



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

(Marzo 26)

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por el párrafo del artículo 28 del decreto 050 de 2003 y el artículo 7° del Decreto 163 de 2004,

RESUELVE:

Artículo 1°. Adoptar las minutas de los Contratos de Aseguramiento del régimen subsidiado que facilitan la homologación de las condiciones contractuales entre las Entidades Territoriales y las Administradoras de Régimen Subsidiado, las cuales forman parte integral de la presente Resolución. (**ANEXO 1.** MINUTA No. 1 Contratos Cofinanciados; **ANEXO 2.** MINUTA No. 2 Contratos Recursos art. 217 de la Ley 100 de 1993 - CCF)

Artículo 2°. Modificar el FORMATO No. 1 de que trata el numeral 1 del artículo primero de la Resolución 1265 de 2003, el cual quedará según el ANEXO 3 - Formato No. 1 Certificación de los Contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado, que forma parte integral de la presente Resolución.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 26 de marzo de 2004.

El Ministro de la Protección Social,
Diego Palacio Betancourt

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

CLÁUSULAS INCORPORADAS AL CONTRATO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

PRIMERA.- PARTES DEL CONTRATO.- Para todos los efectos que se puedan derivar del presente contrato, el Municipio o Distrito o el Departamento, según el caso, se denominarán **EL CONTRATANTE** y la Administradora del Régimen Subsidiado ARS, autorizada legalmente para ello y seleccionada conforme al procedimiento de los Decretos 2357 de 1.995, 1804 de 1.999, 046 de 2000 y 163 de 2004, se denominará **EL CONTRATISTA**. - **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El contratante se compromete además de cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, a las siguientes obligaciones derivadas del presente contrato: **1)** Velar por la ejecución y cumplimiento del Contrato de Administración del Régimen Subsidiado y por el Aseguramiento en Salud de la población afiliada a partir de la suscripción y registro presupuestal de este contrato. **2)** Garantizar la aplicación del 100 % de los recursos del régimen subsidiado asignados en la resolución No, xxx del xx de marzo de 2003, emanada del Ministerio de la Protección Social, previo cumplimiento de los procesos presupuestales establecidos en la normatividad vigente y en especial atendiendo lo contemplado en el Decreto 050 de 2003 y demás normas que regulan la materia, sobre presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección, aplicación y flujo de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 50 de 2003; y responder por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. **3)** No realizar Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos de la entidad territorial en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, en cumplimiento del artículo 57 de la ley 715 de 2001, el inciso 2º del artículo 91 de la ley 715 de 2001 y el artículo 7º del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicionen, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen. **4)** Impedir que los recursos del Sistema General de Participaciones y en especial los recursos del Régimen Subsidiado sean objeto de embargo, pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, según lo establecido por el artículo 19 del Decreto Extraordinario 111 de 1996, por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995, que conforman el Estatuto Orgánico de Presupuesto, el inciso 2º del artículo 91 de la ley 715 de 2001 y el artículo 8º del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicione n, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen. **5)** Evitar el múltiple pago de UPC por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de UPC dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y no reconocer UPC de personas que estén siendo compensadas en el Régimen Contributivo y/o aparezcan multiafiliadas en el Régimen Subsidiado y/o estén atendidas por regímenes excepcionados, tal y como lo establece el inciso 3º del artículo 22 del decreto 50 de 2003. **6)** Entregar a **EL CONTRATISTA**, la base de datos de afiliados al régimen subsidiado que hacen parte del presente contrato, depurada y actualizada en cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Información definidos en las resoluciones 890 y 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. Constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado, de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por las Resoluciones 890 de 2002, 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. **7)** Pagar a **EL CONTRATISTA**, en forma anticipada y por bimestres, a través del Fondo Local de Salud, las UPC correspondientes a los afiliados contratados, dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre, según lo contemplado por el artículo 31 del decreto 050 de 2003, previo cumplimiento y acreditación de las condiciones establecidas en la **cláusula octava del presente contrato**. Los pagos deberán reflejar la afectación de los recursos o fuentes de financiación establecidas en el presente contrato. **8)** Calcular las UPC resultantes a pagar, teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados de cada ARS, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes, de acuerdo con lo contemplado por el

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

artículo 31 del decreto 50 de 2003. **9)** Exigir a **EL CONTRATISTA**, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato: a) La información correspondiente a la carnetización de los afiliados de continuidad, los afiliados recibidos por traslados, y la entrega de los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados, para efectos de su verificación; b) Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de la habilitación de los servicios, que garanticen la atención a la población de su área de influencia; estos contratos no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación, en cumplimiento del artículo 47 del Acuerdo 244 del CNSSS; c) El reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada en el municipio, distrito o departamento; d) La póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato; **10)** Respetar la libertad que tiene **EL CONTRATISTA** para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003. **11)** Abstenerse de imponer cláusulas gravosas para la selección de prestadores por parte de **EL CONTRATISTA**. **12)** Requerir mensualmente a **EL CONTRATISTA**, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores, y un informe sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que constituyó la póliza de enfermedades de Alto Costo. **13)** Requerir mensualmente a **EL CONTRATISTA**, la acreditación del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1º de la Ley 828 de 2003. **14)** Adelantar los procedimientos administrativos o judiciales ante las instancias correspondientes, en el evento de determinarse el incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **EL CONTRATISTA**. **15)** Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato. **EL CONTRATISTA.- TERCERA.- OBLIGACIONES DE LA ARS.- EL CONTRATISTA** se obliga para con **EL CONTRATANTE** a cumplir con el objeto del presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, para lo cual deberá adelantar las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones: **1)** Disponer y mantener un sistema de información que permita obtener datos separados con relación al número de personas afiliadas, con su correspondiente documento de identidad, de conformidad con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 y demás normas que las adicionen, modifiquen, aclaren o complementen; **2)** Carnetizar los nuevos afiliados, o a los que tienen carné con vigencia anual, dentro de los 30 días calendario siguientes a la suscripción del presente contrato, en cumplimiento de lo descrito por el inciso 4º del artículo 4º del Acuerdo 225 del CNSSS., o la norma que lo aclare o modifique aplicable al presente contrato **3)** Entregar dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato de aseguramiento, a la red prestadora de servicios, los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos, los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados; **4)** Entregar a **EL CONTRATANTE**, dentro de los tres (3) días siguientes al perfeccionamiento de este contrato, los documentos exigidos en el artículo segundo numeral **9)** del presente contrato; **5)** Entregar mensualmente a **EL**

