

393

**ALCANCE PRUEBA OFICIOSA RAD. 2018-00097 DTE: DIEGO DE JESUS AVENDAÑO Y OTROS**

Angela Maria Villa Medina &lt;avilla@sos.com.co&gt;

Mie 16/09/2020 4:53 PM

Para: Juzgado 12 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali &lt;j12cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

2 archivos adjuntos (2 MB)

CONTRATOS ORGANIZACION MENTE SANA zip; Certificación CONTRATO IPS MENTE SANA - PRORROGA AUTOMATICA.pdf,

Señora

**JUEZ DOCE (12º) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI**

E.S.D.

|                    |                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>REFERENCIA:</b> | <b>ALCANCE A PRUEBA OFICIOSA</b>                                    |
| <b>PROCESO:</b>    | <b>VERBAL</b>                                                       |
| <b>DEMANDANTE:</b> | <b>DIEGO DE JESUS AVENDAÑO Y OTROS</b>                              |
| <b>DEMANDADO:</b>  | <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.</b> |
| <b>RADICACIÓN:</b> | <b>2018-00097</b>                                                   |

**ÁNGELA MARÍA VILLA MEDINA**, mayor, vecina de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.113.632.980 de Palmira (V.), portadora de la Tarjeta Profesional No. 234.148 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderada Especial de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.**, amablemente doy alcance al auto de pruebas proferido dentro de la audiencia inicial celebrada el 3 de septiembre de 2020, aportando el contrato de prestación de servicios de salud suscrito entre ORGANIZACIÓN MENTE SANA y la EPS SOS S.A. junto con los Otrosí y certificación expedida por la jefe de Gestión de Redes Integrales respecto de la prórroga automática anual del Contrato No. 0885.

Cordialmente,

**ÁNGELA MARÍA VILLA MEDINA**

Abogada Procesos Judiciales

Jurídico Nacional

Tel (572) 4898686 Ext. 3315

Celular: 3185234160

Carrera 56 Nro 11A - 88 Cali (V.)

**Jornada flexible:** 6:30am-4:00pm[avilla@sos.com.co](mailto:avilla@sos.com.co)[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)

"Conozca nuestra empresa y nuestros productos ingresando a [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)"

**ADVERTENCIA:** El contenido de este documento y todos sus anexos es información confidencial y para uso exclusivo de la persona a la cual está dirigida. Cualquier tipo de distribución y/o difusión y, en general, cualquier uso indebido, está sancionado por la ley. Si usted no es el destinatario, elimínelo y absténgase de divulgar su contenido, por favor informe del error a la persona que lo envió. Las opiniones del contenido en este mensaje pertenecen a su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la entidad Servicio Occidental de Salud SA SOS.

1. 在 1950 年 10 月 1 日以前，凡在中华人民共和国领域内居住，具有中华人民共和国国籍的自然人，均具有中华人民共和国国籍。

[illegible]

1

7.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

2000

[illegible]

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

|          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| РАБОТНИК | 2013-2014                                     |
| ОБЩЕСТВО | МАРИЯ БИВАНОВА ПЕТАРОВА СЪОБЩАВА, ЧЕ НЕ Е БИЛ |
| ОБЩЕСТВО | СЪОБЩАВА, ЧЕ НЕ Е БИЛ                         |
| ОБЩЕСТВО | МАРИЯ БИВАНОВА ПЕТАРОВА                       |

—

\* DES-DE 25-A \* CMT REC 01:00:10.25 (PST)

2

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined by the method of Arar and Collins (1971) using a Shimadzu 1010 spectrophotometer.

6. The following are the names of the persons who have been appointed to the various committees of the Board of Directors:

WUČEK, A. T. I. A. B. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 2573. 2574. 2575. 2576. 2577. 2578. 2579. 2580. 2581. 2582. 2583. 2584. 2585. 2586. 2587. 2588. 2589. 2590. 2591. 2592. 2593. 2594. 2595. 2596. 2597. 2598. 2599. 2600. 2601. 2602. 2603. 2604. 2605. 2606. 2607. 2608. 2609. 2610. 2611. 2612. 2613. 2614. 2615. 2616. 2617. 2618. 2619. 2620. 2621. 2622. 2623. 2624. 2625. 2626. 2627. 2628. 2629. 2630. 2631. 2632. 2633. 2634. 2635. 2636. 2637. 2638. 2639. 2640. 2641. 2642. 2643. 2644

01302

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION  
PUBLISHED WEEKLY  
535 N. Dearborn Ave., Chicago 10, Ill.  
Subscription price: \$5.00 per year in advance.  
Single copies: 15¢.  
Entered as Second-Class Matter, May 2, 1917.  
Postage paid at Chicago, Ill.  
Acceptance for mailing at special rate of postage provided for in Section 1103, Act of October 3, 1917.  
Copyright, 1958, by American Medical Association  
All rights reserved.  
Printed at the American Medical Association, 535 N. Dearborn Ave., Chicago 10, Ill.

**SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – SOS****ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD****LA SUSCRITA JEFE DE GESTIÓN DE REDES INTEGRALES****CERTIFICA QUE:**

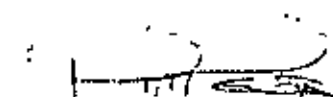
El Contrato de Prestación de Servicios Asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementario PAC bajo la modalidad evento No. 0885 suscrito con la IPS ORGANIZACIÓN MENTE SANA inició vigencia el 1 de septiembre de 2011 y se ha prorrogado automáticamente para cada anualidad, en virtud de la operancia de la Cláusula Octava que textualmente reza:

*"(...) OCTAVA. DURACIÓN. La duración del presente contrato es de un (1) año, contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo que establezca la cláusula de terminación dispuesta en el presente contrato (...)*

La presente certificación se expide con destino a: Juzgado Doce Civil del Circuito de Cali (V.) proceso Rad. 2018-00097.

En constancia se firma en Cali, a solicitud del interesado, a los nueve (9) días del mes de septiembre de 2020.

Atentamente

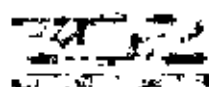


**PATRICIA PEÑACHARRY**  
Jefe de Gestión de Redes Integrales

Sede Nacional: Carrera 56 No. 11A - 38 Cali - Colombia  
Línea Nacional: 013000 938777 PBX: (2) 489 06 86  
Correo electrónico: servicioalcliente@sos.com.co

Visita nuestras páginas web  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
[www.pac-sos.com.co](http://www.pac-sos.com.co)

valoramos su opinión 



## SERVÍCIO OCIDENTAL DE SAÚDE S.A. - COS

СЛУЖБА ЗАШТИТЕ ПРАВА ДЕТЕТА

10-68951-1-0016-007-0000-0000-0000-0000-0000-0000

• 3453175 20

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

1. 1. The first step in the process of the scientific method is to ask a question.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, DISTRICT OF COLUMBIA, OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

• at

THE JOURNAL OF THE  
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

$$-2\left[\frac{1}{2} \ln \frac{2}{1+\sqrt{1-\frac{1}{2} \ln 2}}\right] \approx 0.693147180559945309217262$$

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

Entre los suscritos a saber, **FABIAN CARDONA MEDINA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.710.893 de Cali, actuando como representante Legal de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No 31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.9** modificatorio al Contrato No 0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (01) de Septiembre del año dos mil once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes se decide. 3.1) Retirar del Contrato N° 0885 de 2011 la prestación de los servicios asistenciales de salud ofrecidos en el Plan De Atención Complementario (PAC) 3.2) Incrementar en **DOS COMA CERO POR CIENTO (2,0%)** las tarifas para la prestación de los servicios en el Plan Obligatorio de Salud - POS servicios se contendrán en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del contrato principal. 3.3) Excluir del contrato los siguientes servicios: Psicoterapia Individual por Psiquiatría, Interconsulta por Medicina Especializada, Interconsulta por Psicología, Terapia Electro Convulsiva: Tec -sin Anestesia. 3.4) Incluir en el contrato los siguientes servicios: Consulta de primera vez por psiquiatra infantil, consulta de control por psiquiatra infantil, psicoterapia de grupo por psicología, psicoterapia de grupo por psiquiatría, consulta neuropsicología, administración [aplicación] de prueba neuropsicológica, participación en junta médica, por otro profesional de la salud y caso (paciente x profesional), asistencia intrahospitalaria por terapia física grupal, terapia familiar sesión x trabajo social (intrahospitalaria), psicoterapia de familia (intrahospitalaria), valoración por psicólogo (intrahospitalaria), hospital día total adultos, derecho de sala de curaciones, materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias, el detalle de los servicios anteriormente mencionados se contendrán en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del contrato principal. 3.5) Ajustar las tarifas de medicamentos. 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.9 al contrato No.0885 de 2011 con el fin de precisar en el mismo las modificaciones enunciadas en el numeral anterior. 5) Que las modificaciones, empezarán a regir a partir del quince (15) de Abril del año Dos Mil Quince (2015) 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas implican cambio en su objeto contractual y en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se registrará por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA:** Los servicios que deberá prestar **EL CONTRATISTA** bajo el presente contrato, serán únicamente aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos identificados en el Anexo No.2 - **Paquete de servicios de salud y valor de los servicios** que se encuentren debidamente habilitados por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda.

Página 1 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**Sede Nacional: Av. Jesús Américas No. 73N 55 PBX 439 85 c.a.  
Cali - Colombia

SECRET  
100-442891

OTRO NOMBRE AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA  
CONSTRUCCION DE SALON DE BAILAR EN EL ESTADO DE GUAYMAS  
EVENTO SUSCITO ENTRE LOS SOCIOS DE LA ASOCIACION  
CONSTRUCCION MATE 2000 A.C.

El presente documento tiene por objeto informar a los socios de la Asociacion Construcción Mate 2000 A.C. sobre el contrato de prestacion de servicios para la construccion de un salon de bailar en el Estado de Guaymas, evento suscrito entre los socios de la asociacion.

El contrato fue suscrito el dia 15 de mayo del 2000, entre la Asociacion Construcción Mate 2000 A.C. y el Sr. [Nombre], quien se compromete a realizar las obras de construccion de un salon de bailar en el Estado de Guaymas, con un presupuesto de \$ [Monto].

El Sr. [Nombre] se compromete a cumplir con el contrato en un plazo de [Plazo] dias, y a entregar el salon de bailar en condiciones de uso y habitabilidad.

La Asociacion Construcción Mate 2000 A.C. se compromete a proporcionar al Sr. [Nombre] los recursos necesarios para la realizacion de las obras, y a pagarle el monto del presupuesto en [Plazo].

Este contrato es suscrito por los socios de la Asociacion Construcción Mate 2000 A.C., quienes manifiestan su consentimiento y conformidad con las condiciones del mismo.

En fe de lo cual, se expide el presente documento en la ciudad de [Ciudad], a los [Dia] dias del mes de [Mes] del año [Año].

Por el Sr. [Nombre]  
[Firma]

Por la Asociacion Construcción Mate 2000 A.C.  
[Firma]

CONSTRUCCION MATE 2000 A.C.

396

OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

SEGUNDA: Los servicios prestados por EL CONTRATISTA, se facturarán y reconocerán por evento de la siguiente forma:

ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS

| Código Cups | SERVICIOS                                                                                                                 | OBSERVACIONES                                                        | BASE TARIFARIA | TARIFA     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| CONSULTAS   |                                                                                                                           |                                                                      |                |            |
| 890202-4550 | CONSULTA PREANESTESICA                                                                                                    | Aplica para el paciente ambulatorio que requiere el paquete de TEGAR | FIJO           | \$22.440   |
| 890202      | CONSULTA DE PRIMERA VEZ (POR MEDICINA ESPECIALIZADA) PSIQUIATRIA                                                          | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 22.440  |
| 890302      | CONSULTA CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PSIQUIATRIA)                                                                 | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 22.440  |
| 8902021     | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSIQUIATRIA INFANTIL                                                                          | Valor consulta                                                       | TARIFA IPS     | \$ 30.600  |
| 8903021     | CONSULTA DE CONTROL POR PSIQUIATRIA INFANTIL                                                                              | Valor consulta                                                       | TARIFA IPS     | \$ 30.600  |
| 890208      | CONSULTA PRIMERA VEZ PSICOLOGIA (Valoracion por psicologo)                                                                | Valor por consulta                                                   | TARIFA IPS     | \$ 12.901  |
| 890308      | CONSULTA CONTROL POR PSICOLOGIA (Valoracion por psicologo)                                                                | Valor por consulta                                                   | TARIFA IPS     | \$ 12.901  |
| 943102      | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA                                                                                    | Valor por consulta                                                   | TARIFA IPS     | \$ 19.000  |
| 944202      | PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA - vir por persona                                                                    | Valor por consulta                                                   | SOAT 2005 + 2% | \$ 12.444  |
| 944201      | PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA - vir por persona                                                                   | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 23.970  |
| 944102      | PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA - vir por persona                                                                    | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 28.050  |
| 944101      | PSICOTERAPIA DE FAMILIA POR PSIQUIATRIA                                                                                   | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 28.050  |
| 8902081     | CONSULTA NEUROPSICOLOGIA - niños, adolescentes, adultos y tercera edad                                                    | Valor por consulta                                                   | TARIFA IPS     | \$ 30.000  |
| 940700      | ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA - : niños, adolescentes, adultos y tercera edad                    | VALOR X PAQUETE 5 sesiones                                           | TARIFA IPS     | \$ 200.000 |
| 890702-1    | CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA ESPECIALIZADA (no incluye medicamentos derivados de la consulta, se facturaran aparte). | Valor por consulta                                                   | Soat 2005 + 2% | \$ 25.602  |
| 890502      | PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (X PACIENTE X PROFESIONAL)                               | Por especialista x sesion                                            | TARIFA IPS     | \$ 81.600  |
| 890503      | PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (X PACIENTE X PROFESIONAL)                         | Por profesional x sesion                                             | TARIFA IPS     | \$ 52.000  |







Servicio Occidental de Salud

OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INCLUYE | <p>LAS CONSULTAS Incluye consulta psiquiátrica y psicológica de pacientes con problemas de salud mental - no neurológicos - no orgánicos -</p> <p>EN EL CASO DE REMISIÓN DE PACIENTES: Al comentar al paciente, se debe enviar los exámenes y ayudas diagnósticas requeridos para garantizar la estabilidad orgánica del paciente, según criterio médico del especialista de Mente Sana</p> <p>La junta Médica se realiza a solicitud de SOS. Este costo es por cada especialista EPS SOS es quien solicita que especialistas deben asistir</p>                                                                                                                                                                                                     |
| EXCLUYE | <p>EN LAS CONSULTAS, MANEJAMOS CONSULTA PRIORITARIA - NO URGENCIAS - Se atiende 24 horas pacientes remitidos con el médico de turno. Se excluye cualquier manejo de patologías de tipo NO mental. Excluye pacientes con: demencia senil, retardo mental, autismo, a menos que presente una complicación mental</p> <p>Excluye paciente neurológico a menos que tenga una complicación psiquiátrica</p> <p>Se excluye pacientes farmacodependientes que estén en tratamiento de rehabilitación con otra institución diferente a OMS ya que por norma cada una debe hacer su control y seguimiento psiquiátrico.</p> <p>Se excluye tratamientos de problemas de tipo social o familiar que su resolución no competa a psiquiatría (salud mental).</p> |

| SERVICIO     |      | DETALLE                                                                                                                                                                                          |                                       | BASF              |            | TARIFA | INCLUYE                                                                                                                                                                                                                                                      | EXCLUYE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código       | Cups | HOSPITALIZACIÓN                                                                                                                                                                                  | Tarifa por                            | TARIFARIA         |            |        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| S11202       |      | HABITACION BIPERSONAL<br>SERVICIO INTERNACION<br>COMPLEJIDAD MEDIANA Vir por<br>día                                                                                                              | Valor x<br>día                        | Soat 2005 +<br>2% | \$ 108.936 |        | Incluye habitación<br>(Hotelaria)                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 890602       |      | ATENCION DIARIA<br>INTRAHOSPITALARIA<br>ESPECIALIZADA DE<br>PSIQUIATRIA                                                                                                                          | Vir x<br>consulta                     | Soat 2005 +<br>2% | \$ 26.112  |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 890613       |      | ASISTENCIA<br>INTRAHOSPITALARIA POR<br>TERAPIA OCUPACIONAL<br>GRUPAL Vir por Sesión                                                                                                              | Vir x<br>sesion                       | Soat 2005 +<br>2% | \$ 9.996   |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          | Intrahospitalario - no debe<br>requerir orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 890611       |      | ASISTENCIA<br>INTRAHOSPITALARIA POR<br>TERAPIA FISICA GRUPAL                                                                                                                                     | Vir por<br>sesion                     | Soat 2005 +<br>2% | \$ 9.996   |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 890609       |      | TERAPIA FAMILIAR SESION X<br>TRABAJO SOCIAL<br>(INTRAHOSPITALARIA)                                                                                                                               | Vir por<br>sesion                     | Soat 2005 +<br>2% | \$ 11.934  |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 944102       |      | PSICOTERAPIA DE FAMILIA (INTRAHOSPITALARIA)                                                                                                                                                      | Vir por<br>sesion                     | Soat 2005 +<br>2% | \$ 28.050  |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 890608       |      | VALORACION POR PSICOLOGO<br>(INTRAHOSPITALARIA)                                                                                                                                                  | Valor x<br>consulta                   | TARIFA IPS        | \$ 12.901  |        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| S12800-<br>2 |      | HOSPITAL DIA PARCIAL NIÑOS<br>Y ADOLESCENTES (8 a 15 años)<br>son 3 Horas en la tarde -<br>Tratamiento ambulatorio para<br>paciente psiquiátrico. EL VALOR<br>ES POR SESION DIARIA DE 3<br>horas | Vir por<br>día<br>(sesion)            | TARIFA IPS        | \$ 45.186  |        | INCLUYE TERAPIAS<br>GRUPALES POR 5<br>SESIONES Psicología<br>física ocupacional<br>alternativa (según<br>necesidad y orden del<br>equipo multidisciplinario)<br>EN HOSPITAL DIA TOTAL<br>La tarifa se incrementa<br>porque incluye almuerzo y<br>refrigerio. | EXCLUSIONES IDEM A<br>HOSPITALIZACIÓN<br>EXCLUYE consulta por médico<br>psiquiatra intervención familiar por<br>psicología de familia psicoterapia<br>familiar Estas se cobran por evento<br>Las exclusiones son las mismas de<br>Hospitalización por Internación en<br>complejidad y mediana<br>Excluye MEDICAMENTOS Los<br>Paciente ambulatorio garantiza sus<br>medicamentos suministrados por la<br>EPS<br>- Pacientes con farmacodependencia u<br>otro tipo de adicción paciente con |
| S12800       |      | HOSPITAL DIA PARCIAL<br>ADULTOS 3 HORAS (solo en la<br>mañana) de 9 am a 12 del día -<br>Tratamiento ambulatorio para<br>paciente psiquiátrico - El valor es<br>por sesión de 3 horas            | Tarifa x<br>medio<br>día (3<br>horas) | TARIFA IPS        | \$ 22.585  |        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de la Américas No. 281 - 55.000 Bogotá  
Col. Colombia



