.coosalud.com** y que demuestren su afiliación presentando su respectivo documento de identidad y la autorización del servicio expedida en original por EL CONTRATANTE, excepto en la atención de urgencias para lo cual se debe dar aviso inmediato a EL CONTRATANTE por vía telefónica o por fax o a la línea telefónica gratuita nacional 018000515611, de acuerdo con el "Proceso para la Atención, Referencia y Contra-referencia de Pacientes" contenido en el PAMEC y que hace parte integral del presente Contrato, sin que para esto tenga que mediar trámite alguno por parte del afiliado según lo dispuesto en los artículos 120 y 125 del Decreto Ley 019 de 2012. **5.** Diligenciar la historia clínica de conformidad con las normas legales vigentes, con el fin de tener a disposición de EL CONTRATANTE, cualquier información que éste requiera en relación con la salud y atención médica de sus afiliados y entregarle copia de la misma en los casos de ley. **6.** Vigilar para que su grupo médico cumpla con todos los requisitos y normas de referencia y contra-referencia contempladas en el "Proceso para la atención, Referencia y Contra-referencia del Paciente" que hace parte integral del presente Contrato. **7.** Presentar ante EL CONTRATANTE las facturas y sus respectivos soportes dentro de los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente a la prestación del servicio. **8.** VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN: EL CONTRATISTA se obliga al cumplimiento de las condiciones de habilitación declaradas en los instrumentos respectivos y consignados en las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007 y las demás que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Igualmente, permitirá que EL CONTRATANTE las pueda verificar cuando éste lo determine y según el PAMEC que hace parte integral del presente Contrato. Esta verificación podrá dar como resultado planes de mejoramiento cuyo desarrollo serán objeto de acompañamiento por parte de EL CONTRATANTE a través de su Auditoría para mejorar las condiciones de los servicios cuando lo ameriten. **9.** SUFICIENCIA: EL CONTRATISTA se obliga a diligenciar el formulario que EL CONTRATANTE le suministrará con el objeto de determinar el grado de suficiencia en los servicios ofertados para atender las necesidades de sus afiliados, el cual hace parte integral del presente Contrato. **10.** SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS: EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a garantizar el suministro de todos los medicamentos, materiales e insumos que requieran los afiliados de EL CONTRATANTE en el tratamiento de su patología, en caso de hospitalización o procedimientos quirúrgicos de manera completa y con la oportunidad acordada en el presente Contrato. **11.** Recibir las glosas, responderlas, conciliarlas o en su defecto aceptarlas, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. **12.** Gestionar las inquietudes, reclamos y/o derechos de petición presentados por los usuarios, por la mala calidad en los servicios o la no prestación de los mismos, respondiendo directamente a estos con copia a EL CONTRATANTE, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción del reclamo, inquietud o derecho de petición del usuario. **13.** CALIDAD DE LA ATENCIÓN: EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a mantener los indicadores de calidad de la atención, en especial los de ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD y EFICACIA, en los estándares definidos por el PAMEC que hace parte integral del presente Contrato. **14.** Reportar mensualmente los eventos de salud pública, los indicadores centinela de calidad y los indicadores definidos en las Circulares 030 de 2006 y 056 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y oportunidades establecidos por ésta y demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. **15.** Suministrar la información referente a los gastos Diarios de los pacientes hospitalizados y los que fueron atendidos por urgencias a través del Auditor Concurrente asignado a la IPS, una vez éste lo solicite. **16.** Garantizar la calidad de los insumos, materiales y medicamentos utilizados en la atención de los usuarios de EL

CONTRATANTE y responder por los costos en que se incurra por re intervenciones y Complicaciones que no sean de responsabilidad del Contratista, donde se demuestre que la causa de los mismos sea debida a la mala calidad de los materiales, medicamentos e insumos suministrados durante la prestación de los servicios. Igualmente responderá en estos casos por la responsabilidad civil o penal que se deriven de estas complicaciones. **17.** Atender los requerimientos derivados del cumplimiento de la interventoría del presente Contrato. **18.** EL CONTRATISTA no podrá facturar a EL CONTRATANTE los servicios suministrados a los afiliados que al momento de la prestación aparecen multi-afiliados con el Régimen Contributivo en la página web del FOSYGA. Además debe garantizar la completa identificación del afiliado de EL CONTRATANTE para el que se solicite un servicio, verificando que el documento de identidad corresponda con la edad del mismo, es decir, si es menor de 7 años, debe tener el número del Registro Civil de nacimiento en el documento SISBEN y en el carné de afiliación; si es mayor de 7 años y menor de 18 años, debe tener registrado el número de la Tarjeta de Identidad en documento SISBEN y en el carné de afiliación; si es mayor de 18 años, debe tener registrado el número de cédula de ciudadanía en el documento SISBEN y en el carné de afiliación; de no ser así, debe reportar este hallazgo y solicitarle a EL CONTRATANTE que actualice el documento de identidad respectivo. Esta situación no será impedimento para el acceso a la prestación de los servicios de salud. **19.** Implementar el Sistema de Información y Atención al Usuario para suministrar información, orientación y atención a los afiliados, así como dar respuestas a las quejas, reclamos y solicitudes que estos interpongan directamente o a través de las Alianzas de Usuarios. **20.** EL CONTRATISTA se obliga, sin solidaridad de EL CONTRATANTE, a responder por los perjuicios que pueda generar a los afiliados y miembros de su grupo familiar vinculados a EL CONTRATANTE que atienda en cumplimiento de este Contrato, como consecuencia de fallas del servicio imputables a la falta de oportunidad injustificada en la entrega de los materiales e insumos, a las condiciones de mantenimiento, así como por las acciones u omisiones del personal que disponga para la prestación del servicio. **21.** Realizar todos los trámites administrativos pertinentes para la atención de los usuarios de EL CONTRATANTE, directamente con éste, evitando la delegación de los mismos al paciente o su acudiente, según lo dispuesto en los artículos 120 y 125, Capítulo VIII del Decreto Ley 019 de 2012. **22.** Cumplir con las demás obligaciones derivadas del presente Contrato y del contenido de la normatividad vigente.- **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- OBLIGACIONES DE EL CONTRATANTE:** Además de las contraídas para la administración del Régimen Subsidiado, a fin de garantizar el adecuado funcionamiento y flujo de recursos, son obligaciones especiales de EL CONTRATANTE: **1.** Remitir a EL CONTRATISTA la Base de Datos de los afiliados a atender, dentro de los primeros 10 (diez) días hábiles siguientes al inicio del presente Contrato. **2.** Remitir a EL CONTRATISTA la actualización de la Base de Datos dentro de los 10 (diez) primeros días de los meses subsiguientes. **3.** En caso de edictos de suspensión o resoluciones de retiro emitidas por el Ente Territorial correspondiente a los afiliados relacionados en la Base de Datos entregada a EL CONTRATISTA, EL CONTRATANTE notificará máximo al día siguiente de haber recibido la notificación por parte del Ente Territorial, la no continuidad en el cubrimiento de servicios en salud a cargo de EL CONTRATANTE a esta población. **4.** Garantizar a sus afiliados el sistema de referencia y contra-referencia para los servicios contemplados en el POS-S a través de una red de servicios contratada, que sea suficiente y habilitada. **5.** Informar a EL CONTRATISTA sobre la conformación de la red de servicios contratada y actualizar esta información periódicamente, anexando los flujos de referencia de la misma, información que puede ser consultada en la página web www.coosalud.com. **6.** Recepcionar las facturas y sus soportes dentro de los veinte (20) primeros días de cada mes. **7.** Cancelar sus obligaciones contractuales acorde a las normas existentes, tales como los Decretos 3260 de 2004, 050 del 13 de enero de 2003 y 4747 del 2007, la Ley 1122 de 2007 y demás disposiciones complementarias. **8.** Entregar a EL CONTRATISTA los anexos contemplados en este Contrato y que hacen parte integral de él, antes de comenzar su ejecución.- **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD:** En razón de que EL CONTRATISTA es quien presta los

servicios de salud a solicitud de EL CONTRATANTE, con plena autonomía científica, técnica, administrativa y dentro de sus propias normas, reglamentos y procedimientos, éste responderá civilmente y sin solidaridad de EL CONTRATANTE, por todos los perjuicios que por acción u omisión y que en cumplimiento de este Contrato puedan ocasionarse a los afiliados de EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA solo asumirá la responsabilidad desde el momento en que afiliado de EL CONTRATANTE haga su ingreso a las instalaciones de EL CONTRATISTA y asumirá toda la responsabilidad legal por las consecuencias médico legales por mala praxis, atención tardía, atención incompleta, complicaciones médicas o por la mala calidad de los insumos, materiales y medicamentos, manteniendo a EL CONTRATANTE indemne. Como garantía de lo anterior, EL CONTRATISTA suscribirá una Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual a favor de terceros afectados, por el diez (10%) por ciento del valor total del presente Contrato, por el término de duración del mismo y seis (6) meses más.- **PARÁGRAFO PRIMERO:** La anterior póliza debe ser constituida y remitida a EL CONTRATANTE a más tardar a los veinte (20) días siguientes a la firma del presente Contrato. En el caso en que se aumente el valor del Contrato o se prorrogue su vigencia, EL CONTRATISTA deberá ampliar o prorrogar las garantías, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del OTROSÍ respectivo y remitirla a EL CONTRATISTA en el lapso inicialmente pactado.- **PARÁGRAFO SEGUNDO.- SUJECIÓN AL REGLAMENTO:** Las personas o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en razón del presente Contrato sean atendidas por EL CONTRATISTA, quedan sujetas al reglamento interno de prestación de servicios establecido por EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO TERCERO:** Ni EL CONTRATISTA ni EL CONTRATANTE responderán cuando el afiliado, sus allegados, acudientes o familiares decidan retirarlo de las instalaciones de EL CONTRATISTA, caso en el cual dejarán constancia escrita de tal hecho y certificarán la prestación de los servicios efectivamente recibidos por el paciente.- **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. INTERVENTORÍA:** La Interventoría de este Contrato se realizará por EL CONTRATANTE o por el personal que éste delegue expresamente, sin perjuicio de la vigilancia del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia de Salud, la Secretaría de Salud respectiva y demás Organismos competentes, la cual deberá ser notificada a EL CONTRATISTA previamente.- **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- AUDITORÍA MÉDICA DEL SERVICIO:** EL CONTRATISTA prestará toda la colaboración con la Auditoría médica que realizará EL CONTRATANTE, con el fin de que el personal asignado pueda realizar con eficiencia las actividades a su cargo. Para tal efecto y por solicitud del Auditor asignado, EL CONTRATISTA está en la obligación para con EL CONTRATANTE de acompañar a sus Auditores en la auditoría de seguimiento, concurrente y la auditoría de la factura, expidiendo copia de los documentos, registros, archivos, etc., que se requieran, según lo establecido por la Resolución 1995 de 1999.- **PARÁGRAFO ÚNICO:** EL CONTRATISTA efectuará los correctivos necesarios que EL CONTRATANTE le sugiera, previa discusión y demostración de las fallas en que se ha incurrido. Si después de vencido el plazo acordado entre las partes para hacer los correctivos a que hubiere lugar EL CONTRATISTA no los hiciere, EL CONTRATANTE en forma unilateral podrá descontar los costos que considere que se hayan generado por no haberse corregido las fallas del servicio.- **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** En lo no previsto en las consideraciones y cláusulas de este Contrato, le serán aplicables las normas de vigilancia y control del SGSSS, acorde con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional y la Secretaría de Salud competente. Cuando surjan discrepancias en la interpretación de las normas vigentes, las partes acuerdan utilizar como mecanismo de solución en primera instancia, la discusión de las discrepancias surgidas de la actividad contractual y búsqueda de soluciones ágiles y rápidas y en forma directa a través de la reunión entre las partes con un (1) Representantes por EL CONTRATANTE y un (1) Representante por EL CONTRATISTA, reunión que podrá ser solicitada por cualquiera de las partes y deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud. Las partes determinan que en caso de no llegar a un acuerdo en la primera instancia, se procederá hacer uso en segunda instancia del mecanismo de Conciliación a través de la Cámara de

Comercio del Municipio de Santiago de Cali y por solicitud de las partes, aplicando las normas establecidas para tal fin. En caso de fracasar la segunda instancia, toda controversia o diferencia relativa a este Contrato, a su ejecución, liquidación e interpretación, antes de acudir a la justicia ordinaria, se resolverá por un "Tribunal de Arbitraje, Conciliación y Amigable Composición", de la Cámara de Comercio de Santiago de Cali; la convocatoria de este Tribunal de Arbitramento se hará dentro de los treinta (30) días siguientes de haber fracasado la segunda instancia. El Tribunal de Arbitramento funcionará de acuerdo con las siguientes reglas: **a)** El Tribunal estará integrado por Uno (1) o tres (3) Árbitros designados por la Cámara de Comercio de Santiago de Cali. **b)** El Tribunal decidirá en derecho.- **PARÁGRAFO ÚNICO.- TARIFAS:** Las tarifas comprenden los gastos de administración y honorarios de Árbitros, de acuerdo con las tablas autorizadas por el Ministerio de Justicia y del Derecho, las cuales serán canceladas por partes iguales entre las partes del conflicto.- **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.- RELACIÓN LABORAL:** En el presente Contrato EL CONTRATISTA y EL CONTRATANTE actúan como contratistas independientes, por lo tanto no tienen ninguna relación laboral entre sí, ni entre EL CONTRATANTE y los profesionales, trabajadores o personal administrativo a quienes encomiende EL CONTRATISTA la prestación del servicio contratado, ni entre EL CONTRATISTA, sus auxiliares, dependientes o trabajadores que éste contrate y EL CONTRATANTE. Ninguna de las cláusulas del presente Contrato faculta a EL CONTRATISTA a representar a EL CONTRATANTE a ningún título.- **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO:** Cualquier modificación al Contrato durante su vigencia debe realizarse de común acuerdo entre las partes y constar por escrito mediante OTROSÍ, teniéndose como base mínima de negociación las condiciones inicialmente acordadas.- **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- CESIÓN DEL CONTRATO:** Las obligaciones contraídas en este Contrato no podrán ser cedidas total ni parcialmente.- **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:** EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA de común acuerdo podrán suspender la ejecución del Contrato antes de su vencimiento, previa solicitud motivada y con anticipo de quince (15) días a la fecha en que se pretende la suspensión. En la fecha pactada para la suspensión, se levantará un acta por las partes cumpliendo con los siguientes requisitos: **a)** Determinar las circunstancias de fuerza mayor y caso fortuito debidamente demostradas, si las hubiere. **b)** Expresar las causas de la decisión. **c)** Detallar el estado del Contrato en cuanto a su desarrollo. **d)** Adoptar las medidas pertinentes. **e)** Convenir los costos de la suspensión y la forma de pago, si es el caso.- **CLÁUSULA VIGÉSIMA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** Las partes acuerdan que el presente Contrato se liquidará a más tardar dentro de los cuatro (4) meses subsiguientes a su terminación.- **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Las causales de terminación del presente Contrato serán las siguientes: **a.** Por mutuo acuerdo entre las partes. **b.** Por incumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATISTA. **c.** Por el vencimiento del término de duración del Contrato. **d.** Por fuerza mayor o caso fortuito demostrado. **e.** Por revocatoria de funcionamiento de una de las partes. **f.** Por orden de autoridad pública competente. **g.** Por decisión unilateral de EL CONTRATANTE. **h.** Por terminación del Contrato o Contratos de aseguramiento que amparan el presente Contrato.- **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- ANEXOS:** Forman parte integral de este Contrato los siguientes documentos: **1)** La Carátula del Contrato. **2)** La Base de Datos de los afiliados de EL CONTRATANTE. **3)** El PAMEC -Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- elaborado por EL CONTRATANTE. **4)** Manual de Referencia y Contra-referencia de EL CONTRATANTE. **5)** Declaración de las condiciones de habilitación y Registro de habilitación de los servicios contratados, ante la Secretaría de Salud Departamental. **6)** Informe de resultado de la verificación de las condiciones técnico científicas realizada a EL CONTRATISTA. **7)** Parámetros de interventoría. **8)** Formulario de suficiencia de los servicios a contratar. **9)** Guías de atención integral pactadas. **10)** Perfil epidemiológico y de riesgo de la población a atender, suministrado por el Contratante. **11)** Manual de aplicación de la política de seguridad del paciente, elaborada por EL CONTRATANTE. **12)** Copia del documento de identidad del Representante Legal de EL CONTRATISTA. **13)**

Copia del RUT de EL CONTRATISTA. **14)** Acta de Inducción a Prestadores SF-03. **15)** Certificación de la cuenta corriente o de ahorros donde serán cancelados los servicios a EL CONTRATISTA. **16)** Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual a favor de terceros afectados, constituida por EL CONTRATISTA. **17)** Anexo Uno (1): Medicamentos e Insumos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).- **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA.- REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato se perfecciona con la respectiva asignación presupuestal en los rubros correspondientes y la firma de las partes. Una vez leído y de conformidad con el texto, se procede a la firma en el Municipio de Santiago de Cali a los treinta y un (31) días del mes de Enero del año 2013.

POR EL CONTRATANTE

AURA NELLY VINUEZA MONTENEGRO
C.C. N° 41.584.251 DE BOGOTÁ

POR EL CONTRATISTA

MARTHA CARMINIA CORTÉS AMOROCHO
C.C. N° 51.813.444 DE BOGOTÁ

2018

PAMEC

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

COOSALUD

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN

El presente documento, y los cambios organizacionales que de él se derivan, surgen como resultado de un gran esfuerzo institucional. En su desarrollo se puede apreciar el liderazgo y el trabajo dedicado del personal de COOSALUD alrededor de una tarea: construir de manera participativa un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, para una compañía que piensa en grande. En efecto, más allá de las disposiciones normativas de carácter obligatorio contenidas en el Decreto 2309 de 2002 remplazado por el Decreto 1011 del 2006 y en sus normas reglamentarias, la Visión de COOSALUD entraña destinos superiores. En un proceso que no tiene marcha atrás, y que se construye poco a poco en el día a día, la compañía emprenderá seguidamente el camino de la acreditación y, en un futuro no muy lejano, el de los premios nacionales e internacionales a la calidad. Tal es la magnitud de nuestro compromiso con la calidad.

Este sueño será posible solamente en la medida en que todos y cada uno de los miembros de la compañía, conscientes de los retos que afrontamos, seamos capaces de reafirmar cada mañana el compromiso que tenemos con nuestros afiliados. Ellos son la razón de ser de todo lo que hacemos y son justamente ellos quienes le dan sentido a nuestras labores cotidianas.

En síntesis, son tres los pilares filosóficos fundamentales que orientan el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en COOSALUD:

1. El afiliado es el centro y la razón de ser de nuestra compañía.
2. La calidad que queremos se siembra todos los días en un proceso de mejoramiento que nunca se detiene.
3. Todos somos responsables por la calidad de lo que hacemos porque creemos firmemente en el autocontrol.

Al momento de elegirnos como funcionarios, la compañía ha depositado en cada uno de nosotros toda su confianza y no podemos ser inferiores a este reto. ESTAR DENTRO DE LAS 100 EMPRESAS CON MAYOR REPUTACION EN COLOMBIA.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAMEC EN COOSALUD

1.1 COMPONENTES

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". El Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

El PAMEC formulado por COOSALUD es un sistema de control que consta de tres componentes macro:

1. Los referenciales de calidad
2. Un modelo unificado de medición y evaluación
3. Un dispositivo dinámico de mejoramiento de la calidad

La articulación entre estos componentes le permite a la AMEC operar como un sistema que actúa de manera permanente sobre los procedimientos definidos como prioritarios en COOSALUD, que incluyen aquellos establecidos en el Decreto 1011 del 2006:

1. VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS DE HABILITACIÓN.
2. MONITOREO CONTINUO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD
3. GESTION HOSPITALARIA
4. AUDITORIA A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS.
5. AUDITORIA A LA ATENCION DOMICILIARIA

Los anteriores procedimientos corresponden al componente de **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud**, descrito en el citado decreto y que implican la evaluación y el mejoramiento sistemático de la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud, el desempeño del sistema de referencia y contra referencia, la situación de habilitación de los prestadores que integran la red y la prestación del servicio de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
Los procedimientos de:

1. PQR RECIBIDOS A TRAVES DE SNS O CORREO EL DEFENSOR DEL USUARIO
2. RECEPCION Y TRAMITE DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS RECIBIDOS EN UNA OFICINA
3. GESTION DE SUGERENCIAS Y FELICITACIONES
4. INFORMACIÓN AL USUARIO
5. CAPACITACIÓN CONTINUA A LOS USUARIOS
6. SEGUIMIENTO Y AUDITORIA A LA EXPERIENCIA DEL USUARIO

Corresponden al componente de **Atención al usuario** y que comprenden la evaluación y el mejoramiento sistemático de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención en salud recibida a través de la red de prestadores.
Y adicionalmente los procesos y procedimientos considerados por COOSALUD como prioritarios:

1. AFILIACIONES
2. PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
3. PROGRAMAS DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD
4. SEGUMIENTO A PACIENTES IDENTIFICADOS CON PATOLOGIAS PRIORIZADAS
5. REFERENCIA AMBULATORIA
6. REFERENCIA URGENTE DE PACIENTES
7. REFERENCIA DE PACIENTES CRONICOS
8. TRAMITE Y RESPUESTA A REQUERIMIENTOS DE ORGANOS DE IVC
9. TRAMITE Y RESPUESTA A TUTELAS, REQUERIMIENTO PREVIOS E INCIDENTES DE DESACATOS

Se describen a continuación los propósitos y contenidos de cada uno de los componentes macro de la AMEC que giran en torno a estos procedimientos.

1.1.1 Referenciales de Calidad

El propósito de este componente es establecer los parámetros de calidad esperada para los procesos prioritarios de la compañía y, en tal sentido, se constituye en la base para los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad en COOSALUD.

Los referenciales de calidad son tres:

1. Las Políticas de la Atención en Salud,
2. El Manual de Procesos y
3. Los Estándares de Calidad o comparativo con la media nacional.

Las Políticas de Calidad de la Atención en Salud, establecen de manera cualitativa un conjunto de lineamientos emanados de la alta dirección y que rigen los procesos prioritarios por cuanto definen patrones generales de actuación para el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa.

El Manual de Procesos, es un elemento de enlace entre las Políticas y los Estándares de Calidad por cuanto desarrolla, mediante la metodología de estandarización, los lineamientos contenidos en las políticas hasta el nivel de las actividades y tareas. Dicho de otra manera, este manual define la forma correcta de ejecutar las tareas que hacen parte de los procesos prioritarios. De esta manera, el Manual de Procesos establece lineamientos para el autocontrol.

Los Estándares de Calidad o comparativo con la media nacional, establecen de manera cuantitativa el nivel de calidad que pretende alcanzar COOSALUD para sus procesos prioritarios, y están ligados a los indicadores que aplicará la compañía y que hacen parte del modelo unificado de medición y evaluación y demás directrices normativas.

Las Políticas y Estándares de Calidad de la Atención en Salud adoptados por COOSALUD están alineados con la Plataforma Estratégica, de manera que la búsqueda de la calidad a través de la Auditoría para Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud facilita el autocontrol y contribuye al logro de la visión de la compañía.

Para ello, COOSALUD reafirma, de manera permanente, su compromiso con la misión, valores y principios como lineamientos rectores para el logro de sus objetivos.

1.1.2 Modelo Unificado de Medición y Evaluación

Este componente tiene como propósito determinar, en forma estandarizada, el nivel de calidad de los procesos prioritarios, de manera que se puedan establecer comparaciones en tiempo y espacio. En otras palabras, el modelo unificado de medición y evaluación provee a la compañía los instrumentos y la información necesaria para valorar e intervenir positivamente la calidad observada.

El modelo unificado de medición y evaluación está constituido por cinco componentes básicos:

1. Los Auditores de Calidad de la Atención en Salud,
2. El modelo de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud,
3. Los Indicadores de Calidad de la Atención en Salud,
4. Los Instrumentos de Evaluación y
5. Los Lineamientos de Medición.

Estos cinco componentes garantizan el funcionamiento armónico de los procesos de medición, es decir, de las actividades de auditoría interna y auditoría externa que realiza COOSALUD sobre los procesos considerados prioritarios.

Los Auditores de Calidad son las personas encargadas de conducir los procesos de obtención de los datos primarios que se convertirán en información para la toma de decisiones. Son auditores de calidad: los Directores de Salud de las Sucursales y los auditores de la firma contratista encargada de las acciones de auditoría en los servicios clínicos de mediana y alta complejidad.

Los procesos de auditoria están descritos en los procesos y procedimientos de:

1. VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS DE HABILITACIÓN.
2. MONITOREO CONTINUO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD
3. GESTION HOSPITALARIA
4. AUDITORIA A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS.
5. AUDITORIA A LA ATENCION DOMICILIARIA

El modelo de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud formaliza y unifica el funcionamiento de las actividades de auditoría externa e interna que desarrolla COOSALUD sobre sus procesos prioritarios.

Los Lineamientos de Medición, permiten sincronizar los esfuerzos de la compañía durante los procesos de aplicación de instrumentos y cálculo de indicadores, en la medida en que se establece un cronograma visitas de auditoría, y se imparten instrucciones y responsabilidades para la obtención y flujo de la información sobre la calidad de la atención. Igualmente, se toma como fuente la información de la resolución 256 de 2016 sobre los resultados de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la EPS en comparación con la medida nacional reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del observatorio de calidad en salud en su link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx

1.1.3 Dispositivo Dinámico de Mejoramiento de la Calidad (DDMC)

El propósito de este tercer componente del PAMEC es permitirle a COOSALUD el desencadenamiento de acciones preventivas de mejoramiento de la calidad y la oportuna y constante intervención de las brechas de desempeño. Esto es posible mediante el análisis técnico de los resultados de las mediciones y el diseño y aplicación de estrategias de fortalecimiento de los procesos prioritarios en todas las áreas y niveles de la compañía.

Es aquí donde adquieren su mayor importancia los estándares de calidad como parámetros de interpretación de los resultados, por cuanto permiten identificar las posibles brechas de desempeño y determinar su amplitud y localización para facilitar el paso siguiente: su intervención y mejoramiento.

Como dispositivo dinámico de mejoramiento de la calidad COOSALUD ha adoptado el modelo de Comités de Calidad. Estos Comités están presentes en la totalidad de Sucursales, e involucran de manera directa a los responsables de los procesos junto con su equipo de trabajo, razón por la cual se constituyen en una de las principales fortalezas del PAMEC.

Además de los funcionarios, entre los cuales se cuentan los gerentes y altos ejecutivos de la compañía, también forman parte de estos grupos de trabajo personal externo y miembros de las asociaciones de Usuarios. También se cuenta con la participación de los afiliados en las jornadas de grupos focales, donde expresan todas las dificultades e inconformidades presentadas durante la prestación del servicio, lo que permite tener claro "la voz del cliente" y de esta manera establecer acciones acertadas a situaciones reales.

Esta amplia presencia de personas comprometidas con la calidad es la que permite que la evaluación y el análisis de la información conduzcan al diseño y oportuna puesta en marcha de estrategias proactivas, creativas y acordes a la realidad de las diferentes áreas de la entidad.

1.2 CARACTERÍSTICAS OPERACIONALES

En el PAMEC de COOSALUD la medición y la evaluación no son fines en sí mismos, sino instrumentos que contribuyen a gestionar un proceso de cambio.

En principio, puede afirmarse que los resultados de las mediciones le informan a la compañía qué está pasando, pero no le dicen por qué está ocurriendo ni qué se debe hacer al respecto. La evaluación, por su parte, se constituye en el análisis e interpretación de los resultados de las mediciones, con el propósito de encaminar la intervención de la realidad hacia el mejoramiento.

Sin embargo, el PAMEC formulado por COOSALUD trasciende el enfoque reactivo de una compañía que mide y analiza para corregir desviaciones. En tal sentido, se ha desarrollado un esquema proactivo y dinámico de auditoría que convierte a la compañía en gestora de su propio proceso de mejoramiento con miras a la acreditación.

Para ampliar estos conceptos, se describen a continuación las cinco características operacionales que hacen de la AMEC de COOSALUD un modelo integral y proactivo de mejoramiento de la calidad de la

atención en salud.

1.2.1 Énfasis en las Necesidades y Expectativas del Afiliado

Para COOSALUD, el afiliado es el centro y la razón de ser de su existencia y de todos sus procesos. Partiendo de esta premisa, en el desarrollo de su Programa de Auditoría, la compañía optó por un modelo de estandarización que le exigió revisar y ajustar continuamente sus procesos para orientarlos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los afiliados. Por su parte, el ajuste de los procedimientos y manuales conduce a la revisión de los indicadores e instrumentos de medición para alinearlos con el nuevo modelo.

En tal sentido, las nuevas herramientas de auditoría adoptadas por COOSALUD se constituyen en un "Tablero de Control" que le permiten establecer el grado de cumplimiento de sus compromisos con la calidad.

Cabe anotar que, durante esta revisión periódica también se tienen en cuentas las necesidades y expectativas de los demás grupos de interés como son: el gobierno, los prestadores, la comunidad, los asociados y accionistas, entre otros.

1.2.2 Orientación hacia el Autocontrol

En concordancia con las disposiciones consagradas en el Decreto 1011 del 2006 y con la profunda convicción de que la calidad no se logra mediante modelos centrados exclusivamente en la supervisión, en el desarrollo de la AMEC de COOSALUD se han cumplido algunas condiciones que le otorgan a este modelo un marcado énfasis en el autocontrol.

En primer lugar, la adopción del modelo de Comités de Calidad y Comités Gerenciales le ha permitido a la empresa involucrar una proporción muy considerable de sus empleados en el proceso de mejoramiento de la calidad y abrir canales de comunicación que facilitan el análisis objetivo de los resultados y la adopción de medidas preventivas y correctivas orientadas a satisfacer, y aún a superar, las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

En segundo lugar, el diseño y adopción de indicadores y estándares, y su divulgación a toda la organización, promueven la búsqueda de niveles superiores de desempeño en todas las áreas involucradas en la ejecución de los procesos prioritarios.

En tercer lugar, la amplia participación del personal durante la estandarización de los procesos y procedimientos y el consecuente reentrenamiento específico y selectivo del personal que interviene en los procesos prioritarios, garantizan la implantación uniforme del modelo en todas las sucursales, agencias y oficinas locales de COOSALUD.

Finalmente, la adopción por parte de los Comités de Calidad, de una metodología de análisis y solución de los problemas con miras al mejoramiento continuo y no a la identificación y sanción de los responsables, genera un clima de confianza que permite tratar abiertamente los eventuales resultados negativos e intervenirlos de manera participativa.

1.2.3 Alineación con la Estructura organizacional.

Los Comités de Calidad, en su condición de dispositivo dinámico de mejoramiento de la calidad, están organizados de forma transversal al modelo de administración de la empresa. De esta manera, las diversas áreas interactúan de manera permanente en la anticipación, identificación y clasificación de los problemas, y en el diseño de estrategias de intervención.

De otra parte, el Equipo Básico de Salud y el equipo de Auditoría, tienen un importante papel en la obtención de información primaria por cuanto están en contacto directo y permanente con los afiliados y prestadores.

1.2.4 Compromiso de la Alta Gerencia

El desarrollo e implementación del PAMEC ha contado, desde sus inicios, con el respaldo claro, consistente y visible de la alta gerencia junto con el personal directivo y ejecutivo de COOSALUD.

Este respaldo se ha materializado en hechos concretos como la participación directa y activa de los representantes de estas instancias en todas las actividades programadas en desarrollo del PAMEC, el aval expreso a las diversas iniciativas emprendidas en el marco de este proceso y el indispensable apoyo financiero sin el cual habría sido muy difícil llevar este modelo a feliz término.

El compromiso de la alta gerencia se constituye, indiscutiblemente, en un factor clave de éxito, no solamente para el diseño e implementación del PAMEC sino también para su desarrollo y fortalecimiento.

1.2.5 Enfoque Estratégico

La utilización constructiva de los resultados de las mediciones y la aplicación de las estrategias de mejoramiento propuestas por los Comités de Calidad y Comités Técnicos de Gerencia, son factores críticos para el desarrollo estratégico de la compañía. En tal sentido, la AMEC debe ser vista como un Sistema de Información que provee valiosos insumos para la toma de decisiones y no simplemente como un mecanismo de generación y compilación de datos.

La adecuada utilización de la información obtenida mediante la AMEC le permitirá a COOSALUD, más allá de intervenir las brechas de desempeño detectadas, consolidar importantes ventajas competitivas y diferenciarse en un mercado cada vez más exigente.

2 POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

De conformidad con los componentes de los procesos prioritarios objeto de la AMEC la alta gerencia de COOSALUD ha establecido políticas que se agrupan en los siguientes componentes:

- Suficiencia de la Red de Servicios
- Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud
- Desempeño del Sistema de Referencia y Contra referencia (SRCR)
- Satisfacción de los Usuarios

Las políticas desarrolladas para cada componente son congruentes con la Plataforma Estratégica de la organización y permiten definir lineamientos precisos que sirven de guía para el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa en toda la compañía. Se presentan a continuación las líneas de política que corresponden a cada una de las áreas temáticas.