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

CONTRATANTE, el archivo de Novedades de los afiliados contratados dentro de los diez (10) días calendario del mes, y el informe de ejecución de las Actividades de promoción y prevención que le correspondan, de conformidad con la reglamentación aplicable para estos efectos; **6)** Actualizar los listados o bases de datos de afiliados, según su reporte de novedades, y entregarlos a la red prestadora contratada y a **EL CONTRATANTE** dentro de los cinco (5) primeros días del mes correspondiente. **7)** Garantizar a los afiliados el sistema de referencia y contrarreferencia para los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y contribuir con la referencia y contrarreferencia, para la prestación de los servicios no contemplados por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; **8)** Celebrar convenios con la entidad territorial competente, con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a lo no cubierto por el POSS, y que procuren la eficiente y oportuna prestación de estos servicios, de conformidad con lo establecido por el artículo 42 del Acuerdo 244 del CNSSS. **9)** Garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de complejidad, sin implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los servicios básicos, tales como centrales de autorización, o prácticas que generen mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman su red de prestadores de servicios de salud, esto, es al prestador primario habilitado, según lo definido por el artículo 6º del Decreto 515 de 2004. **10)** Garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado contratados con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, para lo cual deberá dar cumplimiento a las reglas establecidas en el capítulo V del Decreto 050 de 2003 y en especial a las que hacen relación con los términos para la oportunidad en el pago a los prestadores de Servicios de Salud según la modalidad de los contratos celebrados. De conformidad con los plazos pactados en los contratos de prestación de servicios de salud cancelar oportunamente las obligaciones que haya contraído con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, atendiendo en todo caso la reglamentación vigente sobre pagos a los prestadores de servicios de salud por parte de las ARS; **11)** Establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los aspectos de, información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos, procesos de afiliación, base de datos de afiliados, carnetización de afiliados, contratación y negociación de red de prestadores de servicios, radicación de facturas, pago a prestadores de servicios de salud y proveedores, auditoría integral del proceso de atención, atención de quejas y sugerencias, red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia, según lo dispuesto por el artículo 41 del Acuerdo 244 del CNSSS. **12)** Informar su intención de retiro a la Superintendencia Nacional y a **EL CONTRATANTE** por lo menos cuatro (4) meses antes, con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad, teniendo en cuenta que durante este lapso, deberá garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados, de acuerdo con lo contemplado por el artículo 18 del decreto 515 de 2004. **13)** Suscribir los contratos de Aseguramiento para garantizar la continuidad de los afiliados que la seleccionaron, siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en la norma, cuando no manifieste, su intención de retirarse. **14)** Recibir la inscripción y afiliación de nuevos beneficiarios, en el evento de ampliación de cobertura. **15)** Acreditar el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante el lapso del presente contrato de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1º de la Ley 828 de 2003. **16)** Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato. **CUARTA.- RESPONSABILIDADES CONJUNTAS DE LAS PARTES:** Las partes deben: **1)** Constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado de

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por el Ministerio de la Protección Social; **2)** Tener un sistema de información que permita obtener datos separados para el municipio y el departamento en relación con el número de población afiliada por este contrato, con su correspondiente identificación; **3)** Vigilar, inspeccionar, auditar y controlar la calidad de los servicios prestados a los afiliados por los Prestadores de Servicios de Salud, sin perjuicio de las acciones legales de vigilancia y control que sobre este tipo de prestadores corresponda al departamento, y las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes; **4)** Organizar la red prestadora de servicios debidamente habilitada para la atención de los afiliados, red que deberá incluir lo concerniente a los servicios contemplados por el POS-S incluyendo las actividades de promoción y prevención que le corresponda de conformidad con la reglamentación aplicable para estos efectos, que garantice la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud; **5)** Entregar a cada usuario el listado de Prestadores de Servicios de Salud que conforman la red y los servicios que prestan, y en forma oportuna, los cambios que se presenten en la misma. **6)** Informar y educar a los afiliados, sobre el contenido del POSS, los procedimientos para la atención en salud, la red prestadora de servicios contratada; los deberes y derechos que poseen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; el uso racional de los servicios; las actividades objeto de Copagos, su valor y formas de cobro por parte de la Administradora; **7)** Garantizar a los afiliados los protocolos de referencia y contrarreferencia, que permitan la complementariedad en los servicios contemplados, y no contemplados por el POSS; **8)** Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial las que se deriven en cumplimiento de la interventoría de este contrato. i) Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003, las partes se abstendrán de imponer cláusulas gravosas, para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. **QUINTA .- CONTRATACIÓN DE LA RED PRESTADORA.-** EL CONTRATISTA, en cumplimiento del artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003 y el artículo 9o del Decreto 046 de 2000 y el artículo 43 del Decreto 050 de 2003, deberá contratar los servicios que requiera su población afiliada, con la red hospitalaria pública de la zona de operación regional en la cual se encuentra autorizada para operar el régimen subsidiado siempre y cuando la región cuente con la oferta pública que le permita prestar los servicios a financiar con dichos porcentajes. Entendiéndose que si la red pública no satisface la demanda total de los afiliados del municipio, EL CONTRATISTA puede acudir a la red existente debidamente habilitada, de tal manera que garantice parámetros de calidad a los afiliados como la accesibilidad, oportunidad y eficiencia. **PARÁGRAFO 1.-** Lo dispuesto en la presente cláusula no aplicará cuando en la zona de operación regional no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios o cuando por razones geográficas con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otra zona de operación regional por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este párrafo EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes. **PARÁGRAFO 2.-** Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación. **PARAGRAFO 3.-** En todo caso del total de los contratos de aseguramiento suscritos entre la ARS y el municipio, distrito o departamento, los montos mínimos de contratación con la red pública, resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001, se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPCS, efectivamente recibida por EL CONTRATISTA, sin contabilizar el porcentaje de promoción y prevención cuya ejecución estará a cargo de la entidad territorial, excepto

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

cuando EL CONTRATISTA sea ARS o EPS Indígena, evento en el cual, el porcentaje mínimo de contratación y ejecución se calculará con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de las UPCS, efectivamente recibida por EL CONTRATISTA sin descontar el porcentaje definido por el CNSSS para las acciones de promoción y prevención, según lo dispuesto por el artículo 43 del Decreto 050 de 2003.

PARAGRAFO 4. - EL CONTRATANTE se abstendrá de imponer a EL CONTRATISTA, cláusulas gravosas para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. **SEXTA.- DURACION:** La duración del presente contrato es desde el _____, contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento y registro presupuestal y hasta el _____ de _____ del 2005. **SEPTIMA.-VALOR DEL CONTRATO:** El valor del presente Contrato corresponde al resultado obtenido de multiplicar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, previo descuento del porcentaje para acciones de Promoción y Prevención definido por el CNSSS, excepto en las ARS o EPS indígenas, en cumplimiento del artículo 46 de la Ley 715 de 2001, por el número de afiliados de la base de datos que forma parte del presente contrato. El valor de la Unidad de Pago por Capitación será el vigente al momento de la celebración del contrato o el que determine durante su ejecución el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

OCTAVA. - FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE pagará a EL CONTRATISTA, las UPC S correspondientes a sus afiliados, resultantes del descuento del porcentaje que para acciones de Promoción y Prevención definió el CNSSS, excepto en las ARS o EPS indígenas CONTRATISTAS a las cuales no se les realizará este descuento, en cumplimiento del artículo 46 de la Ley 715 de 2001, en forma anticipada por bimestres y dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre. El cálculo de las UPC a pagar, se realizará teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados entregada a **EL CONTRATISTA**, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes. El primer pago deberá corresponder: 1) Al valor proporcional de las UPCS resultantes, de los afiliados incluidos en el contrato que vienen con carné con vigencia indefinida, y 2) Al valor proporcional de las UPCS resultantes, de los afiliados incluidos en el contrato que vienen con carné con vigencia anual, y de los nuevos afiliados, sin perjuicio del descuento posterior de las UPC-S resultantes no causadas, por aquellos afiliados, que vienen con carné con vigencia anual y por aquellos afiliados nuevos, no carnetizados. En todo caso, los afiliados no carnetizados, serán descontados por EL CONTRATANTE desde el primer día de contratación. Los pagos posteriores se sujetarán, al informe de carnetización de los afiliados que vienen con carné con vigencia anual y de los nuevos afiliados, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la iniciación del presente contrato de aseguramiento, y al reporte de Novedades mensuales entregadas por EL CONTRATISTA.