398

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

|          |                                                                                                                                                                                     |                          |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S12800-1 | HOSPITAL DIA TOTAL ADULTOS 8 horas (mañana y tarde) : Tratamiento ambulatorio para paciente psiquiátrico. El valor es por sesión digna de 8 horas. Incluye almuerzo y un refrigerio | Tarifa x día todo el día | TARIFA IPS | \$ 55.186 | <p>reparo mental o diagnóstico de demencia.</p> <p>-Rehabilitación de paciente crónico mental</p> <p>Patologías severas de tipo neurológico. "Autismo severo o "Enfermedades crónicas que requieren rehabilitación."</p> <p>Manejo de farmacodependencia y adicciones</p> <p>CUALQUIER SERVICIO, EXAMEN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O EVENTO QUE REQUIERA EL PACIENTE Y NO ESTE INCLUIDO EN EL PAQUETE SE COBRA POR EVENTO.</p> <p>La atención diaria hospitalaria es adicional al valor del hospital día como está definido en el manual tarifario.</p> |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

LA HOSPITALIZACIÓN INCLUYE: el manejo de resolución de crisis agudas en enfermedades DE SALUD MENTAL , NO NEUROLÓGICAS. Las decisiones de hospitalización son el resultado a la evaluación medica nuestra tratándose patología de tipo mental.

| Soat 2005      | Codigo Cups | TERAPIA ELECTROCONVULSIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tarifa por       | BASE TARTIFARIA | TARIFA     |
|----------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------|
| 39150          | 942800      | PAQUETE DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA TECAR - CON MONITOREO - ANESTESIA y Relajacion - Medicamentos e Insumos para realizar el TECAR - DERECHOS DE SALA<br>Honarios Medicos: General y Anestesiologo, Enfermera jefe, auxiliar enfermeria                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | valor por sesion | TARIFA IPS      | \$ 350.000 |
| <b>INCLUYE</b> |             | 1 Angiocath #20, 1 Canula de oxigeno, 1 bata del paciente, 1 paq electrodos de estimulo, 1 paq electrodos de monitoreo, 1 humidificador, 4 jeringas 10 ml, 1 propofol 1% p 50ml, 1 Quetfen ampollas 10 ml, 1 solución salina 500 mg., 1 Sonda nasogástrica 14 Levin, 1 tapon hepaticizado, 1 Venoclisis, 150 de Oxigeno 360C2, Protector bucal, mascarilla de oxigeno, guantes, Honorarios Medico General, Honorarios Medico anestesiologo, Honorarios auxiliar enfermeria, honorarios de enfermera jefe, DERECHOS DE Sala de procedimiento |                  |                 |            |
| <b>EXCLUYE</b> |             | Cualquier otro medicamento, insumo, procedimiento, laboratorio, se cobra como evento. Igual si algún insumo o medicamento especificado en el paquete se requiere por mayor cantidad a la estipulada, se cobra por evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                 |            |

| Codigo Cups | CURACIONES, SUTURAS           | DETALLE                 | BASE TARIFARIA | TARIFA   | INCLUYE | EXCLUYE |
|-------------|-------------------------------|-------------------------|----------------|----------|---------|---------|
| S22101      | Derecho de sala de curaciones | Valor por cada curación | SOAT 2005+ 2%  | \$ 9.180 | N/A     | N/A     |

[illegible]

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and the role of the accounting department in ensuring the integrity of the financial statements.

2. The second part of the document outlines the various methods used to collect and analyze data, including surveys, interviews, and focus groups.

3. The third part of the document describes the results of the research, highlighting the key findings and the implications for practice.

4. The fourth part of the document discusses the limitations of the study and suggests areas for future research.

5. The fifth part of the document provides a conclusion and summarizes the main points of the research.

6. The sixth part of the document includes a list of references and a list of figures and tables.

7. The seventh part of the document contains a list of appendices and a list of footnotes.

8. The eighth part of the document includes a list of abbreviations and a list of symbols.

9. The ninth part of the document contains a list of acronyms and a list of initials.

10. The tenth part of the document includes a list of definitions and a list of terms.

2. 2. 2.



Servicio Occidental de Salud

OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

|        |                                                              |                         |                |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |
|--------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 869500 | Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias | Valor por cada curación | SOAT 2005 + 2% | \$ 20.502 | Adicional a la tarifa de la internación, durante los días que al paciente se le realicen curaciones, como parte del tratamiento de una complicación, por concepto de materiales se pagará diariamente este valor. Este valor se pagará únicamente en pacientes que presenten complicaciones por morbilidad no imputable al prestador del servicio. | No incluye medicamentos. |
|--------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

| Códigos propios | TRATAMIENTO POR FARMACODEPENDENCIA                                                                                                                                                       | Tarifa por         | BASE TARIFARIA | TARIFA IPS   | OBSERVACIONES                                                  | INCLUYE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EXCLUYE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|--------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 954800          | CONSULTA DE VALORACION PARA INGRESO AL CAD (CENTRO ATENCION DROGADICCION)                                                                                                                | Valor por consulta | TARIFA IPS     | \$ 104.000   |                                                                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| H11203          | PAQUETE PROGRAMA DE DESINTOXICACION EN HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION FARMACODEPENDENCIA -                                                                                         | Tarifa x día       | TARIFA IPS     | \$ 175.000   |                                                                | Habitación bipersonal - Atención intrahospitalaria por psiquiatría - terapias grupales                                                                                                                                                                                                                                                                           | IDEA HOSPITALIZACION EXCLUYE Medicamentos, insumos, laboratorios, exámenes, electro, procedimientos, imágenes y otras terapias o consultas requeridas. Esto se cobra por evento.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| S128301         | CAD INTERNACION RESIDENCIAL PARA REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA - TARIFA MES                                                                                                       | Valor por mes      |                | \$ 3.898.000 |                                                                | HABITACION 4 personas - Asistencia por terapéuticos y auxiliares de enfermería - TERAPIA GRUPALES POR psicológica, re-educadora, ocupacional y fisioterapia entre otras según plan de trabajo del grupo interdisciplinario.                                                                                                                                      | NO incluye medicamentos, estos son suministrados por EPS y traídos por el paciente. Si se llegara a requerir se facturan por evento.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| S128304         | CAD INTERNACION RESIDENCIAL PARA REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA - TARIFA DIARIA - Cuando se requiere contención del paciente por algunos días o fines de semana para evitar crisis | Tarifa por día     | TARIFA IPS     | \$ 120.833   | REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA - PARA MAYORES DE 14 años | GRUPALES POR psicológica, re-educadora, ocupacional y fisioterapia entre otras según plan de trabajo del grupo interdisciplinario. TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES : Una semanal. CONSULTAS INDIVIDUALES : Psicoterapia individual por psicología (8 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatría (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicología (4 al mes) | NO incluye laboratorios, procedimientos, exámenes, imágenes, ect. en tal caso si se llegara a requerir se factura por evento. NO incluye materiales didácticos. NO incluye patologías básicas de salud, el paciente debe ingresar luego de evaluación médica y de laboratorios. Previo debe traer pruebas hepática, renales, TSH, VIH. Evaluación odontológica. NO incluye atención de patologías de medrona general. LOS EXAMEN |
| S12833          | CAD REHABILITACION AMBULATORIA EN FARMACODEPENDENCIA - TIEMPO COMPLETO (TODO EL DIA) - TARIFA MENSUAL                                                                                    | PAQ Valor por mes  |                | \$ 2.247.050 |                                                                | DE LUNES A VIERNES EN DIAS HABILES. TERAPIA GRUPALES POR : psicológica re-                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Página 5 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N 55 92X 427 Ba 3c  
Cali - Colombia

10-12-62

RECEIVED  
U.S. AIR FORCE  
OFFICE OF THE SECRETARY  
WASHINGTON, D.C. 20330  
AUGUST 12, 1962

TO: THE SECRETARY, U.S. AIR FORCE  
FROM: THE SECRETARY, U.S. AIR FORCE  
SUBJECT: [Illegible]

[The following text is extremely faint and largely illegible due to the quality of the scan. It appears to be a memorandum or official communication.]

U.S. AIR FORCE

(unclassified)

400

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

|          |                                                                                                                                                                  |                   |            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| S12836   | CAD REHABILITACION AMBULATORIO DIARIO - TIEMPO TOTAL - TARIFA POR DIA - Cuando el paciente no asiste toda la semana sino en algunos dias especificos             | Valor por dia     |            | \$ 112.353   | educadora, ocupacional y fisioterapia entre otras según plan de trabajo del grupo interdisciplinario- TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES una semanal - CONSULTAS INDIVIDUALES : Psicoterapia individual por psicología (8 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatría (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicología (4 al mes). Por ser ambulatorio no incluye pernoctada                                                                              | PROCEDIMIENTO, RX, MEDICAMENTO QUE REQUIERA EL PACIENTE SE COBRA POR EVENTO |
| S12834   | CAD REHABILITACION AMBULATORIO - TIEMPO PARCIAL (1/2 tiempo) - TARIFA MENSUAL                                                                                    | PAQ Valor por mes |            | \$ 1.019.500 | DE LUNES A VIERNES EN DIAS HABILES: TERAPIA GRUPALES POR : psicológica, re-educadora, ocupacional y fisioterapia entre otras según plan de trabajo del grupo interdisciplinario- TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES : una semanal - CONSULTAS INDIVIDUALES : Psicoterapia individual por psicología (4 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatría (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicología (4 al mes). Por ser ambulatorio no incluye pernoctada |                                                                             |
| S12835   | CAD REHABILITACION AMBULATORIO DIARIO - TIEMPO PARCIAL (MEDIO DIA) - Tarifa x dia - Cuando el paciente no asiste toda la semana sino en algunos dias especificos | Valor por dia     |            | \$ 60.975    | ICLUYE: TERAPIA GRUPAL ambulatoria 1 semanal y una consulta mensual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             |
| 890318   | CAD ETAPA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO : TARIFA MES - 1 vez semana terapia grupal ambulatorio - 1 consulta mes                                                     | PAQ vir por mes   |            | \$ 612.000   | Habitacion 4 camas - Asistencia por terapistas y auxiliares de enfermeria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                             |
| S 128303 | CAD Pernoctada - valor por noche (por evento cuando sea requerida la pernoctada evitando crisis)                                                                 | Val x noche       |            | \$ 60.000    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |
| 905727   | Prueba de consumo de PSA                                                                                                                                         | Vir por prueba    | TARIFA IPS | \$ 36.720    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N/A                                                                         |

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. The third part of the report presents the results of the study. It includes a summary of the findings and a discussion of their implications.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references. The conclusion summarizes the main findings of the study and provides recommendations for future research. The references list the sources of information used in the study.

5. The fifth part of the report is an appendix. It contains additional information that is not included in the main body of the report, such as raw data, detailed calculations, and additional figures.

6. The sixth part of the report is a bibliography. It lists the sources of information used in the study, including books, articles, and other documents.

7. The seventh part of the report is a list of figures. It includes a description of each figure and a reference to the page where it can be found.

8. The eighth part of the report is a list of tables. It includes a description of each table and a reference to the page where it can be found.

9. The ninth part of the report is a list of abbreviations. It includes a description of each abbreviation and a reference to the page where it can be found.

10. The tenth part of the report is a list of symbols. It includes a description of each symbol and a reference to the page where it can be found.

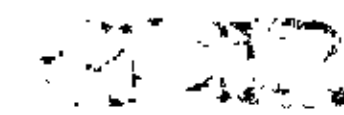
11. The eleventh part of the report is a list of acronyms. It includes a description of each acronym and a reference to the page where it can be found.

12. The twelfth part of the report is a list of footnotes. It includes a description of each footnote and a reference to the page where it can be found.



OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

| Código<br>Cups | TRATAMIENTO ADICCION<br>AL JUEGO                                                                                                                                                                                                 | Tarifa por                                   | BASE<br>TARIFARIA | TARIFA IPS   | OBSERVACIONES                                                  | INCLUYE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S128302        | INTERNACION RESIDENCIAL<br>PARA ADICCION AL JUEGO<br>(LUDOPATIA) - TARIFA MES -<br>no incluye medicamentos,<br>exámenes, laboratorios                                                                                            | Vlr x mes                                    | TARIFA IPS        | \$ 3.898.000 | REHABILITACION<br>EN LUDOPATIA<br>PARA MAYORES<br>DE 14 años - | HABITACION 4 personas - Asistencia<br>por terapeutas y auxiliares de<br>enfermería - TERAPIA GRUPALES POR<br>: psicológica, re-educadora,<br>ocupacional y fisioterapia entre otras<br>según plan de trabajo del grupo<br>interdisciplinario- TERAPIAS DE<br>FAMILIA GRUPALES : Una semanal<br>CONSULTAS INDIVIDUALES :<br>Psicoterapia individual por psicología<br>(8 al mes) - Psicoterapia individual por<br>psiquiatría (4 al mes) - Psicoterapia<br>Familiar por psicología (4 al mes)  |
| S128303        | INTERNACION RESIDENCIAL<br>PARA REHABILITACION EN<br>ADICCION AL JUEGO<br>(LUDOPATIA) - TARIFA DIARIA<br>- no incluye medicamentos,<br>exámenes, laboratorios                                                                    | Vlr x día                                    |                   | \$ 129.933   |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| S128333        | REHABILITACION<br>AMBULATORIA EN<br>ADICCION AL JUEGO -<br>LUDOPATIA - TIEMPO<br>COMPLETO (TODO EL DIA<br>de 7:30 am a 5 pm DE<br>LUNES A VIERNES) -<br>TARIFA MENSUAL - (No<br>incluye medicamentos,<br>exámenes, laboratorios) | PAQ Valor<br>por mes -<br>tiempo<br>completo |                   | \$ 2.247.050 |                                                                | DE LUNES A VIERNES EN DIAS HABILES:<br>TERAPIA GRUPALES POR : psicológica,<br>re-educadora, ocupacional y<br>fisioterapia entre otras según plan de<br>trabajo del grupo interdisciplinario-<br>TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES una<br>semanal - CONSULTAS<br>INDIVIDUALES : Psicoterapia individual<br>por psicología (8 al mes) - Psicoterapia<br>individual por psiquiatría (4 al mes) -<br>Psicoterapia Familiar por psicología (4<br>al mes). Por ser ambulatorio no incluye<br>pernoctada  |
| S128363        | REHABILITACION<br>AMBULATORIO EN<br>ADICCION AL JUEGO -<br>LUDOPATIA - TIEMPO<br>TOTAL DE 7 y 30 am a 5 pm<br>- DE LUNES A VIERNES -<br>TARIFA POR DIA                                                                           | Valor por<br>dia tiempo<br>completo          |                   | \$ 112.353   |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| S128343        | REHABILITACION<br>AMBULATORIO EN<br>ADICCION AL JUEGO -<br>TIEMPO PARCIAL (1/2<br>tiempo de 7 y 30 am a 12<br>del dia de LUNES A<br>VIERNES) - No incluye<br>medicamentos, exámenes,<br>laboratorios, TARIFA<br>MENSUAL          | Valor x<br>mes<br>medio<br>tiempo            |                   | \$ 1.019.500 |                                                                | DE LUNES A VIERNES EN DIAS HABILES-<br>TERAPIA GRUPALES POR : psicológica,<br>re-educadora, ocupacional y<br>fisioterapia entre otras según plan de<br>trabajo del grupo interdisciplinario-<br>TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES : una<br>semanal - CONSULTAS<br>INDIVIDUALES : Psicoterapia individual<br>por psicología (4 al mes) - Psicoterapia<br>individual por psiquiatría (4 al mes) -<br>Psicoterapia Familiar por psicología (4<br>al mes) Por ser ambulatorio no incluye<br>pernoctada |
| S128353        | REHABILITACION<br>AMBULATORIA EN<br>ADICCION AL JUEGO -<br>TIEMPO PARCIAL (MEDIO<br>DIA de 7 y 30 am a 12 del<br>dia - DE LUNES A<br>VIERNES) Tarifa x dia                                                                       | Valor por<br>dia -<br>medio<br>tiempo        |                   | \$ 50.975    |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| S 128303       | CAD Pernoctada - valor por<br>noche (por evento cuando<br>sea requerida la pernoctada<br>evitando crisis)                                                                                                                        | Val x<br>noche                               |                   | \$ 60.000    |                                                                | Habitacion 4 camas - Asistencia por<br>terapeutas y auxiliares de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 8903183        | SEGUIMIENTO<br>AMBULATORIO A<br>REHABILITACION A LA<br>LUDOPATIA TARIFA MES<br>- 1 vez semana                                                                                                                                    | PAQ vlr<br>por mes                           |                   | \$ 612.000   |                                                                | INCLUYE: TERAPIA GRUPAL<br>ambulatoria 1 semanal y una consulta<br>mensual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



OF THE  
COUNCIL OF  
THE  
FEDERAL GOVERNMENT  
OF THE  
UNITED STATES OF AMERICA  
OFFICE OF THE  
SECRETARY OF THE  
TREASURY  
WASHINGTON, D. C.

THE  
FEDERAL GOVERNMENT  
OF THE  
UNITED STATES OF AMERICA  
OFFICE OF THE  
SECRETARY OF THE  
TREASURY  
WASHINGTON, D. C.