2.1 SUFICIENCIA DE LA RED DE SERVICIOS

1. La suficiencia de la red en cada sucursal será responsabilidad de la Dirección de Salud correspondiente.
2. COOSALUD aplicará indicadores y estándares de oportunidad para determinar la capacidad de la red.
3. Se favorecerá la contratación de las IPS que ofrezcan el mayor número de servicios, con el fin de facilitar al afiliado la integralidad y continuidad de la atención.
4. Mediante los procesos de Auditoría se verificará de manera permanente el cumplimiento de las metas y estándares de suficiencia y de oportunidad pactados con los prestadores que integran la red de servicios.
5. La ubicación de la entrega de medicamentos estará en lo posible la zona de residencia del afiliado.
6. Se divulgarán, entre los clientes internos y externos, los resultados y hallazgos de la medición de la capacidad y resolutividad de la red de servicios.
7. Se publicará mensualmente en la página web de la EPS los resultados de los indicadores de oportunidad según la resolución 1552 de 2013

2.2 HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

1. En los procedimientos de contratación será indispensable que cada prestador presente copia del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, debidamente radicado ante la autoridad competente.
2. Los gerentes de cada sucursal, de manera previa a la contratación de la red de servicios, deben solicitar a la entidad territorial correspondiente la certificación de inscripción de los prestadores que se van a contratar.
3. Como parte de su auditoría COOSALUD realizará visitas de seguimiento, durante la ejecución contractual, para verificar las condiciones técnico-científicas y de habilitación de todos los prestadores de su red.
4. COOSALUD brindará acompañamiento técnico durante el proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad a los prestadores de su red, en desarrollo del cual se podrán concertar planes de ajuste institucional.
5. En el caso de detectar incumplimientos en las condiciones de capacidad tecnológica y científica que pongan en riesgo la vida o la salud de los usuarios, COOSALUD informará de estos casos a las entidades territoriales de salud competentes y se abstendrá de contratar la prestación de dichos servicios.
6. COOSALUD no apoyará la intermediación de la prestación de los servicios.

2.3 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. El cabal desempeño del Sistema de Referencia y Contra referencia en cada sucursal será responsabilidad de la Dirección de Salud correspondiente.
2. La remisión de todo paciente se coordinará a través del personal de Referencia y Contra

referencia de cada sucursal con el apoyo de la Línea Amiga en horarios no hábiles.

3. Los procedimientos de referencia y contrarreferencia hacen parte integral de los contratos de prestación de servicios que suscribe COOSALUD para la conformación de su red.
4. Mediante los procedimientos de Auditoría se verificará de manera permanente del cumplimiento de las metas y estándares relacionados con los procedimientos de referencia y contrarreferencia pactados con los prestadores que integran la red de servicios.
5. La puerta de entrada a la prestación del servicio de salud siempre será el primer nivel de atención a través de la consulta externa o la atención inicial de urgencias.

2.4 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

1. COOSALUD tendrá como prioridad la satisfacción de los usuarios en lo referente a los derechos, el acceso y oportunidad en los servicios, y sus necesidades y expectativas primarán en el Direccionamiento Estratégico de la Empresa.
2. COOSALUD realizará una estrategia permanente de orientación e información a los usuarios sobre sus deberes y derechos, y sobre los diferentes canales con los que cuentan para expresar sus inquietudes, necesidades y expectativas.
3. COOSALUD fomentará el desarrollo de una cultura de respeto y orientación hacia la satisfacción de los afiliados.
4. Como parte de sus procesos de auditoría interna y externa, COOSALUD evaluará preventivamente la satisfacción de los usuarios y dará una respuesta escrita oportuna y de fondo a todas las sugerencias, reclamos y felicitaciones que presenten sus afiliados.

2.5 RESPONSABILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DEL PAMEC

La responsabilidad del direccionamiento, funcionamiento y seguimiento del PAMEC, será un trabajo mancomunado entre las áreas de calidad, salud, atención al usuario y la gerencia de sucursal.

3 RUTA CRÍTICA PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC

3.1 AUTOEVALUACIÓN

El primer paso para establecer qué se puede mejorar es realizar una autoevaluación, es decir, un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.

La identificación de los problemas de calidad o de los aspectos que serán objeto de monitoreo puede hacerse a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales se pueden mencionar: Resultados de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la EPS, la “voz del cliente”, quejas, tutelas, visitas de auditoria a la red prestadora, Informes de visitas de entes de control, auditorías internas, observación directa y la información resultado de un proceso de referenciación competitiva.

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la autoevaluación, COOSALUD toma como referencia los indicadores para el monitoreo del sistema de información para la calidad establecidos en la resolución 256 de 2016.

El resultado de la autoevaluación debe ser la identificación de los procesos a mejorar, es decir, la

generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización.

3.2 PRIORIZACIÓN

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes en las organizaciones y entre las organizaciones.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización, en COOSALUD hemos adoptado una metodología en dos pasos:

1. En el primero, se someten los problemas encontrados a la calificación en una matriz de priorización, utilizando las variables de frecuencia, impacto y capacidad de intervención, donde la frecuencia hace referencia al número de veces que ocurre el problema de calidad, el impacto a la gravedad y consecuencias que tiene para el usuario la ocurrencia del problema de calidad y la capacidad de intervención a la posibilidad de COOSALUD de intervenir efectivamente en la solución e intervención del problema de calidad.
2. En el segundo, se establecen como variables los factores críticos de éxito para COOSALUD, entendidos como los aspectos que si se logran contribuyen al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Estos Factores críticos de éxito son la Satisfacción del Usuario, la calidad de la atención y la sostenibilidad financiera, los cuales se deben entender así:

a. **Satisfacción del Usuario** referida a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios durante la atención tanto en las instalaciones de COOSALUD como durante la atención en salud recibida en las diferentes IPS de la red de atención.
b. **Calidad de la atención** referida a garantizarle al usuario la mejor atención, al menor riesgo, con la mejor utilización de recursos y la mayor satisfacción del usuario en la red prestadora de servicios.
c. **Viabilidad Financiera** referida a los recursos financieros necesarios para la operación, desde la eficiencia en la utilización como en la oportunidad de recaudo.

3.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

La forma de cómo se espera que se realicen los procesos, se encuentra definida en el Manual de Procesos; entre los instrumentos de monitoreo se encuentran los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento y desempeño de los procesos.

En este punto es importante recalcar que los indicadores son básicamente, un instrumento de monitoreo y observación del desempeño de un proceso. La medición de estas variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidas o media nacional permite determinar el logro del proceso y su

tendencia de evolución. Debido a que el gobierno no ha definido unas metas o estándares de los indicadores establecidos en la resolución 256 de 2016, es recomendable comparar los resultados con la media nacional.

En resumen, se puede afirmar que los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado proceso emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados (metas).

3.4 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS – IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA

La AMEC es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.

Para el caso de los indicadores de la resolución 256 de 2016, la calidad observada esta daba por los resultados de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la EPS reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma SISPRO

Para el caso los otros problemas identificados se realiza mediante los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin.

3.4.1 Procedimientos de Auditoría

La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría, en cualquier área o campo del conocimiento, exige ejecutar los siguientes pasos:

1. Obtener y revisar la información necesaria,
2. Formarse un juicio profesional y
3. Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Cada procedimiento está determinado por sus propias particularidades y por el tipo de proceso a evaluar. Al final de la ejecución de este paso, los responsables del proceso y el equipo de auditoría interna tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado; en otras palabras, se contará con la detección de fallas de calidad.

3.5 FORMULAR EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO

Con los insumos generados en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas.

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (procesos prioritarios), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados.

Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, Six Sigma o análisis de la causa raíz (análisis de ruta causal), entre otros.

Los planes de acción deben ser lo suficientemente detallados para su seguimiento y ser capaces de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema. Se deben además crear los indicadores necesarios para monitorear y evaluar posteriormente los resultados y la eficacia de las acciones del Plan.

3.6 EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Una vez elaborados los planes de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en ellos. El espacio para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin es el Comité de Calidad, el cual debe ser llevado a cabo mensualmente y registrado en sus respectivas actas (Acta de comité calidad).

El mejoramiento de la calidad va más allá del cumplimiento formal del ciclo PHVA, se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cual fue el impacto en la mejora de la calidad de vida de los usuarios, los procesos o financieramente.

3.7 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo eficaces, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones:

- Que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada. En ese caso tendrá que iniciarse nuevamente todo el ciclo para abordar efectivamente las causas reales de los problemas de calidad detectados.
- Que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

3.8 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas y formulación de estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

Un aspecto crucial del aprendizaje lo constituye la estandarización de los métodos a través de los cuales se lograron los resultados de mejora continua, lo cual garantiza su mantenimiento en el tiempo.

Por lo anterior, como final de este ciclo, se debe hacer una revisión de los procedimientos y manuales ya

establecidos y ajustarlos a lo aprendido durante el análisis del resultado de las auditorías, así como considerar la necesidad de crear nuevos.

4 LOS COMITÉS COMO HERRAMIENTA PARA HACER SEGUIMIENTO AL PAMEC

Los comités son instrumentos establecidos en COOSALUD con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, por lo cual, en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas y complementando las otras herramientas metodológicas antes referenciadas.

Los comités son equipos inter-funcionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a la prestación de servicios de salud con calidad y establecer acciones concretas para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

5 ESTANDARES DE CALIDAD

Para que los indicadores y estándares de calidad adoptados por COOSALUD operen como inductores de la actuación, resulta indispensable su amplia divulgación y conocimiento entre los responsables de los procesos, de manera que la ejecución de los mismos en el día a día de la compañía se oriente al logro de los niveles de calidad esperada. Los indicadores se pueden consultar en el Anexo 1.

6 RESULTADO AUTODIAGNÓSTICO AÑO 2017.

6.1 PRIMERA ETAPA

Se realizó la revisión del desempeño de los resultados de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la EPS, tomando como fuente de información la reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del observatorio de calidad en salud en su link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx

A continuación, se detallan los resultados de la medición de los indicadores establecidos en el PAMEC para el autodiagnóstico del año 2017, aclarando que se toma la última fecha de reporte del ministerio como dato oficial:

Convenciones de los Resultados

COLOR	ESTADO
Rojo:	Resultado inaceptable no cumple la meta
Amarillo:	Resultado Aceptable, aunque no alcanza la meta
Verde:	Resultado cumple totalmente la meta

DOMINIO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO REPORTADO**	RESULTADO	MEDIA NACIONAL	ANALISIS
EFECTIVIDAD	E.1.1	Razón de mortalidad materna a 42 días	Por 100.000 nacidos vivos	2015	66,16	53,71	Resultado desviado, por encima de la media nacional
	E.1.2	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Porcentaje	2017-1	8,94	9,24	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.1.3	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	Por 1.000 nacidos vivos	2017-1	11,31	9,81	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.1.4	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda(IRA)	Por 100.000 menores de 5años	2015	14,21	18,99	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.1.5	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Por 100.000 menores de 5 años	2015	4,06	4,74	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.1.6	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Por 100.000 menores de 5 años	2015	4,74	6,14	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.1.7	Letalidad por dengue	Porcentaje	SD*	SD*	SD*	El MSPS no reporta información
	E.1.8	Proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Porcentaje	2015	29,45	35,84	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.1.9	Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	Porcentaje	2015	29,45	33,41	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
GESTION DEL RIESGO	E.2.1	Proporción de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	Porcentaje	2015	52,52	78,86	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.2	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para virus de inmunodeficiencia humano con terapia antirretroviral (TAR)	Porcentaje	2015	84,21	93,70	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.3	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	Porcentaje	2015	96,19	90,13	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.2.4	Proporción de niños con diagnósticos de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	Porcentaje		SD*		El MSPS no reporta información
	E.2.5	Captación de hipertensión arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Porcentaje	2015	26,62	31,52	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.6	Proporción de pacientes hipertensos controlados	Porcentaje	2015	54,02	60,86	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.7	Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años	Porcentaje	2015	56,67	61,63	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.8	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Porcentaje	2015	10,19	16,88	Resultado desviado, por debajo de la media nacional

	E.2.9	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnostico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Días	2015	188	130,97	Resultado desviado, por encima de la media nacional
	E.2.10	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Días	2015	45,15	50,33	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.2.11	Proporción de mujeres con citología cervico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Porcentaje	2016-2	3,44	10,60	Resultado desviado, por debajo de la media nacional
	E.2.12	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Por 100.000 Mujeres	2015	2,36	6,96	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.2.13	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Días	2015	68,43	69,94	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.2.14	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Días	SD*	SD*	SD*	El MSPS no reporta información
	E.2.15	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de leucemia aguda pediátrica (LAP)	Días	2015	4	19,65	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
EXPERIENCIA DE ATENCION AL USUARIO	E.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Días	2017-1	1,81	3,68	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Días	2017-1	1,93	4,41	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.3	Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética nuclear	Días	2017-1	0,44	2,31	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.4	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	Días	2017-1	3,31	3,84	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.5	Tiempo promedio de espera para la autorización de reemplazo de cadera	Días	2017-1	0,73	3,08	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.6	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocardia	Días	2017-1	0	1,09	Resultado satisfactorio con respecto a la media nacional
	E.3.7	proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Porcentaje	SD*	SD*	SD*	El MSPS no reporta información
	E.3.8	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Porcentaje	SD*	SD*	SD*	El MSPS no reporta información
	E.3.9	Proporción de usuarios que han pensado cambiarse de EPS	Porcentaje	SD*	SD*	SD*	El MSPS no reporta información

*SD: Sin dato. No se reporta información en la página del observatorio de la calidad en salud.

** Corresponde al último periodo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, en la página del observatorio de la calidad en salud. Fecha de consulta: 13 de febrero de 2018

Igualmente, durante esta etapa de autodiagnóstico se identificaron problemas de otras fuentes como son: la "voz del cliente" a través de grupo focales, reporte de quejas y tutelas, visitas de auditoria a la red prestadora, Informes de visitas de entes de control, auditorías internas y por observación directa

6.2 SEGUNDA ETAPA

Con base en los resultados de los indicadores y los problemas identificados a través de las diferentes fuentes, se establece una lista de problemas de calidad en la atención de los usuarios y se evalúan con respecto a los factores asociados al problema de calidad utilizando las variables de frecuencia **(F)** y capacidad de intervención **(CI)**, donde la frecuencia hace referencia al número de veces que ocurre el problema de calidad y la capacidad de intervención a la aptitud y posibilidad de COOSALUD de intervenir efectivamente en la solución e intervención del problema de calidad. Cada variable se califica en una escala de 1 a 5 dependiendo del nivel, donde 1 es calificación muy baja, 2 es baja, 3 es moderada, 4 alta y 5 es muy alta.

6.3 TERCERA ETAPA

En esta etapa consiste en la valoración de los problemas con base en los factores críticos de éxito para COOSALUD, entendidos como los aspectos que si se logran contribuyen al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Estos factores críticos de éxito son la calidad de la atención (CA), la satisfacción del usuario (SU) y la sostenibilidad financiera (SF).

Entendiéndose cada factor de éxito de la siguiente manera:

- **Calidad de la atención (CA)** referida a garantizarle al usuario la mejor atención, al menor riesgo, con la mejor utilización de recursos y la mayor satisfacción del usuario en la red prestadora de servicios.
- **Satisfacción del Usuario (SU)** referida a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios durante la atención tanto en las instalaciones de COOSALUD como durante la atención en salud recibida en las diferentes IPS de la red de atención.
- **Sostenibilidad Financiera (SF)** referida a los recursos financieros necesarios para la operación, desde la eficiencia en la utilización de los recursos; la oportunidad del recaudo; así como en el mantenimiento del número de afiliados que garanticen el ingreso evitando los traslados.

Cada variable se califica en una escala de 1 a 5 dependiendo del nivel de impacto, siendo la calificación de 5 de muy alto impacto, 4 de alto impacto, 3 de moderado impacto, 2 de bajo impacto y 1 de muy bajo impacto sobre el factor de éxito.

6.4 CUARTA ETAPA

La última etapa del autodiagnóstico está enfocada a la priorización de los procesos a intervenir, dado el volumen de procesos priorizados no se pueden intervenir todos inmediatamente, para esta priorización se toma como parámetro aquellos procesos cual la sumatoria total de la evaluación arroje un resultado superior a 20 puntos.

PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE CALIDAD IDENTIFICADOS

PROCESO	PROBLEMA DE CALIDAD/HALLAZGO	Factores asociados		Factores críticos de éxito			Total
		F	CI	CA	SU	SF	
INDICADORES DE CALIDAD	Aumento en el costo de las unidades de cuidado intensivo adulto	3	4	5	3	5	20
SUFICIENCIA DE LA RED	Baja calidad en las IPS domiciliarias	3	3	5	4	5	20
INDICADORES DE CALIDAD	Baja cobertura del programa cardiovascular con respecto a la media nacional	4	5	4	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años por debajo de la media nacional	4	5	3	3	5	20
INDICADORES DE CALIDAD	Captación de hipertensión arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años por debajo de la media nacional	4	5	3	3	5	20
GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Deficiencia en el proceso de demanda inducida	4	5	4	4	3	20
HABILITACION DE LA RED, INDICADORES DE CALIDAD	Deficiencias en la cobertura de los programas de promoción y prevención	4	4	4	4	4	20
HABILITACION DE LA RED, INDICADORES DE CALIDAD	Deficiente evaluación a la efectividad de los programas de riesgo.	4	5	5	3	5	22
INDICADORES DE CALIDAD	Deficiente tamización para virus de inmunodeficiencia humana (vih) en gestantes	3	5	5	3	4	20
SUFICIENCIA DE LA RED	Déficit en el seguimiento al cumplimiento de metas de programas integrales para manejo de población de riesgo.	3	5	5	3	5	21
PQR	Demora en la asignación de citas medicas	4	3	5	5	4	21
HABILITACION DE LA RED	Desconocimiento por parte del personal sobre la red contratada	3	5	3	4	5	20
SUFICIENCIA DE LA RED	El tiempo promedio de asignación de citas de urología se encuentra en 40 días	3	3	5	5	4	20
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Falta de control en la remisión de pacientes hospitalizados	3	5	5	3	5	21
SATISFACCION DEL AFILIADO	Falta de información de los usuarios sobre sus deberes y derechos.	3	5	3	5	4	20
SATISFACCION DEL AFILIADO, SUFICIENCIA DE LA RED	Falta de oportunidad en la asignación de citas medicas	4	3	5	5	4	21
PQR	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos pos de alto costo	3	5	5	5	5	23
SUFICIENCIA DE LA RED	Falta de red de primer nivel para atención de usuarios en portabilidad	3	5	5	5	3	21
GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Falta de seguimiento de pacientes inasistentes y población priorizada	3	5	4	3	5	20
HABILITACION DE LA RED	Incumplimiento de las condiciones técnico científica por parte de la red prestadora	3	3	5	4	5	20
PQR	Inoportunidad en la generación de autorizaciones de servicios	3	5	5	5	4	22
PQR	Inoportunidad en la respuesta a los PQR interpuesto por la insatisfacción del usuario	3	5	3	5	4	20
SATISFACCION DEL AFILIADO	Insatisfacción de afiliados de movilidad por la atención en las ESEs de primer nivel de la red contratada	3	4	4	5	4	20
PQR, SATISFACCION DEL AFILIADO	Insatisfacción de los usuarios por el trato recibido en una oficina de Coosalud	2	5	4	5	4	20

PQR	Insatisfacción de los usuarios por entrega de medicamentos	5	5	5	5	4	24
PQR, SATISFACCION DEL AFILIADO	Insatisfacción de los usuarios por la mala atención en un hospital o centro medico	3	3	5	5	4	20
PQR	Insatisfacción de los usuarios por traslados de la EPS	3	5	4	5	3	20
INDICADORES DE CALIDAD	Mortalidad infantil por encima de la media nacional	4	4	5	5	4	22
INDICADORES DE CALIDAD	Mortalidad materna por encima de la media nacional	4	4	5	5	4	22
PQR	Negación de la atención en una IPS	3	4	5	5	3	20
SATISFACCION DEL AFILIADO	Problemas al solicitar una autorización de un servicio	3	5	5	5	3	21
PQR	Problemas con la afiliación	2	5	4	5	4	20
PQR, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, SUFICIENCIA DE LA RED	Problemas con la remisión de pacientes	3	5	5	5	4	22
SATISFACCION DEL AFILIADO	Problemas en la entrega de medicamentos o insumos	5	5	5	5	4	24
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de detección oportuna de cáncer de mama por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para virus de inmunodeficiencia humano con terapia antirretroviral (tar) por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de ingresos oportunos al programa de control prenatal por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de mujeres con citología cérvico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer por encima de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de pacientes diabéticos controlados por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Proporción de pacientes hipertensos controlados por debajo de la media nacional	3	5	5	3	5	21
INDICADORES DE CALIDAD	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnostico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico por encima de la media nacional	3	5	5	3	5	21

Los problemas y procesos priorizados para desarrollar en el Plan de Mejoramiento del año 2.018 resultado del auto diagnóstico y las brechas en el desempeño son los siguientes:

- Autoevaluación de la Red
- Atención al usuario
- Gestión de la protección en salud (gestión del riesgo/gestión de recuperación de la salud)
- Gestión de la afiliación

7 PLAN DE ACCIÓN 2018

A continuación, se establece el Plan de Acción del PAMEC para el año 2018, detallando para cada proceso priorizado, el problema identificado, que se decidió hacer y descripción de las actividades a realizar, el responsable, la fecha de inicio y demás, se encuentra en el archivo adjunto denominado PAMEC2018.XLS

ANEXOS

7.1 ANEXO 1: INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD

Debido a que la resolución 256 de 2016 hizo modificaciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad definiendo los nuevos indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, derogando lo establecido en la resolución 1446 de 2007, COOSALUD ha decidido incorporar al SISTEMA ÚNICO DE MEDICIÓN para la elaboración del PAMEC para el año 2018. Como hasta la fecha el ministerio no ha establecido los estándares o metas para estos indicadores, se compara contra la media nacional.

Los indicadores establecidos por la resolución 256 de 2016 son los siguientes:

DOMINIO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA
EFECTIVIDAD	E.1.1	Razón de mortalidad materna a 42 días	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. / Número total de nacidos vivos	Por 100.000 nacidos vivos
	E.1.2	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer / Número total de nacidos vivos con la variable peso diligenciada en el certificado de nacido vivo	Porcentaje
	E.1.3	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	Número de muertes de menores de 1 año / Número de nacidos vivos	Por 1.000 nacidos vivos
	E.1.4	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda(IRA)	Número de muertes por IRA en menores de 5 años / Número total de afiliados menores de 5 años con estado de afiliación activos o suspendidos	Por 100.000 menores de 5años
	E.1.5	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Número de muertes por EDA en menores de 5 años / Número total de afiliados menores de 5 años con estado activo o suspendido	Por 100.000 menores de 5 años
	E.1.6	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Número de muertes por Desnutrición en menores de 5 años / Número total de afiliados menores de 5 años con estado activo o suspendido	Por 100.000 menores de 5 años
	E.1.7	Letalidad por dengue	Número de muertes por Dengue y Dengue grave / Número total de casos de Dengue y Dengue grave notificados	Porcentaje

	E.1.8	Proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Número de casos nuevos de enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis que iniciaron la diálisis de forma programada / Número de casos nuevos de enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis	Porcentaje
	E.1.9	Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	Número de pacientes con ERC estadio 1-4 con disminución de la TFG de más de 5ml/min/1.73m2 en 1 año / Número total de pacientes con diagnóstico de ERC estadio 1-4	Porcentaje
GESTION DEL RIESGO	E.2.1	Proporción de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	Número de gestantes con toma de prueba de ELISA para VIH durante el control prenatal / Número total de gestantes reportadas	Porcentaje
	E.2.2	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para virus de inmunodeficiencia humano con terapia antirretroviral (TAR)	Número de gestantes a la fecha de corte con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que reciben TAR profiláctico antes del parto / Número de gestantes a la fecha de corte con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Porcentaje
	E.2.3	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	Número de gestantes a las que se les realizaron las tres serologías durante el embarazo / Número total de gestantes de los últimos 6 meses que a la fecha de corte están en embarazo reportadas.	Porcentaje
	E.2.4	Proporción de niños con diagnósticos de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	Número de casos de niños con Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento. / Número total de casos de niños con Hipotiroidismo Congénito diagnosticados	Porcentaje
	E.2.5	Captación de hipertensión arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial reportado. / Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial	Porcentaje
	E.2.6	Proporción de pacientes hipertensos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg en el último semestre / Número total de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial reportados	Porcentaje
	E.2.7	Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportado / Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus	Porcentaje
	E.2.8	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses / Número total de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportados	Porcentaje
	E.2.9	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnostico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de diagnóstico de cáncer de mama y la fecha de remisión con diagnóstico presuntivo. / Número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	Días
	E.2.10	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de mama incidentes. / Número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	Días
	E.2.11	Proporción de mujeres con citología cervico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia / Número de mujeres con citología anormal	Porcentaje
	E.2.12	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Número de casos nuevos de cáncer de cérvix en estadio invasivo / Número total de mujeres afiliadas que se mantuvieron afiliadas a la EAPB al menos 3 meses durante el periodo de reporte	Por 100.000 Mujeres
	E.2.13	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de cuello uterino. / Número total de casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados en el periodo	Días
	E.2.14	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de próstata en el periodo / Número total de casos de cáncer de próstata diagnosticados en el periodo	Días
	E.2.15	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de leucemia aguda pediátrica (LAP)	sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de Leucemia Aguda Pediátrica en menores de 18 años / Número total de casos de LAP en menores de 18 años diagnosticados en el periodo	Días

EXPERIENCIA DE ATENCION AL USUARIO	E.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. / Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en el periodo.	Días
	E.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. / Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas en el periodo.	Días
	E.3.3	Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética nuclear	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se autoriza la Resonancia Magnética Nuclear y la fecha en la que se radica la orden. / Número total de Resonancia Magnética Nuclear autorizadas en el periodo.	Días
	E.3.4	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha de radicación de la orden de la cirugía Oftalmológica de Cataratas y el momento en el cual se autoriza la cirugía. / Número total de cirugías Oftalmológicas de Cataratas autorizadas en el periodo	Días
	E.3.5	Tiempo promedio de espera para la autorización de reemplazo de cadera	Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha de radicación de la orden de la cirugía Ortopédica para reemplazo de cadera y el momento en el cual se autoriza la cirugía / Número total de cirugías Ortopédica para reemplazo de cadera autorizadas	Días
	E.3.6	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocardia	Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha de radicación de la orden de la Cirugía de revascularización miocárdica y el momento en el cual se autoriza la cirugía / Número total de cirugías para revascularización miocárdica autorizadas	Días
	E.3.7	proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?” / Número de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje
	E.3.8	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” a la pregunta:” ¿recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?”, / Número de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje
	E.3.9	Proporción de usuarios que han pensado cambiarse de EPS	Número de usuarios que respondieron “sí” a la pregunta: “¿Ha pensado cambiarse a otra EPS?” / Número de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje

INDICE Pág

I. MANUAL DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS – GR-M-01 ACTUALIZACION 08 (2018-10-03)

1 PRESENTACIÓN

El manual de contratación de servicios de salud define los principios orientadores de la prestación de servicios de salud, los mecanismos de acceso a la atención, los mecanismos de supervisión y auditoría del servicio, los detalles de la facturación, las objeciones y las glosas, las políticas de contratación, selección de prestadores, así como los mecanismos para dirimir los conflictos entre las partes.

El propósito de este es delimitar el alcance de cada una de las obligaciones de las partes, así como definir con precisión la terminología técnica usada en su redacción, con base en el marco normativo vigente que rige el contrato.

2 OBJETIVOS

2.1 General

El objetivo del manual de contratación de servicios de salud es el de garantizar una ejecución contractual sin contratiempos, en procura de una atención que garantice acceso efectivo a los servicios de salud para nuestros afiliados y una relación contractual fluida entre las partes.

2.2 Específicos

Para lograr el objetivo general, procuramos que el presente manual alcance los siguientes objetivos específicos:

1. Delimitar el alcance de las obligaciones de cada una de las partes del contrato.
2. Definir el marco normativo del contrato.
3. Determinar el alcance técnico de la prestación de los servicios contratados y del proceso de atención de los afiliados.
4. Aclarar cualquier término o expresión que pudiera inducir a error o mala interpretación en la ejecución de contrato por no contar con una definición precisa.

3 GLOSARIO DE TERMINOS

Para efectos de resolver las controversias contractuales se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Redes integrales de prestadores de servicios de salud**: conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos

requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud."

- **Componente primario**: conformado y organizado por Municipio donde tenga afiliados por la EPS, con los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social como primarios para la prestación de los servicios de salud.

- **Componente complementario**: dirigido a la atención de aquellos eventos que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

- **Ruta De Atención Por Riesgo:** Conjunto articulado de IPS que orienta y ordena la gestión de la atención integral de una patología asociada a un grupo de riesgo específico de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio.

- **Zona Sanitaria:** Corresponde a un municipio en el que se concentra la atención en salud teniendo en cuenta los criterios de georreferenciación, disponibilidad de oferta de mediana complejidad y población afiliada.

- **Distrito Sanitario:** Corresponde a un municipio en el que se concentra la atención en salud de alta complejidad y que forma parte de la ruta de atención en salud.

- **Red de Prestación de Servicios Oncológicos:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud para la atención integral de cáncer, en lo correspondiente a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva, como parte de las RIPSS.

- **Red de Urgencias:** Es el conjunto articulado de servicios habilitados por Prestadores de Servicios de Salud para la atención de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social como parte de las RIPSS.

- **Modelo de Atención en Salud**: Conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el acceso a la salud de los afiliados de COOSALUD para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

- **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos

- **Aparato ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción

escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

- **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

- **Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continúas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

- **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

- **Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

- **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

- **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

- **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.

- **Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares

del paciente.

- **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

- **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

- **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

- **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

- **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

- **Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

  a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
  b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
  c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
  d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
  e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
  f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

- **Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d) si es hacia la derecha o "levo" (I) si es hacia la izquierda.

- **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

- **Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

- **Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

- **Esteroisómero:** Es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.

- **Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

- **Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

- **Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico- científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

- **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

- **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

- **Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
- **Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

- **Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.

- **Mezcla racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.

- **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

- **Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

- **Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

- **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

- **Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

- **Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similaridad de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.

  En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) para ellos o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho VMR.

- **Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

- **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

- **Valor Máximo de Reconocimiento (VMR).** Es el valor máximo que se tiene en cuenta para efectos del cálculo de la UPC por medicamento o subgrupo de referencia de medicamentos. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC.

  El Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única.

4 PRINCIPIOS GENERALES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los principios enunciados a continuación se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INTEGRALIDAD: Toda tecnología en salud contenida en el el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

TERRITORIALIDAD: Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

COMPLEMENTARIEDAD: Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud

TRANSPARENCIA: Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.

COMPETENCIA: Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.

CORRESPONSABILIDAD: El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

CALIDAD: La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente. Estas tecnologías en salud se deben prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
UNIVERSALIDAD: Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

CONTIGUIDAD: Se debe tener en cuenta el principio de contigüidad que permite la atención de los afiliados en los municipios cercanos cuando el de origen no tiene el servicio requerido.

5. RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD- RIAS

COOSALUD EPS adopta las Rutas integrales de atención en salud - RIAS, reguladas por el Ministerio de Salud y de Protección Social de acuerdo a los grupos de riesgo identificados a gestionar por la EPS, entre las que podemos mencionar:

- Ruta del cuidado, promoción y mantenimiento de la salud
- Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
- Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
- Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
- Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
- Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
- Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
- Población con riesgo o presencia de cáncer
- Población en condición materno - perinatal
- Población con riesgo o infecciones
- Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
- Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
- Población con riesgo o sujeto de agresiones accidentes y traumas
- Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
- Población con riesgo o enfermedades raras
- Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
- Población con riesgo o trastornos degenerativos neuropatías y auto- inmunes
- Rutas de atención específicas

Cabe anotar que, estas rutas se encuentran publicadas en el portal de calidad de COOSALUD (www.coosalud.com).

5. GUIAS, PROTOCOLOS y NORMAS TÉCNICAS

COOSALUD EPS adopta las guías de práctica clínica, Normas técnicas para el desarrollo de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana y la Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y Protocolos Clínicos del Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de sus afiliados en las IPS de la red integral de prestadores de servicios de salud. Están publicadas en el portal de calidad de COOSALUD y en la página web del ministerio para consulta.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Guía de artritis idiopática juvenil
- Guía de artritis reumatoide
- Guía de ataque cerebrovascular isquémico

- Guía de Atención y Seguimiento de Niños y Niñas con Diagnóstico de Asma
- Guía de Cáncer de Colon y Recto
- Guía de Cáncer de Mama
- Guía de cáncer de piel - actínica qeratosis
- Guía de cáncer de piel - basal
- Guía de cáncer de piel - escamosas
- Guía de Cáncer de Próstata
- Guía de Depresión en Adultos
- Guía de distrofia muscular
- Guía de epilepsia
- Guía de EPOC
- Guía de esquizofrenia
- Guía de fibrosis quística
- Guía de Hipertensión Arterial Primaria (HTA)
- Guía de Infecciones de Transmisión Sexual
- Guía de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Guía de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 años
- Guía de Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin en Niños, Niñas y Adolescentes
- Guía de neumonía en menores de 5 años
- Guía de Pacientes con Abuso del Alcohol
- Guía de sífilis gestacional - congénita
- Guía de Síndrome Coronario Agudo
- Guía de tosferina
- Guía de trauma craneoencefálico
- Guía de VIH/SIDA adolescentes y adultos
- Guía de VIH/SIDA niños y niñas
- Guía del Recién Nacido con Asfixia Perinatal
- Guía del Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana
- Guía del Recién Nacido con Transtorno Respiratorio
- Guía del Recién Nacido Prematuro
- Guía del Recién Nacido Sano
- Guía Leucemia Linfoide Aguda y Leucemia Mieloide Aguda en Niños, Niñas y Adolescentes
- Guía para la Detección de Anomalías Congénitas en el Recién Nacido
- Guía para la Detección de las Complicaciones del Embarazo.
- Otras guías para la atención en salud de la población a cargo

Cabe anotar que, estas guías se encuentran publicadas en el portal de calidad de COOSALUD (www.coosalud.com).

NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA Y LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (CON BASE EN LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000)

Guías de detección temprana

- Guía para la detección temprana de las Alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años
- Guía para la detección temprana de las Alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años
- Guía para la detección temprana de las Alteraciones del embarazo
- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años
- Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares
- Otras guías de detección temprana

Guías de protección específica

- Guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI
- Guía para la protección específica de caries y la enfermedad gingival
- Guía de atención del parto
- Guía de atención del recién nacido
- Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres
- Otras guías de protección específica

Guías de Atención

- Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Guía para la atención de la meningitis meningocócica
- Guía de atención de la hipertensión arterial
- Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo
- Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo
- Guía de diagnóstico y manejo de diabetes mellitus tipo I
- Guía de atención de la diabetes mellitus tipo II
- Otras guías de atención

PROTOCOLOS CLÍNICOS

- Protocolo clínico de tratamiento con profilaxis de personas con hemofilia A severa sin inhibidores
- Protocolo clínico de diagnóstico, tratamiento y ruta de atención de niños y niñas con trastornos del espectro autista
- Protocolo para la aplicación de eutanasia en Colombia
- Otros protocolos clínicos

Cabe anotar que, estas guías y protocolos se encuentran publicadas en el portal de calidad de COOSALUD (www.coosalud.com).

5 RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS CONTRATOS

Los contratos de prestación de servicios se regirán por el siguiente marco normativo:

- Ley 100 de 1993.
- Ley 1122 de 2007.
- Código civil y Código de Procedimiento Civil.
- Jurisprudencia de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado para la atención en salud y los servicios de salud.
- Decreto 4747 de 2007.
- Resolución 3047 de 2008.
  - ✓ Anexo 1. Res 3047 Informe Posibles inconsistencias en base de datos de afiliados.
  - ✓ Anexo 2. Resolución 3047 Informe de la atención inicial de urgencias.
  - ✓ Anexo 3. Resolución 3047 Solicitud Autorización de servicios de salud
  - ✓ Anexo 4. Resolución 3047 Autorización de servicios de salud.
  - ✓ Anexo 5. Resolución 3047 Soporte de Factura.
  - ✓ Anexo 6. Resolución 3047 Manual único de glosas devoluciones y respuestas unificado Resolución 416/2009.
  - ✓ Anexo 7. Resolución 3047 Estándares de datos para los anexos 1, 2, 3 y 4.
  - ✓ Anexo 8. Resolución 3047 Registro conjunto de trazabilidad de la factura Las demás normas que modifiquen a las anteriores o las sustituyan.
- Ley 1438 de 2011.
- Resolución 2003 de 2014
- Ley 1751 de 2015
- Resolución 0256 de 2016
- Resolución 5975 de 2016
- Resolución 1441 de 2016
- Resolución 5269 de 2017

En cuanto a la póliza, el contratista constituirá a favor del contratante, a sus costas y ante una compañía Aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, garantía única, que avale:

1) EL CUMPLIMENTO DEL CONTRATO: Por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y una vigencia igual a la duración del mismo y seis (6) meses más.

2) PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES: Por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y una vigencia igual a la duración de este y tres (3) años más.

3) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, para garantizar la responsabilidad frente a terceros, en

los que puede incurrir como IPS, así como los posibles riesgos de responsabilidad profesional por lesiones o daños que sufran los pacientes debido a un error del personal médico al servicio de la institución, hechos causados directamente por un servicio médico, quirúrgico, dental o de enfermería, derivados de las acciones u omisiones cometidos en el ejercicio de una actividad profesional médica por personal médico, paramédico, medico auxiliar, farmacéutico o laboratorista, de enfermería y/o asimilados que estén vinculados laboral o civilmente con EL CONTRATISTA, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, por una cuantía equivalente al quince por ciento (15%) del valor total del contrato y una vigencia igual a la duración del mismo.

El contratista hará entrega de la póliza al contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del contrato. No se efectuará pago hasta tanto el contratista entregue las pólizas correspondientes.

6 MECANISMOS DE CONTRATACION: REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS

Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

6.1 Por parte de los prestadores de servicios de salud

CARTA DE INTENCIÓN:

- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Listado de precios ofertados (Para el caso de Medicamentos, Insumos, Material de osteosíntesis y Laboratorios)
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios.

ACUERDO DE VOLUNTADES:

- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Listado de precios ofertados (Para el caso de Medicamentos, Insumos, Material de osteosíntesis y Laboratorios)
- ✓ Declaración de la capacidad instalada

- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios.

CAPITA MEDICAMENTOS:

- ✓ Resolución 5269 de 2017
- ✓ Base de datos de afiliados
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Manual de Contratación de Servicios de Salud
- ✓ Pólizas de garantía
- ✓ Certificado de existencia y representación legal
- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal
- ✓ Fotocopia del RUT
- ✓ Certificación bancaria original
- ✓ Resolución de la DIAN para facturación
- ✓ Contrato del químico responsable de la droguería
- ✓ Copia de la cédula y tarjeta profesional del químico contratado
- ✓ Certificado de inscripción ante la autoridad de salud pertinente
- ✓ Acta de inspección locativa sanitaria expedida por la autoridad competente que incluya el concepto técnico sanitario de la oficina de control de medicamentos.
- ✓ Resolución de inscripción ante el fondo rotatorio de estupefacientes de la dirección seccional de salud
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de Puntos de atención para la dispensación de medicamentos o el compromiso de apertura de otros puntos de atención si se requiere

CAPITA PYP:

- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de habilitación de los servicios
- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Listado de precios ofertados (Para el caso de Medicamentos e Insumos, Material de osteosíntesis y Laboratorios)
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Guías de Manejo, protocolos de atención
- ✓ Modelo de prestación de servicios.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal ante la Secretaría General de la Superintendencia

Nacional de Salud (Cuando aplique para el prestador, según circular 018 de 2005 de Superintendencia Nacional de Salud).
- ✓ Paz y salvo de la Supersalud de liquidación tasa anual por concepto de funciones de supervisión.
- ✓ Documento formal de adopción y/o de adaptación de guías de Atención Integral del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Protocolos de Atención establecidos en los programas de Gestión del Riesgo en Salud de COOSALUD.
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Resolución 4505 de 2012
- ✓ Pólizas de garantía
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios
- ✓ Modelo servicios de salud amigables para adolescentes jóvenes y la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI

CAPITA RECUPERACION DE LA SALUD

- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Modelo de prestación de servicios.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Manual de contratación de servicios de salud del CONTRATANTE
- ✓ Documento formal de adopción y/o de adaptación de guías de Atención Integral del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Protocolos de atención del programa “COOSALUD Celebra la Vida”
- ✓ Modelo servicios de salud amigables para adolescentes jóvenes y la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal ante la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud (Cuando aplique para el prestador, según circular 018 de 2005 de Superintendencia Nacional de Salud).
- ✓ Paz y salvo de la Supersalud de liquidación tasa anual por concepto de funciones de supervisión.
- ✓ Pólizas de garantía
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios

EVENTO

- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Listado de precios ofertados (Para el caso de Medicamentos, Insumos, Material de osteosíntesis y Laboratorios)
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Manual de contratación de servicios de salud
- ✓ Protocolos de Atención pactados
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Modelo de prestación de servicios.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal ante la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud (Cuando aplique para el prestador, según circular 018 de 2005 de Superintendencia Nacional de Salud).
- ✓ Paz y salvo de la Supersalud de liquidación tasa anual por concepto de funciones de supervisión.
- ✓ Pólizas de garantía
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios

PAGO GLOBAL PROSPECTIVO

- ✓ Guías de atención pactadas y guías de manejo.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Política de calidad
- ✓ Parámetros de interventoría
- ✓ Caratula de base de datos
- ✓ Perfil epidemiológico
- ✓ Perfil sociodemográfico y de riesgo
- ✓ Manual de aplicación de aplicación de Seguridad del Paciente
- ✓ Declaración de condiciones de Habilitación y registro de habilitación
- ✓ Informe de resultado de verificación de condiciones técnico-científicas
- ✓ Formulario de suficiencia de los servicios del contratista
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Copia de documento de identificación del representante legal
- ✓ Copia de RUT

- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Copia de cedula del apoderado del representante legal del contratante
- ✓ Copia de escritura pública de otorgamiento especial por parte del contratante
- ✓ Acta de concertación de las guías de atención integral
- ✓ Acta de inducción a prestadores
- ✓ Protocolo de atención de los programas mujer segura y más que corazón
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal del contratista (cuando aplique)
- ✓ Liquidación y Paz y salvo de la Supersalud de la tasa anual por concepto de funciones de supervisión y del último recibo de pago.
- ✓ Copia del registro de información publicada en la página web de la Supersalud.
- ✓ Modelo de prestación de servicios
- ✓ Póliza de responsabilidad civil extracontractual
- ✓ Manual operativo de contratos de prestación de servicios de salud

PRESUPUESTO GLOBAL POR EJECUCIÓN

- ✓ Anexo condiciones generales
- ✓ Matriz detalle de Facturación
- ✓ RUT actualizado
- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Matriz de programación de actividades
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Manual de contratación de servicios de salud
- ✓ Protocolos de Atención pactados
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Modelo de prestación de servicios y asignación de citas.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal.
- ✓ Paz y salvo de la Supersalud de liquidación tasa anual por concepto de funciones de supervisión.
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIO

- ✓ Anexo condiciones generales
- ✓ Condiciones específicas para CAC (Artritis, CA, ERC, HTA, DM, Hemofilia, VIH)
- ✓ Clausula especial Programas de Riesgo (Artritis, CA, ERC, Hemofilia, VIH)
- ✓ Formato de seguimiento (Artritis, CA, ERC, HTA y DM, Hemofilia, VIH y Embarazo)
- ✓ RUT actualizado

- ✓ Certificado de existencia y Representación Legal
- ✓ Documento de identificación del representante legal
- ✓ Resolución de Habilitación de los servicios
- ✓ Certificado de cuenta bancaria
- ✓ Matriz de programación de actividades
- ✓ Perfil demográfico de la población objeto del contrato
- ✓ Manual de contratación de servicios de salud
- ✓ Protocolos de Atención pactados
- ✓ Declaración de la capacidad instalada
- ✓ Modelo de prestación de servicios y asignación de citas.
- ✓ Manual de referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (PAMEC).
- ✓ Programa de Seguridad del Paciente
- ✓ Copia del acta de posesión del revisor fiscal.
- ✓ Paz y salvo de la Supersalud de liquidación tasa anual por concepto de funciones de supervisión.
- ✓ Formato de vinculación y/o actualización de proveedores.
- ✓ Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.
- ✓ Detalle de las sedes de atención a los usuarios

PRESUPUESTO GLOBAL AJUSTADO POR CONDICIÓN MÉDICA

- ✓ Tabla de negociación tarifaria.
- ✓ Certificado de existencia y representación legal del contratante y contratista.
- ✓ Copia de cedula del representante legal del contratista.
- ✓ Portafolio de servicios del contratista.
- ✓ Certificado de habilitación del prestador.
- ✓ Manual de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Pólizas de garantía.
- ✓ Anexo de condiciones generales.
- ✓ Manual de contratación.
- ✓ Los demás generados durante la ejecución del contrato.

6.2 Por parte de Coosalud EPS

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades, con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
2. Modelo de atención.
3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, Coosalud EPS garantizará los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Coosalud EPS deberá difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera mensual en la página web www.coosalud.com el listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, Coosalud EPS, garantizará la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberá entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

7 SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

7.1 Servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC

Los servicios contratados son los incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC contenido en la Resolución 5269 de 2017. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

7.2 Tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC

En el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.

2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

COBRO Y PAGO DE LAS TECNOLOGÍAS EXCLUIDAS:

El cobro y pago de las tecnologías excluidas del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, definido en la Resolución 5269 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, se efectuará en el Régimen Subsidiado, conforme a la Resolución 1479 de 2015. Por lo tanto, el pago será responsabilidad del ente territorial y la radicación de la facturación, será acorde al modelo elegido por el mencionado ente.

Modelo 1: la radicación de las cuentas se hará directamente en el ente territorial.

Modelo 2: Las facturas se radican en la EPS y esta envía las solicitudes de cobro al ente territorial. El Contratista facturará de la siguiente forma:

a) Deberá separar las facturas del homologo o comparador administrativo del POS definido en el acta del CTC.
b) En la otra factura con el valor de la diferencia de la tecnología NO POS menos el homologo, la cual es responsabilidad de pago por parte del ente territorial.

En el caso del Régimen Contributivo, la gestión de estas tecnologías se debe realizar a través de la plataforma MIPRES y el recobro se tramita ante ADRES.

8 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

8.1 Políticas de Contratación

- Se contratarán servicios que estén debidamente inscritos y habilitados en los términos previstos en la normatividad vigente.
- La contratación debe garantizar una red que cuente con la disponibilidad, suficiencia y completitud para atender la demanda de servicios de salud de la población afiliada.
- Se deberá georreferenciar la Red de acuerdo con las rutas de atención establecidas.
- Los modelos de contratación se ajustarán a las necesidades de cada grupo de diagnóstico y de conformidad con las políticas establecidas anualmente, por Coosalud EPS.
- La población deberá ser atendida en una IPS que esté ubicada lo más cercano posible a su lugar de residencia.
- Los prestadores nuevos no incluidos en la Red Prestadora de Servicios de Salud de Coosalud, deben ser aprobados por el Comité de Contratación Nacional, previa evaluación de las propuestas por el Comité de Ofertas a nivel de sucursal.
- La tarifa techo a utilizar será definida anualmente por la gerencia general, tarifas diferentes a la establecida deben contar con previa aprobación por parte de la Dirección Nacional de Contratación.
- Toda IPS contratada debe contar con listado negociado de insumos y medicamentos según referente establecido por la Dirección Nacional de Contratación, sin excepción.
- Las consultas especializadas se contratarán con su respectivo apoyo diagnostico (Laboratorio Clínico e Imágenes).
- La contratación por línea diagnóstica se hará de manera integral para toda la población.
- Los servicios de baja complejidad serán contratados bajo la modalidad de cápita, a excepción de la atención del parto que debe ser contratado por modalidad de evento.
- El suministro de medicamentos ambulatorios será contratados por modalidad de cápita, las únicas exclusiones aceptadas son las establecidas por la Dirección Nacional de Contratación y que corresponden a medicamentos de alto costo.

8.2 Codificación de los servicios en la contratación

Para todos los efectos de contratación de servicios, Coosalud EPS utilizará las siguientes codificaciones en su sistema de información:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 5975 de 2016 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Por consiguiente, los servicios descritos con otra nomenclatura como “programas”, “clínicas” o “paquetes” y “conjuntos de atención”, entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 01, 02 y 03 de la resolución 5269 de 2017, que define los contenidos del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.
3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud,

Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

8.3 Selección de prestadores

La selección de proveedores y prestadores de servicios de salud, se fundamentarán en los principios de transparencia, selección objetiva, equidad y responsabilidad, que faciliten un eficaz proceso de contratación, basado en criterios de calidad, rentabilidad, desempeño técnico y experiencia, con profesionales médicos que sean reconocidos por su integridad y equidad en sus negocios y relaciones contractuales. Para esta selección se deben identificar los siguientes aspectos:

- ✓ Necesidades justificadas de los servicios a contratar
- ✓ Caracterización de la población
- ✓ Nota técnica
- ✓ Oferta de servicios
- ✓ Oferta no disponible
- ✓ Demanda potencial
- ✓ Red de prestadores disponible
- ✓ Modalidad de contratación

Posterior a esto, se realiza la verificación de los criterios básicos de los prestadores preseleccionados:

- ✓ REPS vigente: si son servicios nuevos y no se encuentran reportados en REPS, se debe verificar certificado de habilitación
- ✓ Complejidad habilitada
- ✓ Numero de sedes
- ✓ Facilidad de acceso
- ✓ Capacidad instalada
- ✓ Reconocimiento en la ciudad
- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ Antecedentes disciplinarios
- ✓ Antecedentes fiscales
- ✓ Antecedentes judiciales
- ✓ Antecedentes lista Clinton
- ✓ Declaración de origen de fondos
- ✓ Deudores morosos del estado

8.4 Convocatoria publica

Coosalud EPS, realizará procesos de selección de prestadores bajo la modalidad de procesos abiertos y competitivos en donde todo proveedor que esté interesado en el negocio puede presentar su proposición,

de ese modo, se consigue que haya mucha concurrencia de empresas y la libre competencia entre las mimas; de esta convocatoria saldrá la oferta económicamente más ventajosa.

Esta modalidad de selección será especialmente usada para:

1. Adquisición de medicamentos ambulatorios e insumos.
2. Dispensación de medicamentos ambulatorios e insumos.
3. Negociación de precios de medicamentos hospitalarios e insumos.

8.5 Visita de calidad

La visita de calidad tiene como finalidad conocer la red de prestadores de servicios de salud e identificar quienes cumplen con los requisitos de selección. Esta será coordinada por el director de salud y el auditor médico de calidad de cada sucursal, quienes realizaran cronograma de visitas precontractuales.

Los formatos establecidos en la visita son los siguientes:

FORMATOS CALIDAD	CONTENIDO
IPH1	REPORTE DE ESTÁNDARES DE LAS CTC DE PRESTADORES DE SALUD
IMS1-A	MATRIZ DE MEDICIÓN DE SUFICIENCIA I NIVEL
IMS1-A2	MATRIZ DE MEDICIÓN DE SUFICIENCIA NIVEL II y III
Acta de visita IPM-1	REPORTE DE ESTÁNDARES DE LAS CTC DE PRESTADORES DE SALUD

En esta se deben tomar 10 fotos de la sede, se deben diligenciar formatos establecidos, los cuales deberán ser firmados por el representante asignado por el prestador y el auditor de calidad. La IPS que en la visita precontractual obtenga una calificación satisfactoria mayor o igual a 80% será enviada a comité de ofertas.

CALIFICACIÓN	>80	70-89	<70
IPM 1-A2	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	DEFICIENTE

IPS con puntajes aceptables y que ameriten planes de mejora deben ser consolidados en el formato establecido y firmados por el representante de la IPS en aceptación de este, esta acta debe ser remitida al comité de ofertas junto con los formatos de la visita. Por ningún motivo se evaluarán prestadores con puntajes deficientes a excepción de aquellos casos donde sea único prestador ubicado en zonas de difícil acceso alejados del casco urbano.

8.6 Comité De Ofertas

En esta etapa se comparan las IPS que cumplan con los requisitos establecidos y se realiza la selección de los mejores oferentes, justificando la necesidad, comparación con otras propuestas de servicios y análisis de costos según tarifas. La decisión se orienta en el prestador que presente mejores indicadores de calidad,

tarifas, desempeño, ubicación geográfica y accesibilidad para el usuario. Los resultados de este comité deberán ser enviados al comité de contratación nacional quien analiza y aprueba la contratación de estos prestadores en caso de cumplir con todos los requisitos establecidos.

El comité de ofertas está conformado por el gerente de sucursal, director de salud de sucursal y director administrativo y financiero de sucursal.

8.7 Comité de contratación Nacional

Es la instancia superior que analiza y aprueba la totalidad de las nuevas negociaciones, renegociaciones, adición de servicios e incrementos, relacionados con la definición y selección de los prestadores que cumplan con los objetivos estratégicos de la compañía. El comité de contratación nacional está conformado por la dirección nacional de contratación, dirección nacional de salud, dirección nacional de operaciones, analista de Contratación y quien la dirección de contratación consideré necesario.

9 RECEPCIÓN DE CUENTAS

9.1 Trámite De Facturas

Para todos los efectos, a la factura deberán anexarse los soportes definidos en el Anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 y se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

- **Factura o documentos equivalente**: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, el código de comercio y la Ley 1231 de 2008, dando cuenta de la transacción efectuada.

- **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), de cada uno del ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica a todo tipo de factura presentada a Coosalud EPS. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al ADRES, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

- **Registro de atención:** Corresponde al registro de la atención de servicios ambulatorios u hospitalarios en la herramienta tecnológica que representa el aval para la prestación de un servicio de salud por parte de un prestador de servicios determinado. Este registro lo realiza el prestador con cargo al acuerdo de voluntades, carta de intención o contrato. El grupo de auditoria realiza la verificación del registro de atención en el aplicativo determinado comprobando la asistencia a la prestación del servicio.

- **Resumen de atención o epicrisis:** Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen. Debe anexarse a la factura de toda atención hospitalaria o de urgencia

- **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para los estudios de laboratorio clínico e imagenología básicos, de primer nivel contratados por capitación.

- **Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo. Debe anexarse en toda factura de procedimiento quirúrgico.

- **Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo. Debe anexarse en toda factura de procedimiento quirúrgico.

- **Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Debe presentarse en toda factura de servicios ambulatorios y de apoyo terapéutico de rehabilitación ambulatorias. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme o registre la huella.

- **Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente. Debe anexarse a toda factura de traslado de pacientes.

- **Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. Debe anexarse a toda factura de medicamentos y de otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos**.**

- **Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén previamente pactados con Coosalud EPS e incluidos en el listado de precios anexo al contrato, o en los casos de atención sin contrato

- **Factura por el cobro al SOAT y/o ADRES:** Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del ADRES por la atención de un paciente afiliados a Coosalud EPS. Se anexará a la factura presentada a Coosalud EPS cuando la atención del accidente de tránsito excedente 800 SMLDV.

- **Historia clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dentro del equipo de salud se incluyen los auditores concurrentes de Coosalud EPS. El prestador lo pondrá a disposición de Coosalud EPS, en forma excepcional para los casos de atenciones de alto costo.

- **Hoja de atención de urgencias:** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

- **Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

- **Hoja de administración de medicamentos**: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

- **Recaudo de pagos compartidos**: La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en el contrato el recaudo de estos por parte de los prestadores de servicios de salud, se considerará pago anticipado parcial por lo que el prestador descontará el valor recaudado del valor de la factura. Solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

- **Recibo de pago compartido:** Recibo de o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario al prestador. Se debe anexar para dejar constancia del valor que efectivamente recaudó el prestador y por ende se descuenta de la factura presentada a Coosalud EPS.

- **Revisión y visado previo:** Cuando el prestador tenga asignado un auditor concurrente por parte de Coosalud EPS, las facturas o cuentas se visarán previamente al interior de los prestadores, para agilizar la presentación y/o radicación de estas. De no existir auditor concurrente asignado al prestador, Coosalud EPS no exigirá como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

- **Trazabilidad de la factura:** Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, Coosalud EPS establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

9.2 Trámite de reclamaciones (objeciones y glosas)

Para todos los efectos las objeciones y glosas se atendrán a los términos e instrucciones establecidos en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 y la Resolución 4331 de 2012, y demás normas que las adiciones o modifiquen. Coosalud EPS no creará causales de devolución, objeción o glosa distintas a las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en estas resoluciones. Se tendrán en cuenta estas definiciones:

- **Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

- **Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.

- **Registro de atención:** La generación de un registro en la herramienta tecnológica dispuesta por COOSALUD para reporte de la asistencia a la prestación de los servicios requeridos por el usuario por parte del prestador de servicios, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago.

- **Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

10 MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO Y PAGO

10.1 Condiciones mínimas

Las condiciones mínimas por incluirse en los mecanismos de reconocimiento y pago entre la EPS y los prestadores de servicios de salud que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud están definidas a través de cartas de intención, acuerdo de voluntades o contratos suscritos entre los prestadores y la EPS, que deben contener como mínimo la siguiente información:

- Indicar los servicios a prestar.

- Las condiciones de articulación y responsabilidades a cumplir por parte de los Prestadores vinculados a la Red Integral deben estar conforme a los estándares y criterios de habilitación de las RIPSS.
- disponibilidad y gestión de datos clínicos entre los Prestadores que hacen parte Red, la EPS y
- Los contratos suscritos, sin excepción deben garantizar lo establecido en los Artículo 5, 6 y 7 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

Los mecanismos de reconocimiento y pago implementados por Coosalud EPS son:

- ✓ Cartas De Intención
- ✓ Acuerdo De Voluntades
- ✓ Contrato Por Capitación
- ✓ Contrato Por Evento
- ✓ Presupuesto Global Por Ejecución
- ✓ Paquete De Atención Integral Ambulatoria
- ✓ Presupuesto Global Ajustado Por Condición Médica

10.2 Mecanismos de reconocimiento

10.2.1 Cartas de Intención

Es un documento que contiene los acuerdos y compromisos entre las partes (EPS y prestadores), que se pueden formalizar en un futuro a través de un contrato.

En el caso en que se presenten cartas de intención, éstas deberán contener al menos:

- Nombres completos de los representantes legales y NIT de las instituciones participantes (EPS y prestador).
- Intención expresa de integrar en la red integral de prestadores de servicios de salud que conforma la EPS, con la descripción detallada de los acuerdos logrados entre las partes, especificando el objeto y el alcance, responsabilidades individuales y recíprocas, entre otras.
- Detalle de la participación del prestador en la red integral de prestadores de servicios de salud (capacidad, servicios de salud a proveer, condiciones, términos, procesos y procedimientos y demás).
- Constancia de la voluntad manifiesta de las partes de suscribir un contrato en el futuro, formalizando lo expresado en la carta de intención.

10.2.2 Acuerdo de Voluntades

Se refiere al “acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las

normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen".

El artículo 6 del citado Decreto 4747, establece las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, independiente del mecanismo de pago. Estos aspectos, son como mínimo los siguientes:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

10.2.3 Contrato por capitación

La modalidad de contratación por capitación permite pactar con los prestadores de servicios de salud la atención para un número de afiliados durante un período de tiempo, con pago anticipado de una suma fija, a partir de un grupo de servicios pre-establecidos con una unidad de pago constituida por una tarifa pactada previamente sujeto al cumplimiento de unas metas de cobertura de programas e indicadores de calidad. Su campo privilegiado de uso es el primer nivel de atención, presentan el mejor control para el vínculo entre la EPS y el prestador de servicios de salud, el riesgo lo asume el prestador, por tanto, fomenta la prevención; la EPS asegura grandes volúmenes de usuarios potenciales, define los montos de capitación y establece las reglas de calidad en la prestación de los servicios, simplifica la contratación y los cobros.

Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, Coosalud EPS cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

Metas de cumplimiento de Producción y Resolutividad

INDICADOR	DESCRIPCION	FUENTE	FRECUENCIA	ESTANDAR	RANGO DE VARIABILIDAD FRENTE AL PAGO	PONDERACION
1.FRECUENCIA DE USO PACTADA DE MEDICINA GENERAL	NUMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL, POR PACIENTE, POR AÑO.	RIPS BASE DE DATOS	MENSUAL	1.8 CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL, POR AFILIADO, POR AÑO	CUMPLIMIENTO DE 81 A 100 % DE LA META = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	50%
2.FRECUENCIA DE USO PACTADA DE ODONTOLOGIA GENERAL	NUMERO DE CONSULTAS DE ODONTOLOGIA GENERAL, POR PACIENTE, POR AÑO.	RIPS BASE DE DATOS	MENSUAL	1.8 CONSULTAS DE ODONTOLOGIA GENERAL, POR AFILIADO, POR AÑO	CUMPLIMIENTO DE 81 A 100 % DE LA META = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO DE 61 A 80.9 % DE LA META = PAGO DEL 90 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO MENOR A 61 DE LA META = PAGO DEL 70 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	20%
3.OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y RADIOLOGIA AMBULATORIOS	NUMERO DE DIAS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCION Y LA PRESTACION DEL SERVICIO	INDICADOR ENTREGAD0 POR LA IPS CIRCULAR 030 Y 056 SNS	TRIMESTRAL	3 DIAS HABILES	De 0 A 3 DIAS = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) MAYOR DE 3 DIAS A 10 DIAS = PAGO DE 60 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) Y SUPERIOR A 10 DIAS = EL 0 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO	20%
4.TASA DE REMISION DE PACIENTES NO OBSTETRICOS A SEGUNDO Y TERCER NIVEL	PORCENTAJE DE PACIENTES NO OBSTETRICOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL REMITIDOS PARA SU ATENCION EN SEGUNDO O TERCER NIVEL	BASE DE DATOS DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL	TRIMESTRAL	15%	CUMPLIMIENTO DE 15 % O MENOS = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO DE 15,1 % AL 16,5 % =PAGO DEL 90 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO MAYOR DEL 16 .5 % = PAGO DEL 70 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	10%

10.2.4 Contrato por Evento

Contrato cuyo objeto es la prestación de servicios de salud o suministros relacionados, en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención.

10.2.5 Contrato por Pago Global por Ejecución

En esta modalidad se contratará un grupo específico de actividades, procedimientos y/o intervenciones en salud definidas por el pagador que involucra una actividad principal y una o varias intermedias, requeridas por un usuario como parte de su atención durante un período de tiempo.

Este tipo de contratación establece un servicio principal como unidad de medida, y se conforma por los servicios complementarios asociados a este.

Se tiene un techo presupuestal, que constituye un valor máximo de pago. No obstante, la unidad de pago será el equivalente a la ejecución real, cuya unidad de medida será la actividad principal.

Así, se establece esta modalidad para las siguientes categorías:

PGE DIAGNOSTICO: Se establece esta modalidad de contratación orientada a los servicios ambulatorios recurrentes cuya actividad principal equivale a la consulta especializada, y cuyos servicios intermedios son ayudas diagnosticas e imágenes que se derivan de este.
Cuando no se logre construir una bolsa que abarque el servicios intermedios o complementarios a la consulta, deberán solicitar a la Dirección de Contratación Nacional solicitud para conformar una bolsa con un único tipo de servicios complementarios. Ejem: Laboratorios especializados, imágenes especializadas.

PGE AMBULATORIO: El PGE ambulatorio, es una modalidad que permite contratar servicios como hogares de paso, terapias y otros tipos de servicios apoyo diagnóstico.
En el caso de los Hogares de paso el servicio principal o unidad de medida es día de permanencia y sus servicios complementarios serían la alimentación y el transporte.

PGE HOSPITALARIO: Dentro de este tipo de PGE el servicio principal gira en torno a la estancia y los servicios intermedios serían los de apoyo diagnóstico, atenciones médicas y paramédicas, medicamentos, materiales e insumos.
PGE QUIRURGICO: Dentro de este tipo PGE, el servicio principal equivale a la cirugía y los servicios intermedios o complementarios son insumos, laboratorios pre y postquirúrgicos, medicamentos, honorarios, derechos de sala, ayudantías y consultas pre y postquirúrgicas.

10.2.6 Pago Global Prospectivo

Los Contratos por pago global prospectivo sujeto a resultados son aquellos en los que la sucursal estima un presupuesto proyectado para determinado prestador que cuente con un conjunto integral de actividades y pacta un monto fijo mensual por la atención de determinado grupo poblacional, el cual recibirán todos los servicios (consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica). En esta modalidad de contrato la auditoría se centrará en la calidad de la atención, medición mensual de actividades realizadas y en evitar las barreras de acceso que pudiera poner el prestador y el pago se realizará por ejecución de actividades realizadas a una tarifa previamente pactada.

10.2.7 Paquete de Atención Integral Ambulatoria

El paquete de atención integral consiste en un pago fijo aplicado preferencialmente a patologías crónicas como VIH, RENALES, HEMOFILIA. Para esto se establece una suma fija para cubrir la totalidad de las tecnologías en salud ambulatorias, requeridas por la persona dado su grupo de riesgo.

10.2.8 Presupuesto Global Ajustado Por Condición Médica (PIC)

El propósito de la modalidad de contratación de presupuesto integral ajustado por condición médica es evitar la fragmentación de la atención y generar estímulos que permitan una administración más eficiente de los recursos por parte del prestador, garantizando la integralidad en la prestación de los servicios asociados a una condición médica determinada. Este tipo de contratación implica la contratación de los servicios asociados a una patología y que son necesarios para su manejo.

En la actualidad hemos estructurado los modelos de Atención Integral para las siguientes Condiciones Médicas:

- Cardiovascular
- Oncología
- Ortopedia y Traumatología
- Salud Visual
- Urología
- Materno-perinatal (Incluye el parto/cesáreas y los desenlaces hospitalarios UCIs y UCIN)
- Salud Mental
- Otorrinolaringología
- Dermatología
- Digestivo
- Ginecología
- Neurología
- Neumología
- Patología Mamaria Benigna
- Atención domiciliaria
- y demás patologías con condición médica relacionada.

El seguimiento se hará en función de los indicadores establecidos para el monitoreo en el cumplimiento de la oportunidad y de la seguridad del paciente con periodicidad mensual.

Así mismo, de manera trimestral se evaluará la ejecución del contrato con base en las frecuencias de uso. Estos resultados serán validados con el reporte biométrico de asistencia a los diferentes servicios. Este seguimiento se debe complementar con indicadores relacionados con la atención en salud.

Si luego del análisis trimestral se encuentra que las frecuencias de uso están desviadas de lo esperado, se estudiará la posibilidad de realizar un ajuste previo análisis.

10.3 Forma de pago

Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

10.3.1 Pago por capitación.

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

10.3.2 Pago por evento.

Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

10.3.3 Pago por presupuesto integral ajustado a condición médica, paquete de atención integral, paquete de atención diagnostica.

Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

10.3.4 Forma de pago según tipo de contrato

Para todos los efectos la forma de pago será la pactada en el contrato, toda vez que el contrato es ley para las partes en el marco normativo del derecho privado. En los contratos donde no se pacte de manera específica una modalidad de pago, se entenderá lo establecido en el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2013, que reza al tenor: “las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.”