PARAGRAFO 1. Cuando se presenten novedades que afecten la sumatoria total del valor de las UPC resultantes inicialmente contratadas, se harán los ajustes necesarios, para determinar lo efectivamente adeudado a EL CONTRATISTA en relación con las UPC resultantes; estos ajustes, deberán reflejarse en el valor a pagar en el período pactado inmediatamente siguiente.

PARÁGRAFO 2- La forma de pago de los recursos del presente contrato, no queda sujeta a las distintas fuentes de financiación, sino exclusivamente a la disponibilidad de recursos con destino al régimen subsidiado del Fondo Local de Salud.

PARÁGRAFO 3- En los términos del Artículo 65 de la Ley 383 de 1.997 los recursos de las UPC-S resultantes, no podrán ser sujetos de la reterfuente de ningún orden.

NOVENA.- GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS.- Si al momento del giro de los recursos del FOSYGA, EL CONTRATANTE incurre en una de las causales establecidas por el artículo 24 del decreto 50 de 2003 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren o complementen, EL CONTRATANTE autoriza al Ministerio de la Protección Social para que realice el giro directo sin situación de fondos a EL CONTRATISTA del valor de la cuota parte del porcentaje de cofinanciación pactado con recursos de FOSYGA y los recursos del Sistema General de Participaciones, hasta la finalización de la vigencia del presente contrato, según lo dispuesto por el artículo 64 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 11 del Decreto Ley 1281 de 2002, previo cumplimiento del procedimiento y requisitos establecidos por los artículos 25, 26 y 28 del Decreto 50 de 2003 y demás normas que lo

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. **PARÁGRAFO 1-** En los casos en que se aplique el giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones o del Fosyga a EL CONTRATISTA, cuando EL CONTRATANTE no suministre en los términos y condiciones previstos en las normas vigentes la información necesaria para efectuarlo, la Nación podrá utilizar la información que suministre EL CONTRATISTA y la de los contratos. EL CONTRATANTE será responsable del pago de lo no debido que, como consecuencia del incumplimiento de los deberes de información, llegare a realizar la Nación o el administrador fiduciario del Fosyga a EL CONTRATISTA tal y como lo establece el artículo 11 del Decreto Ley 1281 de 2002. **DECIMA.- INTERESES MORATORIOS.** EL CONTRATANTE deberá reconocer, a favor de EL CONTRATISTA intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando no gire los recursos en los plazos establecidos en el presente contrato, de acuerdo con lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, el artículo 32 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que los adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. Estos intereses, deberán pagarse con cargo a los recursos propios de la entidad territorial de libre destinación, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar. **DECIMA PRIMERA.- PAGOS A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS.-** EL CONTRATISTA deberá cancelar los recursos a los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores dentro de los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios, con los términos para la oportunidad en el pago y según la modalidad de los contratos celebrados. Estos plazos, en todo caso, deben sujetarse a los establecidos en las normas que reglamentan las condiciones para el pago a los Prestadores de Servicios de Salud por parte de las ARS y garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado. **PARÁGRAFO 1 .-** En todo caso, una vez girados los recursos correspondientes a la UPCS por parte de EL CONTRATANTE, EL CONTRATISTA deberá priorizar el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud que atienden a la población por la cual se recibe el recurso, sobre cualquier otro prestador de servicios de salud contratado por EL CONTRATISTA, en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 9º del Decreto 46 de 2000. **PARÁGRAFO 2 .-** EL CONTRATISTA que no gire los recursos en los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios a los Prestadores de Servicios de Salud, deberá reconocer a éstos, intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, de acuerdo con lo definido en el Decreto-ley 1281 de 2002, el parágrafo del artículo 33 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que los adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. Estos intereses, deberán pagarse con cargo a los recursos propios o diferentes a los destinados a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar. **DECIMA SEGUNDA.- GIRO EXCEPCIONAL DE UPC.** Sin perjuicio de lo previsto en el Decreto 882 de 1998, en los eventos definidos en el artículo 24 el Decreto 050 de 2003, si al momento del giro de los recursos, EL CONTRATISTA incurre en una de las causales establecidas por el artículo 33 del decreto 50 de 2003 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren o complementen, EL CONTRATISTA autoriza a el Ministerio de la Protección Social y/o a EL CONTRATANTE a aplicar le medida de giro excepcional de UPCS resultante, a EL CONTRATISTA, o a los Prestadores de Servicios de Salud contratados por EL CONTRATISTA, en la forma y procedimientos establecidos por el artículo 34 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que los adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. **PARÁGRAFO 1.-** En los casos en que se giren directamente los recursos del régimen subsidiado a los Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social o EL CONTRATANTE podrán utilizar la información que ellas suministren y la de los contratos de prestación de servicios, para aplicar la medida. Cuando EL CONTRATISTA no suministre en los términos y condiciones previstas en las normas vigentes la información necesaria para efectuar el giro, será responsable del pago de lo no debido que, como consecuencia del incumplimiento de los deberes de información, llegare a realizar el Ministerio de la Protección Social o EL CONTRATANTE, según lo establecido por el artículo 12 del Decreto Ley 1281 de 2002. **PARÁGRAFO 2.-**