THE  
FEDERAL GOVERNMENT  
OF THE  
UNITED STATES OF AMERICA

402

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                | ambulatorio - 1 consulta<br>psiquiátrica mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| <b>EXCLUYE</b> | NO incluye medicamentos estos son suministrados por EPS y traídos por el paciente, si se llegara a requerir se facturan por evento.<br>NO INCLUYE laboratorios, procedimientos, exámenes, imágenes, etc. en tal caso si se llegara a requerir se factura por evento.<br>NO Incluye materiales didácticos<br>NO Incluye patologías básicas de salud, el paciente debe ingresar luego de evaluación medica y de laboratorios<br>Previo debe traer pruebas hepática, renales, TSH, VIH Evaluación odontológica<br>NO incluye atención de patologías de medicina general<br>LOS EXAMEN, PROCEDIMIENTO, RX, MEDICAMENTO QUE REQUIERA EL PACIENTE SE COBRA POR EVENTO |  |  |  |  |  |

| Código Cups | OTROS                                 | TARIFA POR |                |
|-------------|---------------------------------------|------------|----------------|
| 893801      | CONSUMO DE OXIGENO - PRECIO POR LITRO | Por litro  | \$100          |
| 25102       | ELECTROCARDIOGRAMA CONVENCIONAL       | NO         | 90.000         |
|             | LABORATORIOS Y EXAMENES HOSPITALARIOS | NO         | SOAT 2005 + 2% |

**MEDICAMENTOS**

| CODIGO OMS | CUM (sos)               | PRINCIPIO ACTIVO           | CONCENTRACION   | FORMA FARMACEUTICA | NOMBRE COMERCIAL                           | TARIFA    |
|------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------|
| 0101021561 | 00027363-01             | ACETAMINOFEN<br>CODEINA    | 500mg           | TABLETA            | WINADEINE TAB X 500 MG /30                 | \$ 3.054  |
| 0101021262 | Pendiente<br>código CUM | ACIDO ACETIL<br>SALICILICO | 100 mg          | TABLETA            | ACIDO ACETR. SALICILICO TAB100 MG          | \$ 340    |
| 0101020632 | 00035662-08             | ACIDO FOLICO               | 1 MG            | TABLETA            | ACIDO FOLICO 1 MG                          | \$ 20     |
| 0102051070 | 00047495-01             | ACIDO VALPROICO            | 250 MG          | FRASCO             | ACIDO VALPROICO SUSP X 250 MG FCO X120CC ) | \$ 3.833  |
| 0101021436 | 20019154-12             | ACIDO VALPROICO            | 250 MG          | TABLETA            | ACIDO VALPROICO TAB X 250 MG               | \$ 645    |
| 0102011144 | 00045730-03             | AGUA DESTILADA<br>ESTERIL  | 5 ML            | UNIDAD             | AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE 5 ML      | \$ 495    |
| 0101020278 | 19908202-01             | ALBENDAZOL                 | 200 MGS         | TABLETA            | ALBENDAZOL 200 MGS                         | \$ 930    |
| 0101020123 | 00018777-01             | ALOPURINOL                 | 100 MGS         | TABLETA            | UROCLAD 100 MGS                            | \$ 860    |
| 1021264    | 20012841-01             | ALPRAZOLAM                 | 0.25 MG         | TABLETA            | ALPRAZOLAM TAB X 0.25 MG                   | \$ 1.698  |
| 0101021265 | 00227600-01             | ALPRAZOLAM                 | 0.50 MG         | TABLETA            | ALPRAZOLAM TAB X 0.50 MG                   | \$ 45     |
| 0102011215 | 0107011215              | AMINOACIDOS                | 10 ML           | AMPOLLA            | AMINOACIDOS C-RM                           | \$ 30.960 |
| 0102011155 | 0102011155              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDOS A-DLR                          | \$ 18.576 |
| 0102011152 | 0102011152              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDOS A-DPR                          | \$ 30.960 |
| 0102011157 | 0102011157              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDOS - A -ES                        | \$ 26.835 |
| 0102011219 | 0102011219              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDOS L-ARGININE                     | \$ 88.160 |
| 0102011214 | 0102011214              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDO TRYPTOPHAN                      | \$ 26.603 |
| 0102011154 | 0102011154              | AMINOACIDOS                |                 | UNIDAD             | AMINOACIDOS A-DBT                          | \$ 59.427 |
| 0102010513 | 19924459-01             | AMINOFILINA                | 240 MG/10<br>ML | AMPOLLA            | AMINOFILINA 10ML                           | \$ 929    |
| 0101020361 | 00226438-04             | AMITRIPTILINA              | 25 MGS          | TABLETA            | AMITRIPTILINA 25 MGS                       | \$ 170    |
| 0101020758 | 00017137-01             | AMLODIPINO                 | 10 MGS          | TABLETA            | AMLODIPINO 10 MGS                          | \$ 506    |
| 0101020757 | 00050503-01             | AMLODIPINO                 | 5 MGS           | TABLETA            | AMLODIPINO 5 MGS                           | \$ 307    |

“**CONCLUSIONS**

OROVERA, JUAN JOSE 20 4 1927  
 ECUADOR, PASTAZA, EMBUO DE GUAYAS, DOCTORADO, DOCTORADO DE LA UNIV. DE  
 OROVERA, JUAN JOSE 20 4 1927  
 OROVERA, JUAN JOSE 20 4 1927  
 OROVERA, JUAN JOSE 20 4 1927

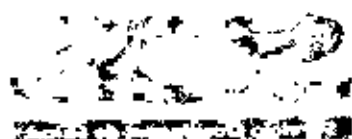
OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

|            |             |                                     |                |         |                                                              |           |
|------------|-------------|-------------------------------------|----------------|---------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 0101021266 | 00029698-01 | AMOXACILINA                         | 500 MG         | TABLETA | AMOXACILINA TAB X 500 MG                                     | \$ 275    |
| 0101020277 | 00029698-03 | AMOXACILINA                         | 500 MGS        | TABLETA | AMOXICILINA 500 MGS                                          | \$ 275    |
| 0101010261 | 00218004-03 | AMPICILINA                          | 1.5 gr         | AMPOLLA | AMPICILINA SODICA 1GR +SULBACTAM 500 MG POLVO FCO VIAL X 1.5 | \$ 31.476 |
| 0101021285 | 19941492-02 | ARIPIPRAZOL                         | 15 MG          | TABLETA | ARIPIPRAZOL TAB X 15 MG                                      | \$ 11.172 |
| 0101021648 | 20021216-02 | ASENAPINA                           | 10 mg          | TABLETA | ASENAPINA 10MG TABLETA SUBLING                               | \$ 16.406 |
| 0101021612 | 20021218-02 | ASENAPINA                           | 5 MG           | TABLETA | ASENAPINA TABLETA DE 5 MG                                    | \$ 8.635  |
| 0101021157 | 19908144-01 | ATORVASTATINA                       | 20 MG          | TABLETA | ATORVASTATINA 20 MG                                          | \$ 3.670  |
| 0102010141 | 00027349-03 | ATROPINA                            | 1MGO 1ML       | AMPOLLA | ATROPINA SULFATO 1MGO 1ML                                    | \$ 1.050  |
| 0103010418 | 19915569-01 | BETAMETASONA                        | 0.001          | TUBO    | BETAMETASONA CREMA 40 GMS                                    | \$ 9.750  |
| 0102011207 | 20061757-02 | BIPERIDENO CLORHIDRATO              | 5 MG           | AMPOLLA | BIPERIDENO LACTATO AMP X 5 MG                                | \$ 7.480  |
| 0101021289 | 19900906-04 | BIPERIDENO CLORMIDRATO              | 2 MG           | TABLETA | BIPERIDENO CLORHIDRATO TAB X 2 MG                            | \$ 210    |
| 0101021333 | 19953922-01 | BISACODILO                          | 5 mg           | TABLETA | BISACODILO TAB X 5 MG                                        | \$ 1.006  |
| 0101021633 | 19947547-01 | BISACODILO                          | 2.5 MG         | TABLETA | DULCOLAX P 2.5 MG                                            | \$ 630    |
| 0101021616 | 00031462-01 | BISACODILO                          | 5 MG           | TABLETA | DULCOLAX TABLETA 5 MG                                        | \$ 840    |
| 0101020293 | 00032119-01 | CAPTOPRIL                           | 50 MGS         | TABLETA | CAPTOPRIL 50 MGS                                             | \$ 1.365  |
| 0101021269 | 00031803-01 | CAPTOPRIL                           | 25 MG          | TABLETA | CAPTOPRIL TAB X 25 MG                                        | \$ 1.365  |
| 01020393   | 00052437-03 | CARBAMAZEPINA                       | 200 MGS        | TABLETA | CARBAMAZEPINA 200 MGS                                        | \$ 618    |
| 020882     | 19906339-07 | CARBONATO DE CALCIO                 | 500 MG         | TABLETA | CARBONATO DE CALCIO 600 MG                                   | \$ 460    |
| 0101021382 | 20018308-06 | CARBONATO DE LITIO                  | 300 MG         | TABLETA | CARBONATO DE LITIO TAB X 300 MG                              | \$ 160    |
| 0101020270 | 01984797-02 | CEFALEXINA                          | 500 MGS        | TABLETA | CEFALEXINA 500 MGS                                           | \$ 1.666  |
| 0101021602 | 00043696-01 | CEFRADINA                           | 500 mg         | TABLETA | CEFRADINA TABLETA 500 MG                                     | \$ 1.227  |
| 0101020259 | 00208231-02 | CEFTRIAXONA                         | 1 GR           | FRASCO  | CEFTRIAXONA 1 GR                                             | \$ 13.924 |
| 0101020290 | 00039916-02 | CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO)        | 500 MGS        | TABLETA | CIPROFLOXACINA 500 MGS                                       | \$ 580    |
| 0101021338 | 19907929-01 | CLARITROMICINA                      | 500 MG         | TABLETA | CLARITROMICINA TAB X 500 MG                                  | \$ 815    |
| 0102051075 | 19920065-02 | CLONAZEPAM                          |                | FRASCO  | CLONAZEPAM GOTAS 2.5 MG/ML                                   | \$ 26.292 |
| 0101021274 | 19978469-01 | CLONAZEPAM                          | 0.5 MG         | TABLETA | CLONAZEPAM TAB X 0.5 MG                                      | \$ 273    |
| 0101021273 | 19978468-01 | CLONAZEPAM                          | 2 MG           | TABLETA | CLONAZEPAM TAB X 2 MG                                        | \$ 183    |
| 0101020414 | 19971867-02 | Clonidina                           | 150 MG         | TABLETA | CLONIDINA 150 MG                                             | \$ 1.200  |
| 0101020431 | 19933487-03 | Clopidogrel                         | 75 MG          | TABLETA | CLOPIDOGREL 75 MG                                            | \$ 1.995  |
| 0103011043 | 20001650-02 | CLOTIMAZOL, NEOMICINA, DEXAMETASONA | 40             | TUBO    | CLOTIMAZOL+NEOMICINA+BETAMETASONA X 40 GR                    | \$ 22.136 |
| 0101020359 | 20011384-01 | CLOZAPINA                           | 25 MGS         | TABLETA | CLOZAPINA 25 MGS                                             | \$ 2.560  |
| 0101021280 | 19955124-01 | CLOZAPINA                           | 100 MG         | TABLETA | CLOZAPINA TAB X 100 MG                                       | \$ 7.000  |
| 0101021279 | 00034476-02 | COMPLEJO B MK                       |                | TABLETA | COMPLEJO B TABLETAS                                          | \$ 250    |
| 0101021501 | 20001974-02 | DESVENLAFAXINA                      | 50 MG          | TABLETA | DESVENLAFAXINA TAB X 50 MG                                   | \$ 8.293  |
| 0102011179 | 19959764-02 | DEXAMETASONA                        | 4 MG           | AMPOLLA | DEXAMETASONA (FOSFATO) SOLUCION INYECTABLE 4 MG / ML DE BAS  | \$ 719    |
| 020573     | 00025503-02 | DEXTROSA + SODIO CLORURO            | 5.5 5% 500 CC  | BOLSA   | DEXTROSA S.S 5% 500 CC                                       | \$ 3.410  |
| 0102020574 | 01982214-02 | DEXTROSA EN AGUA DESTILADA          | A D 10% 500 ML | BOLSA   | DEXTROSA A.D 10% 500 ML                                      | \$ 3.880  |
| 0102020572 | 00029522-04 | DEXTROSA EN AGUA DESTILADA          | A.D 5% 500 ML  | BOLSA   | DEXTROSA A.D 5% 500 ML                                       | \$ 2.833  |
| 0102010291 | 00037902-02 | DICLOFENACO                         | 75 MGS         | AMPOLLA | DICLOFENACO AMP 75 MGS                                       | \$ 2.570  |
| 0101021277 | 00020472-01 | DICLOFENACO                         | 50 MG          | TABLETA | DICLOFENACO SODICO TABLETA 50 MG                             | \$ 595    |
| 0101021278 | 19967243-03 | DICLOXACILINA                       | 500 MG         | TABLETA | DICLOXACILINA TAB X 500 MG                                   | \$ 595    |
| 0101021287 | 19929219-02 | DIFENHIDRAMINA                      | 50 MG          | TABLETA | DIFENHIDRAMINA TAB X 50 MG                                   | \$ 460    |
| 0102010266 | 19922562-06 | DIPIRONA                            | 0.5 GM/ML      | AMPOLLA | DIPIRONA AMPS 1 GR/2 ML                                      | \$ 721    |
| 0102011181 | 20007276-02 | DIPIRONA                            | 5 ml           | AMPOLLA | DIPIRONA AMP X 5 ML                                          | \$ 3.250  |
| 0101021288 | 19944041-02 | DIVALPROATO DE SODIO                | 250 MG         | TABLETA | DIVALPROATO DE SODIO TAB X 250 MG                            | \$ 645    |

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Página 9 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 2774 - 2º. Pbx. 129.40.1  
Cali - Colombia



ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS  
ORGANIZATION OF AMERICAN STATES  
SECRETARÍA GENERAL  
WASHINGTON, D. C. 20540

SECRETARÍA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

404

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

|            |             |                                     |              |         |                                                    |           |
|------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------|----------------------------------------------------|-----------|
| 0101021319 | 19919200-03 | DIVALPROATO DE SODIO                | 500 MG       | TABLETA | DIVALPROATO DE SODIO TAB X 500 MG                  | \$ 1.290  |
| 0101020319 | 20003421-02 | DOXICICLINA                         | 100 MGS      | TABLETA | DOXICICLINA 100 MGS                                | \$ 520    |
| 0102010102 | 00031748-03 | EFFORTIL 10MGS                      | 10MGS        | AMPOLLA | EFFORTIL 10MGS                                     | \$ 23.595 |
| 0101021351 | 00036123-01 | ENALAPRIL MALEATO                   | 20 MG        | TABLETA | ENALAPRIL MALEATO TAB X 20 MG                      | \$ 200    |
| 0101021352 | 00036124-01 | ENALAPRIL MALEATO                   | 5 MG         | TABLETA | ENALAPRIL MALEATO TAB XS MG                        | \$ 260    |
| 0102011149 | 00042849-02 | EPINEFRINA                          | 1 MG         | AMPOLLA | ADRENALINA AMP X 1MG                               | \$ 1.095  |
| 0101021294 | 19963072-04 | ESCITALOPRAM                        | 10 MG        | TABLETA | ESCITALOPRAM TAB X 10 MG                           | \$ 1.871  |
| 0101021293 | 20032240-06 | ESCITALOPRAM                        | 20 MG        | TABLETA | ESCITALOPRAM TAB X 20 MG                           | \$ 3.742  |
| 0102011185 | 20028809-01 | FENITOINA                           | 250 mg       | AMPOLLA | FENITOINA SODICA AMP X 250 MG                      | \$ 15.014 |
| 0101021295 | 00030051-05 | FENITOINA                           | 100 MG       | TABLETA | FENITOINA SODICA TAB X 100 MG                      | \$ 617    |
| 0102010470 | 20029389-02 | FENTANILO                           | 100MCG X 2ML | AMPOLLA | FENTANILO 100MCG X 2ML                             | \$ 2.065  |
| 0101020339 | 00051860-02 | FLUCONAZOL                          | 200 MGS      | TABLETA | FLUCONAZOL 200 MGS                                 | \$ 2.026  |
| 0101020349 | 00047547-02 | fluoxetina                          | 20 MGS       | TABLETA | FLUOXETINA 20 MGS                                  | \$ 2.074  |
| 0102101051 | 00219782-07 | fluoxetina                          |              | FRASCO  | FLUOXETINA SUSP 20MG /5ML                          | \$ 21.921 |
| 0101021296 | 00059491-03 | FLUVOXAMINA                         | 100 MG       | TABLETA | FLUVOXAMINA TAB X 100 MG                           | \$ 10.000 |
| 0102010874 | 01983151-01 | FUROSEMIDA                          | 20 MG        | AMPOLLA | FUROSEMIDA 20 MGS 2 ML                             | \$ 1.326  |
| 0101021358 | 00023947-02 | FUROSEMIDA                          | 40 MG        | TABLETA | FUROSEMIDA TAB X 40 MG                             | \$ 105    |
| 1020407    | 00036269-02 | GEMFIBROZILO                        | 600 MG       | TABLETA | GEMFIBROZILO 600 MG                                | \$ 683    |
| 0102011186 | 00028035-03 | GENTAMICINA                         | 180 mg       | AMPOLLA | GENTAMICINA AMP 2 ML 160MG                         | \$ 1.326  |
| 0102041018 | 19941932-02 | GENTAMICINA                         |              | FRASCO  | GENTAMICINA MK 0.3% SOLUCION OFTALMICA             | \$ 3.640  |
| 0102011188 | 00024061-01 | GENTAMICINA                         | 160 mg       | AMPOLLA | GENTAMICINA X 160MG/2ML                            | \$ 2.262  |
| 0101020384 | 19993255-07 | GLIBENCLAMIDA                       | 5 MGS        | TABLETA | GLIBENCLAMIDA 5 MGS                                | \$ 187    |
| 0102011149 | 19945268-01 | HALOPERIDOL                         | 5 MG/1 ML    | AMPOLLA | HALOPERIDOL INYECTABLE 5MG/1ML                     | \$ 31.362 |
| 0101021324 | 00047764-04 | HALOPERIDOL                         | 10 MG        | TABLETA | HALOPERIDOL TAB X 10 MG                            | \$ 1.900  |
| 0101021363 | 20037652-03 | HALOPERIDOL                         | 5 mg         | TABLETA | HALOPERIDOL TAB X 5 MG                             | \$ 1.015  |
| 0102051069 | 00051934-03 | HALOPERIDOL                         |              | FRASCO  | HALOPERIDOL X 2MG/1ML                              | \$ 6.903  |
| 0102011191 | 19942878-01 | HEPARINA SODICA                     | 5            | AMPOLLA | HEPARINA X 25.0000 5 ML                            | \$ 13.440 |
| 0101020381 | 00034162-01 | HIDROCLOROTIAZIDA                   | 25 MGS       | TABLETA | HIDROCLOROTIAZIDA 25 MGS                           | \$ 150    |
| 0102010360 | 19940721-12 | HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO)   | 100 MGS      | AMPOLLA | HIDROCORTISONA AMPOLLA 100 MGS                     | \$ 17.007 |
| 0102051071 | 00215882-01 | HIDROXIDO ALUMINIO SUSPENSION ORAL  |              | FRASCO  | HIDROXIDO ALUMINIO SUSPENSION ORAL 6% FCO X 360 CC | \$ 4.055  |
| 0101021365 | 19985976-03 | HIOSCINA BUTILBROMURO-ACETAMINOFEN  | 10 mg        | TABLETA | HIOSCINA N-BUTILBROMURO BUSCAPINA COMPUESTA        | \$ 820    |
| 1020424    | 19973908-01 | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO            | 10 MG        | TABLETA | HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG                      | \$ 850    |
| 0102010388 | 19985976-03 | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA | 20 MGS 1 ML  | AMPOLLA | BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MGS 1 ML              | \$ 6.075  |
| 0101020397 | 00043334-03 | IBUPROFENO                          | 400 MGS      | TABLETA | IBUPROFENO 400 MGS                                 | \$ 200    |
| 0101021369 | 00058148-01 | IMIPRAMINA CLORHIDRATO              | 25 MG        | TABLETA | IMIPRAMINA CLORHIDRATO TAB X 25 MG                 | \$ 1.090  |
| 0101021248 | 19962502-02 | ISOSORBIDE DINITRATO                |              | TABLETA | DINITRATO DE ISOSORBIDE 5 MG                       | \$ 840    |
| 0101020429 | 19955355-03 | ISOSORBIDE DINITRATO                | 10 MG        | TABLETA | DINITRATO DE ISOSORBIDE 10 MG                      | \$ 130    |
| 0101021590 | 00028823-01 | KETOCONAZOL                         | 200 MG       | TABLETA | KETOCONAZOL 200 MG                                 | \$ 113    |

CONFIDENTIAL - EYES ONLY  
 ADVISE THE DIRECTOR OF THE FBI OF ANY  
 INFORMATION RECEIVED FROM THE  
 SOURCE THAT MAY BE OF INTEREST  
 TO THE FBI. (U) (P)

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and the role of the accounting department in ensuring the integrity of the financial statements.