11 INDUCCIÓN A PRESTADORES

La capacitación para los prestadores y proveedores debe ser coordinada por el director de salud de la sucursal, de la siguiente manera:

- Para proveedores nuevos se debe programar la capacitación antes del inicio de la vigencia del contrato y máximo dentro de los primeros 15 días hábiles al inicio de vigencia
- Para prestadores antiguos se deberá programar la capacitación durante los primeros 3 meses de la nueva vigencia.

Los temas que tratar deben ser:

- ✓ Modelo de atención de la EPS.
- ✓ Manual de Contratación de servicios de salud de la EPS.
- ✓ Deberes y derechos de los usuarios y de la IPS.
- ✓ Validaciones administrativas.
- ✓ Políticas y filosofía de la EPS.
- ✓ Concertación de guías de manejo.
- ✓ Aclaraciones e inquietudes

Se deberá diligenciar formato de acta de inducción, el cual deberá ser firmado por el representante que asigne el prestador y el director de salud.

Es responsabilidad del director de salud entregar los anexos toda la información que requiera la IPS para adherirse al modelo de Coosalud EPS, y así aclarar o escalar las dudas que se presenten por las IPS.

12 SEGUIMIENTO

El seguimiento de la red deberá realizarse de manera integral y sistemática en el ámbito hospitalario y ambulatorio, evaluando las actividades asistenciales realizadas por la IPS y el cumplimiento de los criterios de inclusión que hacen parte de la atención en salud, con el fin de proteger la seguridad del paciente, orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

Durante estas auditorías deberán evaluarse los siguientes parámetros

- Desempeño Técnico: Comprende la evaluación de las guías de atención en relación a su existencia, socialización, evaluación y adherencia.

- Atención Eficaz: Comprende la evaluación de indicadores de resultado en salud, los cuales varían según el tipo de IPS y de servicios evaluados.

- Atención Segura: Comprende los indicadores de la ficha de evaluación de infecciones intrahospitalarias, seguridad de pacientes, gestión de eventos causados por fallos derivados de la atención en salud y prácticas seguras.

- Acceso a los servicios: Evaluación de la oportunidad en los servicios de consulta externa, urgencias, cirugía de urgencias, cirugía programada y servicios de consulta externa

- Satisfacción de usuarios: Evaluación procesos de satisfacción de los usuarios y gestión de quejas, esta se medirá de acuerdo con la frecuencia definida para las visitas.

- Seguimiento a planes de acción: Evaluación de la ejecución de los planes de acción propuestos a las IPS en visitas previas.

13 PLANIFICACIÓN, ADQUISICIÓN, ADMINISTRACIÓN, UTILIZACIÓN, OPTIMIZACIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS HUMANOS, TECNICOS, FINANCIEROS Y FISICOS

Con el propósito de organizar la operación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud COOSALUD EPS planifica cada uno de los procesos necesarios para la prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad. Esta planificación inicia con la estimación de la demanda y el análisis de la oferta de servicios para poder identificar las brechas y establecer las acciones necesarias para la minimización de las mimas. Durante la etapa de planificación de la red se tiene en cuenta todos los componentes para garantizar la coherencia y secuencia que posibilite contar con los mecanismos para el seguimiento a la red.

Dentro de este proceso de planificación de la prestación de los servicios de salud se tiene en cuenta la normatividad vigente, la población afiliada y el ámbito territorial de los departamentos y municipios autorizados para operar. Igualmente, se cuenta con los recursos humanos, físicos, técnicos y financieros necesarios para la efectiva implementación de la estrategia para garantizar accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad.

14 PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS

Para garantizar una atención adecuada que propenda por el acceso efectivo a los servicios de salud, se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

14.1 Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”

Todos los prestadores con los que se tenga contratados los servicios de urgencia deberán implementar obligatoriamente un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage" según resolución 5596 del 2015. Con el fin de dar prioridad a la atención de los pacientes en un servicio de urgencias, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben aplicar el “ Triage” y reportar la atención inicial de urgencia en el anexo técnico N° 2 definido por la resolución 3047 de 2008, dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, realizando la comprobación de derechos que acredite la afiliación de los pacientes a Coosalud EPS.

14.2 Comprobación de derechos de los afiliados

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica que el paciente es un afiliado activo de Coosalud EPS y que por lo tanto tiene el derecho a ser atendido con cargo a Coosalud EPS.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando Coosalud EPS esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

El procedimiento de verificación de derechos 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.

Los prestadores de servicios de salud deberán informar a Coosalud EPS las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios.

14.3 Informe de la atención inicial de urgencias

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a Coosalud EPS, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, definido por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 3047 de 2008. COOSALUD dispone de la línea 018000 y #922 para reporte de la atención inicial de urgencias y de oficinas en todos los municipios donde tiene presencia.

14.4 Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio

En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en la Resolución 5269 de 2017, para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio.

14.5 Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias

Para servicios posteriores a la atención inicial de urgencias u hospitalarios, la IPS debe realizar el diligenciamiento y envío del Anexo Técnico No. 3 definido por la Resolución 3047 de 2008, el área de referencia y contrarreferencia debe realizar la comprobación de derechos del paciente y verificar la pertinencia del servicio, y emitir el código de reporte correspondiente, el cual será enviado a la IPS. Estos códigos son reportados al grupo de gestores hospitalarios de COOSALUD, para que se inicie el proceso de gestión hospitalaria, registrando los servicios hospitalarios consumidos en su atención y garantizando un efectivo egreso seguro.

Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud. COOSALUD dispone de la línea 018000 y #922 para reporte de la atención inicial de urgencias y de oficinas en todos los municipios donde tiene presencia.

Coosalud EPS debe dar respuesta a las IPS siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determinó el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 3047 de 2008, dentro de los siguientes términos:

a) Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud;
b) Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Cuando se considere que no procede la solicitud, se debe diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos en el formato adoptado por la Circular Externa 021 de 2005 de la Superintendencia Nacional de Salud y enviar a la IPS.

Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias tiene contratada la atención de urgencias por parte de Coosalud EPS, deberá continuar la atención, de lo contrario, deberá remitir al paciente a un prestador con el que Coosalud EPS tenga contratada la atención de urgencias, salvo en los casos en que las condiciones del paciente impidan un traslado seguro y el prestador pueda garantizar la continuidad del servicio de urgencias.

Si las condiciones del paciente para un traslado a otro prestador son inestables, pero igual el prestador que garantiza la atención inicial de urgencias no puede garantizar la atención de urgencias de manera apropiada, los riesgos de trasladarlo y no trasladarlo son iguales, de modo que el paciente se trasladará en una ambulancia medicalizada.

14.6 Servicios electivos

Los servicios de carácter electivo, ambulatorio u hospitalario programado deben ser gestionados en una relación directa entre la IPS y COOSALUD, sin trasladar ningún trámite al usuario. El servicio está cubierto por el contrato, acuerdo de voluntades o carta de intención suscrito con el prestador y no requiere

autorización. El prestador debe registrar la atención en la herramienta tecnológica de asistencia al servicio con o sin validación biométrica de la huella.

En los casos de contratos por la modalidad de Paquete de Atención Diagnostica (PAD), Paquete de Atención Integral (PAI), Presupuesto Integral Ajustado Por Condición Médica (PIC) y se complementa el acceso a los servicios con la validación biométrica de la huella dactilar.

Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la Sucursal de Coosalud EPS, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los contratos suscritos con los prestadores de servicios de salud.
La asignación de citas se hará con la oportunidad determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios electivos.

14.7 Proceso de referencia y contrarreferencia

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de Coosalud EPS, quien dispondrá de una red de prestadores de servicios de salud que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de Coosalud EPS la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago

Coosalud EPS podrá apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

14.8 Atención ambulatoria

Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

14.9 Atención con internación

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

El Plan Obligatorio de Salud cubre a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

14.10 Atención domiciliaria

La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria.

14.11 Servicios no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC a través de CTC o tutelas

COOSALUD EPS garantiza la prestación de las Tecnologías en Salud No Incluidas en el Plan de Beneficios ordenadas a sus afiliados a través del estudio por parte del Comité Técnico Científico de cada sucursal para ser aprobadas o desaprobadas con base en argumentos técnicos, de acuerdo con la normatividad vigente. En el caso a los afiliados que se encuentran en Movilidad, el trámite se realiza través de la Plataforma MIPRES.

La financiación de las tecnologías no PBS está a cargo de las entidades territoriales, por lo tanto, el suministro de estos servicios se debe realizar en coordinación con el ente territorial, teniendo en cuenta el

modelo escogido por cada secretaria de salud según la Resolución 1479 de 2015 para asumir el cubrimiento de estos servicios.

El acceso a los servicios no incluidos en el Plan de beneficios con cargo a la UPC se da a través de:

1. Por aprobación del Comité Técnico Científico (CTC).
2. Por la exigencia a través de una TUTELA.

Los comités técnico-científicos están reglamentados en cuanto a su conformación y funcionamiento mediante la Resolución 5395 de 2013 y bajo estas condiciones, Coosalud tiene conformado un comité técnico científico en cada uno de los entes territoriales departamentales donde tiene afiliados para cumplir con las funciones definidas en dicha normatividad.

Para los servicios ordenados a través de una acción de tutela, Coosalud EPS garantiza la prestación de los servicios de salud en cumplimiento del término y el alcance del fallo, realizando un seguimiento estricto hasta que el afiliado recibe el servicio. Para aquellas tutelas de tracto sucesivo u orden de atención integral, se realiza un seguimiento es de carácter especial.

15 CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS

15.1 Puerta de entrada del sistema

El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

15.2 Adscripción a una IPS

Toda persona después de la afiliación a Coosalud EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red de prestadores conformada por la sucursal, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la enfermedad, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la Sucursal receptora del afiliado deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y la Sucursal puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad

establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de Coosalud EPS.

15.3 Acceso a servicios Componente Primario

El acceso a los servicios de promoción y prevención es gratuito para el afiliado y se obtiene a través de los programas contratados con las IPS Primarias y de las actividades que realizan en la misma comunidad los Equipos Básicos de Salud (EBS) del "Modelo de Atención de Coosalud" y que consisten principalmente en vigilancia epidemiológica con demanda inducida y tamizaje y seguimiento a las enfermedades crónicas y de alto impacto en el estado de salud de los afiliados, esta se realiza mediante diferentes estrategias como visitas domiciliarias, tamizajes, educación, orientación y capacitación a la comunidad, conformación y capacitación a las ligas de usuarios y vigilancia de la calidad de los servicios de salud contratados en la red de IPS del componente primario.

El componente primario está conformado y organizado por Municipio donde COOSALUD tiene operación, con los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de los servicios de salud en dicho componente, señalados a continuación:

GRUPO DE SERVICIOS	NOMBRE DEL SERVICIO	GRUPO DE SERVICIOS	NOMBRE DEL SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	FISIOTERAPIA	Protección Específica y Detección Temprana	VISUAL
	SERVICIO FARMACÉUTICO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Menor a 10 años)
	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (De 10 a 29 años)
	TERAPIA RESPIRATORIA		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (Mayor a 45 años)
	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
	LABORATORIO CLÍNICO		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
	TERAPIA OCUPACIONAL		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
	ULTRASONIDO		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
Consulta externa	CONSULTA PRIORITARIA	Quirúrgicos	CIRUGÍA GENERAL
	ENFERMERIA	Transporte Asistencial	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
	MEDICINA INTERNA	Urgencias	SERVICIO DE URGENCIAS
	GINECOOBSTETRICIA	Otros servicios	ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	MEDICINA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO
	ODONTOLOGIA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR
	PEDIATRIA		ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	CIRUGIA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR
	NUTRICIÓN Y DIETETICA	Internación	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
	OPTOMETRIA		GENERAL ADULTOS
	PSICOLOGÍA		GENERAL PEDIÁTRICA
	MEDICINA FAMILIAR		OBSTETRICIA
	ANESTESIA		

15.4 Servicios Componente Complementario

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con él.

Los servicios del Componente complementario indispensable en función de su oferta en los territorios son:

CODIGO	SERVICIO
105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL
106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO
107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS
108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
123	ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PACIENTE AGUDO
124	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL
126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL
128	INTERNACIÓN PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
201	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA
207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA
209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA
211	CIRUGÍA ORAL
212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
215	CIRUGÍA UROLÓGICA
217	OTRAS CIRUGÍAS CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA - NO ONCOLÓGICO
219	TRASPLANTE RENAL
220	TRASPLANTE DE CORAZÓN
221	TRASPLANTE DE HÍGADO
222	TRASPLANTE DE PULMÓN
223	TRASPLANTE DE RIÑÓN PÁNCREAS
232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
234	CIRUGÍA DE TÓRAX
238	TRASPLANTE DE INSTESTINO
239	TRASPLANTE MULTIVISCERAL
240	TRASPLANTE TEJIDOS OCULARES
241	TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR
242	TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS
243	TRASPLANTE DE PIEL Y COMPONENTES DE LA PIEL

244	TRASPLANTE DE TEJIDOS CARDIOVASCULARES
302	CARDIOLOGÍA
303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
305	CIRUGÍA NEUROLÓGICA
306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
308	DERMATOLOGÍA
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - NO ONCOLÓGICO
310	ENDOCRINOLOGÍA
311	ENDODONCIA
316	GASTROENTEROLOGÍA
317	GENÉTICA
321	HEMATOLOGÍA
323	INFECTOLOGÍA
324	INMUNOLOGÍA
327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
330	NEFROLOGÍA
331	NEUMOLOGÍA
332	NEUROLOGÍA
335	OFTALMOLOGÍA
338	ORTODONCIA
339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA
343	PERIODONCIA
345	PSIQUIATRÍA
347	REHABILITACIÓN ORAL
348	REUMATOLOGÍA
354	TOXICOLOGÍA
355	UROLOGÍA
356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - NO ONCOLÓGICO
361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
366	CIRUGÍA DE TÓRAX
367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA
369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
377	COLOPROCTOLOGÍA
383	MEDICINA NUCLEAR
384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
385	NEONATOLOGÍA
386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
387	NEUROCIRUGÍA
388	NEUROPEDIATRÍA
396	ODONTOPEDIATRÍA
407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
410	CIRUGÍA ORAL
411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR
703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA
705	HEMODINAMÍA
708	UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA
713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
715	MEDICINA NUCLEAR
725	ELECTRODIAGNÓSTICO
730	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR
731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA
732	ECOCARDIOGRAFÍA
733	HEMODIÁLISIS
734	DIÁLISIS PERITONEAL

738	ELECTROFISIOLOGÍA MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDÍACAS
818	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
950	PROCESO ESTERILIZACIÓN

15.5 Telemedicina

Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

15.6 Garantía de servicios en el municipio de residencia

Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC , las sucursales de Coosalud EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema en la Resolución 5269 de 2017, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

15.7 Concurrencia de otros planes de beneficios

Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

15.8 Cobertura de servicios POS ordenado por fuera de la red

Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS, la Sucursal podrá someter el caso a una evaluación médico-científica por personal de su red para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

15.9 Atención servicios oncológico y cuidados paliativos

En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico,

durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

COOSALUD garantiza los servicios de oncología a través de la contratación de modelos integrales de atención de acuerdo con a la condición médica, conformando una ruta integral de atención para la patología oncológica y los cuidados paliativos, logrando la detección temprana, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Esto teniendo en cuenta la oferta de las zonas sanitarias y los distritos sanitarios, contando con instituciones que son centro de excelencia y que cumplen con la normatividad vigente para la atención de la patología oncológica y los cuidados paliativos. Sumado a lo anterior se estipula una red de hogares de paso, una logística de transporte para garantizar el acceso a los servicios requeridos para el manejo de los pacientes. Se cuenta con una estrategia de seguimiento a través de llamadas personalizadas con el fin de verificar la prestación de los servicios y gestionar los servicios requeridos en su proceso de atención.

15.10 Portabilidad y movilidad

Decreto 1683 de 2013, las Entidades Promotoras de Salud suscribió Convenio de Cooperación Interinstitucional entre Entidades Promotoras de salud para garantizar el derecho a la portabilidad Nacional del Seguro de Salud de los afiliados al SGSSS.

De conformidad con lo establecido en el Decreto 3047 de 2013 se garantizará la movilidad de los afiliados de la EPS entre los dos regímenes, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud de sus afiliados que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro. Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de la EPS, correspondiente al 10% del total de sus afiliados, de que trata el Decreto 3047 de 2013, el régimen aplicable para la EPS es aquel para el cual esta inicialmente habilitado.

La Institución prestadora de servicios de Salud deberá prestar los servicios de salud según los indicadores de calidad de cobertura, oportunidad y resolutividad, para todos los afiliados de la EPS que migren del régimen subsidiado al contributivo con todo su núcleo familiar, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de Salud de manera integral desde el primer día.

16 SUPERVISIÓN DEL CONTRATO Y AUDITORÍA

La supervisión de los contratos estará a cargo de la Dirección de Salud de cada sucursal, con el apoyo del Outsourcing de Auditoria, en el caso de contratos nacionales el supervisor asignado será el Director Nacional de Salud.

El Outsourcing de Auditoria realizará la auditoría médica, apoyo a la gestión de la calidad de la red prestadora de servicios y la auditoría de cuentas médicas a través de auditores concurrentes y auditores ocasionales de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC de COOSALUD EPS definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

La red de oficinas del Outsourcing de Auditoria en todo el país podrá consultarse en www.aplisalud.com en el Link RED DE OFICINAS. La supervisión de los contratos por capitación de promoción y prevención estará a cargo de Salud Familiar IPS.

16.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan

16.2 Calidad de la atención de salud.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

No cabe duda de que las poblaciones y las sociedades saludables tienen ventajas competitivas para afrontar los retos del crecimiento y el desarrollo. Un individuo saludable está mejor preparado como ser social y productivo que aquel que carezca de las condiciones mínimas de salud. Por lo tanto, debe garantizarse la atención con calidad de nuestros afiliados.

Para todos los afiliados de COOSALUD EPS que migren del régimen subsidiado al contributivo con todo su núcleo familiar, garantizamos la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de Salud de manera integral desde el primer día.

16.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los

principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

16.4 Tipos de acciones de auditoría.

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

ACCIONES PREVENTIVAS: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

ACCIONES COYUNTURALES: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

16.5 Estándares de cobertura, oportunidad y resolutividad

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación y metas de cumplimiento establecida para los prestadores en la actividad contractual.

La oportunidad en los diferentes niveles de atención es inversamente proporcional al acceso a los servicios, así que el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional, para atender la demanda de los servicios que recibe.

SERVICIO	OPORTUNIDAD	MECANISMO DE EVALUACION
MEDICINA GENERAL	2 DIAS CALENDARIO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
CONSULTA ODONTOLOGÍA	3 DIAS CALENDARIO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
AMBULANCIA	INMEDIATO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
APOYO DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y RADIOLOGÍA, AMBULATORIOS	3 DIAS CALENDARIO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
HOSPITALIZACION	INMEDIATO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
URGENCIAS	INMEDIATO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, PRIMERA VEZ	20 MINUTOS	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, CONTROL	15 MINUTOS	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE URGENCIAS	30 MINUTOS	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE I	INMEDIATO	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE II	30 MINUTOS	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE III	MENOS DE 1 HORA	AUDITORIA DE CALIDAD DE LA EPS

17 CONTROVERSIAS CONTRACTUALES

Cuando surjan discrepancias en la interpretación de las normas aplicables, se utilizarán como mecanismo de solución en la primera instancia la búsqueda de soluciones ágiles y rápidas y en forma directa, a través de reunión entre las partes, que podrá ser solicitada por cualquiera de éstas y deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud. En caso de no llegar a un acuerdo en la primera instancia, se procederá a hacer uso en segunda instancia del proceso de conciliación, ante la Superintendencia Nacional de Salud. En caso de fracasar la segunda instancia, toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá ante la justicia ordinaria.

18 CESIÓN DEL CONTRATO

Los contratos suscritos entre los prestadores y Coosalud EPS no podrán ser cedidos. Coosalud EPS sólo contratará los servicios que el prestador tenga habilitados en el REPS. Cualquier intermediación entre prestadores será considerada práctica insegura y será causal de terminación unilateral del contrato.

19 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Todos los contratos que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados en un plazo de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de finalización del plazo de ejecución del Contrato, o de la fecha del acuerdo de terminación celebrado entre las Partes, de la fecha de terminación unilateral por alguna de las partes o de la fecha de la sentencia o decisión Judicial emitida por la Autoridad competente que involucre la terminación del presente Contrato.

La liquidación se llevará a cabo mediante la suscripción de un acta suscrita entre las Partes, previa citación suscrita por EL CONTRATANTE, en la que se establecerán las sumas u obligaciones que puedan resultarse a deber entre sí, incorporando de manera detallada la liquidación que arroje los saldos correspondientes, las restituciones y descuentos realizados por el encargado fiduciario del ADRES entes nacionales o territoriales, entes de control o auditoria. Dicha liquidación deberá indicar los saldos a favor o en contra o que las Partes se encuentran a paz y salvo y que renuncian a entablar cualquier acción judicial en contra de la otra, exceptuándose los casos de falla medica que correspondan.

Si por cualquier motivo, al liquidarse el Contrato existieran sumas pendientes entre las partes, estas convendrán el plazo y la forma de hacer el pago, así como cualquier otro asunto relacionado con el mismo. Si EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación bilateral, será practicada directa y unilateralmente por EL CONTRATANTE dentro de los tres (3) años siguientes a la expiración de este, mediante acto escrito que será comunicado al domicilio principal de EL CONTRATISTA, registrado en el certificado de existencia y representación legal vigente, contra el cual procede el recurso de reposición dentro de los tres (3) días siguientes a su comunicación.

20 CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

1. Por mutuo acuerdo.
2. Por incumplimiento de las obligaciones del contratista contenidas o emanadas del presente contrato.
3. Por fuerza mayor o caso fortuito demostrado.
4. Cuando el término de suspensión supere los 4 meses, sin que se haya reanudado el contrato,
5. Por revocatoria de funcionamiento de una de las partes.
6. Por orden de autoridad pertinente y/o competente.
7. Por decisión unilateral de cualquiera las partes, con previo aviso de treinta (30) días calendario.
8. Cuando el contratante documente no conformidades graves en los procesos de atención y/o facturación de los servicios.
9. Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a el contratista y que tengan que ver con hechos o actos que afecten la calidad de los servicios contratados.
10. El contratante podrá terminar el contrato derivado de la no ejecución de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma y por escrito al contratista sin que medie justa causa para dicha omisión.
11. Por cualquier situación donde alguna de las partes deje de hacer presencia en el municipio de prestación del servicio.
12. Cuando haya operado la condición resolutoria expresa.
13. Por resolución judicial debidamente ejecutoriada.
14. El contratante podrá terminar el contrato de manera unilateral si por causa de investigación administrativa, judicial o de vigilancia y control, el contratista resulte sancionado por acto que afecte el Código del buen Gobierno, la transparencia, la lealtad y confianza legítima de las partes.
15. El contratante podrá terminar el contrato de manera unilateral, cuando el contratista subcontrate sin su autorización.

21 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Las partes declaran bajo la gravedad del juramento que los recursos que dispongan para la ejecución del contrato provienen del giro ordinario de los negocios derivados de su actividad económica y que no son producto de actividades ilícitas. En el evento en que las autoridades competentes efectúen algún requerimiento con respecto a los recursos de las partes, estas quedan obligadas a responder ante las mismas. Las partes, con la firma del contrato, se obligan a suministrar toda la información que le sea solicitada relacionada con la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo.

22 POLITICA DE DERECHOS HUMANOS

Que entre las partes se comprometen a promover el respeto a los Derechos Humanos y libertades de todas las personas, en el desarrollo de la actividad contractual, acogiéndose a lo consagrado en la Carta Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Global y Principios Rectores de la ONU.

II. LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO – GTH-M-18 ACTUALIZACION 01 (2018-08-02)

1 INTRODUCCIÓN

Las transformaciones propias del mundo postmoderno, tales como la mayor exposición a la competencia internacional, la influencia innegable de los medios de comunicación, la presión por el mejoramiento de la calidad con reducción de costos en la prestación de los servicios, así como la entrada en escena de un usuario cada vez más consciente de sus deberes y derechos frente a la garantía de prestación del servicio de salud, son características que deben llevar a las entidades de aseguramiento en salud a reinterpretar el rol de su talento humano.

Directivos y trabajadores en general debemos entender la importancia de adaptarse al nuevo orden mundial si es que queremos permanecer vigentes y reconocer la necesidad del rediseño de nuevas estrategias de competitividad, fundamentadas en el capital más valioso que posee una empresa: su talento humano.

Con la generación de este documento, el Área de Gestión Humana pretende establecer las estrategias y lineamientos claros que permita mantener el rumbo correcto hacia una administración de los recursos efectiva y concomitante con el desarrollo integral de su talento humano, como estrategia vital para garantizar el mejoramiento continuo y el alcance repetible de los resultados esperados.

En concreto, este documento busca que la gestión del talento humano en COOSALUD encuentre más fácilmente la ruta para llegar a los siguientes destinos:

1. Lograr los niveles de productividad necesarios para que la organización sea sostenible.
2. Potencializar las competencias de los trabajadores para alcanzar el buen desempeño.
3. Alcanzar y mantener la credibilidad de los trabajadores en la importancia de la labor que desempeñan, no sólo para la Empresa, sino para la sociedad en general, mediante la incorporación y práctica de los valores ciudadanos fundamentales.
4. Establecer que el mérito y la excelencia son los criterios definitivos para la toma de decisiones relacionadas con el talento humano, mediante procesos de selección imparciales, evaluaciones del desempeño objetivas y procesos de formación y capacitación que consulten las necesidades reales de la Empresa para el buen cumplimiento de su misión y alcance de su visión.
5. Propender por el compromiso progresivo del trabajador con el usuario, la sociedad y con su propio bienestar y desarrollo.

Finalmente, dentro del propósito de cualificar el talento humano que está al servicio de COOSALUD EPS, se siente la necesidad de actualizar la normatividad que regula su relación con la Empresa, de manera que la gestión se apoye en sólidos y claros fundamentos jurídicos como una forma de garantizar el reconocimiento de sus derechos y la exigibilidad de sus responsabilidades.

Necesariamente, el elemento integrador de las diferentes concepciones filosóficas, políticas y religiosas de un trabajador de COOSALUD EPS, debe ser su ética.

Con la implementación de la ética al interior de COOSALUD EPS se busca cumplir dos propósitos básicos:

1. Contar con un marco de referencia adecuado para la convivencia en términos de tolerancia y equidad.
2. Garantizar la existencia de elementos mínimos para la crítica constructiva tanto de la realidad personal como organizacional.

2 OBJETIVO

Establecer las estrategias, lineamientos y mecanismos de evaluación y seguimiento para la planeación y gestión del talento humano de COOSALUD EPS.

3 ALCANCE

Las estrategias y lineamientos expuestos en el presente manual aplican para todo el personal de la empresa, incluyendo las unidades técnicas de coordinación y gestión operativa; y de análisis de gestión del riesgo y desempeño de las redes integradas de prestación de servicios de cada una de las sucursales.

4 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

En COOSALUD EPS partimos de que nuestra misión de Generar Bienestar a todos aquellos grupos de interés de la Empresa, principalmente, del usuario, quien en dicha calidad se convierte en la parte más débil y vulnerable de nuestro tejido social.

En este sentido, se le exige al trabajador, sin importar su nivel jerárquico o el proceso en el que participe:

1. Que considere al usuario como un fin y no como un instrumento o medio. El usuario, en su calidad de persona, es portador de dignidad y, por tanto, acreedor del respeto de los empleados, expresado en términos de servicio a sus necesidades y a las expectativas en las que COOSALUD EPS tenga compromisos adquiridos por formar parte de su promesa de servicio.
2. Que entienda claramente que la legitimidad de la actuación en la gestión de COOSALUD EPS se deriva del cumplimiento del bien interno de la Empresa, es decir del servicio al cliente.
3. Que cultive la conciencia de que las políticas de COOSALUD EPS, se basan en valores que garantizan el buen desempeño organizacional, el manejo eficiente de los recursos, la entrega de servicios de la más alta calidad y la adecuada atención a los usuarios.
4. Que responda sin ambages por sus decisiones y las consecuencias que ellas conllevan.

Para todo lo anterior, se han adoptado los siguientes ***Valores Organizacionales***:

5 ESTRATEGIAS, LINEAMIENTOS Y MECANISMOS DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

5.1 ESTRATEGIAS GENERALES

- Liderazgo del buen ejemplo de directivos y jefes en el proceso de desarrollo de valores. Para esta iniciativa se está realizando un proceso de acompañamiento ¨Coaching¨, Evaluación Profunda de competencias blandas y duras, Formación Internacional en estrategia.
- Integrar a los procesos de inducción y reinducción, reflexiones, dinámicas o talleres orientados a dar a conocer y precisar la misión de la entidad.
- Diagnosticar mediante mecanismos validados las principales fortalezas y carencias axiológicas que afectan positiva o negativamente la Empresa y a sus trabajadores, se realiza medición de satisfacción de usuario tanto a nivel interno como a nivel externo. Esto a fin de que se puedan implementar las estrategias adecuadas para el fortalecimiento de los valores.
- Realizar jornadas periódicas de reflexión y retroalimentación orientadas a concientizar a los trabajadores sobre la importancia de aplicar en los quehaceres diarios los valores seleccionados. Se instauró la Comunidad de Práctica, como un espacio para este encuentro, análisis y puesta en marcha de los valores, desarrollo de competencias blandas y abordaje de situaciones críticas.

5.2 LINEAMIENTOS GENERALES

- Para recibir a nuestros nuevos trabajadores, en COOSALUD hemos recuperado aquellos ritos que reconocen su importancia, que involucran a los actores principales y que generan compromiso y sentido de pertenencia.
- Realizamos procesos de inducción de los nuevos trabajadores desde su vinculación a la entidad, en los que se trabajen en forma teórica y práctica aspectos relacionados con el conocimiento y buen desempeño del cargo, asimilación de la cultura organizacional y aproximación a los valores del servicio.

- Creamos al interior de la Empresa la cultura del empalme, de manera que los nuevos trabajadores están en capacidad de continuar, sin traumatismos organizacionales ni personales, los proyectos ya iniciados por otros que se vean precisados a abandonar su cargo. Dicho empalme, a ser posible, contempla una explicación detallada del grado de avance de los proyectos, recursos disponibles para su continuación, responsabilidades compartidas con otros trabajadores de la misma o de otras áreas, plazos fijados, y personas a las que hay que reportar avances y resultados.
- Contamos con un área dotada de jerarquía y capacidad administrativa y financiera, dirigida y coordinada por personal de alta calidad profesional en los asuntos relacionados con el bienestar social y respaldada en todas sus acciones por las diferentes dependencias de la Empresa.
- Tenemos mecanismos que concilian la satisfacción de las necesidades humanas básicas de los trabajadores con las de la Empresa, como una forma de favorecer la calidad de vida laboral.
- Planeamos, organizamos y realizamos acciones tendientes a concientizar a los trabajadores de su responsabilidad en la creación, mantenimiento y mejoramiento del clima organizacional como un bien colectivo esencial para su bienestar laboral.
- Dentro de los planes de formación de los trabajadores, priorizamos, sobre los restrictivos y prohibitivos, los enfoques positivos en el tratamiento de los valores institucionales, de manera que estos caractericen las distintas actuaciones que conforman la cotidianidad laboral en las entidades y se constituyan en factor de bienestar en el trabajo.
- Sensibilizamos a los trabajadores sobre la necesidad de los programas de salud ocupacional y seleccionamos medidas para la intervención.
- Creamos sistemas de información general que permitan el conocimiento y divulgación de los programas y recursos de bienestar social disponibles en la Empresa, de manera que se facilite su utilización.
- Planeamos procesos que canalicen las inquietudes y expectativas de los empleados acerca de los servicios prestados por la Empresa y que tienen que ver con programas específicos de bienestar social.
- Organizamos servicios permanentes de asesoría, orientación y ayuda próxima para las personas con proyectos de retiro.

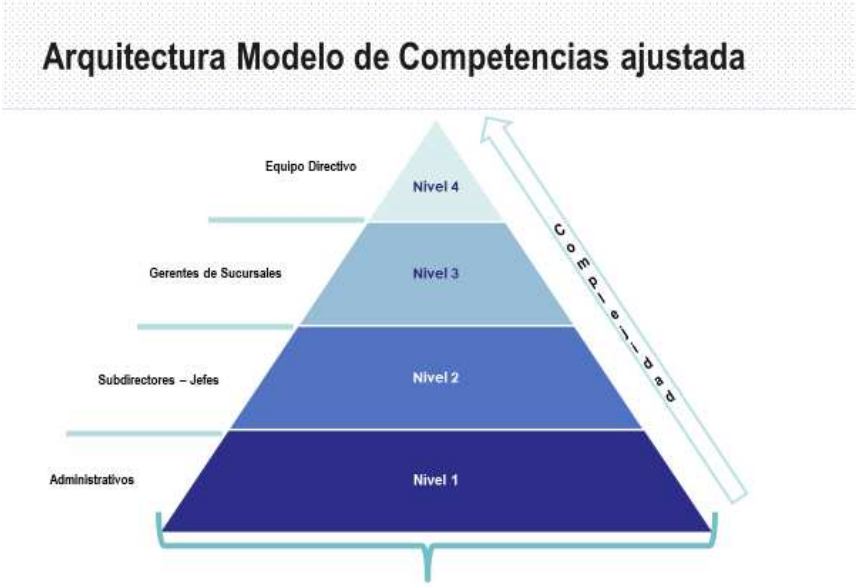
5.3 ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS ESPECIFICOS

5.3.1 COMPETENCIAS

Para lograr que el desempeño de la labor de los trabajadores alcancen los resultados previstos, en COOSALUD EPS se le ha dado especial importancia a la selección y formación de personal competente, es decir, que cuente con un repertorio de comportamientos efectivos desde el punto de vista humano, técnico y social, que los hagan especialmente exitosos en contextos concretos de trabajo, y que orienten, así mismo, sus procesos de evaluación del desempeño hacia el desarrollo y fortalecimiento de competencias básicas que sean transferibles a diferentes tipos de empleo.