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

De la aplicación de la medida de giro excepcional, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que proceda a adelantar las actuaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias. **DECIMA TERCERA.- EFECTOS DE LA MORA DE EL CONTRATISTA FRENTE A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS.** En aquellos eventos en que EL CONTRATISTA incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red prestadora de servicios de salud respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, EL CONTRATANTE podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con EL CONTRATISTA, en el siguiente período de contratación, siempre que se garantice el debido proceso, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. En este caso, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación. **DECIMA CUARTA. - GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE EL CONTRATISTA:** Los gastos de administración de EL CONTRATISTA serán los que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud durante la ejecución del presente contrato. **DECIMA QUINTA- IMPUTACION Y REGISTRO PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato se imputará al rubro presupuestal que determine el correspondiente código fiscal de la entidad territorial, de conformidad con la disponibilidad presupuestal No. _____, de fecha: _____, y se registrará presupuestalmente una vez suscrito el contrato, requisito este para su perfeccionamiento. **DECIMA SEXTA.- REASEGURO.** EL CONTRATISTA, reasegurará los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el CNSSS como de alto costo, sin que ello implique la delegación de la función que les corresponde en materia de aseguramiento. **DECIMA SEPTIMA.- COBRO DE COPAGOS.** Los valores correspondientes a los copagos fijados por el CNSSS serán cobrados en forma obligatoria por EL CONTRATISTA, sin que haya lugar a que EL CONTRATISTA, modifique los montos establecidos por el CNSSS para su cobro. **DECIMA OCTAVA.- OPERACIONES CON ENTIDADES SUBORDINADAS.** EL CONTRATISTA, deberá abstenerse de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social, esto es, de celebrar contratos en condiciones de pérdida para EL CONTRATISTA con una entidad subordinada, tales como, la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a EL CONTRATISTA a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. **DECIMA NOVENA. - CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.** Los contratos por capitación que celebre EL CONTRATISTA con los prestadores de servicios de salud, no la relevarán de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros. Se considerará práctica insegura, la contratación que realice EL CONTRATISTA con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios, por lo que, EL CONTRATISTA, será solidariamente responsable de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto. **PARÁGRAFO 1.-** Cuando EL CONTRATISTA realice contratos de capitación deberá requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. EL CONTRATISTA se abstendrá de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información. **PARÁGRAFO 2.-** EL CONTRATISTA, no podrá

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con un mismo prestador de servicios de salud. **VIGÉSIMA-.PRACTICAS NO AUTORIZADAS.** EL CONTRATISTA no podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional, así mismo, se encuentra prohibido a EL CONTRATISTA las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados, y cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de EL CONTRATISTA y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada, según lo establecido por el artículo 15 del Decreto 515 de 2004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. **VIGÉSIMA PRIMERA-.POLIZA DE GARANTIA Y CUMPLIMIENTO: EL CONTRATISTA** constituirá a favor del **CONTRATANTE** y le suministrará, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción de presente contrato, una Póliza de Garantía y Cumplimiento expedida por una compañía de seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones que adquiere, por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y una vigencia desde la fecha de suscripción y cuatro (4) meses más del término de duración del presente contrato. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- INTERVENTORIA.** La interventoría del presente contrato, será ejercida por intermedio de EL CONTRATANTE a través del funcionario o persona que éste designe, en desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y el Acuerdo 244 del CNSSS, con el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta deberá ser permanente de carácter interno o externo y podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social. **VIGÉSIMA TERCERA. - DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO:** Hacen parte integral de este contrato: **1).** Base de datos de los afiliados a EL CONTRATISTA con el aval o visto bueno del Alcalde O Gobernador según sea el caso, y según estructura establecida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002; **2).** Copia de los contratos suscritos por EL CONTRATISTA con la Red de Prestadores de Servicios de Salud; **3).** La póliza de Reaseguro de Alto Costo; **4)** póliza de garantía y cumplimiento; **5)** El listado o base datos de los afiliados de continuidad carnetizados. **6)** Los lineamientos técnicos y o administrativos que cada entidad territorial defina para el cabal cumplimiento de las obligaciones, los cuales deben estar enmarcados dentro de la normatividad vigente; y **7)** Los demás que se generen durante el desarrollo y ejecución del presente contrato. **VIGESIMA CUARTA - MULTAS** En caso de incumplimiento parcial por **EL CONTRATISTA** de las obligaciones y responsabilidades pactadas en el presente contrato y de las establecidas por la ley, **EI CONTRATANTE**, previo el informe del interventor sobre la gravedad y alcance del incumplimiento, podrá imponerle multas hasta por un valor equivalente al tres por ciento (3%) del valor del contrato, las cuales sumadas no podrán exceder del diez por ciento (10%) del valor total del contrato. En todo caso, el pago de las multas, no podrá imputarse a los recursos destinados para la prestación de los servicios de salud. **VIGÉSIMA QUINTA.- CLAUSULAS EXCEPCIONALES AL DERECHO COMUN.** - Se entienden incorporadas al presente contrato las cláusulas exorbitantes o excepcionales al derecho común, de la interpretación unilateral, la modificación unilateral, la terminación unilateral y la caducidad, contenidas en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993, respectivamente. **PARÁGRAFO 1.-** Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia del incumplimiento en el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, por cuatro (4) meses EL CONTRATANTE dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa, de conformidad con el artículo 1º de la Ley 828 de 2003. **VIGÉSIMA SEXTA.- DE LA LIQUIDACION DEL**

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

CONTRATO. La liquidación del presente contrato se rige por la ley 80 de 1993, en consecuencia, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del presente contrato, las partes se obligan a su liquidación. En todo caso, las actas de liquidación deberán discriminar por cada fuente de financiación del régimen subsidiado, los pagos efectuados y los excedentes generados por cada una de ellas. **VIGÉSIMA SEPTIMA - DE LA LIQUIDACION UNILATERAL DEL CONTRATO.-** En el evento de no lograrse la liquidación de mutuo acuerdo del contrato dentro del término de los cuatro meses, **EL CONTRATANTE** adelantará las acciones administrativas y legales necesarias para proceder a la liquidación unilateral, de conformidad con lo definido por el artículo 50 del decreto 50 de 2003, para lo cual, **EL CONTRATANTE** deberá expedir el acto administrativo ordenándola, dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del término para la liquidación de mutuo acuerdo. En todo caso **EL CONTRANTE**, debe allegar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia, el informe de liquidación del contrato antes del 31 diciembre del año correspondiente. **VIGÉSIMA OCTAVA. - CLAUSULA COMPROMISORIA.** Para efectos de dirimir las diferencias que puedan surgir en relación con el desarrollo, ejecución, terminación y liquidación del presente contrato de aseguramiento, las partes acuerdan someter la decisión a Jurisdicción arbitral, de acuerdo con lo establecido en el artículo 70 de la ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA NOVENA . - TERMINACIÓN.** Para efectos de terminación del presente Contrato, las partes se sujetarán a lo dispuesto al respecto en la ley 80 de 1993 y adicionalmente acuerdan las siguientes causales de terminación; 1) Por incumplimiento de las obligaciones legales o contractuales convenidas, 2) En el evento en que **EL CONTRATISTA** incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red de prestadores de servicios, respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, en dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y que equivalga como mínimo al 5% del pasivo corriente de **EL CONTRATISTA**. Esta causal impedirá que **EL CONTRATISTA** contrate con la misma entidad territorial para el siguiente período de contratación. 3) Cuando exista imposición de multas sucesivas a **EL CONTRATISTA**, por el reiterado incumplimiento parcial de las obligaciones y responsabilidades pactadas en el presente contrato de aseguramiento y de las establecidas por la ley. 4) Por retiro de **EL CONTRATISTA**, previa Informe de su decisión de retiro a la Superintendencia Nacional y a **EL CONTRATANTE** por lo menos cuatro (4) meses antes, con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad, garantizando durante este lapso, la continuidad de los servicios a los afiliados. 5) Por acuerdo entre las partes. En estos casos, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación. **TRIGÉSIMA. - PROHIBICIÓN DE TRASLADAR LAS RESPONSABILIDADES DEL ASEGURAMIENTO:** Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a **EL CONTRATISTA** y en consecuencia **EL CONTRATISTA** no podrá ceder sus responsabilidades a terceros. **TRIGÉSIMA PRIMERA. - CESION.** - La cesión del presente contrato solo procede en las circunstancias establecidas en las normas, previo el cumplimiento de los procesos administrativos para su aplicación. En ningún caso, podrá presentarse la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento, la cual se entiende prohibida en el Régimen Subsidiado. **TRIGÉSIMA SEGUNDA. - DOMICILIO:** Para todos los efectos a que haya lugar en el desarrollo y cumplimiento del presente Contrato, las partes acuerdan como domicilio el del lugar del municipio, distrito, departamento contratante. - **TRIGÉSIMA TERCERA- NORMATIVIDAD APLICABLE.-** Se entienden incorporadas al presente contrato todas las normas para la aplicación y desarrollo de las cláusulas pactadas en el presente contrato de conformidad con las funciones y responsabilidad de las partes en la operación del régimen subsidiado y en especial lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y 715 de 2001, Decretos reglamentarios, Acuerdos del CNSSS, Resoluciones y Circulares del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud vigentes, así como las normas que las aclaren, modifiquen, adicionen o complementen. **TRIGÉSIMA CUARTA - PERFECCIONAMIENTO:** El presente