2. The second part of the document outlines the various methods used to collect and analyze data, including interviews, surveys, and focus groups.

3. The third part of the document describes the results of the study, highlighting the key findings and the implications for practice.

4. The fourth part of the document discusses the limitations of the study and suggests areas for future research.

5. The fifth part of the document provides a conclusion and summarizes the main points of the study.

6. The sixth part of the document includes a list of references and a list of figures and tables.

7. The seventh part of the document contains a list of appendices and a list of footnotes.

8. The eighth part of the document includes a list of abbreviations and a list of symbols.

9. The ninth part of the document contains a list of acknowledgments and a list of contributors.

10. The tenth part of the document includes a list of contact information and a list of distribution channels.



OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

|            |                         |                                                                   |                  |         |                                                  |           |
|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|---------|--------------------------------------------------|-----------|
| 0102020579 | 00032611-01             | LACTATO RINGER<br>(SOLUCION HARTMAN)                              | 500C.C.          | BOLSA   | SOLUCION HARTMAN 500C.C.                         | \$ 3.265  |
| 0101021374 | 02016555-04             | LAMOTRIGINA                                                       | 100 MG           | TABLETA | LAMOTRIGINA TAB X 100 MG                         | \$ 6.978  |
| 0101021376 | 20016324-04             | LAMOTRIGINA                                                       | 25 MG            | TABLETA | LAMOTRIGINA TAB X 25 MG                          | \$ 341    |
| 0101021377 | 20001516-02             | LAMOTRIGINA                                                       | 50 MG            | TABLETA | LAMOTRIGINA TAB X 50 MG                          | \$ 583    |
| 0101021271 | 01980397-01             | LEVODOPA +<br>CARBIDOPA                                           | 25/250 MG        | TABLETA | CARBIDOPA+LEVODOPA TAB X 25/250 MG               | \$ 1.680  |
| 0101021380 | 19953848-01             | LEVOMEPRIMAZINA                                                   | 100 MG           | TABLETA | LEVOMEPRIMAZINA TAB X 100 MG                     | \$ 1.870  |
| 0101021381 | 19953957-01             | LEVOMEPRIMAZINA                                                   | 25 MG            | TABLETA | LEVOMEPRIMAZINA TAB X 25 MG                      | \$ 990    |
| 0102051072 | 19959695-03             | LEVOMEPRIMAZINA                                                   |                  | FRASCO  | LEVOMEPRIMAZINA X 20 ML GOTAS 4% FCO X 800 GOTAS | \$ 28.724 |
| 0101020410 | 19985888-02             | LEVOTIROXINA SODICA                                               | 100 MCG          | TABLETA | LEVOTIROXINA 100 MCG                             | \$ 2.444  |
| 0101020402 | 19985993-09             | LEVOTIROXINA SODICA                                               | 50 MGS           | TABLETA | LEVOTIROXINA 50 MGS                              | \$ 1.250  |
| 0101021387 | 00035895-01             | LOPERAMIDA<br>CLORHIDRATO                                         | 2 MG             | TABLETA | LOPERAMIDA TAB X 2 MG                            | \$ 1.280  |
| 0101021388 | 00042608-01             | LORATADINA                                                        | 10 MG            | TABLETA | LORATADINA TAB X 10 MG                           | \$ 260    |
| 0101021297 | 19902391-03             | LORAZEPAM                                                         | 1 MG             | TABLETA | LORAZEPAM TAB X 1 MG                             | \$ 640    |
| 0101021298 | 00227599-01             | LORAZEPAM                                                         | 2 MG             | TABLETA | LORAZEPAM TAB X 2 MG                             | \$ 580    |
| 0101021391 | 20032631-02             | LOSARTAN                                                          | 100 MG           | TABLETA | LOSARTAN POTASICO TAB X 100 MG                   | \$ 6.990  |
| 0101021390 | 00224830-02             | LOSARTAN                                                          | 50 MG            | TABLETA | LOSARTAN TAB X 50 MG                             | \$ 700    |
| 01020340   | 00038340-02             | LOVASTATINA                                                       | 20 MGS           | TABLETA | LOVASTATINA 20 MGS                               | \$ 3.670  |
| 0102010488 | 19935299-01             | MAGNESIO SULFATO                                                  | 0.2              | AMPOLLA | SULFATO MAGNESIA 10ML 20%                        | \$ 600    |
| 0101021394 | Pendiente<br>codigo CUM | MEMANTINA                                                         | 10 MG            | TABLETA | MEMANTINA TAB X 10 MG                            | \$ 10.604 |
| 0101021556 | 19999497-03             | MEMANTINA                                                         | 20 MG            | TABLETA | MEMANTINA X 20 MG                                | \$ 4.202  |
| 0101021403 | 19932854-03             | Metformina                                                        | 850 mg           | TABLETA | METFORMINA CLORHIDRATO TAB X 850 MG              | \$ 1.195  |
| 0101021411 | 20024210-01             | METIMAZOL                                                         | 5 MG             | TABLETA | METIMAZOL TAPASOL TAB X 5 MG                     | \$ 1.060  |
| 0101021413 | 19962588-02             | METOCARBAMOL                                                      | 750 mg           | TABLETA | METOCARBAMOL TAB X 750 MG                        | \$ 505    |
| 0101020409 | 19941418-01             | METOCLOPRAMIDA<br>(CLORHIDRATO)                                   | 10 MG            | TABLETA | METOCLOPRAMIDA TAB 10 MG                         | \$ 515    |
| 0102010364 | 19969624-01             | METOCLOPRAMIDA<br>(CLORHIDRATO)                                   | 10 MG/2ML        | AMPOLLA | METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG/2ML             | \$ 5.135  |
| 0101020373 | 19943592-01             | METOPROLOL<br>TARTRATO                                            | 50 MG            | TABLETA | METOPROLOL 50 MGS                                | \$ 848    |
| 0101020416 | 19935982-04             | METRONIDAZOL                                                      | 500 MG           | TABLETA | METRONIDAZOL 500 MG                              | \$ 838    |
| 0102011199 | 19900048-01             | METRONIDAZOL                                                      |                  | UNIDAD  | METRONIDAZOL OVULOS                              | \$ 826    |
| 0102011228 | 20001225-03             | MIDAZOLAM                                                         | 3 ML             | AMPOLLA | MIDAZOLAM 15 MG AMP X 3 ML                       | \$ 6.600  |
| 0101021299 | 19930667-03             | MIRTAPAZINA                                                       | 15 MG            | TABLETA | MIRTAPAZINA TAB X 15 MG                          | \$ 1.179  |
| 0101021300 | 19974935-01             | MIRTAPAZINA                                                       | 30 MG            | TABLETA | MIRTAPAZINA TAB X 30 MG                          | \$ 2.357  |
| 0102010142 | 00046792-03             | Multivitaminas<br>Tiamina/Riboflavina/Plr<br>Idoxina/Nicotinamida | 25/5/50/50<br>MG | AMPOLLA | COMPLEJO B 10C.C.                                | \$ 4.770  |
| 0101020390 | 00017145-10             | NAPROXENO                                                         | 250 MGS          | TABLETA | NAPROXENO 250 MGS                                | \$ 419    |
| 0101021417 | DD051316-01             | Nifedipino                                                        | 10 MG            | TABLETA | NIFEDIPINO TAB X 10 MG                           | \$ 234    |
| 0101020138 | 20017424-19             | NITROFURANTOINA                                                   | 100MGS           | TABLETA | NITROFURANTOINA (MACRODANTINA) 100MGS            | \$ 1.914  |
| 0101021515 | 0101021515              | NO CLASIFICADO                                                    |                  | TABLETA | LBS II                                           | \$ 1.428  |
| 0102011165 | 0102011165              | NO CLASIFICADO                                                    |                  | UNIDAD  | MM-16                                            | \$ 28.896 |
| 0101021526 | 19939789-02             | NO CLASIFICADO                                                    | 10 MG            | TABLETA | MONTELUKAS TABLETA                               | \$ 2.807  |
| 0102051034 | 0102051034              | NO CLASIFICADO                                                    |                  | FRASCO  | QUIETUDE JARABE X 250 ML                         | \$ 73.400 |
| 0101021497 | 0101021497              | NO CLASIFICADO                                                    |                  | TABLETA | SEDATIF PC X 40 TAB                              | \$ 48.000 |
| 0102011171 | Pendiente<br>codigo CUM | NO CLASIFICADO                                                    |                  | UNIDAD  | ZINC                                             | \$ 6.950  |
| 0101021399 | 19976270-02             | OLANZAPINA                                                        | 10 MG            | TABLETA | OLANZAPINA TAB X 10 MG                           | \$ 14.560 |
| 0101021409 | 19976269-02             | OLANZAPINA                                                        | 5 MG             | TABLETA | OLANZAPINA TAB X 5 MG                            | \$ 9.004  |

SECRET

SECRET

CONFIDENTIAL - A CONTROL TO BE EXERCISED IN THE SERVICE OF THE  
COMMUNICATIONS DIVISION OF THE DEPARTMENT OF DEFENSE  
IN THE EVENT OF A SECURITY BREACH OR A DISASTROUS  
CIRCUMSTANCE. (S) (C) (U) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MM) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NN) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)

CONFIDENTIAL - A CONTROL TO BE EXERCISED IN THE SERVICE OF THE

COMMUNICATIONS DIVISION

406

**OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

|            |             |                              |               |          |                                                  |           |
|------------|-------------|------------------------------|---------------|----------|--------------------------------------------------|-----------|
| 0101020331 | 00047006-10 | OMEPRAZOL                    | 20 MGS        | TABLETA  | OMEPRAZOL 20 MGS                                 | \$ 440    |
| 0101021263 | 00025040-10 | PARACETAMOL                  | 500 mg        | TABLETA  | ACETAMINOFEN TAB X 500 MG                        | \$ 167    |
| 0101021301 | 19952343-01 | PAROXETINA                   | 20 MG         | TABLETA  | PAROXETINA TAB X 20 MG                           | \$ 4.438  |
| 0102080981 | 20034167-01 | PENOIENTE DESCRIPCION        | 20 MCG X 10ML | FRASCO   | BROMURO DE IPRATROPIO (ATROVEN) 0.025% FCO 20 ML | \$ 38.600 |
| 0102010791 | 00218006-02 | PENICILINA G BENZATINICA     | 2400000 UI    | AMPOLLA  | PENICILINA BENZATINICA 2400000 UI                | \$ 18 331 |
| 0102011150 | 19980936-01 | PIPOPIAZINA                  | 25MG          | AMPOLLA  | PIPOPIAZINA INYECTABLE 25 MG/1ML                 | \$ 15.766 |
| 0102011177 | 00211363-01 | POTASIO CLORURO              | 10 ml         | AMPOLLA  | CLORURO DE POTASIO AMP X 10 ML                   | \$ 1.466  |
| 0101020370 | 00020600-02 | PREDNISONA O PREDNISOLONA    | 5 MGS         | TABLETA  | PREDNISOLONA 5 MGS                               | \$ 348    |
| 0101021308 | 19953202-02 | PREGABALINA                  | 75 MG         | CAPSULAS | PREGABALINA X 75 MG                              | \$ 1.571  |
| 0101021412 | 19963704-01 | PROPANOLOL                   | 40 MG         | TABLETA  | PROPANOLOL TAB X 40 MG                           | \$ 220    |
| 0101021305 | 19996292-07 | QUETIAPINA                   | 100 MG        | TABLETA  | QUETIAPINA TAB X 100 MG                          | \$ 1.351  |
| 0101021304 | 19995113-06 | QUETIAPINA                   | 25 MG         | TABLETA  | QUETIAPINA TAB X 25MG                            | \$ 338    |
| 0101021307 | 19996348-06 | QUETIAPINA                   | 300 MG        | TABLETA  | QUETIAPINA TAB X 300 MG                          | \$ 7.261  |
| 0101021601 | 20043691-06 | QUETIAPINA                   |               | TABLETA  | QUETIAPINA XR 200 MG                             | \$ 4 652  |
| 0101021545 | 19999459-02 | QUETIAPINA                   | 50 MG         | TABLETA  | QUETIAPINA XR 50MG                               | \$ 1.163  |
| 0101021572 | 19949721-02 | QUETIAPINA                   | 200MG         | TABLETA  | QUETIDIN TAB 200MG                               | \$ 2.703  |
| 0101020434 | 00025790-04 | RANITIDINA (CLORHIDRATO)     | 150 MG        | TABLETA  | RANITIDINA 150 MG                                | \$ 250    |
| 0102010395 | 19956806-01 | RANITIDINA (CLORHIDRATO)     | 50 MGS 2 ML   | AMPOLLA  | RANITIDINA 50 MGS 2 ML                           | \$ 1.194  |
| 0102051030 | 19956205-03 | RISPERIDONA                  | 20ML          | FRASCO   | RISPERIDONA GOTAS 0.1% X 20ML                    | \$ 73.828 |
| 0101021473 | 19926482-03 | RISPERIDONA                  | 20            | CAJA     | TRACTAL TAB 1 MG X 20                            | \$ 3.662  |
| 0101021309 | 20007377-02 | RISPERIDONA                  | 1 MG          | TABLETA  | RISPERIDONA TAB X 1 MG                           | \$ 3.662  |
| 0101021310 | 20007289-03 | RISPERIDONA                  | 2 MG          | TABLETA  | RISPERIDONA TAB X 2 MG                           | \$ 7.323  |
| 0101021311 | 20007378-02 | RISPERIDONA                  | 3 MG          | TABLETA  | RISPERIDONA TAB X 3 MG                           | \$ 10 985 |
| 0102051068 | 19956205-03 | RISPERIDONA                  | 50 MG         | FRASCO   | TRACTAL GOTAS 0.1% X 20ML                        | \$ 72.614 |
| 0101021313 | 19928497-03 | SERTRALINA                   | 50 MG         | TABLETA  | SERTRALINA TABLETA X 50 MG                       | \$ 4.735  |
| 0101021312 | 19928496-01 | SERTRALINA                   | 100 MG        | TABLETA  | SERTRALINA TAB X 100 MG                          | \$ 503    |
| 0101021314 | 19928497-01 | SERTRALINA                   | 25 mg         | TABLETA  | SERTRALINA TAB X 25 MG                           | \$ 680    |
| 0102011147 | 20004032-01 | SODIO BICARBONATO            | 10 MG         | AMPOLLA  | BICARBONATO DE SODIO AMP X 10MG                  | \$ 1.362  |
| 0102020584 | 00029523-04 | SODIO CLORURO                | 0 009 250cc   | BOLSA    | SOLUCION SALINA NORMAL 250 CC                    | \$ 3.204  |
| 0102020580 | 00029523-05 | SODIO CLORURO                | 0 009 500cc   | BOLSA    | SOLUCION SALINA NORMAL 500 CC                    | \$ 2.710  |
| 0101020389 | 00036743-01 | SUCRALFATO                   | 1 GM          | TABLETA  | SUCRALFATO 1 GM                                  | \$ 1.230  |
| 0103011046 | 19964399-01 | SULFADIAZINA                 | 1%            | TUBO     | SULFADIAZINA DE PLATA 1%                         | \$ 8.252  |
| 0101021166 | 00032897-04 | SULFATO FERROSO              | 200 MG        | TABLETA  | SULFATO FERROSO 200 MG                           | \$ 105    |
| 0102010008 | 00038332-02 | TIAMINA                      | 100 MG/ML     | AMPOLLA  | TIAMINA FCO 100 MG/10 ML                         | \$ 5.168  |
| 0101020016 | 00023440-01 | TIAMINA                      | 300 MGS       | TABLETA  | TIAMINA 300 MGS                                  | \$ 209    |
| 01020307   | 00218253-05 | TINIDAZOL                    | 500 MGS       | TABLETA  | TINIDAZOL 500 MGS                                | \$ 406    |
| 0102051073 | 19988903-02 | TRAMADOL CLORHIDRATO         |               | FRASCO   | TRAMADOL 100 MGS GTAS                            | \$ 11.532 |
| 0101021627 | 19996023-07 | TRAMADOL CLORHIDRATO         | 50 MG         | CAPSULAS | TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG                       | \$ 10.250 |
| 0101021433 | 19903033-03 | TRAZODONA                    | 150 MG        | TABLETA  | TRAZODONA CLORHIDRATO TRITICO AC 150 MG          | \$ 1.963  |
| 0101021640 | 19903033-03 | TRAZODONA                    | 150 MG        | TABLETA  | TRITICO AC X 150 MG TABLETA                      | \$ 3.020  |
| 0101020376 | 19960669-05 | TRAZODONA CLORHIDRATO        | 50 MGS        | TABLETA  | TRAZODONA 50 MGS                                 | \$ 715    |
| 0101020347 | 00051068-02 | TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL | 160/800       | TABLETA  | TRIMETROPIN SULFA 160/800                        | \$ 2.405  |
| 0101021439 | 19943444-01 | VENLAFAXINA                  | 75 MG         | TABLETA  | VENLAFAXINA TAB X 75MG                           | \$ 4.335  |
| 0101021437 | 20024115-14 | VENLAFAXINA                  | 150 MG        | TABLETA  | VENLAFAXINA TAB X 150 MG                         | \$ 8.670  |
| 0101021438 | 20023920-06 | VENLAFAXINA                  | 37.5 MG       | TABLETA  | VENLAFAXINA TAB X 37.5 MG                        | \$ 2.168  |