Para el logro progresivo de personas competentes en el desempeño de las labores asignadas, se debe tener claridad sobre cuál debe ser el valor agregado a la misión institucional, la misión propia de cada una de sus áreas y la de cada puesto específico; así mismo, revisar y prestar especial atención a los procesos inherentes a la administración del talento humano para desde allí trabajar en su cualificación.

Para la organización se estructuró un modelo de competencias acorde a la estrategia, a los objetivos que COOSALUD quiere alcanzar.



COMPETENCIAS																							
1				2				3				4				5				6			
Innovacion				Trabajo en Equipo				Orientación al Servicio				Gestion de Resultados				Liderazgo Consciente				Estrategia Visionaria			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ORGANIZACIONALES																LIDERAZGO							

Dentro de este modelo se sugirió incluir la competencia de Orientación al logro para algunos cargos operativos de la organización.

La estructura del área de Talento Humano obedece a las necesidades que surgen para cubrir las vacantes de personal dentro de la organización, la necesidad de proporcionar trabajadores encausados en la cultura propia, con los conocimientos específicos de cada proceso establecido y la necesidad de propiciar un ambiente adecuado, provisto de herramientas de última generación y herramientas que garanticen en mayor medida la productividad del empleado.

5.3.1.1 Proceso Selección y Enrole

El proceso de selección está orientado a la búsqueda, identificación, vinculación y ubicación de los candidatos más idóneos, desde el punto de vista técnico y humano, para proveer los cargos vacantes.

La búsqueda de trabajadores excelentes debe ser el principal propósito del proceso de selección. Esta excelencia deber operacionalizares en términos de la selección de un talento que se caracterice por su calidad humana, sus competencias técnicas y sociales y su compromiso y capacidad de servicio.

El insumo esencial del proceso de selección es la información que obtengan los seleccionadores sobre las condiciones de los empleos, sobre las calidades de los aspirantes a los mismos y sobre la adecuación y armonización de estas dos variables. Todo proceso de selección deber implicar, en consecuencia, un diseño consistente básicamente en:

1. Un análisis objetivo de la misión, las funciones y las actividades esenciales de los cargos para que las áreas y/o sucursales puedan cumplir muy bien su misión.
2. Una identificación de las condiciones requeridas en los aspirantes para el desempeño exitoso de cada puesto, en relación con sus aptitudes, su personalidad y sus competencias específicas.
3. Selección de los instrumentos para la valoración correcta de cada uno de los concursantes de acuerdo con las condiciones requeridas, instrumentos que deben tener estudios previos de su confiabilidad y validez.

La acertada ubicación de los trabajadores, por otra parte, deber ser considerada como una extensión lógica del proceso de selección y condición indispensable para que ellos le puedan dar sentido a su vida laboral, comprometerse con la Empresa a la que se vinculan y trascender en el servicio al cliente. Esta es la razón por la cual COOSALUD EPS no ahorra esfuerzo para llevar a cabo, una vez se haya realizado el proceso de selección para proveer los cargos vacantes, de acuerdo con los parámetros que el manual de cargos y funciones determine, acciones de inducción y reinducción, programadas con pedagogía y al alcance del nivel educativo de los trabajadores, de manera que puedan derivar de ellas el máximo beneficio, en términos de aprendizaje, motivación, compromiso y sentido de pertenencia.

En relación con el proceso de selección, por otra parte, se presta especial atención al ***periodo de prueba*** de manera que éste adquiere en COOSALUD EPS su verdadero sentido, es decir, el de ser un lapso en el que el empleado reciba el entrenamiento próximo indispensable para el desempeño efectivo del puesto; conozca los procedimientos más adecuados para realizar bien el trabajo, así como los equipos, herramientas y útiles disponibles, y en el que demuestre su capacidad de adaptación progresiva al área y su inserción e integración a la cultura organizacional.

Así mismo, en COOSALUD EPS trabajamos por fortalecer en nuestros empleados la mentalidad de la calidad y del servicio, de tal modo que adquieran la conciencia de que su permanencia en la Empresa, una vez haya superado exitosamente ***el período de prueba*** se verá condicionada a la vigencia de su mérito y sus virtudes.

Los Altos Directivos prestan especial atención en la escogencia de su equipo cercano de trabajo, de manera que sean los intereses de la Empresa los que priman en su llamamiento, más que razones de otra índole. En

consecuencia, para su provisión se tiene como criterio condiciones objetivas de los aspirantes, expresadas en términos de:

1. Formación académica y experiencia demostrada que garantizan solvencia para el desempeño del cargo.
2. Capacidad intuitiva que les permita actuar con agilidad y acertadamente en muchos de los problemas que deben enfrentar en el desempeño de sus cargos.
3. Capacidad de análisis y de decisiones acertadas que se expresen en realizaciones concretas a favor de la Empresa.
4. Capacidad de socializar y de trabajar en equipo, de manera que su capacidad de trabajo se transforme en beneficio para sus colaboradores inmediatos y para la Empresa.
5. Capacidad para resolver acertadamente los problemas, yendo de la identificación precisa de sus causas a la identificación acertada de las mejores alternativas de solución.
6. Capacidad de comunicarse, no sólo por la claridad, honestidad y eficiencia con que transmita sus mensajes a los diferentes interlocutores con quienes deba interactuar en el ejercicio de su cargo, sino también por su capacidad de escucha y de comprensión de estos mismos interlocutores.

Las siguientes son las estrategias adoptadas para la provisión de cargos:

- Describir adecuadamente los puestos de trabajo, con el objeto de identificar las aptitudes, habilidades, conocimientos, experiencia y competencias específicas que deben tener los aspirantes a desempeñarlos.
- Planear adecuadamente la vinculación de los trabajadores, velando por que se elimine toda improvisación y asignando profesionales competentes a tal proceso.
- Divulgar, si es posible, con suficiente anticipación la existencia de vacantes, su número y naturaleza, así como las fechas y demás condiciones para su provisión. Dentro de las estrategias a utilizar, se podrá apoyar en los trabajadores activamente vinculados(promoción).

Para una auténtica identificación de los aspirantes, los responsables del proceso de selección aplican e interpretan pruebas válidas y confiables, de manera que permiten conocer con objetividad el grado en que los candidatos son competentes para el desempeño exitoso de los cargos a los que se vinculan. Lo anterior es posible:

- A través del estudio cuidadoso de los antecedentes de los aspirantes a un cargo determinado y de entrevistas técnicamente preparadas, obtener información válida sobre los aprendizajes hechos, sus valores éticos y sus calidades humanas.
- A través de la realización de estudios de seguridad y poligrafías a las personas contratadas, minimizar el riesgo de ingresar personas con antecedentes penales que puedan afectar la seguridad de la empresa, la imagen y el buen nombre. Así mismo minimizar los riesgos de contratar personas que posean tendencia o conductas no deseadas que perjudiquen a la empresa.
- Realizando, por intermedio del jefe inmediato del nuevo trabajador, acciones que acompañen y evalúen la superación exitosa del periodo de prueba.

5.3.1.2 Proceso de Formación y Capacitación

El conocimiento, entendido como saber y, sobre todo, como saber hacer, constituye una de las principales fuentes de efectividad organizacional y de desarrollo personal. En consecuencia, la capacitación del trabajador deber ser una de las principales estrategias para garantizar la competitividad, teniéndose muy presente que el aprendizaje sólo se puede convertir en competencia, cuando el trabajador sea capaz de transferir dicho aprendizaje para enfrentar y resolver situaciones nuevas y de agregar valor a los procesos en los cuales interviene.

Dentro de los objetivos que COOSALUD EPS se propone alcanzar con los procesos de formación y capacitación de sus empleados están los siguientes:

1. Formar trabajadores competentes, y no solamente calificados, que tengan capacidad de ejecución exitosa, y agreguen valor a los productos y servicios en cuya entrega/prestación intervienen.
2. Fortalecer los fundamentos para una gestión cada vez más eficaz y eficiente.
3. Garantizar una buena capacitación y asesoría al cliente como el destinatario natural de los servicios y/o productos.

Con miras a este propósito, en COOSALUD EPS realizamos acciones coordinadas tendientes a aclarar y definir las competencias requeridas para el mejor desempeño de los cargos, y los tenemos en cuenta para la elaboración de los currículos de la capacitación.

Los responsables de cada área deberán vigilar para que en los diferentes eventos de capacitación que se programen se incluyan tres aspectos fundamentales para el desempeño exitoso de un cargo: unos conocimientos teóricos-conceptuales que fundamenten el hacer, así como la adecuada comprensión de estos y de los procesos que se desarrollen a partir de ellos; unas habilidades y destrezas requeridas para la ejecución práctica; y una actitud de servicio.

Dentro de este contexto, los directivos de COOSALUD EPS se deben esforzar por motivar a los trabajadores hacia esta forma de capacitación, de manera que al recibirla no sólo atiendan al aspecto instrumental de la misma, es decir, al aporte que ella les significa para el mejor desempeño de su cargo, sino, ante todo, a su aspecto formativo, en cuanto que dicha capacitación les ha de permitir responder mejor por sus proyectos de vida personales.

Especial atención merece la capacitación del personal directivo, la cual se hace más necesaria en la medida en que el mundo globalizado exige empresas con capacidad de respuestas adecuadas a sus nuevos retos.

La capacitación del personal directivo tiene principalmente dos objetivos:

1. Aprendizaje gerencial para que se desempeñe eficientemente en un mundo que ha modificado las dimensiones clásicas de la gestión y ha reemplazado formas antes rígidas y exactas por otras ambiguas y flexibles. En COOSALUD EPS, con los eventos de formación y capacitación de sus directivos, se busca, en concreto, el acercamiento a un trabajador con capacidad de planear, de dirigir, de cooperar, de comunicar y de decidir.

2. Apropiación de contenidos misionales, la cual implica revisión, adquisición y actualización de estos, de acuerdo con las prioridades estratégicas de la organización, de los planes estratégicos, de la naturaleza de los sectores en los que se mueve la empresa (solidario y de seguridad social) y de los énfasis organizacionales.

Para que la capacitación sea efectiva se adoptaron las siguientes estrategias:

1. Planear y programar los eventos de formación y capacitación teniendo siempre en la mira los objetivos estratégicos de la organización y el diagnóstico de su desempeño, es decir sus necesidades para mejorar la gestión del cargo.
2. Impartir la capacitación y formación de los trabajadores de todos los niveles con un doble propósito: su desempeño eficiente y eficaz en el cargo y su desarrollo y promoción futuras.
3. Cuando se trate del nivel nacional de la Empresa, planear y programar la capacitación con un claro sentido estratégico, con miras a atender en forma integrada y racionalizada sus necesidades específicas.
4. Planear y programar eventos de inducción y reinducción, de conformidad con lo establecido en el Plan de Capacitación.
5. Realizar diagnósticos participativos de las competencias requeridas para el desempeño del cargo, en las que se integren lo cognoscitivo, lo operativo y lo actitudinal. La realización de los eventos de capacitación deberá comprender, igualmente, estos tres aspectos.
6. Registrar en una base de datos y en forma detallada las competencias adquiridas por los trabajadores como consecuencia de los eventos de capacitación programados, de manera que se tenga un conocimiento claro de cuál es el capital intelectual que está a disposición de la Empresa.
7. Evaluar la capacitación por la posibilidad de transferencia de los aprendizajes a situaciones reales del trabajo.
8. Institucionalizar para los niveles profesional, ejecutivo, asesor y directivo, el seminario investigativo, como una forma de situar a la entidad en estado permanente de aprendizaje, con beneficio para el trabajador, el saber, la entidad y la sociedad.
9. Propiciar la capacitación grupal, pero con atención individualizada, de manera que a cada trabajador se le respete el derecho de hacer sus progresos, de acuerdo con su propio ritmo de aprendizaje.
10. Aprovechar decididamente las ventajas de la informática y el potencial que se abre con un nuevo papel que pueden jugar los instructores, al pasar de agentes de enseñanza a animadores de procesos de aprendizaje en el trabajo, de acuerdo con las condiciones flexibles y más exigentes de las organizaciones de hoy.
11. Fortalecer la auto capacitación entre trabajadores y consultores.
12. Fortalecer en todos los trabajadores la actitud de aprendizaje de sus propias experiencias dentro de la entidad como una forma de crear conocimiento.

5.3.2 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

La evaluación del desempeño debe ser una herramienta de gestión imprescindible que le permita a la administración gerenciar el desempeño de sus trabajadores hacia la eficacia gestora, es decir, hacia un desempeño con resultados, e identificar las debilidades de estos mismos trabajadores, sus capacidades y habilidades, sus motivaciones y necesidades, sus valores y actitudes.

La evaluación del desempeño de los trabajadores ha de tener en cuenta, entre otros, las siguientes características:

1. Ser objetiva, es decir, el evaluador deberá esforzarse para que sus colaboradores inmediatos (los evaluados), además de participar activamente en la concertación de los objetivos de su desempeño, de acuerdo con la planeación de la realidad en la que están ubicados, obtengan la calificación que corresponda a su desempeño, independientemente de cualquiera otra consideración. Ayuda a la objetividad de la evaluación el que los trabajadores conozcan previamente los criterios que serán empleados, el instrumento y la escala con que serán evaluados.
2. Tener un enfoque claramente estratégico, es decir, deberá valorar, ante todo, los resultados logrados por los trabajadores, los cuales deberán estar orientados al cumplimiento de las metas del área, así como de la misión y visión de la Empresa.
3. Identificar las fortalezas de los empleados, sus debilidades y sus carencias, información necesaria para emprender acciones que mejoren la efectividad en el desempeño del cargo y para planear el desarrollo personal.
4. Ser un proceso permanente, de manera que los jefes inmediatos puedan desempeñarse como orientadores de los trabajadores en su puesto de trabajo y que estos obtengan la apropiada y oportuna retroalimentación sobre los resultados progresivamente logrados.
5. Ser comunicativa y participante, de forma que el empleado tenga parte activa no solo en la concertación de objetivos, sino también en el control de su propio desempeño y en la valoración de los resultados.
6. Ser equitativa, es decir, se espera que los resultados de la evaluación sean justos, que correspondan al grado de contribución de los trabajadores al cumplimiento de los objetivos institucionales.
7. Posibilitar que el jefe inmediato derive de la evaluación de sus colaboradores elementos válidos para autoevaluar su gestión dentro de la realización de la que es responsable.
8. Servir de base para el diagnóstico de necesidades de capacitación y otras acciones de personal.
9. La evaluación del desempeño laboral de los empleados, por otra parte, debe permitir derivar consecuencias reales, ya sea en forma de recompensas, o de los correctivos que se consideren necesarios.

Para que la evaluación del desempeño sea efectiva se han adoptado las siguientes estrategias:

1. Contar con un conocimiento adecuado, por parte de evaluadores y evaluados, de los planes de desarrollo vigentes, de la misión y visión de la entidad, de los planes tácticos y operativos, ya que el desempeño de los trabajadores deberá estar orientado a su cumplimiento.
2. Velar por que los evaluados conozcan sus derechos y deberes frente a la evaluación de su desempeño.
3. Concertar los objetivos laborales conciliando las prioridades de las áreas donde están ubicados los trabajadores, con sus competencias, capacidades y fortalezas personales.
4. Realizar seguimientos periódicos al desempeño de los trabajadores, de manera que oportunamente se puedan dar las orientaciones pertinentes para lograr la calidad de los resultados esperados y cumplir los plazos acordados.
5. Realizar evaluaciones formativas, de manera que los evaluados conozcan sus fortalezas y debilidades y refuercen las actitudes del autocontrol y de la autoevaluación.

6. Integrar a la evaluación individual del trabajador las apreciaciones de los usuarios de sus servicios y de sus compañeros de equipo.
7. Velar por que después de los procesos de evaluación de los trabajadores se deriven consecuencias positivas reales tanto para la entidad como para los evaluados. Estas consecuencias deben darse, principalmente, en términos de estrategias para corregir los desaciertos, así como de estímulos e incentivos frente a los aciertos.

6 COMPROMISO

6.1 COMPROMISO CON LA EMPRESA

Para hacer realidad que COOSALUD EPS cumpla con su misión y alcance su visión en los plazos establecidos para ello, de manera planificada y cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios, se requiere que todos sus trabajadores, mediadores entre la Empresa y sus clientes, fortalezcan su actitud de compromiso con aquella y de servicio y diálogo con los últimos.

El trabajador deberá, ante todo, hacer posible, por sus concepciones, actitudes y acciones laborales diarias, una empresa moderna en la que se haga el tránsito progresivo y constante de la misión, que representa el ahora, a la visión que representa el futuro deseable, es decir al cumplimiento de los objetivos estratégicos, en el marco de las políticas establecidas y respondiendo por los valores y principios adoptados.

Como consecuencia de lo anterior, el trabajador no debe ser indiferente a la búsqueda de mecanismos que permitan poner la Empresa al servicio de sus clientes, de manera que facilite la intervención de éstos en la prestación de los servicios que más le interesan, lo haga interlocutor válido en todos aquellos asuntos que le conciernen y lo hagan sentir confortable frente a una Empresa que está a su servicio y que cuenta con la orientación a la calidad como condición indispensable para garantizar la satisfacción y el cumplimiento de los requisitos establecidos por el mercado, las normas aplicables y él mismo.

Dentro de este contexto, el trabajador deber hacer todo lo posible por viabilizar la concertación entre los clientes y la Empresa y sus proveedores y por buscar líneas de acuerdo entre ellos, de manera que COOSALUD responda al tipo de empresa, administración y servicio que esperan los clientes.

6.2 COMPROMISO CON EL SERVICIO

Uno de los compromisos más sagrados del trabajador y del cual deberá derivar la legitimidad de su acción dentro de su función ha de ser el servicio.

Para que el trabajador pueda cumplir sus responsabilidades frente al servicio deberá incorporar a su formación no solo técnicas actualizadas de gestión, sino, ante todo, hábitos de comportamiento que se traduzcan en valores que garanticen el buen servicio. Entre estos valores, deberán priorizarse los siguientes cinco:

1. Desinterés en la prestación del servicio al cliente, es decir que coloque el interés del cliente por encima de lo demás.

2. Integridad, que evite compromisos de toda índole, así sean ellos legítimos, que eventualmente pudieran afectar negativamente la honestidad con que se debe prestar el servicio.
3. Objetividad, que sea el mérito el criterio único de muchas de sus actuaciones, tales como nombramientos, contrataciones, recomendaciones para la dispensación de los estímulos e incentivos, etc.
4. Transparencia, que sepa obrar abiertamente, que sepa dar razón de sus decisiones y rendir cuentas con objetividad. Que sea capaz de repetir en público lo que declara en privado.
5. Responsabilidad, que responda ante los afectados y representantes legítimos de los mismos de las consecuencias de sus decisiones, a corto, mediano y largo plazo.

6.3 COMPROMISO CON SU BIENESTAR Y PROPIO DESARROLLO

Si el desempeño organizacional acertado en las empresas en general es consecuencia de la efectividad, la eficiencia, la productividad con que se atiendan los requerimientos y necesidades de los clientes, deberá tenerse en cuenta, igualmente, que este desempeño no podrá estar a la altura de lo esperado si no se implementan el bienestar y la satisfacción de los trabajadores. Por tanto, en COOSALUD EPS se ha diseñado un sistema organizacional que mantiene elevados niveles de productividad y al mismo tiempo que puede responder a las expectativas de los trabajadores en lo que a su bienestar integral se refiere.

El bienestar social de los empleados deber entenderse, ante todo, como la búsqueda de la calidad de su vida en general, como corresponde a su dignidad humana, y de la cual la calidad de vida laboral es solo uno de sus aspectos, entendida ésta como el conjunto de efectos positivos que el trabajo bien diseñado produce tanto en la organización como en cada uno de los trabajadores que está a su servicio.

En este sentido, en COOSALUD EPS propendemos, ante todo:

1. Porque los trabajadores se concienticen de su responsabilidad frente a su propio desarrollo y bienestar, como requisito indispensable para lograrlos. Es decir, nos esforzamos en que los trabajadores lleguen a un conocimiento claro de las posibilidades que les ofrecen sus diferentes dimensiones física, emocional, cognoscitiva, ética, espiritual, las cuales, bien desarrolladas y apropiadamente integradas, les permitirán su crecimiento personal, llevar a cabo sus proyectos de vida y el beneficio de su grupo de trabajo.
2. Porque haya espacios de análisis compartidos para identificar aquellas necesidades humanas, sin cuya satisfacción será imposible hablar de calidad de vida, y planear conjuntamente acciones que les permitan a los trabajadores satisfacerlas. Prestamos sobre todo atención a la importancia de que el trabajador satisfaga, además de las necesidades de subsistencia y protección, suyas y de su familia, por lo general cubiertas con los servicios asistenciales básicos, las de conocimiento, afecto, participación, ocio, autonomía y trascendencia.

Para viabilizar lo anterior, entre otros aspectos, priorizamos los que describiremos en los ítems a continuación.

6.3.1 ADECUADO DISEÑO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

No ahorramos esfuerzo para diseñar apropiadamente los puestos de trabajo, lo cual tiene relación directa con el desempeño, el estrés derivado del trabajo y las actitudes de los empleados.

Se entiende por diseño adecuado del puesto la planeación de acciones orientadas a incidir positivamente en sus características, de manera que se incrementen tanto la satisfacción de los trabajadores como su productividad.

Para lograr este propósito, tenemos en cuenta variables relacionadas con el puesto de trabajo mismo (que el cargo suponga variabilidad de habilidades, destrezas o competencias; realización de procesos laborales completos; posibilidad de apreciar los resultados, así como el impacto positivo del trabajo en otras personas o en otras áreas de trabajo, autonomía en la programación y realización del trabajo, etc.), y las variables personales (motivación del trabajador, conciencia de su responsabilidad en los resultados, sentimiento de logro, etc.) y de ambiente físico (iluminación, ventilación, clima, ergonomía, higiene, etc.)

6.3.2 UN CLIMA LABORAL QUE REFUERCE EL BIENESTAR DE LOS PARTICIPANTES

El clima organizacional se refiere a la forma como los trabajadores perciben su relación con el ambiente de trabajo en el que es determinante la calidad de las relaciones entre los integrantes de las áreas de todos los niveles, y que determina su comportamiento dentro de la Empresa.

Dentro de esta percepción se ponen en juego las experiencias personales de cada uno de los trabajadores, sus necesidades muy particulares, sus motivaciones, sus deseos, sus expectativas y sus valores y cuyo conocimiento es indispensable para que los responsables del bienestar social puedan, en parte, entender dichos comportamientos, a la vez que modificarlos a partir del manejo de las variables organizacionales.

Por consiguiente, construimos o adquirimos instrumentos válidos y confiables que nos permiten medir el clima organizacional, de manera que se pueda obtener información objetiva, a partir de la cual estamos en posibilidad de emprender acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores.

6.3.3 SISTEMA DE ESTÍMULOS Y RECOMPENSAS

Su objetivo es el de reforzar el buen desempeño, incrementar la satisfacción del trabajador, y aumentar las probabilidades de ocurrencia de resultados con calidad.

Para que la dispensación de estímulos e incentivos sea efectiva y logre los propósitos pretendidos, propendemos porque éstos sean reales, consulten las diferencias individuales entre los trabajadores, y tengan en cuenta sus necesidades particulares. Para lograr lo anterior, se valoran estímulos de fácil adquisición y suministro como son, por ejemplo, los reconocimientos verbales, orales o escritos, comisiones especiales, descansos remunerados, etc.

Garantizamos la equidad de los reconocimientos pecuniarios previstos, de manera que su asignación corresponda exclusivamente a criterios de justicia y al mérito de los trabajadores demostrado a través de

su desempeño en equipo. Con miras a reforzar esta modalidad de trabajo, dadas las posibilidades sinérgicas de enriquecimiento que ofrece, estamos prontos a estimular tanto el proceso (integración de competencias complementarias, liderazgo, responsabilidad, cooperación, cohesión, etc.) como los resultados obtenidos. Para que la evaluación sea objetiva, contamos con las apreciaciones del equipo mismo y del jefe del área para sustentar los logros en indicadores objetivos.

6.3.4 DESARROLLO DE PLANES DE CARRERA

Forma parte de la calidad de vida laboral la certeza de parte de los trabajadores de que en esta empresa hay preocupación, honestidad y seriedad en relación con su desarrollo humano, técnico y social, al servicio del cual se pondrán los diferentes procesos inherentes al desarrollo de planes de carrera. Los jefes inmediatos deben ayudar a sus colaboradores a identificar las áreas laborales hacia las que se podrán proyectar en virtud de sus competencias, dadas las posibilidades de poder aplicar en ellas sus intereses y capacidades, a la vez que a afianzar el mérito exigido como condición de permanencia en el cargo.

6.3.5 ESTILOS DE SUPERVISIÓN Y CONTROL ADECUADOS

Para lograr una buena calidad de vida laboral, en COOSALUD EPS prestamos atención a la forma como los directivos, ejecutivos y coordinadores, supervisan y controlan el trabajo. La supervisión y el control equilibrados del trabajo constituyen una forma sana de garantizar el cumplimiento de los plazos y la calidad de los procesos inherentes a todo compromiso laboral.

Para que la supervisión y el control sean un aporte positivo a la calidad de vida laboral de los trabajadores, dichos procesos se deberán realizar con sentido pedagógico, dando participación a los trabajadores en los análisis que se efectúen y en las decisiones que se tomen para los ajustes requeridos. Al respecto, ayuda el que los jefes no se apoyen solo en su poder de coerción, derivado de su posición legítima dentro de la jerarquía organizacional, sino, sobre todo, en la autoridad que les otorga el conocimiento, la pericia y la experiencia en los asuntos laborales de que se trate, en los valores y actitudes honestas que los caractericen, así como en su poder de recompensa, siendo justos en el reconocimiento de los aciertos de los empleados.

Vale la pena señalar que, en pro de la calidad de vida laboral del trabajador, se debe excluir de las funciones de control, supervisión y coordinación cualquier asomo de dogmatismo por parte de los jefes y estimular la discusión razonada en los equipos de trabajo sobre los diferentes tópicos laborales, de manera que se pueda llegar a decisiones correctas.

6.3.6 PREPARACIÓN PARA LA DESVINCULACIÓN LABORAL ASISTIDA

En COOSALUD EPS realizamos nuestros mejores esfuerzos para que el ciclo laboral de los trabajadores (vinculación, permanencia y retiro) se cumpla de manera completa, prestando especial atención a la preparación oportuna de los trabajadores para su retiro, toda vez que al respecto se observan preocupantes deficiencias, en circunstancias que, como las actuales, las reestructuraciones organizacionales han llegado a ser medidas necesarias frecuentes de cara a las propias necesidades de redimensionamiento y ajuste corporativo.

Propendemos, por tanto y con el apoyo de entidades expertas en este tema (SENA, Cajas de Compensación), por planear, ejecutar y evaluar programas destinados a dar asistencia técnica oportuna a los trabajadores para su desvinculación, de manera que esta, cualquiera sea el motivo, sea lo menos traumática para ellos y para los que permanezcan en la entidad, con miras a favorecer el buen clima laboral.

Estos programas están orientados a preparar y aplicar el cambio que significa una desvinculación, en especial a que los trabajadores:

1. Obtengan el apoyo emocional necesario para enfrentar el cambio;
2. Eliminen o disminuyan los prejuicios y temores que por lo general se presentan ante la perspectiva de la desvinculación, obstaculizadores ellos del abordaje de las nuevas realidades laborales;
3. Obtengan un conocimiento objetivo de sus capacidades, habilidades, intereses, competencias, de manera que puedan tener un conocimiento más amplio de sus posibilidades ocupacionales personales;
4. Reciban orientación ocupacional que les facilite tomar la decisión más adecuada, en relación con nuevas posibles vinculaciones o con un trabajo independiente;
5. Incorporen estrategias adecuadas (cartas de presentación, hojas de vida de impacto, etc.) para abordajes efectivos de nuevas realidades laborales;
6. Reciban refuerzo apropiado para sus áreas débiles;
7. Conozcan formas creativas de utilización del tiempo libre.

Así mismo, y con miras a evitar rumores que puedan afectar negativamente el clima laboral, tenemos especial cuidado en ofrecer información institucional sencilla, objetiva, transparente y oportuna que les permita a los trabajadores tener un conocimiento exacto del estado en que se encuentran los procesos que pueden tener como consecuencia su desvinculación.