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Contrato, se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y con el correspondiente registro presupuestal. **TRIGÉSIMA QUINTA.-** Las partes de este contrato, manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del mismo, por lo que en consecuencia, se obligan en todos sus ordenes y manifestaciones.

FIRMAS:

EL CONTRATANTE

EL CONTRATISTA

 Representante Legal de la Entidad Territorial
 Administradora

 Representante Legal de la

de Régimen Subsidiado

CLÁUSULAS INCORPORADAS AL CONTRATO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

PRIMERA.- PARTES DEL CONTRATO.- Para todos los efectos que se puedan derivar del presente contrato, el Municipio o Distrito o el Departamento, según el caso, se denominaran **EL CONTRATANTE** y la Administradora del Régimen Subsidiado ARS Caja de Compensación Familiar CCF, autorizada legalmente para ello y seleccionada conforme al procedimiento de los Decretos 2357 de 1.995, 1804 de 1.999, 046 de 2000 y 163 de 2004, se denominará **EL CONTRATISTA**. - **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El contratante se compromete además de cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, a las siguientes obligaciones derivadas del presente contrato: **1)** Velar por la ejecución y cumplimiento del Contrato de Administración del Régimen Subsidiado y por el Aseguramiento en Salud de la población afiliada a partir de la suscripción y registro presupuestal de este contrato. **2)** Entregar a **EL CONTRATISTA**, la base de datos de afiliados al régimen subsidiado que hacen parte del presente contrato, depurada y actualizada en cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Información definidos en las resoluciones 890 y 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. Constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado, de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por las Resoluciones 890 de 2002, 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. **3)** Exigir a **EL CONTRATISTA**, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato: a) La información correspondiente a la carnetización de los afiliados de continuidad, los afiliados recibidos por traslados, y la entrega de los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados, para efectos de su verificación; b) Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de la habilitación de los servicios, que garanticen la atención a la población de su área de influencia; estos contratos no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación, en cumplimiento del artículo 47 del Acuerdo 244 del CNSSS; c) El reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada en el municipio, distrito o departamento; d) La póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato; **4)** Respetar la libertad que tiene **EL CONTRATISTA** para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003. **5)** Abstenerse de imponer cláusulas gravosas para la selección de prestadores por parte de **EL CONTRATISTA**. **6)** Requerir mensualmente a **EL CONTRATISTA**, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

demás proveedores, y un informe sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que constituyó la póliza de enfermedades de Alto Costo. **7)** Requerir mensualmente a EL CONTRATISTA, la acreditación del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1º de la Ley 828 de 2003.**7)** Adelantar los procedimientos administrativos o judiciales ante las instancias correspondientes, en el evento de determinarse el incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **EL CONTRATISTA**. **8)** Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato. **TERCERA.- OBLIGACIONES DE LA ARS.- EL CONTRATISTA** se obliga para con **EL CONTRATANTE** a cumplir con el objeto del presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, para lo cual deberá adelantar las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones: **1)** Disponer y mantener un sistema de información que permita obtener datos separados con relación al número de personas afiliadas, con su correspondiente documento de identidad, de conformidad con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 y demás normas que las adicionen, modifiquen, aclaren o complementen; **2)** Garantizar la aplicación del 100 % de los recursos del régimen subsidiado que administra directamente, previo cumplimiento de los procesos presupuestales establecidos en la normatividad vigente y en especial atendiendo lo contemplado en el Decreto 050 de 2003 y demás normas que regulan la materia, sobre presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección, aplicación y flujo de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 50 de 2003; y responder por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. **3)** No realizar Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado que administre directamente con los demás recursos que maneja la Caja de Compensación Familiar, manejando los recursos que administre directamente para el régimen subsidiado, en cuentas contables y bancarias separadas del resto de los recursos en cumplimiento del inciso 3º del artículo 12 del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicionen, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen. **4)** Impedir que los recursos del Régimen Subsidiado que administra en forma directa, sean objeto de embargo, pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, según lo establecido por el artículo 19 del Decreto Extraordinario 111 de 1996, por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995, que conforman el Estatuto Orgánico de Presupuesto, el inciso 2º del artículo 91 de la ley 715 de 2001 y el artículo 8º del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicionen, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen. **5)** Evitar la múltiple afiliación o cualquier afectación indebida de UPC dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y no ejecutar UPC de personas que estén siendo compensadas en el Régimen Contributivo y/o aparezcan multiafiliadas en el Régimen Subsidiado y/o estén atendidas por regímenes excepcionados, tal y como lo establece el inciso 3º del artículo 22 del decreto 50 de 2003. **6)** Ejecutar, las UPC correspondientes a los afiliados contratados, previo cumplimiento y acreditación de las condiciones establecidas en la **cláusula octava del presente contrato**. La ejecución de los recursos que administra directamente, deberá reflejar la afectación de los recursos o fuentes de financiación establecidas en el presente contrato. **7)** Calcular las UPC resultantes, teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes, de acuerdo con lo contemplado por el artículo 12 del decreto 50 de 2003. **8)** Carnetizar los nuevos afiliados, o a los que tienen carné con vigencia anual, dentro de los 30 días