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS  
54 EAST LAKE STREET, CHICAGO, ILL. 60601  
U.S.A. AND CANADA  
OTHER COUNTRIES: SEE LIST OF AGENTS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS  
54 EAST LAKE STREET, CHICAGO, ILL. 60601  
U.S.A. AND CANADA  
OTHER COUNTRIES: SEE LIST OF AGENTS



Servicio Occidental de Salud

OTRO SI No.9 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

|            |             |                         |         |         |                                     |          |
|------------|-------------|-------------------------|---------|---------|-------------------------------------|----------|
| 0101021440 | 00036506-04 | Verapamilo              | 80 MG   | TABLETA | VERAPAMILLO CLORHIDRATO TAB X 80 MG | \$ 160   |
| 0101020301 | 00036782-01 | VERAPAMILLO CLORHIDRATO | 120 MGS | TABLETA | VERAPAMILLO 120 MGS                 | \$ 210   |
| 0102011208 | 20025304-01 | VITAMINA B12            | 1 MG    | AMPOLLA | CIANOCOBALAMINA AMP X 1 MG          | \$ 3.273 |
| 0101021444 | 19991889-03 | WARFARINA               | 5 MG    | TABLETA | WARFARINA SODICA TAB X 5 MG         | \$ 750   |

### INSUMOS

| CODIGO OMS | FORMA FARMACEUTICA | NOMBRE COMERCIAL                | Tarifa Final SOS |
|------------|--------------------|---------------------------------|------------------|
| 0204041516 | UNIDAD             | ACCU-CHEK ACTIVE TIRAS          | \$ 3.000         |
| 0205010041 | UNIDAD             | ANGIOCATH NO. 18                | \$ 1.858         |
| 0205010005 | UNIDAD             | ANGIOCATH NO. 20                | \$ 2.380         |
| 0205010006 | UNIDAD             | ANGIOCATH NO. 22                | \$ 2.380         |
| 0205010009 | UNIDAD             | ANGIOCATH NO. 24                | \$ 2.380         |
| 0201010134 | UNIDAD             | APOSITO ESTERIL                 | \$ 2.616         |
| 0204040532 | UNIDAD             | BOLSA ALIMENTACION ENTERAL      | \$ 23.295        |
| 0205010004 | UNIDAD             | CANULA GUEDEL NO. 3             | \$ 2.600         |
| 0205010042 | UNIDAD             | CANULA GUEDEL NO. 4             | \$ 2.600         |
| 0205010043 | UNIDAD             | CANULA GUEDEL NO. 5             | \$ 2.600         |
| 0204040313 | UNIDAD             | CANULA OXIGENO                  | \$ 3.350         |
| 0204041519 | UNIDAD             | CYSTOFLO                        | \$ 13.200        |
| 0205010044 | UNIDAD             | ESTILETE P/INTUBACION NO. 14    | \$ 7.500         |
| 0204041534 | UNIDAD             | ELECTRODOS DE ESTIMULO          | \$ 40.000        |
| 0204040839 | UNIDAD             | HUMIDIFICADOR                   | \$ 9.291         |
| 0204040523 | UNIDAD             | JERINGA 10 ML DESECHABLE        | \$ 405           |
| 0204040524 | UNIDAD             | JERINGA 20 ML DESECHABLE        | \$ 1.032         |
| 0204040526 | UNIDAD             | JERINGA 5 ML DESECHABLE         | \$ 330           |
| 0204040527 | UNIDAD             | JERINGA INSULINA DESECHABLE     | \$ 547           |
| 0204040280 | UNIDAD             | LANCETAS DESECHABLES            | \$ 233           |
| 0205010045 | UNIDAD             | MASCARA LARINGEA SILICONA NO. 3 | \$ 55.374        |
| 0204041526 | UNIDAD             | MASCARA PARA NEBULIZACION       | \$ 3.200         |
| 0204041527 | UNIDAD             | MASCARA PARA OXIGENO            | \$ 4.067         |
| 0203030209 | LITRO              | OXIGENO                         | \$ 100           |
| 0205010038 | UNIDAD             | PROTECTOR BUCAL                 | \$ 150.000       |
| 0201010059 | UNIDAD             | SEDA 4-0                        | \$ 13.400        |
| 0201010058 | UNIDAD             | SEDA 5-0                        | \$ 12.400        |
| 0204040349 | UNIDAD             | SONDA FOLLEY NO. 16             | \$ 2.700         |
| 0204040348 | UNIDAD             | SONDA FOLLEY NO. 18             | \$ 3.050         |
| 0204040354 | UNIDAD             | SONDA NASOGASTRICA NO. 12 LEVIN | \$ 1.000         |
| 0204040355 | UNIDAD             | SONDA NASOGASTRICA NO. 14 LEVIN | \$ 1.250         |
| 0204040353 | UNIDAD             | SONDA NASOGASTRICA NO. 16 LEVIN | \$ 1.500         |
| 0204040336 | UNIDAD             | SONDA NASOGASTRICA NO. 18 LEVIN | \$ 1.850         |
| 0204040337 | UNIDAD             | SONDA NASOGASTRICA NO. 20 LEVIN | \$ 2.100         |
| 0204040357 | UNIDAD             | SONDA NELATON NO. 12            | \$ 1.450         |
| 0204040358 | UNIDAD             | SONDA NELATON NO. 14            | \$ 1.450         |
| 0204040359 | UNIDAD             | SONDA NELATON NO. 16            | \$ 1.450         |
| 0204040440 | UNIDAD             | TAPON HEPARINIZADO              | \$ 1.550         |
| 0205010039 | UNIDAD             | TEST DE 5 DROGAS UNITEST        | \$ 45.000        |
| 0204040372 | UNIDAD             | TUBO ENDOTRAQ. NRO 7            | \$ 7.700         |
| 0204040376 | UNIDAD             | TUBO ENDOTRAQ. NRO 8            | \$ 7.700         |

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Página 13 de 14

Sede Nacional: Av. de las Americas No. 274 - 55 - 404 404 90 50  
Cali - Colombia

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

1222

408

**OTRO SI No.5 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **FABIAN CARDONA MEDINA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.710.893 de Cali, actuando como Primer Suplente del Gerente General de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el NIT. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.5** complementario al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes, se incluye el servicio denominado "*Terapia Electroconvulsiva*", servicio que se contendrá en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del contrato principal. 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.5 al Contrato No. 0885 del 2011, con el fin de precisar en el mismo, la inclusión del servicio citado, tal como se expuso anteriormente. 5) Que la inclusión del servicio anteriormente mencionado, empezará a regir a partir del Doce (12) de Abril del año Dos Mil Trece (2013). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Incluir dentro del objeto del contrato lo anteriormente dispuesto, siempre y cuando el servicio de *Terapia Electroconvulsiva* se encuentre debidamente habilitado por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** El servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se facturará y reconocerá por evento de la siguiente forma:

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 1 de 2

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 2391 - 55 Pbx: (02) 489.86.86  
Línea Nacional: 01 8000936777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia





**OTRO SI No.5 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| CÓDIGO   |                                                                                      | DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 942600   | TERAPIA ELECTROCONVULSIVA SIN ANESTESIA, SESION (CON SEDACION POR MD GHAL)           | 46.200                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Protector Bucal</li> <li>1 Electrodo de Estimulo (son individuales -no reutilizables-Propofol)</li> <li>1 Cánula nasal</li> <li>1 Solución Salina</li> <li>1 Venoclisis</li> <li>1 Angiocath No.20</li> <li>1 Tapón Heparinizado</li> <li>2 Jeringas de 10 ml</li> <li>Oxigeno requerido</li> <li>1 Sonda levin para aspirar secreciones</li> <li>Propofol</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 942600-1 | TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA, RELAJACION Y MONITOREO (TECAR) SOD (sesión) | 170.000                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Honorarios Anestesiologo</li> <li>Anestesia para el procedimiento</li> <li>1 Protector bucal</li> <li>1 Electrodo de estimulo</li> <li>1 Cánula nasal</li> <li>1 Humidificador</li> <li>1 Bata para el Paciente</li> <li>1 Angiocath No. 20</li> <li>1 Tapón heparinizado</li> <li>4 Jeringas de 10 ml</li> <li>1 Sonda para secreciones</li> <li>1 Paquete de 10 unids. Electrodo para ritmo cardiaco, EEG, EMG</li> <li>1 Venoclisis</li> <li>1 Solución salina</li> <li>Oxigeno requerido pus hay relajación completa</li> <li>Paquete de medicamentos</li> <li>Propofol</li> <li>Quelicin</li> <li>Lidocaina</li> </ul> |

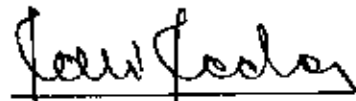
Nota: Todos los insumos y medicamentos que se requieren y estan por fuera del paquete se cobran por evento.

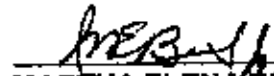
**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTRO SI No.5 inicia vigencia a partir del Doce (12) de Abril del año Dos Mil Trece (2013). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No. 0885 del 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Doce (12) días del mes de Abril de 2013.

**EL CONTRATANTE,**

**EL CONTRATISTA,**

  
**FABIAN CARDONA MEDINA**  
1ER. SUPLENTE GERENTE GENERAL  
EPS SOS S.A.

  
**MARTHA ELENA BERNAL FORERO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55.700C (02) 499 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia





Servicio Occidental de Salud

Entidad Promotora de Salud

**OTRO SI No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **FABIAN CARDONA MEDINA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.710.893 de Cali, actuando como Primer Suplente del Gerente General de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.6** complementario al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes, se incrementa en **DOS COMA CERO POR CIENTO (2,0%)** las tarifas para la prestación de los servicios en el Plan Obligatorio de Salud - POS y en el Plan de Atención Complementaria - PAC; lo anterior con respecto a los servicios generales. Se exceptúa de dicho incremento los siguientes servicios: a) Paquete hospitalario en salud mental día y fin de semana en la Sede Pance, b) Interconsulta de psiquiatría extramural, c) Terapia Electroconvulsiva. Los servicios anteriormente mencionados se contendrán en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del contrato principal. 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.6 al contrato No.0885 de 2011 con el fin de precisar en el mismo, el ajuste en las tarifas para el POS y el PAC, tal como se expuso anteriormente. 5) Que el incremento en las tarifas propuestas, empezará a regir a partir del Veintitrés (23) de Mayo del año Dos Mil Trece (2013). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Los servicios que deberá prestar **EL CONTRATISTA** bajo el presente contrato, serán únicamente aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos identificados en el **Anexo No.2 - Paquete de servicios de salud y valor de los servicios** que se encuentren debidamente habilitados por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del

Página 1 de 5

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8007938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia



411

**OTRO SI No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL  
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN  
COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS  
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** Los servicios prestados por **EL CONTRATISTA**, se facturarán y reconocerán por evento de la siguiente forma:

| PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - POS                                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIOS                                                        | TARIFAS POS | CONSIDERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL           | SOAT 2005   | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                                                                                                                             |
| ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA                                | SOAT 2005   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| TERAPIA OCUPACIONAL                                              | SOAT 2005   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA                                     | SOAT 2005   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| HOSPITALIZACION                                                  | SOAT 2005   | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 029 del 2011) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente.<br><br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br><br>Requiere OPS expedida por SOS |
| URGENCIAS                                                        | SOAT 2005   | Se establece libre acceso para los usuarios.<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br><br>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009.                                           |
| PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA               | SOAT 2005   | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                                                                         |
| LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO             | SOAT 2005   | La IPS prestará los servicios de laboratorio de Nivel I, II y III, los laboratorios de nivel II deben estar previamente autorizados a través de OPS a excepción de coprocáscopio, triglicéridos y creatinina.<br><br>Requiere OPS expedida por SOS                                    |
| ELECTROCARDIOGRAMA                                               | SOAT 2005   | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                                                                         |
| VALORACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICO INTERNISTA POR NEUROLOGIA | SOAT 2005   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PSICOLOGIA                  | \$ 12.648   | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                                                                         |





ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Entidad Promotora de Salud

**OTRO SI No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

| PLAN ATENCIÓN COMPLEMENTARIA – PAC                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIOS                                            | TARIFAS PAC       | CONSIDERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA                         | SOAT 2005 + 6,79% | PAC: ver ficha y manual del prestador – adjuntos.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| HOSPITALIZACION                                      | SOAT 2005 + 6,79% | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 029 del 2011) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente.<br>Esto debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Regulere OPS expedida por SOS<br>Se establece libre acceso para los usuarios |
| URGENCIAS                                            | SOAT 2005 + 6,79% | Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 029 de 2011.                                                                                                                                      |
| PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA   | SOAT 2005 + 6,79% | PAC: ver ficha y manual del prestador – adjuntos.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO | SOAT 2005 + 6,79% |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ELECTROCARDIOGRAMA                                   | SOAT 2005 + 6,79% |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| PAQUETE DIA QUE APLICA DE LUNES A SABADO - VIP SEDE PANCE ORGANIZACIÓN MENTE SANA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CUPS                                                                              | PAQUETE HOSPITALARIO EN SALUD MENTAL DIA SEDE PANCE LUN-SAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VALOR      |
| H11201                                                                            | Incluye: Habitación Individual, Atención diaria por Psiquiatría, Terapia ocupacional, Terapia Física, Consulta Psicología, Terapia de Familia, Consulta Neuropsicología (Las Terapias se alternan según patología y necesidad, incluye terapia alternativa como Yoga -relajación)<br><br>Las terapias se tendrán entre 4.5 y 5 horas al día, entre las diferentes modalidades de terapias mencionadas.<br><br>No incluye: Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * Medicamentos. | \$ 380.000 |

SECRET

FOR THE RECORD  
COMMITTEE ON ASSASSINATIONS  
U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
SUBCOMMITTEE ON CONSTITUTIONAL RIGHTS  
HEARINGS ON THE ACTS OF  
TERRORISM AND OBSCURE  
CRIMES

WEDNESDAY, MAY 19, 1965  
10:00 A.M.  
ROOM 3000, U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
WASHINGTON, D.C.

THE HONORABLE JAMES EARL RAY  
MEMBER OF THE U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
FROM THE STATE OF MISSISSIPPI  
WAS PRESENT

THE HONORABLE JAMES EARL RAY  
MEMBER OF THE U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
FROM THE STATE OF MISSISSIPPI  
WAS PRESENT

THE HONORABLE JAMES EARL RAY  
MEMBER OF THE U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
FROM THE STATE OF MISSISSIPPI  
WAS PRESENT

FOR THE RECORD  
COMMITTEE ON ASSASSINATIONS  
U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES  
SUBCOMMITTEE ON CONSTITUTIONAL RIGHTS  
HEARINGS ON THE ACTS OF  
TERRORISM AND OBSCURE  
CRIMES



419

**OTRO SI No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

| PAQUETE DIA QUE APLICA DOMINGO Y FESTIVO - VIE SEDE PANCE ORGANIZACIÓN MENTE SANA |                                                                                                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CUPS                                                                              | PAQUETE HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL DIA PARA FIN DE SEMANA (DOMINGO Y FESTIVO)                                                                          | VALOR      |
| H11202                                                                            | Incluye: Habitación Individual, valoración por Psiquiatría.<br>No Incluye: Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * Medicamentos. | \$ 250.000 |

| CUPS        | SERVICIO                                | TARIFA POS - PAC |
|-------------|-----------------------------------------|------------------|
| 890402-5900 | INTERCONSULTA DE PSIQUIATRIA EXTRAMURAL | \$ 35.000        |

| CODIGO   | SERVICIO                                                                             | TARIFA     | INCLUSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 942600   | TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA. RELAJACION Y MONITOREO (TECAR) SUD (sesión) | \$ 170.000 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Protector Bucal</li> <li>• 1 Electrodo de Estimulo (son individuales -no reutilizables- Propofol)</li> <li>• 1 Cánula nasal</li> <li>• 1 Solución Salina</li> <li>• 1 Venoclisis</li> <li>• 1 Angiocath No.20</li> <li>• 1 Tapón Heparinizado</li> <li>• 2 Jeringas de 10 ml</li> <li>• Oxígeno requerido</li> <li>• 1 Sonda levin para aspirar secreciones</li> <li>• Propofol</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 942600-2 | TERAPIA ELECTROCONVULSIVA SIN ANESTESIA, SESION (CON SEDACION POR MD GRAL)           | \$ 46.200  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios Anestesiólogo</li> <li>• Anestesia para el procedimiento</li> <li>• 1 Protector bucal</li> <li>• 1 Electrodo de estimulo</li> <li>• 1 Cánula nasal</li> <li>• 1 Humidificador</li> <li>• 1 Bata para el Paciente</li> <li>• 1 Angiocath No. 20</li> <li>• 1 Tapón heparinizado</li> <li>• 4 Jeringas de 10 ml</li> <li>• 1 Sonda para secreciones</li> <li>• 1 Paquete de 10 unds. Electrodo para ritmo cardiaco, EEG, EMG</li> <li>• 1 Venoclisis</li> <li>• 1 Solución salina</li> <li>• Oxígeno requerido pus hay relajación completa</li> <li>• Paquete de medicamentos</li> <li>• Propofol</li> <li>• Quetien</li> <li>• Lidocaina</li> </ul> |

REPORT OF THE COMMISSIONER OF THE GENERAL LAND OFFICE  
TO THE SECRETARY OF THE INTERIOR  
FOR THE YEAR ENDING 1900  
PART I. GENERAL STATEMENT OF THE LANDS OF THE UNITED STATES  
UNDER THE CONTROL OF THE GENERAL LAND OFFICE

The following table shows the number of acres of land in the United States under the control of the General Land Office, by State and Territory, for the year ending 1900. The total number of acres is 1,000,000,000.