ANEXO. CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

SUCURSAL	TEMATICA
ANTIOQUIA	REINDUCCIÓN SIG
ANTIOQUIA	GERENCIA DE SI MISMO
ANTIOQUIA	HERRAMIENTAS OFIMATICAS
ANTIOQUIA	ORIENTACION AL LOGRO
ANTIOQUIA	SERVICIO AL CLIENTE
ANTIOQUIA	CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10
ANTIOQUIA	REINDUCCION DE PROCESOS
ANTIOQUIA	SGSSS CON ENFASIS EN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO
ANTIOQUIA	RESOLUCION 5269 ANEXO.RESOLUCION 5269
ANTIOQUIA	REINDUCCION DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA / GESTION HOSPITALARIA
ANTIOQUIA	PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN NO PBS, MYPRES, TUTELAS (REINDUCCIÓN)
ANTIOQUIA	MOVILIDAD SEGURA
ANTIOQUIA	PROCESOS DE SENSIBILIZACION, FORMACION Y ENTRENAMIENTO A LOS ACTORES VIALES
ANTIOQUIA	CAPACITACIÓN EN GESTIÓN Y AUDITORÍA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS, Y CRITERIOS DE FIN DE VIDA
ANTIOQUIA	DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA/ INFECCIONES DE TRACTO URINARIO
ANTIOQUIA	PREVENCIÓN Y DETENCIÓN OPORTUNA D CANCER DE CUELLO UTERINO Y CANCER DE PENE
ANTIOQUIA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
ATLANTICO	MAIS
ATLANTICO	FORMULACION NUTRICIONAL EN EL AMBIENTE ADRESS- TIPS DE RECOBRO DE ADRESS
ATLANTICO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD
ATLANTICO	RED INTEGRADA DEL SERVICIO
ATLANTICO	RESOLUCION 4622, DEC 2353-780. RESOLUCION 768
ATLANTICO	RED INTEGRADA DEL SERVICIO
ATLANTICO	HERRAMIENTAS OFIMATICAS
ATLANTICO	TRAZABILIDAD DE CTC- REPORTE DE SUMINISTROS MIPRES
ATLANTICO	DIFERENCIAS ENTRE REGIMENES DE FONDOS DE PENSION
ATLANTICO	ESCLEROSIS MULTIPLE
ATLANTICO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD
ATLANTICO	INVESTIGACION ACCIDENTE DE TRABAJO
ATLANTICO	GESTION Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
ATLANTICO	CAPACITACIÓN COMITÉ DE CONVIVENCIA
ATLANTICO	CAPACITACION BRIGADISTAS
ATLANTICO	HUMORTIVACION
ATLANTICO	IMPUESTOS APLICADOS A COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
ATLANTICO	PROCESO SABBAG (RECEPCION, GESTION E INFORMACION DE CITAS DE IMÁGENES)
ATLANTICO	CAMBIOS NORMATIVOS REGIMEN CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD, PORTABILIDAD, RECAUDO)
ATLANTICO	PLANIFICACION FAMILIAR
BOLIVAR	CAPACITACION PROGRAMAS GESTION DEL RIESGO EN SALUD
BOLIVAR	CAPACITACION PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
BOLIVAR	REINDUCCION DE PROCESOS DE ASEGURAMIENTO (VIDEO-CONFERENCIA)
BOLIVAR	SOCIALIZACION DEL NUEVO CONTRATO MATERNO PERI NATAL
BOLIVAR	SOCIALIZACION DEL MODELO PERINATAL
BOLIVAR	ENTRENAMIENTO DILIGENCIAMIENTO DE LA PLANILLA DE ASIGNACION DE VIATICOS PARA AFILIADOS
BOLIVAR	CAPACITACION TOMA DE HUELLAS Y EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE AFILIACION
BOLIVAR	REINDUCCION DE PROCESOS DE GESTION DOCUMENTAL
BOLIVAR	REINDUCCION DE PROCESOS DE ASEGURAMIENTO, SOCIALIZACION DE PLAN ESTRATEGICO Y SISTEMA TRANSACCIONAL - DEPURACIONES BDUA
BOLIVAR	DEPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA SOCIALIZACION NUEVO POS, RECORDERIS DEL DIRECCIONAMIENTO Y RETROALIMENTACION REUNION DE DIRECCION DE SALUD
BOLIVAR	REINDUCCION DE PROCESOS DE ASEGURAMIENTO
BOLIVAR	HERRAMIENTAS OFIMATICAS
BOLIVAR	ENTRENAMIENTO DILIGENCIAMIENTO DE LA PLANILLA DE ASIGNACION DE VIATICOS PARA AFILIADOS
BOLIVAR	SESION DE GRUPOS FOCALES GESTION DEL CAMBIO
BOLIVAR	TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL, LICENCIA MATERNIDAD - PATERNIDAD
BOLIVAR	CAPACITACION DE SERVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
BOLIVAR	CHARLA USO DE LA ENERGIA ELECTRICA "COMO AHORRARLA"
BOLIVAR	POLITICA INTEGRAL MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS, MATRIZ LEGAL, MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS
BOLIVAR	REINDUCCION DE SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD
BOLIVAR	CAPACITACION DE AUTOCUIDADO
BOLIVAR	CHARLA DE HIGIENE POSTURAL
BOLIVAR	CAPACITACION DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCION DEL RIESGO

SUCURSAL	TEMATICA
BOLIVAR	HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS
BOLIVAR	ANÁLISIS DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
BOLIVAR	SOCIALIZACION CON LOS EMPLEADOS DE LA MATRIZ LEGAL, MATRIZ DE ABORDAJE DE RIESGOS, MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES Y MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS PISO 1
BOLIVAR	SOCIALIZACION CON LOS EMPLEADOS DE LA MATRIZ LEGAL, MATRIZ DE ABORDAJE DE RIESGOS, MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES Y MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS PISO 2
BOLIVAR	SOCIALIZACION CON LOS EMPLEADOS DE LA MATRIZ LEGAL, MATRIZ DE ABORDAJE DE RIESGOS, MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES Y MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS PISO 3 Y 4
BOLIVAR	SOCIALIZACION DE LA MATRIZ LEGAL, MATRIZ DE ABORDAJE DE RIESGOS, MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES Y MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS
BOLIVAR	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL
BOLIVAR	ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL
BOLIVAR	GESTIÓN Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS, Y CRITERIOS DE FIN DE VIDA (VIDEOCONFERENCIA)
BOLIVAR	MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE
BOLIVAR	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL
BOLIVAR	CUIDANDO EL ORDEN Y ASEO, UNA PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA
BOLIVAR	CHARLA PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE COMFENALCO
BOLIVAR	HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS
BOLIVAR	CHARLA DE AHORRO DEL AGUA POTABLE Y DE ENERGIA ELECTRICA
BOLIVAR	ACTUALIZACIÓN DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRAL - RED DE SERVICIOS
BOLIVAR	RESOCIALIZACIÓN DEL PROCESO DE RECEPCIÓN TRANSCRIPCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE INCAPACIDADES
BOLIVAR	PREVENCIÓN CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
BOLIVAR	RECICLAJE DE PAPEL, EFECTO DEL PLASTICO EN LA SALUD Y EN EL ECOSISTEMA
BOLIVAR	RIESGO BIOMECANICO
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	REINDUCCION SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
BOYACA	SOCIALIZACION PBS
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	PLAN ESTRATEGICO 2018 - PROCESO TRANSACCIONAL SAT
BOYACA	SOCIALIZACION MODELO DE ATENCION INTEGRAL Y LINEAS DE ATENCION
BOYACA	CIE 10
BOYACA	SOCIALIZACION PROCESO EXPERIENCIA DEL USUARIO, TRAMITE PQRSF, CAPACITACION USUARIOS
BOYACA	INGRESO POR CONCEPTO DE COPAGOS - APORTES SOCIALES- GESTION DE VIATICOS DE AFILIADOS
BOYACA	GESTION Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS-CRITERIOS DE FIN DE VIDA
BOYACA	ERGONOMIA APLICADA A LOS PUESTOS DE TRABAJO Y MANEJO DE CARGAS
BOYACA	PREVENCION DEL CANCER DE PROSTATA, TESTICULO Y MAMA
BOYACA	VIRUS DE PAPILOMA HUMANO-CANCER DE CUELLO UTERINO
BOYACA	CÓMO SER FELIZ
CESAR	FUNCIONES MIEMBROS DEL COPASST
CESAR	ATENCION AL USUARIO
CESAR	SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL
CESAR	ATENCION AL USUARIO
CESAR	SISTEMA DE GESTION INTEGRAL
CESAR	ATENCION AL USUARIO
CORDOBA	FORMACION EN TRATO HUMANIZADO
CORDOBA	REINDUCCION DE PROCESOS ACTUALIZACION CALIDAD
CORDOBA	FORMACION EN HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD (SENA)
CORDOBA	FORMACION EN TRATO HUMANIZADO
CORDOBA	SOCIALIZACION FORMATOS CALIDAD
CORDOBA	SOCIALIZACION FORMATOS CALIDAD
CORDOBA	SOCIALIZACION FORMATOS
CORDOBA	REINDUCCION DE PROCESOS ACTUALIZACION CALIDAD
CORDOBA	FORMACION EN HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD (SENA)
CORDOBA	INSPECCION PUESTO DE TRABAJO
CORDOBA	REINDUCCION DE PROCESOS
CORDOBA	ATENCION HUMANIZADA
CORDOBA	CLASIFICACION DE ENFERMEDADES CIE-10
CORDOBA	RESOLUCION 5269 NUEVO PLANES DE BENEFICIOS
CORDOBA	ANEXO RESOLUCION 5269 NUEVO PLANES DE BENEFICIOS
CORDOBA	RED INTEGRADA DE SERVICIOS
CORDOBA	CAMBIOS NORMATIVOS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO
CORDOBA	ACTUALIZACION DE PROCESOS NORMATIVOS DEL SGSSS

SUCURSAL	TEMATICA
CORDOBA	TECNICAS DE ORGANIZACIÓN Y PRODUCTIVIDAD EJECUTIVA
CORDOBA	ACTUALIZACION NORMATIVIDAD EN SALUD
CORDOBA	REINDUCCION SGI
MAGDALENA	REINDUCCION DE ASEGURAMIENTO
MAGDALENA	GERENCIA CONTEMPORÁNEA DE TALENTO HUMANO BASADA EN SOFT SKILLS
MAGDALENA	REINDUCION SAUD(GERENCIAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, GESTION DE RIESGO, GRIND, ZONAS SANITARIAS, BIOMETRIA, CONTRATOS, AUDITORIA HOSPITALAIRA)
MAGDALENA	PLAN ESTRATEGICO SISTEMA TRANSACCIONAL DEPURACION BDUA
MAGDALENA	REINDUCCION SGI
MAGDALENA	SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL
MAGDALENA	SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL
MAGDALENA	HERRAMIENTAS OFIMATICAS
MAGDALENA	REINDUCCION DE ASEGURAMIENTO
MAGDALENA	GERENCIA CONTEMPORANEA DEL TALENTO HUMANO BASADA EN SOFT SKILLS
MAGDALENA	REINDUCION SAUD(GERENCIAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, GESTION DE RIESGO, GRIND, ZONAS SANITARIAS, BIOMETRIA, CONTRATOS, AUDITORIA HOSPITALAIRA)
MAGDALENA	PLAN ESTRATEGICO SISTEMA TRANSACCIONAL DEPURACION BDUA
MAGDALENA	REINDUCCION SGI
MAGDALENA	SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL
MAGDALENA	SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL
MAGDALENA	HERRAMIENTAS OFIMATICAS
MAGDALENA	RED INTEGRADA DE SERVICIOS
MAGDALENA	REINDUCCION DE POLITICA INTEGRAL, PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AM,NIENTAL
MAGDALENA	RESOLUCION 5269
MAGDALENA	SERVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
MAGDALENA	GESTION Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS Y CRITERIOS FIN DE VIDA
MAGDALENA	ANEXO RESOLUCION 5269
MAGDALENA	PAUSAS ACTIVAS
MAGDALENA	TECNICAS DE ORGANIZACIÓN Y PRODUCTIVIDAD EJECUTIVA
MAGDALENA	AUTOCUIDADO CAIDAS A NIVEL
MAGDALENA	PREVENCION CANCER DE MAMA, PLANIFICACION FAMILIAR Y CANCER PROSTATA
MAGDALENA	REINUDCCION DE PROCESOS
MAGDALENA	CLASIFICACION INTERNACINO DE ENFERMEDADES CIE 10
NACIONAL	POWER BI USUARIO FINAL
NACIONAL	SENSIBILIZACION SISTEMA DE GESTION DE SEVERIDAD DE LA INFORMACION
NACIONAL	FORMACION AUDITORES SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION
NACIONAL	FORMACION AUDITORES SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION
NACIONAL	ECOSISTEMA DIGITAL
NACIONAL	DIPLOMADO EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD
NACIONAL	TALLER "ADMINISTRACIÓN EFICIENTE DE CASOS DE FUERO DE SALUD".
NACIONAL	CERTIFICACIÓN LIFE COACH
NACIONAL	JORNADA CAPACITACIÓN RIPPS (GERENTES DIRECTORES DE SALUD)
NACIONAL	HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (DIRECTORA NACIONAL DE CONTRATACIÓN-ASISTENTE DE INFORMACIÓN)
NACIONAL	HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (NACIONAL DE SALUD-SUBDIRECTOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN-AUXILIAR DE SISTEMAS STI)
NACIONAL	HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (ASISTENTES DE SALUD DE SUCURSAL)
NACIONAL	HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (GERENTES- DIRECTORES DE SALUD Y ASISTENTES DE SALUD DE SUCURSAL)
NACIONAL	SEMANARIO DE CONTRATACIÓN
NORTE DE SANTANDER	PROCESOS DEL AREA Y NUEVO MODELO DE ATENCIÓN
NORTE DE SANTANDER	GESTION DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO
NORTE DE SANTANDER	CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD Y GERENCIAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
NORTE DE SANTANDER	PROCESOS DEL AREA Y NUEVO MODELO DE ATENCIÓN
NORTE DE SANTANDER	SERVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
NORTE DE SANTANDER	RED INTEGRADA DE SERVICIOS
NORTE DE SANTANDER	MANEJO DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS (ONE DRIVE)
NORTE DE SANTANDER	MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD (MAIS)
NORTE DE SANTANDER	BRIGADAS DE EMERGENCIAS - PRIMEROS AUXILIOS
NORTE DE SANTANDER	RESOCIALIZACION DE LA POLITICA INTEGRAL A LAS GESTORAS MUNICIPALES
NORTE DE SANTANDER	MATRIZ DE IDENTIFICACION Y ABORDAJE DE LOS RIESGOS EN TODOS LOS PROCESOS
NORTE DE SANTANDER	TÉCNICAS DE PRODUCTIVIDAD (EXCELL AVANZADO)
NORTE DE SANTANDER	GESTION Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS
NORTE DE SANTANDER	REINDUCCION DE PROCESOS DE COPAGOS Y VIATICOS
NORTE DE SANTANDER	INVESTIGACION DE ACCIDENTES LABORALES

SUCURSAL	TEMATICA
NORTE DE SANTANDER	RESOLUCION 4622 ESTRUCTURA DE ARCHIVOS Y ENVIO DE NOVEDADES
NORTE DE SANTANDER	CIE (CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES)
NORTE DE SANTANDER	PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL
NORTE DE SANTANDER	COMUNICACIÓN EFECTIVA
NORTE DE SANTANDER	LEGISLACION, RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL COPASST
SANTANDER	REINDUCCIÓN DE PROCESOS DE ASEGURAMIENTO 2018
SANTANDER	COMUNICACIÓN ACERTIVA E INTELIGENCIA EMOCIONAL
SANTANDER	MANEJO DEL TIEMPO
SANTANDER	HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SANTANDER	RESOCIALIZACION DE PROCESO DE ASEGURAMIENTO, COSIALIZACIÓN DE PLAN ESTRATEGICO Y SISTEMA TRANSACCIONAL - DEPURACION BDUA
SANTANDER	RESOLUCIÓN 768
SANTANDER	SENSIBILIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR
SANTANDER	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SANTANDER	RESOLUCION 5269 - ANEXO RESOLUCIÓN 5269
SANTANDER	VALORARTE
SANTANDER	INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO
SANTANDER	SOCIALIZACION DE MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES
SANTANDER	REINDUCCIÓN ISO 9001:2015
SANTANDER	SOCIALIZACION DE POLITICA INTEGRAL
SANTANDER	REINDUCCIÓN OHSAS 18001:2015
SANTANDER	ACTUALIZACION TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
SANTANDER	ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR - NO AL MALTRATO
SANTANDER	REINDUCCIÓN ISO 14001:2015
SANTANDER	REINDUCCION DE PROCESOS DEL SGI
SANTANDER	CAPACITACIÓN EN GESTIÓN Y AUDITORIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS Y CRITERIOS DE FIN DE VIDA
SANTANDER	PAUTAS PARA RESOLUSIÓN DE UN CONFLICTO
SANTANDER	COPAGOS- CUOTA MODERADORA Y CUOTA DE RECUPERACIÓN
SANTANDER	ATENCIÓN PRIMARIA - CRUZ ROJA
SANTANDER	RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD
SANTANDER	HABITOS DE VIDA SALUDABLE
SANTANDER	TRAZABILIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES Y TRAMITES EN CTC Y GESTIÓN DE GLOSAS
SUCRE	REINDUCCION DE PROCESOS
SUCRE	SERIVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
SUCRE	REINDUCCION DE PROCESOS
SUCRE	SERIVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
SUCRE	SERIVICIO AL CLIENTE HUMANIZADO
VALLE	AUTOCUIDADO, HIGIENE GENITAL, CONTROL DE TABACO Y ALCOHOL, NUTRICION SALUDABLE
VALLE	COMITÉ TECNICO DE TALENTO HUMANO
VALLE	CAMBIOS NORMATIVOS EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO - DECRETO 4622 DE 2016 CRONOGRAMA DE ENVIO DE INFORMACION A ADRES, NORMATIVIDAD EN MOVILIDAD CONTRIBUTIVO
VALLE	CAPACITACION EN TEMAS DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, ADULTO MAYOR, DISCAPACITADOS, POBLACION DDR
VALLE	ACOSO LABORAL
VALLE	INVESTIGACION ACCIDENTE DE TRABAJO
VALLE	ACTUALIZACION REGIMEN CONTRIBUTIVO
VALLE	PRIMERA CAPACITACION BRIGADA DE EMERGENCIA
VALLE	CAPACITACION CUIDADO EMOCIONAL
VALLE	DECRETO 780
VALLE	PLANEACION FINANCIERA
VALLE	MIPRES
VALLE	SERVICIO AL CLIENTE HUMANIZADA
VALLE	EXCEL INTERMEDIO
VALLE	PREVENCION PARA PREVENIR RX SPICOSOCIAL
VALLE	AUDICTORIA DE MEDICAMENTOS
VALLE	METODOS ACTICONCEPTIVOS, PREVENCION ENFERMEDADES DE (TRANSMISION SEXUAL)
VALLE	SEGUIMIENTO O RECOMENDACIONES E INSPECCIONES ERGONOMICAS FATALES
VALLE	PREVENCION POR CAIDAS A NIVEL Y DESNIVEL

III. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE: MANUAL DE ACTUALIZACION Y DIVULGACION. GAC- M-03 ACTUALIZACION 01 (2018-10-05)

1 OBJETIVO

Establecer los mecanismos de elaboración, publicación y seguimiento a la entrega de la carta de derechos y deberes asegurando que los afiliados han recibido y comprendido la información.

2 REQUISITOS LEGALES

- Ley 100 de 1993.
- Resolución 0004343 de 2012.
- Decreto 4107 de 2011.
- Circular 016 del 2013

3 DEFINICIONES

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES: Es el documento que le permite a los afiliados contar con información sobre los servicios a los que tienen derecho de Acuerdo con el Plan de Beneficios, la red de prestación de servicios, los mecanismos y procedimientos para acceder a los servicios, las entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos que ostenta como afiliado y como paciente, acorde con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

4 CONTENIDO DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

La carta de derechos y deberes contiene la siguiente información:

- Glosario
- Plan de beneficios, exclusiones y limitaciones del plan de beneficios en salud.
- Servicios de demanda inducida, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Traslados.
- Movilidad entre regímenes.
- Pagos moderadores y aportes pagos para el acceso a los servicios (copagos).
- Aportes – pago planilla pila.
- Portabilidad del seguro de salud.
- Red de prestación de servicios.
- Mecanismos y acceso a los servicios del PBS.
- Solicitud para servicios y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios en salud.
- Derechos del afiliado y del paciente.
- Deberes del afiliado y del paciente.
- Protección especial de las personas adultas mayores.

- Instituciones y recursos para el cumplimiento de los derechos.
- Red de servicios de salud nacional.
- Indicadores para el monitoreo de la calidad EAPB
- Indicadores de calidad de la IPS que hacen parte de la red de prestadores.
- Ordenamiento del ranking de EPS
- Acreditación
- Comportamiento como pagador.
- Sanciones.

Cabe anotar que la carta de derechos y deberes contiene la carta de desempeño. La información del contenido puedes ser consultado en Página web de COOSALUD EPS (www.coosalud.com)

5 MECANISMOS DE SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE

COOSALUD EPS al momento de realizar el proceso de afiliación hace entrega de la carta de derechos y deberes y explica brevemente al usuario el contenido del documento. El afiliado debe diligenciar y firma el formato GC-F-04 ACTA Y PLANILLA DE ENTREGA DE CARNÉ Y CARTA DEL AFILIADO.

Trimestralmente el área de aseguramiento de cada sucursal carga al FTP del ministerio de salud y protección social los soportes que evidencian la entrega efectiva de la carta de derechos y deberes. Este a su vez es el encargado de verificar y valida la entrega efectiva de la misma.

6 OTROS MECANISMOS DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS AFILIADOS

COOSALUD EPS utiliza diferentes medios o mecanismos para brindar informar a los afiliados en temas de su interés, entre los que podemos mencionar:

- Carteleras informativas físicas.
- Carteleras virtuales.
- Boletines Informativos De Prensa
- Página web
- Redes sociales
- Línea de atención nacional
- Correo electrónico
- Líneas corporativas
- Publicaciones de contenido: Normativas, electrónicas, impresas y publicaciones en medios de comunicación masiva.

7 MECANISMOS DE PUBLICACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE

Con el fin de que los usuarios conozcan y comprendan la información contenida en la carta de derechos deberes Coosalud utiliza los siguientes medios o mecanismos para su publicación:

- Página web de COOSALUD EPS (www.coosalud.com)
- Entrega de ejemplares físicos de la carta de derechos y deberes en las oficinas de atención.
- Publicación en carteleras informativas.
- Publicación del link de la carta de derechos y deberes en la página web del ministerio.

8 ACTIVIDADES PARA ACTUALIZACION DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

ACTIVIDADES	QUIEN	CUÁNDO	COMO	DONDE	PARA QUÉ
Solicitar a los líderes de procesos (Área de salud-Gestión de riesgo en salud-Aseguramiento-Calidad y Contratación) la información requerida para actualizar la carta de derechos y deberes.	Asistente de atención al usuario	Semestralmente	A través de Correo electrónico	Nacional	Para consolidar la información y actualizar la carta
Revisar, actualizar y enviar información del área de salud solicitada	Director de Salud	Semestralmente	Revisando y consolidando toda la información concerniente a la prestación de servicios de salud (copagos, cuotas moderadoras, etc)	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes
Revisar, actualizar y enviar información competente al área de gestión del riesgo en salud	Director de Epidemiologia	Semestralmente	Revisando y consolidando toda la información concerniente a la gestión del riesgo en salud	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes
Revisar, actualizar y enviar información competente al área de aseguramiento	Subdirector de aseguramiento	Semestralmente	Revisando y consolidando toda la información concerniente al aseguramiento	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes
Revisar, actualizar y enviar información de la red	Director de contratación	Semestralmente	Revisando y consolidando toda la información concerniente a la red de prestadores	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes
Revisar, actualizar y enviar información competente al área de Gestión de calidad	Director de calidad	Semestralmente	Consolidar y revisar la información del desempeño de la red	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes

			reportada en la plataforma SISPRO		
Revisar y actualizar información competente al área de gestión de atención al usuario	Asistente de atención al usuario	Semestralmente	Revisando y consolidando toda la información concerniente a la atención de los usuarios	Nacional	Actualizar la carta de derechos y deberes
Realizar la consolidación, revisión y actualizaciones del documento de carta de derechos y deberes y enviar al diseñador gráfico	Asistente de atención al usuario	Semestralmente	Elaborando la versión preliminar del documento de carta de derechos y deberes	Nacional	Elaborar versión preliminar de la carta de derechos y deberes
Realizar el diseño de la carta de derechos y deberes de acuerdo con la información suministrada	Diseñador Grafico	Según necesidad	Utilizando la herramienta informática para el diseño gráfico de la carta	Nacional	Contar con un documento agradable y didáctico para el usuario
Cargar la carta de derechos y deberes al sitio web de Coosalud	Diseñador Gráfico	Según necesidad	Publicación de la carta en la Página web www.coosalud.com	Nacional	Socializar la carta en la página web
Publicar la carta de derechos y deberes en los diferentes medios digitales	Diseñador Gráfico	Según necesidad	Mediante el uso de plataformas digitales	Nacional	Publicar la carta en los diferentes medios digitales
Enviar al ministerio de salud el link donde se encuentra publicada la carta de derechos y deberes	Asistente de atención al usuario	Semestralmente	A través de Correo electrónico o link dispuesto por el ministerio	Nacional	Para dar cumplimiento a requisito legal y divulgación
Gestionar con el área administrativa la impresión de la carta de derechos y deberes de acuerdo con el volumen definido por las sucursales	Asistente de atención al usuario	Semestralmente	A través de Correo electrónico	Nacional	Para que realicen las impresiones de la carta
Gestionar las impresiones de la carta de derechos y deberes y enviar a las sucursales	Asistente administrativa	Semestralmente	Correo certificado	Nacional	Para que las sucursales cuenten con los ejemplares a entregar a los afiliados
Entregar carta de derechos y deberes durante el proceso de afiliación	Auxiliar de afiliación y registro	Diariamente	Durante el proceso de afiliación y traslado	Sucursal	Para divulgar y socializar la carta de derechos y deberes
Cargar al FTP del ministerio de salud y protección social los soportes que evidencian la entrega efectiva de la carta de derechos y deberes	Asistente de afiliación y registro	Trimestralmente	A través del FTP del ministerio de salud y protección social	Sucursal	Para dar cumplimiento a requisito legal y verificación de entrega.
Publicar y socializar carta en cartelera y demás medios de los puntos de atención de la sucursal	Asistente de atención al usuario	Según necesidad	Colocando en cartelera y otros medios de la sucursal	Sucursal	Para divulgar y socializar la carta de derechos y deberes

IV. GESTIÓN Y MANEJO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS DE AFILIADOS Y PRESTADORES

(PROCEDIMIENTO DE PQR RECIBIDOS A TRAVES DE SNS O CORREO DEL DEFENSOR DEL USUARIO GEU-P-02 ACTUALIZACION 2018-08-01)

1. OBJETIVO

Dar respuesta de manera oportuna y pertinente a las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) recibidos a través de la página web de la Superintendencia Nacional de Salud y correo del defensor del usuario con el fin de establecer acciones preventivas, correctivas y de mejora propendiendo por el mejoramiento continuo de la calidad del servicio y aumento de la satisfacción de los usuarios

2. REQUISITOS LEGALES Y NORMATIVOS

- Circular única 047 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular única 057 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, título VII

3. DEFINICIONES

- **SNS:** Superintendencia Nacional de Salud.
- **PQR:** Petición, Queja o Reclamo.
- **PETICIÓN:** Es la solicitud o consulta que hace un usuario a COOSALUD, con el fin de que se le brinde información u orientación relacionada con los servicios propios de la Entidad.
- **QUEJAS:** Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por un usuario, con respecto a la conducta o actuar de un funcionario de COOSALUD o de la Institución Prestadora de Salud (IPS) en desarrollo de sus funciones.
- **RECLAMO**: Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por un usuario, sobre el incumplimiento o irregularidad de alguna de las características de los servicios ofrecidos por COOSALUD o de la Institución Prestadora de Salud (IPS), o sienta la vulneración de sus derechos fundamentales.
- **CASO:** para este procedimiento se refiere a una petición, reclamo, consulta, sugerencia o felicitación que manifiesta una persona natural o jurídica, pública o privada a COOSALUD EPS-S
- **APLICATIVO SIAU**: Aplicativo diseñado por COOSALUD para la digitación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones
- **USUARIO:** El termino Usuario utilizado en este procedimiento se refiere a la Persona que coloca una petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación que puede ser afiliada o no a COOSALUD.
- **TRAMITE REGULAR:** solicitud que debe ser tramitada dentro de los tiempos establecidos debido a la naturaleza del trámite o complejidad del mismo.
- **ATENCIÓN INMEDIATA:** Solicitud que debido a su simplicidad puede ser tramitada inmediatamente y no amerita esperar para su solución**.**

4. ENTRADAS REQUERIDAS

ENTRADAS REQUERIDAS	RESPONSABLE	NIVEL	FECHA DE ACTUALIZACION/ENTREGA
PQR a través del correo supersalud y correo del defensor del usuario	Auxiliar de pqrs	Nal	Diario
Formato PROYECCION DE RESPUESTA GEU-F-05	Gestión integral de calidad	Nal	N/A
Aplicativo para el registro de los PQR	Subdirector de sistemas	Nal	N/A

5. DESCRIPCION DE LA TAREA

Nº	DESCRIPCION DE LA TAREA	RESPONSABLE	NIVEL	REGISTRO
1.	Para los casos recibidos por la SNS, revisar diariamente el aplicativo de la supersalud http://190.85.228.229/Atenea_Supersalud/ determinar los pqrs que sean pendientes de avances que este caso son los riesgos de vida y los cerrados que se tienen 5 días para respuesta.	Auxiliar de pqrs	Nal	Validación en el aplicativo de la SNS
2.	Determinar el tiempo de la respuesta de acuerdo a lo establecido, identificar la sucursal a quien corresponde la petición, queja o reclamo.	Auxiliar de pqrs	Nal	
3.	Para los casos recibidos por el correo del defensor, analizar el caso y determinar el tiempo de la respuesta de acuerdo a lo establecido. Identificar la sucursal a quien corresponde el caso.	Auxiliar de pqrs	Nal	
4.	Registrar el PQR en el módulo SIAU y detallar los soportes que se requieren para la resolución del reclamo. Este automáticamente es enviado a las sucursales al área a la cual corresponde el caso con copia al nivel nacional. Si el PQR recibido tiene algún anexo incorporado cárguelo a la plataforma.	Auxiliar de pqrs	Nal	Registro del PQR en el sistema
5.	Recibir la notificación del PQR, leer, analizar y gestionar la respuesta del PQR con el responsable del área al cual corresponde: · Atención en salud (expedición de autorizaciones, barreras de acceso, fallas en la oportunidad, eficacia, trato humanizado o seguridad en la atención, etc.) al área de Salud. · Insatisfacción por el trato o deficiencias en la atención y/o información al usuario por parte de los trabajadores de COOSALUD o mal trato en el proceso de atención al usuario al área de Gestión Humana · Canales de comunicación (problemas con la página WEB, información visual en las oficinas, carteleras, etc.) al área de comunicaciones del nivel nacional. · Aseguramiento (tramites de afiliación, retiro, inconsistencia	Asistente de atención al usuario	Suc	Correo electrónico

	en novedades, Insatisfacción por el trato o deficiencias en la atención y/o información al usuario por parte de los trabajadores de COOSALUD o mal trato en el proceso de atención al usuario, etc.) al área de aseguramiento.			
6.	Dirigirse al responsable del caso y explicar la situación, para que se dé respuesta a la mayor brevedad.	Asistente de atención al usuario	Suc	
7.	Revisar y analizar el caso, si se requiere información para mayor claridad del reclamo a un proveedor, empleado, outsourcing o Usuario que colocó el reclamo, contactar a la persona correspondiente para pedir aclaración del tema.	Asistente de atención al usuario	Suc	
8.	Revisar el PQR de competencia del área de aseguramiento, Gestionar la solución y dar respuesta de fondo al PQR. Entregar soportes para su respuesta.	Subdirector de Aseguramiento	Suc	
9.	Revisar el PQR de competencia del área de salud, Gestionar la solución y dar respuesta de fondo al PQR. Entregar soportes para su respuesta.	Director de salud	Suc	
10.	Recopilar y revisar los soportes para proyectar la respuesta en el sistema de información (PROYECCION DE RESPUESTA DE PQRSF AL USUARIO), dando respuesta de fondo y de manera pertinente al reclamo. Esta respuesta debe estar soportada en la normatividad vigente y debe contener el resultado de la investigación, la conclusión de la misma, informe sobre la gestión realizada. Si es pertinente la reclamación, el ofrecimiento de la disculpa si el caso lo amerita.	Asistente de atención al usuario	Suc	Soportes de respuesta al reclamo
11.	Revisar la respuesta verificando que se esté dando respuesta de fondo y pertinente a lo requerido. Imprimir y enviar respuesta (Formato PROYECCION DE RESPUESTA DE PQRSF AL USUARIO) al afiliado dentro de los cinco (5) días hábiles de radicado el PQR por la SNS mediante correo electrónico con copia al nivel nacional guardando un pantallazo. En caso de que no se pueda enviar la respuesta al usuario a través del correo electrónico, utilice cualquiera de los siguientes medios, asegurando que sea recibida y guarde soporte de la siguiente manera: · correo certificado: guía de envío, · Personalmente: Formato firmado por el usuario que colocó el PQR. · Vía telefónica: Informar al nivel nacional mediante un correo electrónico el número, fecha y hora en que fue contactado el usuario. · En caso de que los anteriores medios sean fallidos, se de enviar al nivel nacional un correo electrónico informado la gestión realizada. Notifique al usuario mediante la cartelera para que se acerque a reclamar su respuesta en la oficina de atención al usuario y genere evidencia fotográfica.	Asistente de atención al usuario	Suc	Repuesta proyectada del Reclamo
12.	Escanear soporte de envío (pantallazo, guía de envío, formato firmado, etc.), respuesta al usuario (Formato de Proyección de respuesta) y soportes en un solo archivo en formato PDF.	Asistente de atención al usuario	Suc	Soportes escaneados

13.	Registrar la respuesta del reclamo en el sistema de información y cargar el archivo en PDF.	Asistente de atención al usuario	Suc	Respuesta cargada en el aplicativo
14.	Después de enviada la respuesta, contactar vía telefónica al usuario que colocó el PQR y verificar que se encuentre satisfecho con la respuesta y la solución dada a lo solicitado, además indague si se cumplieron sus expectativas. En caso de que la persona manifieste nuevas inquietudes al respecto, se debe responder de manera inmediata o invitarlo a que se acerque a la oficina para mayor ampliación del tema. Cuando se trate de citas médicas verificar la prestación efectiva del servicio con el prestador.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro telefónico
15.	Analizar mensualmente o cada vez que se requiera los PQR generados, identificando la causa raizal de las mismas y junto con el líder del proceso establecer las correcciones y acciones correctivas a que haya a lugar para evitar la recurrencia de la queja por la misma causa.	Asistente de atención al usuario	Suc	Plan de acción
16.	Realizar visita a los prestadores y proveedores de servicios de salud para socializar los resultados de satisfacción, PQR y sugerencias, y se establezcan plan de mejoramiento.	Asistente de atención al usuario	Suc	Plan de acción
17.	Verificar que la respuesta dada por la sucursal para resolver el caso sea pertinente y los soportes estén completos, así como el envío de la misma al solicitante.	Auxiliar de pqrs Asistente de atención al usuario	Nal	
18.	Si la documentación cumple con lo descrito anteriormente, valide la respuesta en el aplicativo. Si no cumple, reabra el caso en el aplicativo especificando el motivo y haga seguimiento a la respuesta del mismo.	Auxiliar de pqrs Asistente de atención al usuario	Nal	Validación De la respuesta en el aplicativo
19.	Cuando los casos son de riesgo de vida cargue la respuesta en la página Gestión de PQR de la SNS en el link http://190.131.200.235:8083/pqrsupersalud/Consultas.aspx y cierre el caso.	Auxiliar de pqrs	Nal	
20.	Hacer un análisis mensual de los PQR que son recibidos por a través de la SNS y correo del defensor, identificar las causas de estos y establecer junto con las áreas responsables las acciones preventivas, correctivas y de mejora, propendiendo por el mejoramiento continuo de la calidad del servicio y aumento de la satisfacción de los usuarios. Las quejas que tengan por motivos falta de oportunidad en las citas enviar reporte a auditores de aplisalud, para que programen visita a la IPS y gestionen los planes de mejoramiento.	Asistente de Atención al Usuario	Nal	Respuesta proyectada a la SNS
21.	Hacer seguimiento a los planes de acción generados por las áreas responsables.	Asistente de Atención al Usuario	Nal	

6. ADVERTENCIA

- Este procedimiento se desarrolla en el marco de las funciones de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de COOSALUD EPS.
- La gestión de las peticiones, quejas y reclamos será responsabilidad de los Asistentes de Atención al Usuario, quienes deberán dar respuesta por escrito a los afiliados, cada vez que se requiera y en los términos que establece el anterior procedimiento.
- Las quejas recibidas a través de SNS se le debe dar respuesta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo. Los casos de riesgo de vida deben ser solucionados de manera inmediata sin exceder dos (2) días hábiles.
- Todo caso recibido a través de correo del defensor del usuario debe ser respondido en un plazo máximo de 5 días hábiles a partir de su recepción.
- Los Directores de área de sucursal deben apoyar a los asistentes de atención al usuario en la proyección de la respuesta (Formato de Proyección de respuesta) y garantizar la entrega de los documentos soportes, cuando se trate de un tema relacionado con la prestación de servicios y los Subdirectores/asistentes de aseguramiento cuando se trate de un tema de afiliación, base de datos, etc.
- Los asistentes de atención al usuario son los encargados de tramitar la respuesta junto con el director de salud o Subdirector/asistente de aseguramiento según sea el caso.
- Las respuestas dadas a los usuarios siempre deberán ser de fondo y tener como objetivo corregir la causa de la insatisfacción del usuario y prevenir su nueva ocurrencia. Igualmente se debe verificar que la persona quede complemente satisfecha ante su solicitud.
- La respuesta al afiliado (Formato de Proyección de respuesta) debe contener el resultado de la investigación, la conclusión de la misma, informe sobre la gestión tendiente a solucionar el caso si es pertinente la reclamación, el ofrecimiento de la disculpa si el caso lo amerita y/o ofrecimiento del resarcimiento si es pertinente.
- Todo reclamo debe contener: nombre y apellidos de quien instaura el reclamo, identificación, domicilio y dirección a la cual debe darse respuesta, descripción de los hechos con la fecha en que sucedieron y los derechos que considera vulnerados. Si el reclamo involucra una IPS, esta debe identificarse plenamente.
- Correo electrónico del defensor del usuario: defensorusuario@coosalud.com.
- No realice gestiones sin dejar evidencia escrita de las mismas.

7. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

- Director de operaciones (Nal)

8. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN

- Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las RIPSS:
  - Asistente de Atención al Usuario (Suc)
  - Director de salud (Suc)
- Asistente de Atención al Usuario (Nal)
- Auxiliar de pqrs Nacional
- Subdirector de Aseguramiento (Suc)

9. SALIDAS ESPERADAS

SALIDAS/RESULTADOS ESPERADOS	CLIENTE	PERIODICIDAD
PQR resuelto	Afiliado	Mensual
Análisis de causa raizal	Todos los procesos	Mensual
Mejora a los procesos	Todos los procesos	Mensual

(PROCEDIMIENTO DE RECEPCION Y TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS RECIBIDOS EN UNA OFICINA. GEU-P-03 ACTUALIZACION 2018-08-01)

1. OBJETIVO

Dar respuesta de manera oportuna y pertinente al usuario que llega a una oficina de COOSALUD a manifestar la vulneración de sus derechos fundamentales o se sienta lesionado ante sus legítimos intereses de salud y establecer las acciones necesarias, propendiendo por el mejoramiento continuo de la calidad del servicio y aumento de la satisfacción de los usuarios.

2. REQUISITOS LEGALES Y NORMATIVOS

- Circular única 047 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular única 057 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, título VII

3. DEFINICIONES

- **PQR:** Petición, Queja o Reclamo.
- **PETICIÓN:** Es la solicitud o consulta que hace un usuario a COOSALUD, con el fin de que se le brinde información u orientación relacionada con los servicios propios de la Entidad.
- **QUEJAS:** Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por un usuario, con respecto a la conducta o actuar de un funcionario de COOSALUD o de la Institución Prestadora de Salud (IPS) en desarrollo de sus funciones.
- **RECLAMO**: Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por un usuario, sobre el incumplimiento o irregularidad de alguna de las características de los servicios ofrecidos por COOSALUD o de la Institución Prestadora de Salud (IPS), o sienta la vulneración de sus derechos fundamentales.
- **CASO:** para este procedimiento se refiere a una petición, reclamo, consulta, sugerencia o felicitación que manifiesta una persona natural o jurídica, pública o privada a COOSALUD EPS-S
- **BUZON DE PQR:** Es un espacio físico, donde se depositan las peticiones, quejas y reclamos expresadas por los usuarios.
- **APLICATIVO SIAU**: Aplicativo diseñado por COOSALUD para la digitación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones
- **USUARIO:** El termino Usuario utilizado en este procedimiento se refiere a la Persona que coloca una petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación que puede ser afiliada o no a COOSALUD.
- **TRAMITE REGULAR:** solicitud que debe ser tramitada dentro de los tiempos establecidos debido a la naturaleza del trámite o complejidad del mismo.
- **ATENCIÓN INMEDIATA:** Solicitud que debido a su simplicidad puede ser tramitada inmediatamente y no amerita esperar para su solución**.**

4. ENTRADAS REQUERIAS

ENTRADAS REQUERIDAS	RESPONSABLE	NIVEL	FECHA DE ACTUALIZACION/ENTREGA
PQR a través de la oficina	Asistente Atención al usuario	Suc	Diario
Formato PROYECCION DE RESPUESTA GEU-F-05	Gestión integral de calidad	Nal	N/A
Aplicativo para el registro de los PQR	Subdirector de sistemas	Nal	N/A

5. DESCRIPCION DE LA TAREA

Nº	DESCRIPCION DE LA TAREA	RESPONSABLE	NIVEL	REGISTRO
1.	Recibir y saludar amablemente al usuario, solicite que explique claramente el inconveniente o situación de insatisfacción. Informar al usuario sobre sus derechos y deberes respecto al caso. Identificar si el PQR es de atención inmediata o de trámite regular.	Asistente de atención al usuario	Suc	
2.	En caso tal sea de trámite regular, recibir del usuario el oficio por escrito o el Formato GEU-F-06 PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS diligenciado. Radicar la solicitud en el aplicativo SIAU y entregar código de radicado, informando al usuario que se dará respuesta en un tiempo no mayor a cinco (5) días hábiles después de su radicación y despídalo amablemente. Continúe al paso 8.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro PQR en aplicativo
3.	En caso tal sea de atención inmediata, registrar la solicitud en el aplicativo SIAU de acuerdo al tipo formato "atención inmediata" y anexar soportes en caso tal el usuario lo haya llevado.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro PQR en aplicativo
4.	Analizar el caso, si lo puede resolver de manera inmediata, explique y de respuesta de fondo al usuario o gestione con el responsable. Verifique que la persona quede complemente satisfecha ante su solicitud. Registrar solución del caso en el sistema y cerrar en el aplicativo SIAU.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro PQR en aplicativo
5.	En caso de que el reclamo amerite un mayor análisis o sea de mayor complejidad, informe al usuario que el caso será analizado y que se dará respuesta en un tiempo no mayor a cinco (5) días hábiles después de su radicación, despídalo amablemente. Hacer el registro en el aplicativo. Continúe al paso 8.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro PQR en aplicativo
6.	Abrir el buzón de PQR diariamente al inicio de la jornada, y entregar al digitador para su registro en el sistema de información.	Subdirector de Aseguramiento	Suc	
7.	Ingresar la información de los PQR al sistema indicando la clasificación del motivo por el cual se instaura el PQR.	Asistente de atención al usuario	Suc	Registro PQR en aplicativo
8.	Una vez registrado el caso en el aplicativo, diríjase o contacte al responsable del caso o proceso según corresponda de la siguiente manera: · Trámites administrativos o financieros (reembolso de recursos por costos asumidos por el afiliado, trámite de copagos, pagos de anticipos para garantizar la atención, etc.) al área administrativa. · Atención en salud (expedición de autorizaciones, barreras de acceso, fallas en la oportunidad, eficacia, trato humanizado o	Asistente de atención al usuario	Suc	Reclamo registrado en el aplicativo

	seguridad en la atención, etc.) al área de Salud. · Insatisfacción por el trato o deficiencias en la atención y/o información al usuario por parte de los trabajadores de COOSALUD o mal trato en el proceso de atención al usuario al área de Gestión Humana · Aseguramiento (tramites de afiliación, retiro, inconsistencia en novedades, Insatisfacción por el trato o deficiencias en la atención y/o información al usuario por parte de los trabajadores de COOSALUD o mal trato en el proceso de atención al usuario, etc.) al área de Aseguramiento. · Canales de comunicación (problemas con la página WEB, información visual en las oficinas, carteleras, etc.) al área de comunicaciones del nivel nacional.			
9.	Dirigirse al responsable del caso y explicar la situación, para que se dé respuesta a la mayor brevedad.	Asistente de atención al usuario	Suc	
10.	Revisar el PQR de competencia del área de aseguramiento, Gestionar la solución y dar respuesta de fondo al PQR. Entregar soportes para su respuesta.	Subdirector de Aseguramiento	Suc	Soportes y respuesta del caso
11.	Revisar el PQR de competencia del área de salud, Gestionar la solución y dar respuesta de fondo al PQR. Entregar soportes para su respuesta.	Director de salud	Suc	Soportes y respuesta del caso
12.	Revisar el PQR de competencia del área de gestión humana, Gestionar la solución y dar respuesta de fondo al PQR. Entregar soportes para su respuesta.	Coordinador de gestión humana	Suc	Soportes y respuesta del caso
13.	Recopilar y revisar los soportes para proyectar la respuesta en el sistema (PROYECCION DE RESPUESTA DE PQRSF AL USUARIO), dando respuesta de fondo y de manera pertinente al reclamo. Esta respuesta debe estar soportada en la normatividad vigente y debe contener el resultado de la investigación, la conclusión de la misma, informe sobre la gestión tendiente a solucionar el caso si es pertinente la reclamación, el ofrecimiento de la disculpa si el caso lo amerita.	Asistente de atención al usuario	Suc	Repuesta proyectada del Reclamo
14.	Revisar la respuesta verificando que se esté dando respuesta de fondo y pertinente a lo requerido. Imprimir y enviar respuesta (Formato PROYECCION DE RESPUESTA DE PQRSF AL USUARIO) al afiliado dentro de los cinco (5) días hábiles de radicado el reclamo por correo electrónico con copia al nivel nacional. En caso de que no se pueda enviar la respuesta al usuario a través del correo electrónico, utilice cualquiera de los siguientes medios, asegurando que sea recibida y guarde soporte de la siguiente manera: • correo certificado: guía de envío • Personalmente: Formato firmado por el usuario. • Vía telefónica: registrar el aplicativo la gestión realizada informando la persona que fue contactada, el número, fecha y hora. • En caso de que los anteriores medios sean fallidos, se debe enviar al nivel nacional un correo electrónico informado la gestión	Asistente de atención al usuario	Suc	Correo electrónico, guía de envío, registro de llamada, foto cartelera

	realizada y notifique al usuario mediante la cartelera para que se acerque a reclamar su respuesta en la oficina de atención al usuario y genere evidencia fotográfica.			
15.	Escanear soporte de envío (pantallazo, guía de envío, formato firmado, etc.), respuesta al usuario (Formato de Proyección de respuesta) y soportes en un solo archivo en formato PDF.	Asistente de atención al usuario	Suc	Soportes escaneados
16.	Cargar el archivo de respuesta en PDF y cerrar el caso.	Asistente de atención al usuario	Suc	
17.	Después de enviada la respuesta, contactar vía telefónica al usuario que colocó el reclamo y verificar que se encuentre satisfecho con la respuesta y la solución dada, además indague si se cumplieron sus expectativas. En caso de que la persona manifieste nuevas inquietudes al respecto, se debe responder de manera inmediata o invitarlo a que se acerque a la oficina para mayor ampliación del tema. Cuando se trate de citas médicas verificar la prestación efectiva del servicio con el prestador.	Asistente de atención al usuario	Suc	Respuesta escaneada
18.	Analizar mensualmente o cuando de lugar los PQR generados, identificando la causa raizal de las mismas y junto con el líder del proceso establecer las correcciones y acciones correctivas a que haya a lugar para evitar la recurrencia de la queja por la misma causa. Revisar y analizar el procedimiento, proponer acciones de mejora y notificar al nivel nacional.	Asistente de atención al usuario	Suc	Plan de acción
19.	Realizar visita a los prestadores y proveedores de servicios de salud para socializar los resultados de satisfacción, PQR y sugerencias, y se establezcan plan de mejoramiento.	Asistente de atención al usuario	Suc	Actas de reunión
20.	El seguimiento de las quejas que se reciben a través del buzón de PQR serán verificadas y analizadas mediante una muestra calculada por la metodología del muestreo aleatorio simple los 5 primeros días de cada mes. Si se encuentra alguna inconsistencia o irregularidad, el caso será reabierto y se notificará a control interno para su respectiva investigación.	Asistente de atención al usuario	Nal	Registro de muestra validada Correo electrónico
21.	Hacer un análisis mensual de los reclamos que son recibidos en las oficinas de COOSALUD, identificar las causas de estos y establecer junto con las áreas responsables las acciones preventivas, correctivas y de mejora, propendiendo por el mejoramiento continuo de la calidad del servicio y aumento de la satisfacción de los usuarios. Las quejas que tengan por motivos falta de oportunidad en las citas enviar reporte a auditores de calidad, para que programen visita a la IPS y gestionen los planes de mejoramiento.	Asistente de Atención al Usuario	Nal	Informe
22.	Hacer seguimiento a los planes de acción generados por las áreas responsables.	Asistente de Atención al Usuario	Nal	
23.	Seguimiento y monitoreo al proceso de recepción y tramite de PQR	Director de operaciones	Nal	

6. ADVERTENCIA

- Este procedimiento se desarrolla en el marco de las funciones de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de COOSALUD EPS.
- La gestión de las peticiones, quejas y reclamos será responsabilidad de los Asistentes de Atención al Usuario, quienes deberán dar respuesta por escrito a los afiliados, cada vez que se requiera y en los términos que establece el anterior procedimiento.
- El buzón de PQR será abierto diariamente al inicio de la jornada y el trámite de su respuesta no debe exceder los cinco (5) días hábiles después de la apertura.
- Después de realizada la apertura de buzón de sugerencias y felicitaciones en las oficinas principales, UPA y agencias el asistente de atención al usuario debe entregar la respuesta de la sugerencia a más tardar a los cinco (5) días hábiles
- Los Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones o peticiones recepcionados por la línea 018000 y #922 serán ingresados al aplicativo SIAU por el Outsourcing para su respectivo trámite.
- En los municipios se contará con un buzón donde serán recepcionadas las peticiones, quejas, reclamos, el cual se abrirá diariamente y de sugerencias y felicitaciones, el cual será abierto cada 8 días hábiles, por el presidente de la asociación de usuario en presencia de testigos.
- Los gestores municipales tienen la responsabilidad de dar respuesta a los Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones o peticiones de sus municipios, solo se remitirán para dar respuesta a la sucursal principal aquellos que sean de mayor complejidad.
- Los Directores de área de sucursal deben apoyar a los auxiliares de atención al usuario en la proyección de la respuesta (Formato de Proyección de respuesta) y garantizar la entrega de los documentos soportes, cuando se trate de un tema relacionado con la prestación de servicios y los Subdirectores/asistentes de aseguramiento cuando se trate de un tema de afiliación, base de datos, etc.
- Los asistentes de atención al usuario son los encargados de tramitar la respuesta junto con el director de salud o Subdirector/asistente de aseguramiento según sea el caso.
- Las respuestas dadas a los usuarios siempre deberán ser de fondo y tener como objetivo corregir la causa de la insatisfacción del usuario y prevenir su nueva ocurrencia. Igualmente se debe verificar que la persona quede complemente satisfecha ante su solicitud.
- La respuesta al afiliado (Formato de Proyección de respuesta) debe contener el resultado de la investigación, la conclusión de la misma, informe sobre la gestión tendiente a solucionar el caso si es pertinente la reclamación, el ofrecimiento de la disculpa si el caso lo amerita y/o ofrecimiento del resarcimiento si es pertinente.
- En el caso en que el afiliado no sepa escribir o manifieste una incomodidad al respecto, el digitador de PQR o gestor municipal deberá recibirlo verbalmente y transcribirlo al formato tomando la firma y/o huella del afiliado o ingresarlo de manera inmediata en el aplicativo.
- Las llaves del buzón están a cargo del presidente de la Asociación de usuario o a quien el delegue.
- La manifestación del usuario, sea telefónica, personal, por fax, por carta, a través de los miembros de las asociaciones de usuarios u otra forma, se consignará textualmente en el Formato para tal fin y estos deben estar siempre disponibles y al alcance del usuario, y en lo posible cerca del buzón.
- Todo reclamo debe contener: nombre y apellidos de quien instaura el reclamo, identificación, domicilio y dirección a la cual debe darse respuesta, descripción de los hechos con la fecha en que

sucedieron y los derechos que considera vulnerados. Si el reclamo involucra una IPS, esta debe identificarse plenamente.

- No realice gestiones sin dejar evidencia escrita de las mismas.

7. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

- Director de operaciones (Nal)

8. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN

- **Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las RIPSS:**
  - Asistente de Atención al Usuario (Suc)
  - Director de salud (Suc)

- Asistente de Atención al Usuario (Nal)
- Subdirector de Aseguramiento (Suc)
- Coordinador de gestión humana (Nal)
- Director de operaciones (Nal)

9. SALIDAS ESPERADAS

SALIDAS ESPERADAS	CLIENTE	PERIODICIDAD
PQR resuelto	Afiliado	Diaria
Análisis de causa raizal	Todos los procesos	Mensual
Mejora a los procesos	Todos los procesos	Según necesidad

V. REPORTE SISTEMÁTICO, OPORTUNO Y CONTINUO DE INFORMACIÓN

Registro de actividades de protección específica y detección temprana

Coosalud EPS genera el reporte trimestral relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento; de acuerdo con los lineamientos establecidos por la resolución 4505 de 2012.

Registro individual de prestación de servicios de salud -RIPS

Coosalud EPS reporta de manera mensual al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma de Integración de datos - PISIS del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, los Registros individuales de prestación de servicios de salud -RIPS en los archivos y estructuras definidas en el Anexo Técnico "Envío de información de registros individuales de prestación de servicios de salud"; según las Resoluciones 3374 de 2000 y 1531 de 2014.

Base de datos única de afiliados

Coosalud EPS reporta de manera oportuna a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) las novedades de la base de datos de afiliados en los archivos y estructuras definidas en el anexo técnico de la Resolución 4622 de 2016, en los tiempos estipulados para los mismos (Semanas de proceso BDUA).

Sistema de Información para la Calidad

Coosalud EPS genera y envía semestralmente el reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (REGISTRO DE DETALLE DE AUTORIZACIONES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS), a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO de este Ministerio dentro de los tiempos establecidos por la resolución 256 de 2016.

1 PLANIFICACIÓN, ADQUISICIÓN, ADMINISTRACIÓN, UTILIZACIÓN, OPTIMIZACIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS HUMANOS, TECNICOS, FINANCIEROS Y FISICOS

Con el propósito de organizar la operación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud COOSALUD EPS planifica cada uno de los procesos necesarios para la prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad. Esta planificación inicia con la estimación de la demanda y el análisis de la oferta de servicios para poder identificar las brechas y establecer las acciones necesarias para la minimización de las mimas. Durante la etapa de planificación de la red se tiene en cuenta todos los componentes para garantizar la coherencia y secuencia que posibilite contar con los mecanismos para el seguimiento a la red.

Dentro de este proceso de planificación de la prestación de los servicios de salud se tiene en cuenta la normatividad vigente, la población afiliada y el ámbito territorial de los departamentos y municipios autorizados para operar. Igualmente, se cuenta con los recursos humanos, físicos, técnicos y financieros necesarios para la efectiva implementación de la estrategia para garantizar accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad.

1.1 PLANIFICACIÓN

La planificación de la prestación de los servicios de salud se desarrolla mediante la siguientes epatas:

1. Análisis de la demanda ex ante, efectiva y agregada
2. Determinación de las necesidades de oferta de servicios
3. Análisis de la oferta en el departamento y la suficiencia de la red.
4. Conformación de la red por componente primario y complementario

La planificación de la red para la entidad territorial del departamento de Antioquia se encuentra documentada en el Documento denominado **PROPUESTA DE REDES INTEGRADAS DE SALUD (RIPSS) DE VALLE**, archivo en pdf cargado en esta plataforma para soportar el estándar 1.

1.2 ADQUISICIÓN

El proceso de contratación de los prestadores se encuentra documentado en el **MANUAL DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS – GR-M-01 ACTUALIZACION 08 (2018-10-03)** descrito en este documento desde la pagina 2 a la 50.

1.3 ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS HUMANOS, TECNICOS, FINANCIEROS Y FISICOS

1.3.1 Prestación de servicios

La administración y control de la prestación de servicios de salud a los afiliados se fundamenta en los procesos y procedimientos inherentes a la gestión del aseguramiento como son:

- ARS-P-05 AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA
- ARC-P-01 MOVILIDAD ENTRE REGIMENES
- GRES-M-03 MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- GRES-P-01 REFERENCIA AMBULATORIA DE PACIENTES
- GRES-P-02 REFERENCIA URGENTE DE PACIENTES
- GRES-P-04 PORTABILIDAD
- GRES-P-05 GESTIÓN DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PBS SUBSIDIADO
- GRES-P-18 GESTION DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PBS CONTRIBUTIVO
- GRES-M-07 RED DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

Estos documentos se encuentran descritos en el documento cargado en esta plataforma en el ítem de DOCUMENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED para soportar el estándar 1, los procedimientos **ARS-P-05 AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA y ARC-P-01 MOVILIDAD ENTRE REGIMENES** se anexan al final del presente documento.

1.3.2 Operación y desempeño de la red

La operación de la red está a cargo de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de COOSALUD EPS del departamento del Valle del Cauca; y el monitoreo, análisis y evaluación del desempeño de la red se encuentra a cargo de la Unidades Técnicas de Análisis de Gestión de Riesgo y Desempeño.

Los lineamientos de constitución, conformación y funciones se encuentran descritas en las circulares **CIRCULAR INTERNA No.03 y 04-2018** del 7 de junio de 2018.

Por otro lado, el funcionamiento y operación de estas unidades se encuentra descrito en los **MANUALES OPERATIVOS DE LAS UNIDADES**.

1.3.3 Recursos humanos

Para garantizar el adecuado funcionamiento y operación de la red se cuenta con una estructura de personal en función de los niveles de operación y los procesos anteriormente descritos

Las Unidades del Departamento del Valle del Cauca están integrada por:

Cargo	UTC	UTA	Cantidad
Director de Salud de Sucursal	X	X	1
Coordinadores Hospitalarios	X	X	1
Subdirector de servicios especiales	X		1
Subdirectores de Gestión de Riesgo		X	1
Gestores Hospitalarios		X	38
Gestores de referencia	X		25
Auditor de Calidad		X	6
Asistentes de referencia y contrarreferencia	X		4
Asistentes de servicios de salud	X		3
Asistentes de atención al usuario	X	X	2
Gestores Municipales	X		14

1.3.4 Recursos financieros

Para la gestión de los recursos financieros se cuenta con los procesos y procedimiento, sistemas de información y recurso humano específico para garantizar la adecuada administración de los recursos para la financiación del plan de beneficios. Los procesos y procedimientos son los siguientes:

- **GF-P-04 FACTURACIÓN Y RADICACIÓN DE UPC.S**
- **GRES-P-08 SOLICITUD DE RECOBRO POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL POS**
- **GRES-P-09 PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE COBRO DE TECNOLOGÍAS NO POS**
- **GF-P-05 RECEPCION, RADICACIÓN Y CAUSACIÓN DE FACTURAS DE SERVICIOS DE SALUD**
- **GF-P-07 PROGRAMACIÓN Y PAGO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD**
- **GF-P-12 AUDITORÍA DE FACTURAS DE SERVICIOS DE SALUD**
- **ARC-P-03 RECAUDO DE COTIZACIONES EN SALUD**
- **ARC-P-04 ACEPTACION DE GIRO Y COMPENSACION**
- **ARC-P-07CONCILIACION MENSUAL DE CUENTAS MAESTRAS DE RECAUDO**

El recurso humano para la gestión de los recursos financieros en el departamento de Antioquia es el siguiente:

CARGO	Cantidad
DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	1
SUBDIRECTOR DE CONTABILIDAD	1
AUDITOR CONTABLE	1
AUDITOR DE PAGOS	1
AUXILIAR DE ARCHIVO FINANCIERO	1
AUXILIAR DE CONTABILIDAD	2
AUXILIAR DE RECUPERACION DE RECURSOS	1
AUXILIAR DE TESORERIA	1
DIGITADOR CONTABLE	5

1.3.5 Sistemas de información

El sistema de información es el principal apoyo para el desarrollo de actividades, funcionamiento y operación de la red, por lo cual se debe gestionar para que siempre brinde disponibilidad, oportunidad y confiabilidad en todos sus procesos. Al rededor de él, se ejecuta todo el conjunto de procesos y procedimientos, que, interactuando con recursos físicos, técnicos y humanos se garantiza la continuidad de las operaciones automatizadas con calidad para que impacten positivamente en la operación.

Dentro de los diferentes aplicativos con que se cuenta para el desarrollo eficiente de los procesos para la operación de la red podemos mencionar:

- Procesos de afiliación y movilidad: Para estos procesos se cuenta con un sistema de información para la gestión del aseguramiento denominado; Eureka y Futura

- Proceso de gestión del riesgo en salud: Para la caracterización se cuenta con un Sistema de información denominado "SIGRI" y para los Programas de Intervención del Riesgo se cuenta con un Sistema de información denominado "SIPRA"
- Proceso de Administración de Contratos de Servicios de salud: Para este proceso se cuenta con un sistema de información denominado: Dynamicoos
- Procesos de Referencia: Para estos procesos se cuenta con un sistema de información para la prestación de servicios denominado: Dynamicoos, Coosalud IPS, APLISYS módulo de concurrencia.
- Procesos financieros y contables: Se cuenta con un Sistema de información denominado "APLISYS cuentas medicas" y "SAP"
- Procesos de gestión de la experiencia del usuario: Se tiene una visión 360 del afiliado a través de un Sistema de información denominado "Dynamicoos"

Los manuales de operación de los anteriores aplicativos se anexan al final de este documento.

1.3.6 Infraestructura Física

En el departamento del Valle del Cauca se tiene dispuesta la siguiente infraestructura Física:

Municipio	Tipo de sede	Dirección	Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	Número de empleados
Cali	Oficina Principal	Carrera 41 #5C-58	3828140	ygutierrez@coosalud.com, jyande@coosalud.com	62
Cali	Unidad Provincial de Atención- UPA	Avenida Roosevelt No. 26-37	3828142-EXT 18004 - 3188277252	lcolorado@coosalud.com	4
Cali	Sede diamante	Carrera 33 # 40-86	3828140-EXT 18003- 3188277252	lcolorado@coosalud.com	3
Dagua	Oficina Municipal	Calle 10 # 09-40	3122675302	lcolorado@coosalud.com	2
Vijes	Oficina Municipal	Calle 6ta # 3-62	2520730	lcolorado@coosalud.com	1
Jamundí	Unidad Provincial de Atención- UPA	Carrera 11 # 8-42	5539889-3174052530	mzape@coosalud.com	6
Florida	Oficina Municipal	calle 11 7-56	5539889-3174052530	mzape@coosalud.com	2
Roldanillo	Unidad Provincial de Atención- UPA	Calle 10 # 8-77	2295050 - 3157549887	ctapias@coosalud.com	5
	Oficina Municipal-zarzal	Carrera 7ma # 6-05	2208386	ctapias@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-victoria	Calle 8va # 8-02	2203763	ctapias@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-la unión	Carrera 16 # 19-45	3157982254	ctapias@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-san pedro	Calle 3 # 4-26	2264369	ctapias@coosalud.com	1
Cartago	Agencia	Carrera 4 ta # 12-49	2122922 - 3157534799	mrendon@coosalud.com	8
	Oficina Municipal-el cairo	Calle 7 # 4-41	2077415	mrendon@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-ulloa	Carrera 3era # 5-48	3207847944	mrendon@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-argelia	Carrera 6ta # 2-45	2068457	mrendon@coosalud.com	1
	Oficina Municipal-el aguila	Carrera 4ta # 12-81	3174273418	mrendon@coosalud.com	1
Buenaventura	Agencia	Diagonal 3 era A # 3 A 15	2412908 - 3157889490	bocoro@coosalud.com	10

1.3.7 Infraestructura de comunicaciones

Coosalud en el departamento de Antioquia dispone de una red de comunicaciones al servicio de los afiliados a través de la línea **018000515611**, **#922** para Operadores Claro, Tigo, Movistar, y Línea de atención telefónica en cada una de las oficinas de los municipios donde tenemos operación.

COOSALUD EPS-S En POSS de tu bienestar	**CONTRATO No. SVA2018R1A051 DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD, MEDIANTE LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN, ENTRE COOSALUD EPS S.A. Y IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE. DEPTO: VALLE COD DEPTO : 76 MUNICIPIO: CARTAGO CODMUN: 147**

1. PARTES CONTRATANTES

1.1 EL CONTRATANTE

RAZON SOCIAL DE EL CONTRATANTE		NIT CONTRATANTE
COOSALUD EPS S.A.		900226715-3
DOMICILIO CONTRATANTE	**DIRECCION CONTRATANTE**	
CARTAGENA	BARRIO BOCAGRANDE CARRERA SEGUNDA CALLE 11 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL GRUPO AREA PISO 8	
TELEFONO	**EMAIL**	
6455180	NOTIFICACIONESJUDICIALES@COOSALUD.COM	

1.2 EL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DE EL CONTRATISTA		NIT CONTRATISTA
IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE		836000386
REPRESENTANTE LEGAL DE EL CONTRATISTA		**C.C CONTRATISTA**
ANDRES FELIPE AMAYA CASTAÑEDA		14569666
DOMICILIO CONTRATISTA	**DIRECCION DE EL CONTRATISTA**	
CARTAGO	CARRERA 62 Numero 11-72	
TELEFONO	**EMAIL**	
2108335 - 2109336	ipsmunicipal@hotmail.com	
NATURALEZA JURIDICA	**Pública**	
NUMERO DE REGISTRO HABILITACION	**FECHA DE VISITA DE VERIFICACION DE HABILITACION**	
7614700672	11/05/2010	

2. MODALIDAD DE PAGO	**3. NIVEL DE COMPLEJIDAD**
CAPITACIÓN	Baja,

4. OBJETO DEL CONTRATO

SERVICIOS	TIPO (AMB-HOSP)	VALOR AFILIADO/MES
GENERAL ADULTOS	HOSPITALARIO	$994.53
GENERAL PEDIÁTRICA	HOSPITALARIO	$994.53
MEDICINA GENERAL	CONSULTA EXTERNA	$2,960.83
ODONTOLOGÍA GENERAL	CONSULTA EXTERNA	$1,989.99
SERVICIO DE URGENCIAS	URGENCIAS	$1,343.24
TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	$1,726.89
LABORATORIO CLÍNICO	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	$1,726.89
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	$1,726.89
TERAPIA RESPIRATORIA	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	$574.97
TOTAL AFILIADO/MES:		**$14,038.76**

5. POBLACIÓN A ATENDER

Municipio	N° de Afiliados
CARTAGO	26305
TOTAL	26305

6. VALOR INICIAL DEL CONTRATO (Se sujetará a la cláusula QUINTA del contrato)

CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UNO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UNO CON SESENTA PESOS M/CTE($4,431,474,981.60)

7. DURACIÓN DEL CONTRATO

COOSALUD EPS-S En POSS de tu bienestar	**CONTRATO No. SVA2018R1A051 DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD, MEDIANTE LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN, ENTRE COOSALUD EPS S.A. Y IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE. DEPTO: VALLE COD DEPTO : 76 MUNICIPIO: CARTAGO CODMUN: 147**

INICIO	FINALIZACION
01/01/2018	31/12/2018

8. LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

CARTAGO

9. NORMATIVIDAD

NORMAS LEGALES QUE RIGEN EL PRESENTE CONTRATO
EL PRESENTE CONTRATO ES REGULADO POR LAS NORMAS APLICABLES QUE RIGEN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) PARA LA CONTRATACION, PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FACTURACION, FLUJO DE RECURSOS Y EN GENERAL POR LO ESTABLECIDO EN LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, LEYES, DECRETOS, CIRCULARES Y DEMAS APLICABLES.