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

calendario siguientes a la suscripción del presente contrato, en cumplimiento de lo descrito por el inciso 4º del artículo 4º del Acuerdo 225 del CNSSS., o la norma que lo aclare o modifique aplicable al presente contrato **9)** Entregar dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato de aseguramiento, a la red prestadora de servicios, los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos, los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados; **10)** Entregar a **EL CONTRATANTE**, dentro de los tres (3) días siguientes al perfeccionamiento de este contrato, los documentos exigidos en el artículo segundo numeral (3) del presente contrato; **11)** Entregar mensualmente a **EL CONTRATANTE**, el archivo de Novedades de los afiliados contratados dentro de los diez (10) días calendario del mes, y el informe de ejecución de las Actividades de promoción y prevención que le correspondan, de conformidad con la reglamentación aplicable para estos efectos; **12)** Actualizar los listados o bases de datos de afiliados, según su reporte de novedades, y entregarlos a la red prestadora contratada y a **EL CONTRATANTE** dentro de los cinco (5) primeros días del mes correspondiente. **13)** Garantizar a los afiliados el sistema de referencia y contrarreferencia para los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y contribuir con la referencia y contrarreferencia, para la prestación de los servicios no contemplados por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; **14)** Celebrar convenios con la entidad territorial competente, con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a lo no cubierto por el POSS, y que procuren la eficiente y oportuna prestación de estos servicios, de conformidad con lo establecido por el artículo 42 del Acuerdo 244 del CNSSS. **15)** Garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de complejidad, sin implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los servicios básicos, tales como centrales de autorización, o prácticas que generen mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman su red de prestadores deservicios de salud, esto, es al prestador primario habilitado, según lo definido por el artículo 6º del Decreto 515 de 2004. **16)** Garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado contratados con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, para lo cual deberá dar cumplimiento a las reglas establecidas en el capítulo V del Decreto 050 de 2003 y en especial a las que hacen relación con los términos para la oportunidad en el pago a los prestadores de Servicios de Salud según la modalidad de los contratos celebrados. De conformidad con los plazos pactados en los contratos de prestación de servicios de salud cancelar oportunamente las obligaciones que haya contraído con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, atendiendo en todo caso la reglamentación vigente sobre pagos a los prestadores de servicios de salud por parte de las ARS; **17)** Girar al fondo de salud correspondiente dentro de los tres (3) días siguientes a , a la fecha límite establecida para el recaudo de los Recursos del Sistema de Subsidio Familiar, los recursos destinados a Promoción y prevención , de conformidad con el número de afiliados efectivos, establecidos de acuerdo a la normatividad vigente, sin perjuicio de los ajustes a que haya lugar cuando deba efectuarse un mayor o menor reconocimiento de UPC. **18)** Establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los aspectos de, información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos, procesos de afiliación, base de datos de afiliados, carnetización de afiliados, contratación y negociación de red de prestadores de servicios, radicación de facturas, pago a prestadores de servicios de salud y proveedores, auditoría integral del proceso de atención, atención de quejas y sugerencias, red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia, según lo dispuesto por el artículo 41 del Acuerdo 244 del CNSSS. **19)** Informar su intención de retiro a la Superintendencia Nacional y a **EL CONTRATANTE** por lo menos cuatro (4) meses antes, con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad, teniendo en cuenta que durante este lapso, deberá garantizar la continuidad de los servicios a los

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

afiliados, de acuerdo con lo contemplado por el artículo 18 del decreto 515 de 2004. **20)** Suscribir los contratos de Aseguramiento para garantizar la continuidad de los afiliados que la seleccionaron, siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en la norma, cuando no manifieste, su intención de retirarse. **21)** Recibir la inscripción y afiliación de nuevos beneficiarios, en el evento de ampliación de cobertura. **21)** Acreditar el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante el lapso del presente contrato de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y el artículo 1º de la ley 828 de 2003. **22)** Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato. **CUARTA.- RESPONSABILIDADES CONJUNTAS DE LAS PARTES:** Las partes deben: **1)** Constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por el Ministerio de la Protección Social; **2)** Tener un sistema de información que permita obtener datos separados para el municipio y el departamento en relación con el número de población afiliada por este contrato, con su correspondiente identificación; **3)** Vigilar, inspeccionar, auditar y controlar la calidad de los servicios prestados a los afiliados por los Prestadores de Servicios de Salud, sin perjuicio de las acciones legales de vigilancia y control que sobre este tipo de prestadores corresponda al departamento, y las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes; **4)** Organizar la red prestadora de servicios debidamente habilitada para la atención de los afiliados, red que deberá incluir lo concerniente a los servicios contemplados por el POS-S incluyendo las actividades de promoción y prevención que le corresponda de conformidad con la reglamentación aplicable para estos efectos, que garantice la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud; **5)** Entregar a cada usuario el listado de Prestadores de Servicios de Salud que conforman la red y los servicios que prestan, y en forma oportuna, los cambios que se presenten en la misma. **6)** Informar y educar a los afiliados, sobre el contenido del POSS, los procedimientos para la atención en salud, la red prestadora de servicios contratada; los deberes y derechos que poseen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; el uso racional de los servicios; las actividades objeto de Copagos, su valor y formas de cobro por parte de la Administradora; **7)** Garantizar a los afiliados los protocolos de referencia y contrarreferencia, que permitan la complementariedad en los servicios contemplados, y no contemplados por el POSS; **8)** Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial las que se deriven en cumplimiento de la interventoría de este contrato. **9)** Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley 715 de 2.001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003, las partes se abstendrán de imponer cláusulas gravosas, para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. **QUINTA .- CONTRATACIÓN DE LA RED PRESTADORA.-** EL CONTRATISTA, en cumplimiento del artículo 51 de la Ley 715 de 2001, el artículo 44 de la Ley 812 de 2003, el artículo 9o del Decreto 046 de 2000 y el artículo 43 del Decreto 050 de 2003, deberá contratar los servicios que requiera su población afiliada, con la red hospitalaria pública de la zona de operación regional en la cual se encuentra autorizada para operar el régimen subsidiado siempre y cuando la región cuente con la oferta pública que le permita prestar los servicios a financiar con dichos porcentajes. Entendiéndose que si la red pública no satisface la demanda total de los afiliados del municipio, EL CONTRATISTA puede acudir a la red existente debidamente habilitada, de tal manera que garantice parámetros de calidad a los afiliados como la accesibilidad, oportunidad y eficiencia. **PARÁGRAFO 1.-** Lo dispuesto en la presente cláusula no aplicará cuando en la zona de operación regional no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios o cuando por razones geográficas con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otra zona de operación regional