STATE OF ALABAMA 1,000,000  
STATE OF ARIZONA 1,000,000  
STATE OF CALIFORNIA 1,000,000  
STATE OF COLORADO 1,000,000  
STATE OF CONNECTICUT 1,000,000  
STATE OF DELAWARE 1,000,000  
STATE OF FLORIDA 1,000,000  
STATE OF GEORGIA 1,000,000  
STATE OF ILLINOIS 1,000,000  
STATE OF INDIANA 1,000,000  
STATE OF IOWA 1,000,000  
STATE OF KANSAS 1,000,000  
STATE OF KENTUCKY 1,000,000  
STATE OF LOUISIANA 1,000,000  
STATE OF MAINE 1,000,000  
STATE OF MARYLAND 1,000,000  
STATE OF MASSACHUSETTS 1,000,000  
STATE OF MICHIGAN 1,000,000  
STATE OF MINNESOTA 1,000,000  
STATE OF MISSISSIPPI 1,000,000  
STATE OF MISSOURI 1,000,000  
STATE OF MONTANA 1,000,000  
STATE OF NEBRASKA 1,000,000  
STATE OF NEVADA 1,000,000  
STATE OF NEW HAMPSHIRE 1,000,000  
STATE OF NEW JERSEY 1,000,000  
STATE OF NEW YORK 1,000,000  
STATE OF NORTH CAROLINA 1,000,000  
STATE OF NORTH DAKOTA 1,000,000  
STATE OF OHIO 1,000,000  
STATE OF OKLAHOMA 1,000,000  
STATE OF OREGON 1,000,000  
STATE OF PENNSYLVANIA 1,000,000  
STATE OF RHODE ISLAND 1,000,000  
STATE OF SOUTH CAROLINA 1,000,000  
STATE OF SOUTH DAKOTA 1,000,000  
STATE OF TENNESSEE 1,000,000  
STATE OF TEXAS 1,000,000  
STATE OF VERMONT 1,000,000  
STATE OF VIRGINIA 1,000,000  
STATE OF WASHINGTON 1,000,000  
STATE OF WEST VIRGINIA 1,000,000  
STATE OF WISCONSIN 1,000,000  
STATE OF WYOMING 1,000,000

TOTAL 1,000,000,000

STATE OF ALABAMA 1,000,000  
STATE OF ARIZONA 1,000,000  
STATE OF CALIFORNIA 1,000,000  
STATE OF COLORADO 1,000,000  
STATE OF CONNECTICUT 1,000,000  
STATE OF DELAWARE 1,000,000  
STATE OF FLORIDA 1,000,000  
STATE OF GEORGIA 1,000,000  
STATE OF ILLINOIS 1,000,000  
STATE OF INDIANA 1,000,000  
STATE OF IOWA 1,000,000  
STATE OF KANSAS 1,000,000  
STATE OF KENTUCKY 1,000,000  
STATE OF LOUISIANA 1,000,000  
STATE OF MAINE 1,000,000  
STATE OF MARYLAND 1,000,000  
STATE OF MASSACHUSETTS 1,000,000  
STATE OF MICHIGAN 1,000,000  
STATE OF MINNESOTA 1,000,000  
STATE OF MISSISSIPPI 1,000,000  
STATE OF MISSOURI 1,000,000  
STATE OF MONTANA 1,000,000  
STATE OF NEBRASKA 1,000,000  
STATE OF NEVADA 1,000,000  
STATE OF NEW HAMPSHIRE 1,000,000  
STATE OF NEW JERSEY 1,000,000  
STATE OF NEW YORK 1,000,000  
STATE OF NORTH CAROLINA 1,000,000  
STATE OF NORTH DAKOTA 1,000,000  
STATE OF OHIO 1,000,000  
STATE OF OKLAHOMA 1,000,000  
STATE OF OREGON 1,000,000  
STATE OF PENNSYLVANIA 1,000,000  
STATE OF RHODE ISLAND 1,000,000  
STATE OF SOUTH CAROLINA 1,000,000  
STATE OF SOUTH DAKOTA 1,000,000  
STATE OF TENNESSEE 1,000,000  
STATE OF TEXAS 1,000,000  
STATE OF VERMONT 1,000,000  
STATE OF VIRGINIA 1,000,000  
STATE OF WASHINGTON 1,000,000  
STATE OF WEST VIRGINIA 1,000,000  
STATE OF WISCONSIN 1,000,000  
STATE OF WYOMING 1,000,000

TOTAL 1,000,000,000

**OTRO SI No.6 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Nota: Todos los insumos y medicamentos que se requieran y estén por fuera del paquete se cobran por evento.

| HOSPITALIZACIÓN DIA POS Y PAC |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO                      | TARIFA POS Y PAC | CONSIDERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| HOSPITALIZACIÓN DIA           | \$ 22.142=       | <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El valor de un día (4 horas) de permanencia diurna, de acuerdo a la asistencia del paciente.</li> <li>No incluye la atención diaria intrahospitalaria por médico especialista que se realicen durante el proceso terapéutico (una o dos semanales), la cual se facturará independiente.</li> </ul> |

**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTRO SI No.6 inicia vigencia a partir del Veintitrés (23) de Mayo del año Dos Mil Trece (2013). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No.0885 de 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Veintitrés (23) días del mes de Mayo de 2013.

**EL CONTRATANTE,**

**EL CONTRATISTA,**

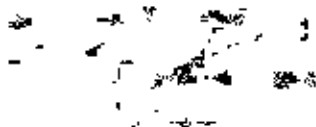
*Fabian Cardona Medina*  
**FABIAN CARDONA MEDINA**  
 1ER. SUPLENTE GERENTE GENERAL  
 EPS SOS S.A.

*Martina Elena Bernal Forero*  
**MARTINA ELENA BERNAL FORERO**  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 497 86 86  
 Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
 Cali - Colombia

Página 5 de 5



•  $\frac{1}{2} \times 2 \times 2 = 2$ , 1000 = 1000

RECORD ONE OF THE FOLLOWING: 1. DO NOT TAKE ACTION WHEN IN THE  
0. PROCEED WITH THE FOLLOWING: 2. DO NOT TAKE ACTION WHEN IN THE  
1. PROCEED WITH THE FOLLOWING: 2. DO NOT TAKE ACTION WHEN IN THE  
2. PROCEED WITH THE FOLLOWING: 3. DO NOT TAKE ACTION WHEN IN THE

*[The page contains faint, mostly illegible handwritten notes.]*

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-01-2001 BY 60322 UCBAW/STP

• Prüfung : 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

ATTACHMENT TO -

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

14 AUGUST 1964  
NO 217  
ATTN: THE CIVIL AIR COUNCIL

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1967

— 10 —

AG-VALENTIN, 1904

1999-2000



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**CONTRATANTE:** EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS

**NIT:** 805001157-2

**CONTRATISTA:** ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.

**NIT:** 805.002.355-9

**FECHA DE INICIO:** PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL ONCE (2011)

**FECHA DE TERMINACIÓN:** TREINTA Y UNO (31) DE AGOSTO DE DOS MIL DOCE (2012)

**NUMERO DEL CONTRATO:** 0885

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud, identificada con el Nit. 805001157-2 y con domicilio principal en la ciudad de Cali, que para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte y **MARTHA ELENA BERNAL FORERO** mayor de edad, vecina de la ciudad de Cali, identificada con cédula de ciudadanía 31.839.759 de Bogotá D.C., quien obra en nombre y representación de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**, entidad constituida mediante Escritura Publica No. 1419 de fecha 7 de Noviembre de 1995, otorgada en la Notaría Dieciocho (18) de Cali, inscrita en la Cámara de Comercio de Cali, con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el NIT. 805.002.355-9, que para efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, de otra parte, acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Asistenciales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), todos bajo la modalidad de **EVENTO**, regido por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas se aplicaran las normas correspondientes. **PRIMERA: OBJETO.** - El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios asistenciales de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo vigente al momento de la prestación de servicios y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), a todos los afiliados y beneficiarios que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, atención que se prestará con la debida diligencia y cuidado que se acostumbra en el ejercicio de sus actividades profesionales, en forma independiente, autónoma y bajo su propia cuenta y riesgo, en las sedes de **EL CONTRATISTA** ubicadas en el municipio de Cali. **PARÁGRAFO:** Los servicios que deberá prestar **EL CONTRATISTA** bajo el presente contrato serán únicamente aquellas actividades, procedimientos, consultas, terapias y medicamentos identificados en el **Anexo No. 2 - PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS** para el plan obligatorio de Salud y en el anexo No 2 para los afiliados al Plan Complementario de Salud PAC - servicios que se encuentren debidamente habilitados por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que

Página 1 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av de las Américas No. 23N - 55 PBX. (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

[illegible]

1. CONTRACTING  
 2. CONTRACTING  
 3. CONTRACTING  
 4. CONTRACTING  
 5. CONTRACTING  
 6. CONTRACTING  
 7. CONTRACTING  
 8. CONTRACTING  
 9. CONTRACTING  
 10. CONTRACTING  
 11. CONTRACTING  
 12. CONTRACTING  
 13. CONTRACTING  
 14. CONTRACTING  
 15. CONTRACTING  
 16. CONTRACTING  
 17. CONTRACTING  
 18. CONTRACTING  
 19. CONTRACTING  
 20. CONTRACTING  
 21. CONTRACTING  
 22. CONTRACTING  
 23. CONTRACTING  
 24. CONTRACTING  
 25. CONTRACTING  
 26. CONTRACTING  
 27. CONTRACTING  
 28. CONTRACTING  
 29. CONTRACTING  
 30. CONTRACTING  
 31. CONTRACTING  
 32. CONTRACTING  
 33. CONTRACTING  
 34. CONTRACTING  
 35. CONTRACTING  
 36. CONTRACTING  
 37. CONTRACTING  
 38. CONTRACTING  
 39. CONTRACTING  
 40. CONTRACTING  
 41. CONTRACTING  
 42. CONTRACTING  
 43. CONTRACTING  
 44. CONTRACTING  
 45. CONTRACTING  
 46. CONTRACTING  
 47. CONTRACTING  
 48. CONTRACTING  
 49. CONTRACTING  
 50. CONTRACTING  
 51. CONTRACTING  
 52. CONTRACTING  
 53. CONTRACTING  
 54. CONTRACTING  
 55. CONTRACTING  
 56. CONTRACTING  
 57. CONTRACTING  
 58. CONTRACTING  
 59. CONTRACTING  
 60. CONTRACTING  
 61. CONTRACTING  
 62. CONTRACTING  
 63. CONTRACTING  
 64. CONTRACTING  
 65. CONTRACTING  
 66. CONTRACTING  
 67. CONTRACTING  
 68. CONTRACTING  
 69. CONTRACTING  
 70. CONTRACTING  
 71. CONTRACTING  
 72. CONTRACTING  
 73. CONTRACTING  
 74. CONTRACTING  
 75. CONTRACTING  
 76. CONTRACTING  
 77. CONTRACTING  
 78. CONTRACTING  
 79. CONTRACTING  
 80. CONTRACTING  
 81. CONTRACTING  
 82. CONTRACTING  
 83. CONTRACTING  
 84. CONTRACTING  
 85. CONTRACTING  
 86. CONTRACTING  
 87. CONTRACTING  
 88. CONTRACTING  
 89. CONTRACTING  
 90. CONTRACTING  
 91. CONTRACTING  
 92. CONTRACTING  
 93. CONTRACTING  
 94. CONTRACTING  
 95. CONTRACTING  
 96. CONTRACTING  
 97. CONTRACTING  
 98. CONTRACTING  
 99. CONTRACTING  
 100. CONTRACTING

[illegible]

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

[illegible]

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

consta en el **Anexo No. 1 FORMULARIO DE HABILITACION Y/O CERTIFICACION DE HABILITACION** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.- EL CONTRATISTA** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con la prestación de los servicios objeto del presente contrato: **1.** Prestar los servicios especificados en el presente contrato o sus anexos que se encuentran habilitados al momento de la prestación del servicio a todos los afiliados y beneficiarios de **EL CONTRATANTE** que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, cumpliendo los estándares de calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y lo, establecido en el **Anexo No. 3 - MANUAL DEL PRESTADOR**. **2.** Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos: **A)** Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados, **B)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, **C)** Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única. **3.** En razón de la naturaleza de los servicios prestados **EL CONTRATISTA** se obliga dentro del marco que imponen las normas legales a cumplir con aquellas que fijan las condiciones sanitarias, a tener implementado el Sistema de Quejas y Reclamos, las que reglamentan la libre y leal competencia, el régimen de referencia y contrarreferencia, al nombramiento posesión e inscripción de Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud (a menos que **EL CONTRATISTA** demuestre que legalmente no está obligado) para lo cual aportará la respectiva Acta de Posesión ante la SNS, al pago de la Tasa de Contribución a la Superintendencia Nacional de Salud, al reporte de la información a la Supersalud, así como el cumplimiento de las demás condiciones como IPS establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Única y sus normas reglamentarias, a cumplir permanentemente con los requisitos de habilitación establecidos en el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007 y demás normas que las completen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento durante toda la vigencia del mismo; **4.** Prestar los servicios de salud objeto del presente contrato, a través de profesionales de salud idóneos y debidamente autorizados para ejercer los servicios contratados, por parte de la autoridad competente; **5.** Poner a disposición de la población amparada de forma permanente y continua todos los recursos científicos, tecnológicos, humanos, insumos y demás, que garanticen el acceso a los servicios de salud conforme al nivel de atención requerido, con el fin de proporcionar una adecuada atención al usuario, **6.** Verificar la calidad de afiliado que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por **EL CONTRATANTE**, para lo cual deberá exigir el documento de identidad. **7.** Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule **EL CONTRATANTE** en el desarrollo y ejecución del objeto del presente contrato, entre los cuales se encuentran: **a) EL CONTRATISTA**, suministrará los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), acorde con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000. **b)** Suministrar los informes definidos en la Circular Única 049

CONTINUED ON REVERSE OF PAGE 10

62-111743-1



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

de 2008 con la periodicidad allí establecida. c) Suministrar información estadística que **EL CONTRATANTE** requiera y en la forma que éste determine, con la periodicidad previamente acordada con **EL CONTRATISTA**. d) Suministrar mensualmente a **EL CONTRATANTE**, los indicadores de seguimiento de riesgo y de calidad. e) **EL CONTRATISTA**, presentará con una periodicidad mensual, el informe de actividades de detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública y el consolidado de actividades educativas según formato **ANEXO No. 4 (Formato reporte Enos y Centinelas - Decreto 3518 de 2006)** suministrado por **EL CONTRATANTE**, f) Informar mensualmente a **EL CONTRATANTE** sobre los eventos de interés de la Vigilancia en Salud Pública, de conformidad con lo estipulado en el Decreto 3518 de 2006; y el Plan Nacional de Salud Pública vigente para el cuatrienio. Así como la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos centinelas que se presenten entre los usuarios afiliados (cotizantes o beneficiarios) de **EL CONTRATANTE** de acuerdo a lo previsto en la Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de la Protección Social; 8. Informar a **EL CONTRATANTE** todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios, cuando estos sean identificados; 9. Cumplir permanentemente con las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mejoramiento de la calidad y el componente de Auditoría Médica, de conformidad a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1446 de 2006, la Resolución 2680 de 2007 y la Circular Única 049 de 2008, y demás normas que las complementen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento; 10. Informar a **EL CONTRATANTE** sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su atención, y enviar copia del Certificado de Defunción debidamente diligenciado, junto con la facturación de los servicios prestados. **PARÁGRAFO:** La información de fallecidos será reportada a la **EPS SOS S.A** o en su defecto, directamente a la Jefatura de Epidemiología y Salud Pública dentro del término de presentación de la facturación que tenga estipulado el prestador. 11. Cumplir con lo previsto para las Historias Clínicas en la Ley 23 de 1981, Resolución 1715 de 2005 modificada por la Resolución 058 de 2007 y demás normas concordantes. Deberá efectuar el registro obligatorio de todo cuanto compete a la atención del servicio de salud. En caso de sistematización de la misma, se debe garantizar su inalterabilidad. Deberá conservar la historia clínica por un período mínimo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención; mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo quince (15) años en el archivo central. 12. Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, cumpliendo con los parámetros establecidos en la Ley, Decretos, Jurisprudencia y demás, de acuerdo a la actividad médica; 13. Cumplir cabalmente con el proceso y procedimiento que hace parte integral del presente contrato, establecido para la remisión de los afiliados que ingresen por su institución, hacia cualquiera de las IPS que conforman la red de prestadores de **EL CONTRATANTE**, o a la que en casos de excepción éste le autorice, garantizando en todo caso la continuidad de la atención, manejo y cuidado del paciente hasta el ingreso de éste a la IPS receptora. **Anexo No. 5 - MANUAL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**; 14. Expedir los certificados de incapacidad a que diere lugar el proceso de atención del afiliado y dejar constancia en la Historia Clínica; 15. Permitir a **EL CONTRATANTE** el ejercicio permanentemente de la interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**; 16. Diligenciar los documentos soportes (Historia Clínica, justificación de solicitud de medicamentos y/o procedimientos NO POS, orden y/o fórmula médica) para tramitar ante el Comité Técnico Científico los medicamentos y/o procedimientos que no hacen parte de la

Página 3 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - SS PBX: (02) 489.86.86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ELABORACION DE UN PLAN DE MARKETING PARA LA EMPRESA COMERCIAL DE ALIMENTOS Y BEBIDAS S.A. (E.C.A.B.)

El presente contrato se celebra entre las partes firmantes, en virtud de lo establecido en el artículo 1709 del Código de Comercio, para la ejecución de los trabajos que se detallan a continuación:

1. OBJETO DEL CONTRATO: El objeto del presente contrato es la elaboración de un plan de marketing para la Empresa Comercial de Alimentos y Bebidas S.A. (E.C.A.B.), que consista en:

- a) Realizar un estudio de mercado para determinar la demanda potencial de los productos de la E.C.A.B. en el mercado objetivo.
- b) Identificar a los competidores directos e indirectos de la E.C.A.B. y analizar sus estrategias de marketing.
- c) Definir la estrategia de marketing de la E.C.A.B. para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2025.
- d) Diseñar un plan de acción de marketing que incluya las acciones a realizar, los recursos necesarios y el presupuesto correspondiente.
- e) Establecer un sistema de control y evaluación de los resultados del plan de marketing.

2. PLAZO DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá vigencia por un periodo de 12 meses, a contar desde la fecha de su firma.

3. VALOR DEL CONTRATO: El valor del presente contrato es de \$1.000.000 (un millón de dólares), que se pagará en tres cuotas iguales de \$333.333 (trescientos treinta y tres mil trescientos treinta y tres dólares) cada una, a los 4 meses, 8 meses y 12 meses de iniciada la ejecución de los trabajos.

4. FORMA DE PAGAMENTO: El pago se realizará en efectivo, en la oficina de la E.C.A.B., a las horas y días indicados en el presente contrato.

5. GARANTIA: El contratista deberá presentar una garantía por el valor del contrato, a favor de la E.C.A.B., antes de iniciar la ejecución de los trabajos.

6. RESPONSABILIDADES: El contratista será responsable de la correcta ejecución de los trabajos, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. La E.C.A.B. será responsable de proporcionar al contratista toda la información necesaria para la correcta ejecución de los trabajos.

7. FUERZA MAYOR: En caso de fuerza mayor, que impida la ejecución de los trabajos, las partes se reunirán para evaluar la situación y tomar las medidas correspondientes.

8. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS: En caso de controversias, las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales competentes.

9. FIRMAS: El presente contrato es suscrito por las partes firmantes, en virtud de lo establecido en el artículo 1709 del Código de Comercio.

ELABORADO POR: [Nombre del Contratista]

FECHA: [Fecha de Elaboración]

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

cobertura del Plan Obligatorio de salud, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3099 de 2008 y Resolución 3754 de 2008. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** suministrará todos los documentos soportes al **CONTRATANTE** dentro de las 24 horas siguientes a la formulación de medicamentos y/o procedimientos NO POS, para que **EL CONTRATANTE** proceda a analizar la solicitud en el Comité Técnico Científico; 17. Atender las recomendaciones y sugerencias realizadas por los auditores de Garantía de Calidad de **EL CONTRATANTE**; 18. Garantizar la suficiencia de infraestructura física y recurso humano para prestar los servicios objeto del presente contrato a partir de la capacidad instalada, en relación con la población de **EL CONTRATANTE**; 19. Cobrar los copagos y cuotas moderadoras contempladas en el Acuerdo 260 del CNSSS, Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, aclaren, deroguen o adicionen, normas que forman parte integral de este contrato, cuyo recaudo efectivo hará parte del valor mensual que **EL CONTRATANTE** reconoce como contraprestación a **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de no realizarse recaudo efectivo de la totalidad de la cuota de recuperación, este hecho se declarará en formato definido para tal fin (FGDQ50-0) y el valor efectivamente no recaudado no se descontará a **EL CONTRATISTA**. **Anexo No. 5 - FORMATO DE NO RECAUDO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN.** **EL CONTRATISTA** debe abstenerse de cobrar al afiliado suma adicional alguna por la prestación de los servicios contenidos en el objeto del presente contrato diferentes de los copagos y cuotas moderadoras; 20. Responder con la oportunidad que requieran las solicitudes que haga **EL CONTRATANTE** directamente o a través de la auditoría, en relación con la calidad y oportunidad de los servicios prestados o a la pertinencia de los procedimientos o formulación de los medicamentos a los usuarios o que generen quejas, tutelas, derechos de petición u otras, deberán resolverse dentro de los términos de Ley o los indicados en las mismas y se conformará un comité integrado por dos representantes del **CONTRATANTE** y dos representantes del **CONTRATISTA** para elaborar y seguir un plan de mejoramiento que establezca metas que deberán cumplirse en los plazos pactados; 21. Prestar el Plan Obligatorio de Salud de conformidad con la normatividad vigente y adoptar como guía para la formulación los medicamentos considerados en el manual de medicamentos establecido en Plan Obligatorio de Salud vigente y las normas que lo adicionen o modifiquen, siguiendo los lineamientos contemplados en el Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. **PARÁGRAFO:** Las normas aquí previstas se aplicaran al presente contrato mientras no surja norma que las derogue, sustituya o modifique. 22. **EL CONTRATISTA** se compromete a no prescribir los servicios de salud que se deriven de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y/o los considerados como cosméticos y/o suntuarios; 23. Cumplir con los procedimientos de acuerdo con lo establecido en el **Anexo No. 3 - MANUAL DEL PRESTADOR**. 24. Suministrar a **EL CONTRATANTE** los soportes documentales que provengan de **EL CONTRATISTA**, que sean necesarios y obligatorios para adelantar el trámite de recobro ante el FOSYGA, ARP, compañías de seguro y otras EPS, por prestación de servicios según lo establecido en el **Anexo No. 3- MANUAL DEL PRESTADOR**. 25. Prestar los servicios asistenciales en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional de acuerdo a las disposiciones de la Ley 776 de 2002 y el Decreto 1295 de 1994 y demás normas complementarias, y dar aviso por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, normas que hacen parte integral de este contrato. Estos eventos

Página 4 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 499 86 86  
Línea Nacional: 01 800 938 777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

DEPARTMENT OF THE ARMY  
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL  
WASHINGTON, D. C. 20315  
15 JAN 68 10 10 AM  
TO: THE SECRETARY OF THE ARMY  
FROM: THE ADJUTANT GENERAL  
SUBJECT: [Illegible]

[The following text is extremely faint and largely illegible due to poor scan quality. It appears to be a memorandum or official communication.]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

4. [Illegible]

5. [Illegible]

6. [Illegible]

7. [Illegible]

8. [Illegible]

9. [Illegible]

10. [Illegible]

11. [Illegible]

12. [Illegible]

13. [Illegible]

14. [Illegible]

15. [Illegible]

16. [Illegible]

17. [Illegible]

18. [Illegible]

19. [Illegible]

20. [Illegible]

21. [Illegible]

22. [Illegible]

23. [Illegible]

24. [Illegible]

25. [Illegible]

26. [Illegible]

27. [Illegible]

28. [Illegible]

29. [Illegible]

30. [Illegible]

31. [Illegible]

32. [Illegible]

33. [Illegible]

34. [Illegible]

35. [Illegible]

36. [Illegible]

37. [Illegible]

38. [Illegible]

39. [Illegible]

40. [Illegible]

41. [Illegible]

42. [Illegible]

43. [Illegible]

44. [Illegible]

45. [Illegible]

46. [Illegible]

47. [Illegible]

48. [Illegible]

49. [Illegible]

50. [Illegible]

51. [Illegible]

52. [Illegible]

53. [Illegible]

54. [Illegible]

55. [Illegible]

56. [Illegible]

57. [Illegible]

58. [Illegible]

59. [Illegible]

60. [Illegible]

61. [Illegible]

62. [Illegible]

63. [Illegible]

64. [Illegible]

65. [Illegible]

66. [Illegible]

67. [Illegible]

68. [Illegible]

69. [Illegible]

70. [Illegible]

71. [Illegible]

72. [Illegible]

73. [Illegible]

74. [Illegible]

75. [Illegible]

76. [Illegible]

77. [Illegible]

78. [Illegible]

79. [Illegible]

80. [Illegible]

81. [Illegible]

82. [Illegible]

83. [Illegible]

84. [Illegible]

85. [Illegible]

86. [Illegible]

87. [Illegible]

88. [Illegible]

89. [Illegible]

90. [Illegible]

91. [Illegible]

92. [Illegible]

93. [Illegible]

94. [Illegible]

95. [Illegible]

96. [Illegible]

97. [Illegible]

98. [Illegible]

99. [Illegible]

100. [Illegible]

101. [Illegible]

102. [Illegible]

103. [Illegible]

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

serán pagados por **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA** de acuerdo con las tarifas pactadas en el presente contrato, previa presentación de la cuenta de servicios diligenciada y acompañada de los documentos que a continuación se relacionan: 1) Resumen amplio, legible y completo de la historia clínica. 2) Factura individual por atención en original y tres copias firmadas por el afiliado y/o su representante. 3) Autorización de servicios si es el caso. 4) Resumen de atención de acuerdo a la Resolución No. 3905 de 1994 del Ministerio de la Protección Social. 5) Soportes originales de los servicios facturados. 6) Informe del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional; 26. Informar por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso del paciente, la atención que presten con ocasión de eventos urgentes, **EL CONTRATISTA** notificará en caso de accidente de tránsito al **CONTRATANTE** en el término previsto en la ley y antes de que se agote el tope vigente del SOAT; 27. No exigirle al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento de acuerdo a lo establecido por el Decreto 4747 de 2007; 28. Diligenciar documentos para notificar a la respectiva Seccional o Secretaría de Salud, enfermedades de obligatorio reporte. 29. Responder legal y patrimonialmente por los daños y/o perjuicios que hubiera cancelado **EL CONTRATANTE** por cualquier clase de condena, en el cual hubiera mediado dolo o culpa en cualquier grado por parte del **CONTRATISTA**, en cumplimiento del presente contrato. 30. Adquirir los **Formatos de control para medicamentos especiales** regulados en la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Protección Social en los expendios oficiales. 31. Las demás obligaciones que emanen de la naturaleza del presente contrato y las que se deriven o impongan de las normas legales sobre los servicios objeto del mismo. **TERCERA OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.**— Son obligaciones de **EL CONTRATANTE**, además de las que por ley le corresponden para la operación de aseguramiento en salud del régimen contributivo, las siguientes: 1. Disponer medios de comunicación que permitan la identificación de la población objeto de la prestación de servicios de este contrato; 2. Garantizar una red suficiente para la referencia y contrarreferencia, para servicios no incluidos en el objeto del presente contrato. **PARÁGRAFO:** cuando **EL CONTRATISTA** por motivos de disponibilidad y/o capacidad, no pueda prestar los servicios incluidos en el objeto del presente contrato, solicitará y validará con **EL CONTRATANTE** la remisión del usuario a la red adscrita; 3. Incorporar, en su Manual de Auditoría de Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría que le permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de **EL CONTRATISTA**, teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 6, numeral 9, del Decreto 4747 de 2007, respecto a la periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas; 4. Pagar a **EL CONTRATISTA** el valor de los servicios contratados debidamente habilitados, especificados dentro del objeto del presente contrato, en los plazos y condiciones establecidos en el mismo; 5. Dar a conocer a **EL CONTRATISTA** los mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador, así como los indicadores que serán utilizados para tal fin, lo anterior hace parte del presente contrato. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR;** 6. Cubrir la parte de los servicios médicos asistenciales con ocasión de accidentes de tránsito que excedan los toques en SMLMV vigentes que corresponden asumir al fondo o seguro obligatorio de accidentes de tránsito – SOAT y al FOSYGA, de acuerdo a la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio, siempre y cuando hagan parte del objeto del presente contrato. 7. Recibir las facturas presentadas por **EL CONTRATISTA** siempre y cuando reúnan los soportes detallados en la Resolución 3047 de 2008 y los demás



CONTRATO DE ALUGUEL DE IMOVEIS  
O Sr. [NOME] e a Sra. [NOME], ambos brasileiros, residentes em [ENDEREÇO], por meio de seus procuradores, [NOME] e [NOME], ambos brasileiros, residentes em [ENDEREÇO], celebraram o presente contrato de aluguel de imoveis, com o Sr. [NOME] e a Sra. [NOME], ambos brasileiros, residentes em [ENDEREÇO], por meio de seus procuradores, [NOME] e [NOME], ambos brasileiros, residentes em [ENDEREÇO].

O presente contrato tem por objeto a locação de um imóvel situado em [ENDEREÇO], com a finalidade de [FINALIDADE]. O imóvel é composto por [DETALHES DO IMÓVEL]. O aluguel é fixado em [VALOR] por mês, a ser pago em [FORMA DE PAGAMENTO]. O prazo de validade do contrato é de [PRAZO] meses, a contar da data da assinatura. O locatário obriga-se a pagar o aluguel em dia e a conservar o imóvel em bom estado de conservação. O locador obriga-se a entregar o imóvel em bom estado de conservação e a garantir a posse pacífica do locatário. O presente contrato é celebrado em duas vias, de que cada parte fica com uma via. O presente contrato é assinado em [LUGAR] em [DATA].

ASSINADO DE [NOME]

[Assinatura]

[Assinatura]

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

establecidos en el presente contrato, según la modalidad de facturación 8. Hacer la revisión íntegra de las facturas antes de proceder a efectuar las glosas; 9. Garantizar una línea de atención 24 horas para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes; 10. Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato o de las normas que lo rigen. **CUARTA. EXCLUSIONES.-** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** No obstante lo anterior y en virtud del cumplimiento de fallo de tutela o mediante autorización del Comité Técnico Científico, CTC, hospitalario en casos de urgencia o autorización del CTC del contratante, se procederá de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Séptima del presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Acuerdo 008 de 2009 y la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que lo modifiquen, adicionen y que no estén plenamente derogadas. **QUINTA. PROHIBICIONES.- EL CONTRATISTA** no podrá: 1. Realizar prácticas discriminatorias en su atención a los usuarios; 2. Divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera **EL CONTRATANTE**, para efectos de éste contrato, o la autoridad competente o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación de **EL CONTRATISTA** obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud, excepto los requeridos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. **SEXTA. TARIFAS.- EL CONTRATANTE** reconocerá a **EL CONTRATISTA** por sus servicios, el valor definido en el **Anexo No. 2 PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALORES DE LOS SERVICIOS**, que hace parte integral del presente contrato. El pago se efectuará a los sesenta (60) días calendario siguiente al de la presentación de la factura o de conformidad al procedimiento establecido en la normatividad vigente, mediante consignación a una cuenta bancaria que se encuentre debidamente certificada por la entidad financiera. **SÉPTIMA. FACTURACIÓN Y GLOSAS.- EL CONTRATISTA** deberá presentar la factura acompañada de la relación discriminada de cada uno de los servicios prestados identificando plenamente los servicios POS y NO POS y el número y fecha de la autorización de servicios emitida por **EL CONTRATANTE**, de acuerdo al procedimiento que para tal efecto se encuentra establecido por la normatividad vigente. La factura deberá cumplir con todos los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos Nacionales y por el Código de Comercio. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR. PARÁGRAFO.-** En todos los casos, el valor del copago y de la cuota moderadora que haya recaudado **EL CONTRATISTA**, deberá ser descontado por este dentro de la factura que presente por el servicio afectado con tal cuota de recuperación. **OCTAVA. DURACIÓN.-** La duración del presente contrato es de un (1) año, contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo que establezca la cláusula de terminación dispuesta en el presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** El presente contrato se entenderá perfeccionado una vez suscrito por los representantes legales, con la presentación de las pólizas correspondientes y el respectivo recibo de pago. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- VIGENCIA** el presente contrato entrará en vigencia y ejecución a partir del Primero (01) de Septiembre de 2011. **NOVENA. AUTONOMIA:** Los servicios de salud a que se refiere este contrato serán prestados por **EL CONTRATISTA** a solicitud y por voluntad del usuario, a través de su personal

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA**

Página 6 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia

[illegible]

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

2. The second part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

3. The third part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

4. The fourth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

5. The fifth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

6. The sixth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

7. The seventh part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

8. The eighth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

9. The ninth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

10. The tenth part of the document is a list of names and titles, including "Mr. J. Edgar Hoover", "Mr. Clegg", "Mr. Glavin", "Mr. Ladd", "Mr. Nichols", "Mr. Rosen", "Mr. Tracy", "Mr. Carson", "Mr. Egan", "Mr. Gurnea", "Mr. Hendon", "Mr. Pennington", "Mr. Quinn", "Mr. Nease", "Mr. Gandy".

1971-1972 1973-1974 1975-1976 1977-1978 1979-1980 1981-1982 1983-1984 1985-1986 1987-1988 1989-1990 1991-1992 1993-1994 1995-1996 1997-1998 1999-2000 2001-2002 2003-2004 2005-2006 2007-2008 2009-2010 2011-2012 2013-2014 2015-2016 2017-2018 2019-2020 2021-2022 2023-2024 2025-2026 2027-2028 2029-2030 2031-2032 2033-2034 2035-2036 2037-2038 2039-2040 2041-2042 2043-2044 2045-2046 2047-2048 2049-2050 2051-2052 2053-2054 2055-2056 2057-2058 2059-2060 2061-2062 2063-2064 2065-2066 2067-2068 2069-2070 2071-2072 2073-2074 2075-2076 2077-2078 2079-2080 2081-2082 2083-2084 2085-2086 2087-2088 2089-2090 2091-2092 2093-2094 2095-2096 2097-2098 2099-2100 2101-2102 2103-2104 2105-2106 2107-2108 2109-2110 2111-2112 2113-2114 2115-2116 2117-2118 2119-2120 2121-2122 2123-2124 2125-2126 2127-2128 2129-2130 2131-2132 2133-2134 2135-2136 2137-2138 2139-2140 2141-2142 2143-2144 2145-2146 2147-2148 2149-2150 2151-2152 2153-2154 2155-2156 2157-2158 2159-2160 2161-2162 2163-2164 2165-2166 2167-2168 2169-2170 2171-2172 2173-2174 2175-2176 2177-2178 2179-2180 2181-2182 2183-2184 2185-2186 2187-2188 2189-2190 2191-2192 2193-2194 2195-2196 2197-2198 2199-2200 2201-2202 2203-2204 2205-2206 2207-2208 2209-2210 2211-2212 2213-2214 2215-2216 2217-2218 2219-2220 2221-2222 2223-2224 2225-2226 2227-2228 2229-2230 2231-2232 2233-2234 2235-2236 2237-2238 2239-2240 2241-2242 2243-2244 2245-2246 2247-2248 2249-2250 2251-2252 2253-2254 2255-2256 2257-2258 2259-2260 2261-2262 2263-2264 2265-2266 2267-2268 2269-2270 2271-2272 2273-2274 2275-2276 2277-2278 2279-2280 2281-2282 2283-2284 2285-2286 2287-2288 2289-2290 2291-2292 2293-2294 2295-2296 2297-2298 2299-2300 2301-2302 2303-2304 2305-2306 2307-2308 2309-2310 2311-2312 2313-2314 2315-2316 2317-2318 2319-2320 2321-2322 2323-2324 2325-2326 2327-2328 2329-2330 2331-2332 2333-2334 2335-2336 2337-2338 2339-2340 2341-2342 2343-2344 2345-2346 2347-2348 2349-2350 2351-2352 2353-2354 2355-2356 2357-2358 2359-2360 2361-2362 2363-2364 2365-2366 2367-2368 2369-2370 2371-2372 2373-2374 2375-2376 2377-2378 2379-2380 2381-2382 2383-2384 2385-2386 2387-2388 2389-2390 2391-2392 2393-2394 2395-2396 2397-2398 2399-2400 2401-2402 2403-2404 2405-2406 2407-2408 2409-2410 2411-2412 2413-2414 2415-2416 2417-2418 2419-2420 2421-2422 2423-2424 2425-2426 2427-2428 2429-2430 2431-2432 2433-2434 2435-2436 2437-2438 2439-2440 2441-2442 2443-2444 2445-2446 2447-2448 2449-2450 2451-2452 2453-2454 2455-2456 2457-2458 2459-2460 2461-2462 2463-2464 2465-2466 2467-2468 2469-2470 2471-2472 2473-2474 2475-2476 2477-2478 2479-2480 2481-2482 2483-2484 2485-2486 2487-2488 2489-2490 2491-2492 2493-2494 2495-2496 2497-2498 2499-2500 2501-2502 2503-2504 2505-2506 2507-2508 2509-2510 2511-2512 2513-2514 2515-2516 2517-2518 2519-2520 2521-2522 2523-2524 2525-2526 2527-2528 2529-2530 2531-2532 2533-2534 2535-2536 2537-2538 2539-2540 2541-2542 2543-2544 2545-2546 2547-2548 2549-2550 2551-2552 2553-2554 2555-2556 2557-2558 2559-2560 2561-2562 2563-2564 2565-2566 2567-2568 2569-2570 2571-2572 2573-2574 2575-2576 2577-2578 2579-2580 2581-2582 2583-2584 2585-2586 2587-2588 2589-2590 2591-2592 2593-2594 2595-2596 2597-2598 2599-2600 2601-2602 2603-2604 2605-2606 2607-2608 2609-2610 2611-2612 2613-2614 2615-2616 2617-2618 2619-2620 2621-2622 2623-2624 2625-2626 2627-2628 2629-2630 2631-2632 2633-2634 2635-2636 2637-2638 2639-2640 2641-2642 2643-2644 2645-2646 2647-2648 2649-2650 2651-2652 2653-2654 2655-2656 2657-2658 2659-2660 2661-2662 2663-2664 2665-2666 2667-2668 2669-2670 2671-2672 2673-2674 2675-2676 2677-2678 2679-2680 2681-2682 2683-2684 2685-2686 2687-2688 2689-2690 2691-2692 2693-2694 2695-2696 2697-2698 2699-2700 2701-2702 2703-2704 2705-2706 2707-2708 2709-2710 2711-2712 2713-2714 2715-2716 2717-2718 2719-2720 2721-2722 2723-2724 2725-2726 2727-2728 2729-2730 2731-2732 2733-2734 2735-2736 2737-2738 2739-2740 2741-2742 2743-2744 2745-2746 2747-2748 2749-2750 2751-2752 2753-2754 2755-2756 2757-2758 2759-2760 2761-2762 2763-2764 2765-2766 2767-2768 2769-2770 2771-2772 2773-2774 2775-2776 2777-2778 2779-2780 2781-2782 2783-2784 2785-2786 2787-2788 2789