10. ESTANDARES DE COBERTURA, OPORTUNIDAD Y RESOLUTIVIDAD - SEGÚN ANEXO DEL CONTRATO

11. ANEXOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO

11.1 POR PARTE DEL CONTRATISTA
HABILITACION DE SERVICIOS CONTRATADOS
SOPORTE SUFICIENCIA SERVICIOS CONTRATADOS
MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INDICADORES DE CALIDAD SOGCS
POLIZAS DE GARANTIA
11.2 POR PARTE DEL CONTRATANTE
ANEXO CONDICIONES GENERALES
UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y PERFIL DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL CONTRATO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL CONTRATO
MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR COOSALUD.
DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS
MECANISMOS Y MEDIOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS USUARIOS.
INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS
MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
BASE DE DATOS DE AFILIADOS

FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATANTE

FIRMA
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA

CONTRATO No. SVA2018R1A051 DE PRESTACION DE SERVICIOS DE RECUPERACION DE LA SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD POR LA MODALIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUSCRITO ENTRE LA COOPERATIVA EMPRESA DE DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD" Y IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE

Las partes abajo firmantes según se describe en la carátula del presente contrato, con los nombres de los Representantes Legales y documentos que acreditan su capacidad jurídica, han convenido suscribir el siguiente contrato de prestación de servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC. **CONSIDERACIONES PREVIAS: POR PARTE DE EL CONTRATANTE: 1)** Que EL CONTRATANTE se encuentra habilitada como administradora de recursos del Régimen Subsidiado mediante Resolución No. 0203 del 01 de febrero del 2006 y del Régimen Contributivo Mediante la figura de Movilidad establecida en el Decreto 780 del 2016. **2)** Que el Representante Legal de EL CONTRATANTE no se encuentra incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades según la normatividad vigente; ***POR PARTE DE EL CONTRATISTA*: 1)** Que el Representante de EL CONTRATISTA está facultado para contratar conforme con lo previsto en la Ley. **2)** Que EL CONTRATISTA declara que cumple con funciones de prestación de servicios esenciales de salud, contando con registro y habilitación vigente en el REPS, de los servicios objeto del contrato, manteniendo vigente durante toda la relación contractual las condiciones de calidad declaradas en el registro especial, de conformidad con la normatividad que reglamenta el SOGC. **3)** Que para celebrar el presente contrato el Representante de EL CONTRATISTA declara que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad. **CONSIDERACIONES GENERALES:** Que las PARTES declaran conocer la normatividad aplicable, en especial lo establecido en la ley 100 de 1993, Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 1011 de 2006 y demás normas complementarias, sobre los requisitos y condiciones mínimas que deben ser tenidos en cuenta para la suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud. ***CLAUSULA 1. OBJETO DEL CONTRATO.*** El presente contrato tiene por objeto la prestación de los servicios de salud de BAJA COMPLEJIDAD, relacionados en la caratula del presente contrato; contemplados en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, definido en la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, y demás disposiciones que los aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan; para la atención de la población afiliada a EL CONTRATANTE; de conformidad a los principios establecidos en la Ley 1438 de 2011, referido a que los servicios de salud que presta el CONTRATISTA deben atender las condiciones del afiliado de acuerdo con la evidencia científica provista de forma integral, segura y oportuna mediante una atención humanizada , con criterios de calidad, eficiencia, oportunidad, integralidad y continuidad. ***CLÁUSULA 2. CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.*** El servicio se prestará en el municipio sede de EL CONTRATISTA, como aparece en la carátula del contrato, según las condiciones detalladas en el "Manual de contratación de servicios de salud del CONTRATANTE", el cual forma parte integral del presente contrato y en especial las que se enumeran a continuación: 1. La información para la obtención de los indicadores de cobertura, oportunidad y resolutividad en su orden, serán: a.) Los informes de la auditoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de EL CONTRATANTE. b.) Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que EL CONTRATISTA suministre a EL CONTRATANTE como soporte de la prestación de los servicios de salud. c.) Los reportes mensuales de Indicadores de monitores de la calidad en salud según Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores de Oportunidad de asignación de citas según resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Socialy los indicadores definidos de reporte obligatorio en las circulares 030 de 2006 y circular 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos y oportunidad establecidos por esta y demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y d.) Las ponderaciones correspondientes para la evaluación de la cobertura, oportunidad y resolutividad en la prestación de los servicios. ***PARÁGRAFO 1- OPORTUNIDAD:*** El CONTRATISTA prestará los servicios objeto del presente contrato, de acuerdo con el "Manual de contratación de servicios de salud", del CONTRATANTE, sin perjuicio de la que de manera especial establezca la normatividad vigente, caso en el cual será la aplicable. En todo caso, esta será la oportunidad máxima, teniendo en cuenta lo contemplado en el artículo 23 de la Ley 1122 de 2007. En el evento en el que la normatividad vigente establezca de manera específica una oportunidad inferior a la anteriormente relacionada, será obligación del CONTRATISTA ajustarla a lo definido en esta, tal es el caso de lo regulado por el Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas concordantes y complementarias de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el gobierno Nacional. ***PARÁGRAFO 2- CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS REGULADOS.-*** Las partes acuerdan que darán aplicación a las normas vigentes sobre control de precios de medicamentos, para aquellos medicamentos y dispositivos médicos que se suministren en cumplimiento del objeto del presente contrato. ***CLÁUSULA 3. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO Y MECANISMOS QUE PROMUEVEN EL EQUILIBRIO CONTRACTUAL:*** EL CONTRATANTE designará una persona natural o jurídica para que ejerza la supervisión del contrato, quien deberá realizar el seguimiento a su ejecución administrativa, técnica y financiera y posterior liquidación. ***CLÁUSULA 4. AUDITORÍA INTEGRAL DEL SERVICIO***: EL CONTRATISTA prestará toda la colaboración con la auditoría integral que realizará EL CONTRATANTE, con el fin de que el auditor asignado pueda realizar con eficiencia las actividades a su cargo. Para tal efecto, EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a suministrar las historias clínicas de sus afiliados, cuantas veces lo estime necesario, sin que esto en ningún momento constituya violación del secreto profesional. Así mismo EL CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a expedir adicionalmente, copia de los documentos o registros clínicos, según lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 1715 de 2005 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas vigentes aplicables que la adicionen, modifiquen o sustituyan. ***PARÁGRAFO.*** EL CONTRATISTA efectuará los correctivos que EL CONTRATANTE le sugiera, cuando existan fallas en la prestación de los servicios contratados ***CLÁUSULA 5. MODALIDAD DEL CONTRATO:*** El presente contrato se realiza bajo la modalidad de PAGO POR CAPITACIÓN. ***CLÁUSULA 6. NATURALEZA DEL CONTRATO.*** Este contrato es de prestación de los servicios de salud cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC contemplados en la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y se rige por las normas del derecho privado. ***CLÁUSULA 7. DURACIÓN DEL CONTRATO:*** La duración de este contrato es la que se señala en la carátula. ***PARÁGRAFO- RENOVACION AUTOMÁTICA:*** No obstante, el presente contrato se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado si EL CONTRATANTE no le notifica a EL CONTRATISTA la no prorroga del mismo con mínimo treinta (30) días calendario de antelación al vencimiento del contrato. Lo anterior sin perjuicio de la revisión de las condiciones técnicas y económicas del contrato por las partes. ***CLÁUSULA 8. VALOR INICIAL DEL CONTRATO***: El valor inicial del presente contrato es el que se declara en la carátula. ***PARÁGRAFO 1.*** La liquidación mensual del contrato se estima del resultado de multiplicar cada mes así: **a)** El número de afiliados activos incluidos en la base de datos enviada cada mes por EL CONTRATANTE a EL CONTRATISTA, por **b)** La sumatoria de los valores pactados para cada servicio por afiliado. A lo anterior se le realizarán ajustes posteriores por concepto de novedades, los cuales se harán en el mes siguiente, en cualquiera de los siguientes pagos o a más tardar al momento de la liquidación del presente contrato. ***PARÁGRAFO 2.*** El valor del contrato de prestación de servicios de salud por capitación estará sujeto a los ajustes que sufra la base de datos que realice el Estado o según las novedades que se reporten a la base de datos de afiliados. Para efectos de este contrato se considerarán novedades susceptibles de ajustes al valor del contrato: los fallecimientos, duplicidades, multiafiliaciones, los ajustes a las bases de datos de afiliados al Régimen Subsidiado realizados por los municipios y los hallazgos de la Contraloría y/o cualquier otro Ente de vigilancia y control del sistema. Acorde con lo anterior y con la reglamentación vigente sobre el funcionamiento del régimen subsidiado, tanto el número de afiliados activos efectivamente validados por el FOSYGA, como el monto total del

contrato, se modificarán de acuerdo con la variación de la afiliación y/o los afiliados validados en BDUA. Las variaciones realizadas por el FOSYGA en el número de afiliados activos, serán informadas a EL CONTRATISTA por cualquiera de las siguientes modalidades: **1.** En los diez (10) primeros días del mes corriente cuando se envíe la base de datos y la liquidación de cápita mensual. **2.** En cualquier momento del mes corriente, se enviará la base de datos de los edictos de suspendidos o incluidos, una vez se notifique de la misma por parte del ente territorial a EL CONTRATANTE con las cuales se liquidará el pago por servicios prestados dentro del objeto del presente contrato. ***PARÁGRAFO 3.*** No obstante lo anterior las partes acuerdan que tendrán como base para el pago y la atención de los afiliados únicamente la Base de Datos enviada por EL CONTRATANTE, la cual será publicada en la página web de EL CONTRATANTE www.coosalud.com, durante los diez (10) primeros días de cada mes. ***PARÁGRAFO 4.*** Las variaciones en número de afiliados validados por el ente territorial, serán informadas a EL CONTRATISTA por parte de EL CONTRATANTE, en cualquiera de las siguientes formas: **1.** Mediante la liquidación de cápita mensual, durante los (10) diez primeros días del mes en ejecución **2.** Mediante el envío por la base de datos y de los edictos de suspendidos, en la eventualidad que se presenten. ***CLÁUSULA 9. PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y FORMAS DE PAGO:*** EL CONTRATANTE pagará, a EL CONTRATISTA, las facturas presentadas con los siguientes soportes: **a)** Dos (2) copias de la factura original. **b)** La pre-factura, correspondiente a la liquidación de cápita mensual del valor a facturar enviada por EL CONTRATANTE . **c)** Los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios) diligenciados en CUPS y en CUMS en valor unitario y descripción de unidad mínima de presentación, los cuales deben ser de óptima calidad en su estructura y contenido el cual debe ser consístente, veraz y completo; **d)** El informe establecido en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. **e)** Copia física o electrónica de los resultados correspondientes a exámenes de laboratorio o de Imagenología que le hayan realizado a los pacientes clasificados como alto costo de acuerdo a la normatividad vigente. **f)** Los anteriores soportes son indispensables para la recepción y pago de las facturas, por lo que deberán cumplir con todas las especificaciones técnicas y normativas del caso, de conformidad con las instrucciones establecidas en el "Manual de contratación de servicios de salud". **g)** La factura que no cumpla con los requisitos exigidos será devuelta, según lo establece el artículo 617 del Estatuto Tributario y el anexo técnico No 6 de la Resolución 3047 de 2008 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen, aclaren ó sustituyan en la materia. **h)** La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma. ***PARÁGRAFO 1.*** El primer mes se cancelará sobre el valor total de afiliados activos contratados y se requiere la presentación de la liquidación de cápita mensual del valor a facturar enviada por EL CONTRATANTE y la factura original acompañada de sus dos (2) copias. ***PARÁGRAFO 2.*** Para todos los efectos, EL CONTRATISTA facturará al CONTRATANTE los diez (10) primeros días hábiles del mes en que se están prestando los servicios capitados. A su vez EL CONTRATANTE pagará a EL CONTRATISTA dentro de los términos y mediante los mecanismos establecidos en las normas legales vigentes. ***PARÁGRAFO 3.*** Considerando que este contrato es bajo la modalidad de capitación, cuyo pago es por anticipado, es decir, donde el plazo para el pago es anterior al plazo para la presentación de la factura, la no presentación oportuna de la factura con los soportes debidos impedirá el pago oportuno o anticipado de los servicios del mes siguiente. ***CLÁUSULA 10. PAZ Y SALVO:*** En el caso de la información contable es obligatorio que el CONTRATISTA envíe al CONTRATANTE los estados de cartera cuando este los solicite y expedir el correspondiente Paz y Salvo, cuando las obligaciones sean satisfechas o concertadas mediante acta de saneamiento de deudas, liquidación del contrato o cualquier medio que ponga fin a las diferencias de la ejecución del contrato. ***CLÁUSULA 11. GLOSAS Y OBJECIONES:*** Para efectos del presente contrato las objeciones y glosas a la facturación se ceñirá a lo establecido en el Anexo Técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008 y en el "Manual de contratación de servicios de salud". ***PARÁGRAFO:***. En caso de que EL CONTRATANTE objete parcial o totalmente una factura se seguirá el procedimiento y plazos establecidos en la Ley 1438 de 2011, los artículos 23 y 24 del Decreto 4747 del 2007, la Resolución 4331 de 2012 o en las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. ***CLÁUSULA 12. PAGO DE LO NO DEBIDO:*** Las partes expresamente manifiestan que EL CONTRATANTE, según sea el caso, descontará o recobrará a la cápita a EL CONTRATISTA el valor correspondiente por el servicio prestado en las siguientes circunstancias: **1)** En el evento en que se hicieren restituciones por parte del FOSYGA, EL CONTRATISTA se obliga a entregar todos los soportes requeridos por EL CONTRATANTE para realizar los recobros a la entidad correspondiente. **2)** En el evento en que por error de liquidación de cápita mensual o liquidación final del contrato, se pague un valor de manera indebida, se entenderá como un valor a descontar en pagos posteriores. **3)** En los casos en que EL CONTRATANTE tenga que recurrir a otra IPS para garantizar la prestación de un servicio contratado, por responsabilidad y/o incumplimiento atribuible a EL CONTRATISTA. **4)** Si como consecuencia de la atención prestada a los afiliados se causare una lesión que genere una atención de mayor complejidad, el costo de ésta será asumido por EL CONTRATISTA. ***CLÁUSULA 13. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.*** Los servicios objeto del presente contrato están sujetos al régimen de copagos establecidos en los Acuerdo 260 y 365 del CNSSS, la Ley 1122 de 2007, y demás normas vigentes aplicables que la adicionen, modifiquen o sustituyan. EL CONTRATISTA realizará el recaudo del copago según las normas vigentes y deberá descontarlo del valor de la factura, especificando este ítem en la misma, el valor de los copagos que hayan sido efectivamente recaudados por parte de los usuarios. En consecuencia, será obligación especial del CONTRATISTA, llevar un registro del recaudo de dichos copagos en los tiempos definidos por las normas legales con el fin de soportar los procesos de auditoria que haya lugar. ***CLÁUSULA 14. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:*** EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a: **1.** Prestar los servicios objeto del presente contrato, a los afiliados debidamente identificados y reportados en la base de datos de EL CONTRATANTE, con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico suficiente e idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin ninguna clase de discriminación, de acuerdo a las Guías de Atención Integral del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo los parámetros y estándares de calidad definidos por las partes y que hacen parte integral de este contrato; **2.** Permitir a EL CONTRATANTE o a quien este delegue el acceso a la información relacionada con el estado de salud del afiliado y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con lo reglamentado en la Ley y en el presente contrato. **3.** Suministrar a EL CONTRATANTE toda la información sobre la atención en salud prestada por EL CONTRATISTA a los afiliados de EL CONTRATANTE que requieran cualquiera de los Organismos de dirección, inspección, vigilancia y control, en especial los indicadores de calidad de que trata la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables vigentes que la adicionen, modifiquen o sustituyan. **4.** Presentar las facturas dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes. **5.** Diligenciar la historia clínica de conformidad con las normas legales vigentes y ponerla a disposición de EL CONTRATANTE cuando éste lo requiera, **6.**Vigilar que su personal asistencial y administrativo cumpla con lo estipulado en el "Manual de Referencia y Contrarreferencia de COOSALUD", **7.** Cumplir las condiciones de habilitación declaradas en el instrumento respectivo y consignado en la Resolución 2003 de 2014 y demás normas vigentes que lo modifiquen, adicionen, complementen y/o sustituyan. Igualmente permitirá que EL CONTRATANTE las pueda verificar cuando así lo determine, según el PAMEC y el "Proceso de verificación de condiciones de habilitación" de EL CONTRATANTE. El producto de esta verificación podrá dar como resultado el acompañamiento de EL CONTRATANTE a través de su auditoría para mejorar las condiciones de los servicios que lo ameriten. **8.** EL CONTRATISTA se obliga a mantener en el curso del contrato, la suficiencia declarada en el instrumento de medición de la misma y aplicado antes de iniciar la ejecución del presente contrato. **9.** EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a garantizar el suministro de todos los medicamentos, materiales e insumos que requieran los afiliados de EL CONTRATANTE durante su atención. **10.** EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a recibir las glosas, responderlas, conciliarlas o en su defecto aceptarlas, dentro de los plazos definidos en la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008, la Resolución 4331 de 2012 y en la normatividad que lo adicione, modifique o sustituya. **11.** EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a gestionar las inquietudes, reclamos y/o derechos de petición de los usuarios por la mala calidad en los servicios o la no prestación de los mismos, respondiendo directamente al usuario con copia a EL CONTRATANTE, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción del reclamo, inquietud o derecho de petición del usuario. **12.** EL CONTRATISTA se obliga con EL CONTRATANTE a reportar mensualmente los eventos de salud pública, Indicadores de monitores de la calidad en salud según Resolución 256 de 2016 del Ministerio de

Salud y Protección Social, Indicadores de Oportunidad de asignación de citas según resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Socialy los indicadores definidos de reporte obligatorio en las circulares 030 de 2006 y circular 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos y oportunidad establecidos por esta y demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. **13.** EL CONTRATISTA se obliga a atender los requerimientos derivados del cumplimiento de la supervisión del presente contrato. **14.** Garantizar la calidad de los insumos, materiales y medicamentos utilizados en la atención de los usuarios de EL CONTRATANTE y responder por los costos en que se incurra por reintervenciones y complicaciones donde se demuestre que la causa de los mismos sea debida a la mala calidad de los materiales, insumos o medicamentos utilizados durante la prestación de los servicios. Igualmente responderá en estos casos por la responsabilidad civil o penal que se deriven de estas complicaciones. **15.** En el caso que un afiliado de EL CONTRATANTE solicite los servicios incluidos en el presente contrato, pero no se encuentre en la base de datos entregada por EL CONTRATANTE, EL CONTRATISTA podrá brindar la atención solicitada siempre y cuando dicho afiliado se encuentre activo en verificación realizada a través de la línea 018000 a la que se le debe reportar la atención, o en la página web de EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA reportará dicha inconsistencia utilizando el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 3047 de 2008 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Las atenciones prestadas serán facturadas mediante la modalidad de eventos y serán canceladas a las tarifas ISS 2001 más el 15%. **16.** Cumplir los protocolos de atención del programa "COOSALUD Celebra la Vida" y las guías de atención integral del Ministerio de Salud y Protección Social, concertadas con EL CONTRATANTE, en el marco de las actividades contratadas. **17.** Brindar atención preferencial a las poblaciones especiales tales como víctimas de violencia, población en condición de desplazamiento forzado, reinsertados, minorías étnicas, discapacitados, embarazadas, personas de la tercera edad y demás que establezca la Ley. **18.** Facilitar a EL CONTRATANTE la información sobre notificación, clasificación, intervención y estudio de casos en los eventos de vigilancia epidemiológica. **19.**Implementar el modelo servicios de salud amigables para adolescentes jóvenes y la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI acorde con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución 1841 de 2013, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. **20.** Cumplir con el reporte de los indicadores de calidad, farmacovigilancia y los de gestión que EL CONTRATANTE defina en su Sistema de Calidad, según tablero para reporte de indicadores de calidad del riesgo y demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social; y los indicadores de calidad de la atención de salud establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan. **21.** Entregar a EL CONTRATANTE copia de los archivos en medio magnético en la misma estructura exigida en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud de los reportes de los indicadores mensuales y trimestrales de oportunidad y satisfacción de los usuarios. **22.** EL CONTRATISTA notificará al CONTRATANTE los casos de los pacientes de grupos especiales: Renales, VIH, Cáncer, Tuberculosis, Hemofilia, Artritis, Enfermedades Huérfanas, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, así como toda la información y soportes clínicos concernientes a su atención y que es requerida para el reporte de la cuenta de Alto Costo ; para ello, la IPS deberá diligenciar el archivo de reporte de información a la cuenta de alto costo el cual debe ser entregado mensualmente junto con la factura de cobro, en las fechas establecidas por la EPS. **23.** Diseñar e implementar el modelo de gestión del servicio farmacéutico, según lo establece la Resolución 1403 de 2007, el Decreto 2200 de 2005, Decreto 2330 de 2006, Decreto 3554 de 2008, Decreto 4644 de 2005 y demás normas vigentes que la adicionen, sustituyan, modifiquen y/o complementen. **24.** Implementar los diferentes comités reglamentados por la normatividad vigente y que le apliquen a EL CONTRATISTA. **25.** Implementar el Sistema de Información y Atención al Usuario para suministrar información, orientación y atención a los afiliados. **26.** Derivar a los afiliados a los programas de promoción y prevención e inducir su demanda de servicios de estos programas y dar especial énfasis a la atención de pacientes sospechosos de eventos de interés en salud pública. **27.** Contar en urgencias con el kit de atención a usuarios víctimas de violencia o agresión sexual, incluyendo especialmente anticoncepción de emergencia. **28.** Informar al CONTRATANTE sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones bajo su atención, enviando copia del certificado de defunción dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al hecho. La información de fallecidos deberá ser suministrada a la dirección médica del CONTRATANTE, utilizando los formatos establecidos en la normatividad vigente, en especial la Circular Externa conjunta 0081 de Noviembre 13 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de estadísticas y demás normas que la adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. **29.** El CONTRATISTA cumplirá con las condiciones sanitarias y el plan de gestión de residuos hospitalarios PGHIRS, régimen de habilitación, nombramiento de revisor Fiscal (o demostrar que no está obligado), pago de la Tasa de Contribución a la Superintendencia Nacional de Salud, mantener vigente el Registro Mercantil y demás obligaciones propias. **30.** Garantizar la afiliación de sus trabajadores a la Seguridad Social y cumplir con los pagos que de ella se deriven, así como de los aportes parafiscales. **31.** Garantizar los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificadas por la autoridad competente, garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique medicamente la recuperación de las victimas según el art 19 de la ley 1438 de 2011. **32.** El CONTRATISTA se obliga a las demás obligaciones derivadas del presente contrato y del contenido de la normatividad vigente. ***CLÁUSULA 15. OBLIGACIONES DE EL CONTRATANTE***: Son obligaciones especiales de EL CONTRATANTE: **1.** Remitir a EL CONTRATISTA la base de datos de los afiliados a atender dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes. **2.** Garantizar a sus afiliados el sistema de referencia y contrarreferencia a través de una red de servicios contratada, que sea suficiente y habilitada. **3.** Informar a EL CONTRATISTA sobre la conformación de la red de servicios contratada y actualizar esta información periódicamente, anexando los flujos de referencia de la misma, información que puede ser consultada en la página web www.coosalud.com. **4.** Recepcionar las facturas dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes. **5.** Cancelar sus obligaciones contractuales acorde a lo ordenado por las normas legales vigentes aplicables que regulan la materia. **6.** Entregar a EL CONTRATISTA los perfiles epidemiológicos, sociodemográficos y de riesgo de la población objeto del presente contrato y todos los anexos contemplados en este contrato. ***CLÁUSULA 16.EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMINIDAD***: En razón de que EL CONTRATISTA es quien presta los servicios de salud a solicitud y por voluntad del afiliado y/o de EL CONTRATANTE, con plena autonomía científica, técnica y administrativa, dentro de sus propias normas, reglamentos y procedimientos, éste responderá civil, administrativa y penalmente, por todos los perjuicios que por acción u omisión y que en cumplimiento de este contrato puedan ocasionarse a los afiliados de EL CONTRATANTE. El CONTRATISTA, mantendrá indemne a EL CONTRATANTE, lo cual debe garantizarse con la adquisición de las Pólizas de que trata la cláusula 18 y con su patrimonio. ***PARÁGRAFO***. EL CONTRATANTE podrá repetir contra EL CONTRATISTA o recobrarle las sumas a las que eventualmente sea condenado judicialmente o sancionado por las autoridades competentes o en general por aquellos conceptos por los cuales la entidad deberá responder por cuenta de sanciones, fallos, conciliaciones, transacciones, amigables composiciones, laudos arbitrales, entre otros mecanismos de solución de conflictos, como consecuencia de la prestación del servicio a cargo de EL CONTRATISTA u omisión en la prestación del servicio por él o por su personal adscrito y/o vinculado y por sus subcontratistas según sea el caso. Lo anterior, sin perjuicio de que EL CONTRATANTE pueda llamar a EL CONTRATISTA en garantía o denunciarlo en pleito dentro del respectivo proceso judicial, trámite arbitral, entre otros. **CLÁUSULA 17. CONFIDENCIALIDAD E INFORMACIÓN RESERVADA**. Las Partes reconocen que todo el material e información que llegue a su poder con motivo de la prestación del servicio contratado, constituye información y datos confidenciales. Por tanto, se comprometen a mantener dicho material e información en la más estricta reserva y confidencialidad. **CLÁUSULA 18. GARANTÍAS**. EL CONTRATISTA se obliga a constituir, a favor de EL CONTRATANTE, a sus costas y ante una compañía Aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, garantía única, que avale: **1.)** ***PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS Y PACTADAS EN EL CONTRATO***. El valor de esta garantía es del 10% del valor total del contrato, con una vigencia igual al término de ejecución del contrato garantizado cuatro (4) meses adicionales. **2)** ***PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA PROFESIONES MEDICAS, CLÍNICAS Y HOSPITALES***.- Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual , para garantizar la

responsabilidad frente a terceros, en los que puede incurrir como IPS, así como los posibles riesgos de responsabilidad profesional por lesiones o daños que sufran los pacientes debido a un error del personal médico al servicio de la institución, hechos causados directamente por un servicio médico, quirúrgico, dental o de enfermería, derivados de las acciones u omisiones cometidos en el ejercicio de una actividad profesional médica por personal médico, paramédico, medico auxiliar, farmacéutico o laboratorista, de enfermería y/o asimilados que estén vinculados laboral o civilmente con EL CONTRATISTA, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, por una cuantía equivalente al quince por ciento (15%) del valor total del contrato y una vigencia igual a la duración del mismo. ***PARÁGRAFO 1. PRORROGA Y REPOSICION DE LA GARANTIA:*** Sera de responsabilidad del CONTRATISTA prorrogar las garantías en caso de prórroga a este contrato mediante OTRO SI. Igualmente, si a la fecha de expiración de la garantía existen reclamos pendientes, EL CONTRATISTA deberá ampliar esta garantía proporcionalmente hasta alcanzar los montos señalados en las reclamaciones. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a reponer hasta el monto de las garantías cada vez que en razón de los riesgos por ellas cubiertas, las mismas se disminuyeran a un porcentaje inferior a lo establecido en el presente contrato. **CLÁUSULA 19. ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS:** El cubrimiento por parte del CONTRATANTE de los accidentes de tránsito y eventos catastróficos, se efectuará solamente en la parte que le corresponde después de que el CONTRATISTA hubiere agotado los cobros ante las instancias privadas o estatales conforme a la Ley 100 de 1993, el Decreto 056 de 2015 y las demás normas que lo sustituyan, adicionen, modifiquen o complementen. **CLAUSULA 20. PORTABILIDAD Y MOVILIDAD: 1.** Teniendo en cuenta con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 1683 de 2013, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la Portabilidad de sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de salud - IPS o entidades promotoras de Salud - EPS, allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente. En atención a lo estipulado el CONTRATANTE suscribió Convenio de Cooperación Interinstitucional entre Entidades Promotoras de salud para garantizar el derecho a la portabilidad Nacional del Seguro de Salud de los afiliados al SGSSS. **2.** De conformidad con lo establecido en el Decreto 3047 de 2013 se garantizará la movilidad de los afiliados del CONTRATANTE entre los dos regímenes, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud de sus afiliados que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro. 3. Que para dicho efecto el CONTRATANTE se obliga mantener actualizada la base de datos única de afiliación- BDUA en función de las novedades laborales o de cotización de los afiliados y reportarlas al CONTRATISTA. ***CLÁUSULA 21. REPRESENTACION:*** Ninguna de las obligaciones contenidas en las disposiciones anteriores generaran, en ningún caso, vinculo adicional entre el CONTRATISTA y el CONTRATANTE, ni habilitará al CONTRATISTA para representar al CONTRATANTE a ningún título, ni viceversa. EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA no los une acuerdo de voluntades de mandato, comisión, ni agencia comercial y en consecuencia, carecen de autorización o vínculo contractual que los faculte para representar al otro, ni para anunciarse como titular de alguna de dichas calidades. **CLÁUSULA 22. CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** En lo no previsto en las consideraciones y cláusulas de este contrato, le serán aplicables las normas de vigilancia y control del SGSSS, en concordancia con las normas legales vigentes. Cuando surjan discrepancias en la interpretación de las normas aplicables, las partes acuerdan utilizar como mecanismo de solución en la primera instancia la búsqueda de soluciones ágiles y rápidas y en forma directa, a través de reunión entre las partes, que podrá ser solicitada por cualquiera de éstas y deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud. Las partes determinan que en caso de no llegar a un acuerdo en la primera instancia, se procederá a hacer uso en segunda instancia del proceso de conciliación como mecanismo de resolución de conflictos, primero ante la Superintendencia Nacional de Salud y posteriormente ante la Cámara de Comercio del domicilio principal de EL CONTRATANTE, aplicando las normas establecidas para tal fin.En caso de fracasar la segunda instancia, toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá ante la justicia ordinaria. **CLÁUSULA 23. EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** En el presente contrato EL CONTRATISTA y EL CONTRATANTE actúan de manera autónoma e independiente, por lo tanto no tienen ninguna relación laboral entre sí, ni entre EL CONTRATANTE con el personal que contrate EL CONTRATISTA para la ejecución del objeto del presente contrato. ***CLÁUSULA* 24. CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.** El incumplimiento total o parcial de las obligaciones contraídas en este contrato por alguna de las partes, dará lugar a que la parte que incumpla pague como sanción pecuniaria a favor de la otra, el diez por ciento (10%) del valor del contrato. Si el incumplimiento es de EL CONTRATISTA, podrá EL CONTRATANTE, dar por terminado el contrato, y a su elección, descontar dicho porcentaje a EL CONTRATISTA. **CLÁUSULA 25. MODIFICACIONES AL CONTRATO**. Cualquier modificación al contrato durante su vigencia debe realizarse de común acuerdo entre las partes y constar por escrito mediante OTROSI. **CLAUSULA 26. CESIÓN Y SUBCONTRATACION**. EL CONTRATISTA no podrá desplegar conductas o acciones que impliquen intermediación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este contrato no podrá ser cedido total o parcialmente, ni los derechos u obligaciones derivados del mismo. El CONTRATISTA en atención a lo estipulado en el parágrafo del artículo 6 del Decreto 515 de 2004, el Articulo 41 del Decreto 050 de 2003, numeral 4 y 5 de la circular Externa 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, no podrá subcontratar la prestación de los servicios de que trata el presente contrato, en forma transitoria o permanente salvo los servicios que legalmente pueden ser objeto de subcontratación, de conformidad con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 y en todos los casos, el CONTRATISTA responderá por la calidad del servicio y será causal de terminación del presente acuerdo de voluntades, el que los contrate sin la debida autorización del CONTRATISTA.**CLÁUSULA 27. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO**. EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA de común acuerdo podrán suspender la ejecución del contrato antes del vencimiento, cuando surjan circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la ejecución del contrato. **CLÁUSULA 28. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato será liquidado bilateralmente en un plazo de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de finalización del plazo de ejecución del contrato, o de la fecha del acuerdo de terminación celebrado entre las partes, de la fecha de terminación unilateral por alguna de las partes o de la fecha de la sentencia o decisión Judicial emitida por la autoridad competente que involucre la terminación del presente Contrato. Si EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación bilateral, será practicada directa y unilateralmente por EL CONTRATANTE dentro de los tres (3) años siguientes a la expiración del mismo, mediante acto escrito que será comunicado al domicilio principal de EL CONTRATISTA, registrado en el certificado de existencia y representación legal vigente, contra el cual procede el recurso de reposición dentro de los tres (3) días siguientes a su comunicación. **CLÁUSULA 29. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**. Son causales de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo. **2.** Por incumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATISTA contenidas o emanadas del presente contrato. **3.** Por fuerza mayor o caso fortuito demostrado. **4.** Cuando el término de suspensión supere los 12 meses, sin que se haya reanudado el contrato, **5.** Por revocatoria de funcionamiento de una de las partes. **6.** Por orden de autoridad pública pertinente y/o competente. **7.** Por decisión unilateral de cualquiera las partes, con previo aviso de treinta (30) días calendario. **8.** Cuando EL CONTRATANTE documente no conformidades graves en los procesos de atención y/o facturación de los servicios. **9.** Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a EL CONTRATISTA y que tengan que ver con hechos o actos que afecten la calidad de los servicios contratados. **10.** EL CONTRATANTE podrá terminar el contrato derivado de la no ejecución de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma y por escrito a EL CONTRATISTA sin que medie justa causa para dicha omisión. **11.** Por cualquier situación donde alguna de las partes deje de hacer presencia en el municipio de prestación del servicio. **12.** Cuando haya operado la condición resolutoria expresa. **13.** Por resolución judicial debidamente ejecutoriada. **14.** El CONTRATANTE podrá terminar el contrato de manera unilateral si por causa de investigación administrativa, judicial o de vigilancia y control, el CONTRATISTA resulte sancionado por acto que afecte el Código del buen Gobierno, la transparencia, la lealtad y confianza legítima de las partes. **15.** El CONTRATANTE podrá terminar el contrato de manera unilateral, cuando el CONTRATISTA subcontrate sin su autorización. **PARAGRAFO**-TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO. Únicamente procederá la liquidación anticipada del contrato por mutuo acuerdo entre

las partes, cuando sobrevengan situaciones que a juicio de la entidad, lo ameriten "Acta de liquidación anticipada" Elaboración y suscripción de las actas de liquidación de los contratos, para culminar el proceso de contratación. Para declararse a paz y salvo, se hacen los ajustes revisiones y reconocimientos a que haya lugar. **CLÁUSULA 30.** ***DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS:*** LAS PARTES declaran bajo la gravedad del juramento que los recursos que dispongan para la ejecución del contrato, provienen del giro ordinario de los negocios derivados de su actividad económica y que no son producto de actividades ilícitas. En el evento en que las autoridades competentes efectúen algún requerimiento con respecto a los recursos de LAS PARTES, estas quedan obligadas a responder ante las mismas. LAS PARTES, con la firma del CONTRATO, se obligan a suministrar toda la información que le sea solicitada relacionada con la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo. En caso de no aportar toda la documentación requerida, quedaran facultadas para dar por terminado el CONTRATO de manera unilateral". ***CLÁUSULA 31. POLITICA DE DERECHOS HUMANOS.*** Que entre las partes se comprometen a promover el respeto a los Derechos Humanos y libertades de todas las personas, en el desarrollo de la actividad contractual, acogiéndose a lo consagrado en la Carta Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Global y Principios Rectores de la ONU. **CLÁUSULA 32. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN**: El presente contrato se perfecciona una vez EL CONTRATISTA y EL CONTRATANTE aporten los documentos que hacen parte integral de este contrato y que se encuentran a su cargo y con el aporte de las pólizas de que trata la Cláusula de Garantías. **CLÁUSULA 33. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO**. Para constancia de conformidad y aceptación de todo lo anteriormente consignado, las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor y valor en la ciudad de Cartagena, el día 1 del mes de Enero del año de Dos Mil Diez y Ocho (2018).

FIRMA
EL CONTRATANTE

FIRMA
EL CONTRATISTA

-->

13/07/2018
COOSALUD EPS-S
FC0327532018
Fecha_radicado: 13/07/2018 04:55:25 p
Nombre_tipo_documental: CORRESPC
Jessica Alejandra Gomez Molina