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este párrafo EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes. **PARÁGRAFO 2.-** Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación. **PARAGRAFO 3.-** En todo caso del total de los contratos de aseguramiento suscritos entre la ARS y el municipio, distrito o departamento, los montos mínimos de contratación con la red pública, resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001, se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPCS, efectivamente recibida por EL CONTRATISTA, sin contabilizar el porcentaje de promoción y prevención cuya ejecución estará a cargo de la entidad territorial, según lo dispuesto por el artículo 43 del Decreto 050 de 2003. **PARAGRAFO 4. -** EL CONTRATANTE se abstendrá de imponer a EL CONTRATISTA, cláusulas gravosas para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. **SEXTA.- DURACION:** La duración del presente contrato es desde el _____, contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento y registro presupuestal y hasta el _____ de _____ del 2005. **SEPTIMA.- VALOR DEL CONTRATO:** El valor del presente Contrato corresponde al resultado obtenido de multiplicar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, previo descuento del porcentaje para acciones de Promoción y Prevención definido por el CNSSS, por el número de afiliados de la base de datos que forma parte del presente contrato. El valor de la Unidad de Pago por Capitación será el vigente al momento de la celebración del contrato o el que determine durante su ejecución el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. **PARAGRAFO.-** El porcentaje para acciones de Promoción y Prevención definido por el CNSSS, de los beneficiarios incluidos dentro del presente contrato, será destinado para la prestación de las mismas por parte del Ente Territorial, afectando **EL CONTRATISTA** este porcentaje con cargo a los recursos disponibles en la cuenta independiente de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1.993 y girando estos recursos a la cuenta del Fondo Local de Salud Municipal para aquellos municipios que cumplieron los requisitos establecidos en la Resolución 968 de julio 24 de 2.002 del Ministerio de Protección Social, o en su defecto, al Fondo Departamental de Salud para aquellos municipios que a partir del año 2003, no cuentan con Plan de Atención Básica de conformidad con lo establecido en el inciso 3º del artículo 46 de la Ley 715 de 2001. **OCTAVA. - EJECUCION DE LOS RECURSOS.-** El valor del presente contrato se pagará a través de la administración directa de los recursos certificados a EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA, afectará el valor de las UPC S resultantes del descuento del porcentaje que para acciones de Promoción y Prevención definió el CNSSS correspondientes a sus afiliados, en forma anticipada por bimestres y dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre, con cargo a los recursos disponibles en la cuenta independiente de que trata el artículo 217 de la ley 100 de 1993. El cálculo de las UPCS, a afectar por el contratista, se realizará teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados entregada a **EL CONTRATISTA**, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes. EL CONTRATISTA, deberá entregar a EL CONTRATANTE, el informe de carnetización de los nuevos afiliados y, el reporte de novedades por la ARS, a efecto de determinar el comportamiento de los afiliados en la ejecución del presente contrato. El primer pago a afectar deberá corresponder: 1) Al valor proporcional de las UPCS resultantes, de los afiliados incluidos en el contrato que vienen con carné con vigencia indefinida, y 2) Al valor proporcional de las UPCS resultantes, de los afiliados incluidos en el contrato que vienen con carné con vigencia anual, y de los nuevos afiliados, sin perjuicio del descuento posterior de las UPC-S resultantes no causadas, por aquellos afiliados, que vienen con carné con vigencia anual y por aquellos afiliados nuevos, no carnetizados. En todo caso los afiliados no carnetizados serán descontados en la afectación de recursos, por parte de EL CONTRATISTA, desde el

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

primer día de contratación. La afectación posterior de recursos se sujetará, al informe de carnetización de los afiliados que vienen con carné con vigencia anual y de los nuevos afiliados, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la iniciación del presente contrato de aseguramiento, y al reporte de Novedades mensuales entregadas por EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO 1.** Cuando se presenten novedades que afecten la sumatoria total del valor de las UPC resultantes inicialmente contratadas, se harán los ajustes necesarios, para determinar lo efectivamente ejecutado por EL CONTRATISTA en relación con las UPC resultantes; estos ajustes, deberán reflejarse en el valor final a ser afectado por EL CONTRATISTA, en el acta de liquidación del contrato, atendiendo la reglamentación existente. **PARÁGRAFO 2-** En los términos del Artículo 65 de la Ley 383 de 1.997 los recursos de las UPC-S resultantes, no podrán ser sujetos de la reafectación de ningún orden. **NOVENA.- PAGOS A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS.-** EL CONTRATISTA deberá cancelar los recursos a los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores dentro de los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios, con los términos para la oportunidad en el pago y según la modalidad de los contratos celebrados. Estos plazos, en todo caso, deben sujetarse a los establecidos en las normas que reglamentan las condiciones para el pago a los Prestadores de Servicios de Salud por parte de las ARS y garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado. **PARÁGRAFO 1 .-** En todo caso, una vez girados los recursos correspondientes a la UPCS por parte de EL CONTRATANTE, EL CONTRATISTA deberá priorizar el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud que atienden a la población por la cual se recibe el recurso, sobre cualquier otro prestador de servicios de salud contratado por EL CONTRATISTA, en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 9º del Decreto 46 de 2000. **PARÁGRAFO 2 .-** EL CONTRATISTA que no gire los recursos en los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios a los Prestadores de Servicios de Salud, deberá reconocer a éstos, intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, de acuerdo con lo definido en el Decreto-ley 1281 de 2002, el parágrafo del artículo 33 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que los adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. Estos intereses, deberán pagarse con cargo a los recursos propios o diferentes a los destinados a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar. **DECIMA .- EFECTOS DE LA MORA DE EL CONTRATISTA FRENTE A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS.** En aquellos eventos en que EL CONTRATISTA incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red prestadora de servicios de salud respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, EL CONTRATANTE podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con EL CONTRATISTA, en el siguiente período de contratación, siempre que se garantice el debido proceso, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. En este caso, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación. **DECIMA PRIMERA. - GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE EL CONTRATISTA:** Los gastos de administración de EL CONTRATISTA serán los que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud durante la ejecución del presente contrato. **DECIMA PRIMERA- IMPUTACION Y REGISTRO PRESUPUESTAL:** El presente contrato se sujetará a los procedimientos contables establecidos por EL CONTRATISTA para su ejecución. **DECIMA SEGUNDA.- REASEGURO.** EL CONTRATISTA, reasegurará los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el CNSSS como de alto costo, sin que ello implique la delegación de la función que les corresponde en materia de aseguramiento. **DECIMA TERCERA.- COBRO DE COPAGOS.** Los valores correspondientes a los copagos fijados por el CNSSS serán cobrados en forma obligatoria por EL CONTRATISTA, sin que haya lugar a que EL CONTRATISTA, modifique los montos establecidos por el CNSSS para su cobro. **DECIMA CUARTA.-**

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

OPERACIONES CON ENTIDADES SUBORDINADAS. EL CONTRATISTA, deberá abstenerse de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social, esto es, de celebrar contratos en condiciones de pérdida para EL CONTRATISTA con una entidad subordinada, tales como, la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a EL CONTRATISTA a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. **DECIMA QUINTA. - CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.** Los contratos por capitación que celebre EL CONTRATISTA con los prestadores de servicios de salud, no la relevarán de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros. Se considerará práctica insegura, la contratación que realice EL CONTRATISTA con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios, por lo que, EL CONTRATISTA, será solidariamente responsable de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto. **PARÁGRAFO 1.-** Cuando EL CONTRATISTA realice contratos de capitación deberá requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. EL CONTRATISTA se abstendrá de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información. **PARÁGRAFO 2.-** EL CONTRATISTA, no podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con un mismo prestador de servicios de salud. **DECIMA SEXTA.-PRACTICAS NO AUTORIZADAS.** EL CONTRATISTA no podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional, así mismo, se encuentra prohibido a EL CONTRATISTA las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados, y cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de EL CONTRATISTA y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada, según lo establecido por el artículo 15 del Decreto 515 de 2004 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. **DECIMA SEPTIMA.-POLIZA DE GARANTIA Y CUMPLIMIENTO: EL CONTRATISTA** constituirá a favor del **CONTRATANTE** y le suministrará, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción de presente contrato, una Póliza de Garantía y Cumplimiento expedida por una compañía de seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones que adquiere, por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y una vigencia desde la fecha de suscripción y cuatro (4) meses más del término de duración del presente contrato. **DECIMA OCTAVA.- INTERVENTORIA.** La interventoría del presente contrato, será ejercida por intermedio de EL CONTRATANTE a través del funcionario o persona que éste designe, en desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y el Acuerdo 244 del CNSSS, con el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta deberá ser permanente de carácter interno o externo y podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social. **DECIMA NOVENA. - DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO:** Hacen parte integral de este

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004

por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

contrato: **1).** Base de datos de los afiliados a EL CONTRATISTA con el aval o visto bueno del Alcalde O Gobernador según sea el caso, y según estructura establecida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002; **2).** Copia de los contratos suscritos por EL CONTRATISTA con la Red de Prestadores de Servicios de Salud; **3).** La póliza de Reaseguro de Alto Costo; **4)** póliza de garantía y cumplimiento; **5)** El listado o base datos de los afiliados de continuidad carnetizados. **6)** Los lineamientos técnicos y o administrativos que cada entidad territorial defina para el cabal cumplimiento de las obligaciones, los cuales deben estar enmarcados dentro de la normatividad vigente; y **7)** Los demás que se generen durante el desarrollo y ejecución del presente contrato.

VIGÉSIMA - MULTAS En caso de incumplimiento parcial por **EL CONTRATISTA** de las obligaciones y responsabilidades pactadas en el presente contrato y de las establecidas por la ley, **EI CONTRATANTE**, previo el informe del interventor sobre la gravedad y alcance del incumplimiento, podrá imponerle multas hasta por un valor equivalente al tres por ciento (3%) del valor del contrato, las cuales sumadas no podrán exceder del diez por ciento (10%) del valor total del contrato. En todo caso, el pago de las multas, no podrá imputarse a los recursos destinados para la prestación de los servicios de salud.

VIGÉSIMA PRIMERA.- CLAUSULAS EXCEPCIONALES AL DERECHO COMUN. - Se entienden incorporadas al presente contrato las cláusulas exorbitantes o excepcionales al derecho común, de la interpretación unilateral, la modificación unilateral, la terminación unilateral y la caducidad, contenidas en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Le y 80 de 1993, respectivamente. **PARÁGRAFO 1.-** Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia del incumplimiento en el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, por cuatro (4) meses **EL CONTRATANTE** dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa, de conformidad con el artículo 1º de la Ley 828 de 2003.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO. La liquidación del presente contrato se rige por la ley 80 de 1993, en consecuencia, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del presente contrato, las partes se obligan a su liquidación. En todo caso, las actas de liquidación deberán discriminar, los pagos efectuados y los excedentes generados.

VIGÉSIMA TERCERA - DE LA LIQUIDACION UNILATERAL DEL CONTRATO.- En el evento de no lograrse la liquidación de mutuo acuerdo del contrato dentro del término de los cuatro meses, **EI CONTRATANTE** adelantará las acciones administrativas y legales necesarias para proceder a la liquidación unilateral, de conformidad con lo definido por el artículo 50 del decreto 50 de 2003, para lo cual, **EL CONTRATANTE** deberá expedir el acto administrativo ordenándola, dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del término para la liquidación de mutuo acuerdo. En todo caso **EL CONTRANTE**, debe allegar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia, el informe de liquidación del contrato antes del 31 diciembre del año correspondiente.

VIGÉSIMA CUARTA. - CLAUSULA COMPROMISORIA. Para efectos de dirimir las diferencias que puedan surgir en relación con el desarrollo, ejecución, terminación y liquidación del presente contrato de aseguramiento, las partes acuerdan someter la decisión a Jurisdicción arbitral, de acuerdo con lo establecido en el artículo 70 de la ley 80 de 1993.

VIGÉSIMA QUINTA. - TERMINACIÓN. Para efectos de terminación del presente Contrato, las partes se sujetarán a lo dispuesto al respecto en la ley 80 de 1993 y adicionalmente acuerdan las siguientes causales de terminación; 1) Por incumplimiento de las obligaciones legales o contractuales convenidas, 2) En el evento en que **EL CONTRATISTA** incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red de prestadores de servicios, respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, en dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y que equivalga como mínimo al 5% del pasivo corriente de **EL CONTRATISTA**. Esta causal impedirá que **EL CONTRATISTA** contrate con la misma entidad territorial para el siguiente período de contratación. 3) Cuando exista imposición de multas sucesivas a **EL CONTRATISTA**, por el reiterado incumplimiento parcial de las obligaciones y responsabilidades pactadas en el presente contrato de aseguramiento y de las

RESOLUCION NUMERO 0838 DE 2004
 por la cual se adoptan las Minutas del Contrato de Aseguramiento del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

establecidas por la ley. 4) Por retiro de EL CONTRATISTA, previo Informe de su decisión de retiro a la Superintendencia Nacional y a EL CONTRATANTE por lo menos cuatro (4) meses antes, con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad, garantizando durante este lapso, la continuidad de los servicios a los afiliados. 5) Por acuerdo entre las partes. En estos casos, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación.

VIGÉSIMA SEXTA. - PROHIBICIÓN DE TRAS LADAR LAS RESPONSABILIDADES DEL ASEGURAMIENTO: Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a EL CONTRATISTA y en consecuencia EL CONTRATISTA no podrá ceder sus responsabilidades a terceros. **VIGÉSIMA SEPTIMA. - CESION.** - La cesión del presente contrato solo procede en las circunstancias establecidas en las normas, previo el cumplimiento de los procesos administrativos para su aplicación. En ningún caso, podrá presentarse la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento, la cual se entiende prohibida en el Régimen Subsidiado. **VIGÉSIMA OCTAVA. - DOMICILIO:** Para todos los efectos a que haya lugar en el desarrollo y cumplimiento del presente Contrato, las partes acuerdan como domicilio el del lugar del municipio, distrito, departamento contratante. - **VIGÉSIMA NOVENA- NORMATIVIDAD APLICABLE.-** Se entienden incorporadas al presente contrato todas las normas para la aplicación y desarrollo de las cláusulas pactadas en el presente contrato de conformidad con las funciones y responsabilidad de las partes en la operación del régimen subsidiado y en especial lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y 715 de 2001, Decretos reglamentarios, Acuerdos del CNSSS, Resoluciones y Circulares del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud vigentes, así como las normas que las aclaren, modifiquen, adicionen o complementen. **TRIGÉSIMA - PERFECCIONAMIENTO:** El presente Contrato, se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y con el correspondiente registro presupuestal. **TRIGÉSIMA PRIMERA.-** Las partes de este contrato, manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del mismo, por lo que en consecuencia, se obligan en todos sus ordenes y manifestaciones.

FIRMAS:

EL CONTRATANTE

EL CONTRATISTA

Representante Legal de la Entidad Territorial

Representante Legal de la Administradora
de Régimen Subsidiado