1011-554





421

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

médico, paramédico y administrativo con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa y bajo su propia y exclusiva responsabilidad, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes a su nivel de atención. **PARÁGRAFO:** Sin lesionar su autonomía técnica y profesional **EL CONTRATISTA** acepta que **EL CONTRATANTE** o su representante efectúe una supervisión o auditoría sobre la ejecución de su servicio profesional encomendado, fundamentalmente sobre los procedimientos utilizados y la actividad desplegada así como también acepta la formulación de las recomendaciones y sugerencias que **EL CONTRATANTE** considere necesarias para el logro en la prestación del servicio contratado. **DÉCIMA. SISTEMA DE INFORMACIÓN.-** **EL CONTRATISTA** se obliga a aceptar el Sistema de Información implementado por **EL CONTRATANTE**. **DÉCIMA PRIMERA. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.-** El presente contrato se suspenderá por las siguientes causas: a) En caso de que **EL CONTRATANTE** encuentre que **EL CONTRATISTA** no cumple con una o más de las condiciones del sistema de habilitación en este caso pondrá en conocimiento del hecho a la Entidad Departamental de Salud competente. b) En caso que **EL CONTRATANTE** encuentre que **EL CONTRATISTA** incumpla parcialmente las obligaciones contraídas en virtud del contrato. **DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN.-** El presente contrato se terminará por cualquiera de las siguientes causales: a) Por vencimiento del término inicialmente pactado o el de cualquiera de sus prorrogas b) Por mutuo acuerdo de las partes. c) Por incumplimiento de cualquiera de las partes respecto de las obligaciones derivadas de este contrato. d) Cuando el incumplimiento sea en la calidad del proceso de atención brindada al usuario, el cual se entenderá probado cuando hayan mediado por lo menos (2) dos requerimientos documentados por parte de la auditoría médica de **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA**, sin que se haya dado cumplimiento al plan de acción acordado entre las partes. e) Si **EL CONTRATISTA**, comete irregularidades en la presentación de las cuentas de cobro y no son corregidas oportunamente o se demuestra que hubo dolo por parte de éste; f) Por la inclusión de cualquier registro, documento o informe, suministrado por **EL CONTRATISTA**, que sea ficticio. g) Por la revocatoria o vencimiento del registro especial de prestadores de servicios de salud, por parte de la autoridad competente. h) El incumplimiento por parte de **EL CONTRATISTA**, de entregar y mantener vigentes las pólizas de seguros, señaladas en la cláusula décima cuarta. i) Unilateralmente por cualquiera de las partes mediante comunicación escrita con una antelación no inferior a sesenta (60) días a la fecha en que se desee dar por terminado. Las partes renuncian expresamente al cobro de cualquier indemnización, multa o pena por la aplicación de ésta causal. j) Por las demás causales previstas en la ley y en los reglamentos. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** La terminación del contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita, suscrita por el representante legal de la entidad que haya decidido finalizar la relación contractual, indicando de forma expresa la causal de terminación y ordenando su liquidación en el estado en que se encuentre. En caso de que la terminación sea por mutuo acuerdo, la decisión deberá ser suscrita por los representantes legales de ambas entidades. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** El proceso de liquidación del contrato no podrá durar más de cuatro (4) meses desde la fecha de vencimiento del contrato. La liquidación constará por escrito en la cual se determinarán todos los hechos del contrato, se discriminará el valor total del mismo, los valores pagados anticipadamente, los saldos a favor y en contra de cada una de las partes, y las fechas límite de pago de las sumas faltantes. El contrato y la liquidación prestarán mérito ejecutivo. **DÉCIMA TERCERA. EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL.-** **EL CONTRATISTA** obrará por su propia cuenta y riesgo en la prestación del objeto del presente contrato, sin que se encuentre sometido a subordinación, ni

Página 7 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

4

• 0 3 1 6 2 4 5 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 10

[illegible][illegible]

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

solidaridad laboral con **EL CONTRATANTE**, de manera tal que no se configura ningún tipo de relación laboral entre las partes ni entre **EL CONTRATANTE** y el personal que **EL CONTRATISTA** emplee para la ejecución y cumplimiento del presente contrato. **DÉCIMA CUARTA. GARANTÍAS.- EL CONTRATISTA** tomará a su costa y por su cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país y vigilada por la Superintendencia Financiera: **a)** Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual con una vigencia igual al término inicial del contrato y tres (3) meses más y durante cada una de sus prórrogas. Esta póliza deberá incluir los amparos de daños en bienes y personas. Se aceptarán las pólizas Multirisgo o Contra todo riesgo siempre que comprendan todos los amparos mencionados. **b)** De responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales, por un valor de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes por evento o siniestro, por un término igual al inicial y durante cada una de sus prórrogas. **c)** Póliza de Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones laborales, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) años más, por el cinco por ciento (5%) del valor total del contrato. **d)** Póliza de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a cargo del afianzado, por un término igual a la duración del contrato y dos (2) meses más, por un valor igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Para los efectos del otorgamiento de las pólizas enunciadas en la primera parte de esta cláusula, las partes estiman el valor del presente contrato, en una suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$50.000.000). No obstante, si durante la ejecución del presente contrato, el valor se incrementará proporcionalmente, **EL CONTRATISTA** ajustará el monto de las pólizas y entregará copia a **EL CONTRATANTE**. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Siempre que se prorrogue la duración del contrato, **EL CONTRATISTA** deberá renovar todas las pólizas mencionadas en esta Cláusula. **PARÁGRAFO TERCERO.-** Cualquiera de estas garantías podrá hacerse exigible por **EL CONTRATANTE** inmediatamente se establezca el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contenidas en el presente contrato, sin que deba mediar requerimiento judicial alguno, proceso civil o reclamación previa. **PARÁGRAFO CUARTO.- EL CONTRATISTA** deberá suscribir y entregar las pólizas de que trata la presente cláusula y sus respectivos recibos de pago a **EL CONTRATANTE**, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del presente contrato. **DÉCIMA QUINTA. SOLUCION DE CONFLICTOS.-** Las eventuales diferencias que llegaren a surgir entre los contratantes con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución y terminación de este contrato y que no pudiesen ser solucionados directamente por ellos, serán dirimidas mediante la jurisdicción ordinaria. **DÉCIMA SEXTA. RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.- EL CONTRATISTA** asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados de **EL CONTRATANTE**, la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio. Para efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación MÉDICO-PACIENTE con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta manera cualquier responsabilidad surgida de dicha relación, será exclusiva de **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO PRIMERO - EL CONTRATANTE** no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO -** Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por **EL CONTRATISTA**, **EL CONTRATANTE** fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra de **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia



4

CONTINIO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA COMPAÑIA DE  
TRANSPORTE AEREO DEL ECUADOR S.A. (E.A.T.A.)  
EN EL AEROPUERTO DE QUITO, DISTRITO DE QUITO, PROVINCIA DE QUITO,  
DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1968.

El presente informe tiene por objeto informar a la  
Comandancia en Jefe de la Fuerza Armada Nacional  
sobre el cumplimiento de las obligaciones de la E.A.T.A.  
durante el mes de agosto de 1968, en el aeropuerto  
de Quito, en relación con el transporte aéreo de  
pasajeros, carga y correo.

De acuerdo con el informe de la E.A.T.A. del mes  
de agosto de 1968, se indica que la compañía  
cumplió con las obligaciones de transporte aéreo  
durante el mes de agosto de 1968, en el aeropuerto  
de Quito, en relación con el transporte aéreo de  
pasajeros, carga y correo.

El presente informe tiene por objeto informar a la  
Comandancia en Jefe de la Fuerza Armada Nacional  
sobre el cumplimiento de las obligaciones de la E.A.T.A.  
durante el mes de agosto de 1968, en el aeropuerto  
de Quito, en relación con el transporte aéreo de  
pasajeros, carga y correo.

De acuerdo con el informe de la E.A.T.A. del mes  
de agosto de 1968, se indica que la compañía  
cumplió con las obligaciones de transporte aéreo  
durante el mes de agosto de 1968, en el aeropuerto  
de Quito, en relación con el transporte aéreo de  
pasajeros, carga y correo.

El presente informe tiene por objeto informar a la  
Comandancia en Jefe de la Fuerza Armada Nacional  
sobre el cumplimiento de las obligaciones de la E.A.T.A.  
durante el mes de agosto de 1968, en el aeropuerto  
de Quito, en relación con el transporte aéreo de  
pasajeros, carga y correo.

COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA NACIONAL

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

comparezca a los juicios de responsabilidad en que se le vincule. **PARÁGRAFO TERCERO** - En caso que **EL CONTRATANTE** fuera condenado en proceso de responsabilidad médica, en el cual **EL CONTRATISTA** hubiera incurrido en alguna de las causales de culpa, autoriza a **EL CONTRATANTE** para que repita en contra de este los dineros que hubiera cancelado.

**PARÁGRAFO CUARTO** - En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos **EL CONTRATANTE** podrá hacer exigible las garantías de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual requerida en la correspondiente cláusula de este contrato.

**DÉCIMA SÉPTIMA. CONFIDENCIALIDAD.**- Las partes se comprometen a mantener de manera confidencial toda aquella información a la que tengan acceso con motivo o por ocasión del presente contrato. Ninguna de las partes podrá utilizarla parcial o totalmente, en provecho suyo o de un tercero para un fin o propósito diferente al debido cumplimiento de este contrato. La anterior obligación surtirá efecto a partir de la fecha en que se firma el presente contrato y tendrá vigencia hasta cinco (5) años después de terminado el mismo.

**PARÁGRAFO.**- En el evento de incumplimiento del deber de confidencialidad la parte afectada tendrá derecho a exigir inmediatamente a la parte incumplida, y a título de pena, el pago de una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor anual del contrato. Esta suma podrá ser exigida ante la jurisdicción ordinaria, con la presentación de este contrato y la afirmación de la parte afectada acerca del incumplimiento y sin necesidad de requerimiento o constitución en mora, derechos a los que renuncian las partes. El cobro de la cláusula penal aquí prevista no excluye, ni impide el cobro de la totalidad de la indemnización por los perjuicios ocasionados por el incumplimiento, y en consecuencia, la parte afectada tendrá derecho a cobrar la totalidad de los perjuicios ocasionados, más la pena que aquí se establece.

**DÉCIMA OCTAVA. NATURALEZA DEL CONTRATO.**- El presente contrato es de naturaleza civil y comercial. Igualmente se regirá en especial por las normas contenidas en las Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, en los Decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en las Resoluciones 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007, 3047 de 2008, y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan.

**DÉCIMA NOVENA. MODIFICACIONES.**- Toda modificación que se efectúe al presente contrato, se deberá realizar de común acuerdo entre las partes, de lo cual se dejará constancia por escrito.

**VIGÉSIMA.- CESIÓN: EL CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización expresa y por escrito de **EL CONTRATANTE**.

**VIGÉSIMA PRIMERA. PERFECCIONAMIENTO.**- El presente contrato se entiende perfeccionado una vez cumplidos los siguientes requisitos previos al inicio de su ejecución: 1) La firma de las partes, 2) Presentación y aprobación de las pólizas exigidas a **EL CONTRATISTA**, 3) Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos: A) Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados. B) Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, C) Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única. D) Certificación o declaración de haber cumplido todos los requisitos previos exigidos en virtud de lo dispuesto por la Circular Única de la Superintendencia de Salud, para obligarse como IPS a contratar.

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- DOCUMENTOS Y ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO:** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos: 1. Pólizas de seguros y sus correspondientes recibos de pago 2. Certificado de Existencia y Representación legal de las partes. 3. Fotocopia del NIT 4. Fotocopia

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 9 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 Pbx. (02) 489 86 P6  
Línea Nacional: 01 8000438777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia



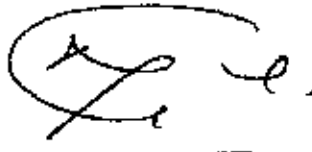
**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

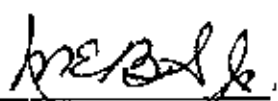
de la cédula de ciudadanía del Representante Legal 5. Certificación de la entidad financiera correspondiente en original, en la que conste una cuenta bancaria abierta y activa a nombre de **EL CONTRATISTA**. 6. Carta suscrita por el Representante Legal de **EL CONTRATISTA** en la que autoriza a **EL CONTRATANTE** consignar en la cuenta bancaria por ella indicada, el valor mensual causado del contrato. 7. **Anexos:** Anexo No. 1.- Registro o Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud (Decreto 1011 de 2006) o Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Entidad Departamental o municipal competente. (Decreto 1011 de 2006); Anexo No. 2.- Paquete de servicios de salud y valor de los servicios: el cual deberá señalar los servicios contratados, debidamente especificados, con su valor y su respectivo CUPS. Anexo No. 3 - Manual del Prestador Formato (CD); Anexo No. 4 - reporte Enos y Centinelas; Anexo No. 5 Sistema de referencia y contrarreferencia;(CD) y anexo No. 6 - Formato de Recaudo de Cuota de Recuperación. **VIGÉSIMA TERCERA.- DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.-** Para todos los efectos del presente contrato, se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Cali, para lo cual **EL CONTRATANTE** recibirá notificaciones en la Avenida de las Américas # 23N-55, teléfono 4898686 Ext. 3330 y **EL CONTRATISTA:** Carrera 43ª No.5B - 60. Teléfono: 5536125 Ext.9.

Para constancia se suscribe en la ciudad de Cali. Se expiden dos ejemplares del mismo tenor para cada una de las partes.-.

**EL CONTRATANTE,**

**EL CONTRATISTA,**

  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**EPS SOS S.A.**

  
**MARTHA ELENA BERNAL FORERO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 10 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

CONFIDENTIAL

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

7-15-1970

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

100-443887-100

25

STATE TOMBALAYA (111)  
MAG-017 111 111111  
A 3 300 000

ANNUAL REPORT 2014

[illegible]

1



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - POS                        |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIOS                                              | TARIFAS POS                                                    | CONSIDERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                                                                                                                             |
| ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA                      | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                                                                                                                             |
| TERAPIA OCUPACIONAL                                    | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                                                                                                                             |
| PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA                           | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                                                                                                                             |
| HOSPITALIZACION                                        | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 008 del 2009) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente.<br><br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br><br>Requiere OPS expedida por SOS |
| URGENCIAS                                              | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Se establece libre acceso para los usuarios.<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br><br>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009.                                           |

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 11 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBK (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia

THE STATUS OF THE RESEARCH ON THE EFFECTS OF THE TREATMENT OF THE  
 IN THE CASE OF THE RESEARCH ON THE EFFECTS OF THE TREATMENT OF THE  
 IN THE CASE OF THE RESEARCH ON THE EFFECTS OF THE TREATMENT OF THE  
 IN THE CASE OF THE RESEARCH ON THE EFFECTS OF THE TREATMENT OF THE

# ANEXO 1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

| NOMBRE DEL PACIENTE |  | FECHA DE INGRESO |  | FECHA DE SALIDA |  |
|---------------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| PACIENTE 1          |  | 15/01/2023       |  | 15/02/2023      |  |
| PACIENTE 2          |  | 16/01/2023       |  | 16/02/2023      |  |
| PACIENTE 3          |  | 17/01/2023       |  | 17/02/2023      |  |
| PACIENTE 4          |  | 18/01/2023       |  | 18/02/2023      |  |
| PACIENTE 5          |  | 19/01/2023       |  | 19/02/2023      |  |
| PACIENTE 6          |  | 20/01/2023       |  | 20/02/2023      |  |
| PACIENTE 7          |  | 21/01/2023       |  | 21/02/2023      |  |
| PACIENTE 8          |  | 22/01/2023       |  | 22/02/2023      |  |
| PACIENTE 9          |  | 23/01/2023       |  | 23/02/2023      |  |
| PACIENTE 10         |  | 24/01/2023       |  | 24/02/2023      |  |
| PACIENTE 11         |  | 25/01/2023       |  | 25/02/2023      |  |
| PACIENTE 12         |  | 26/01/2023       |  | 26/02/2023      |  |
| PACIENTE 13         |  | 27/01/2023       |  | 27/02/2023      |  |
| PACIENTE 14         |  | 28/01/2023       |  | 28/02/2023      |  |
| PACIENTE 15         |  | 29/01/2023       |  | 29/02/2023      |  |
| PACIENTE 16         |  | 30/01/2023       |  | 30/02/2023      |  |
| PACIENTE 17         |  | 31/01/2023       |  | 31/02/2023      |  |
| PACIENTE 18         |  | 01/02/2023       |  | 01/03/2023      |  |
| PACIENTE 19         |  | 02/02/2023       |  | 02/03/2023      |  |
| PACIENTE 20         |  | 03/02/2023       |  | 03/03/2023      |  |
| PACIENTE 21         |  | 04/02/2023       |  | 04/03/2023      |  |
| PACIENTE 22         |  | 05/02/2023       |  | 05/03/2023      |  |
| PACIENTE 23         |  | 06/02/2023       |  | 06/03/2023      |  |
| PACIENTE 24         |  | 07/02/2023       |  | 07/03/2023      |  |
| PACIENTE 25         |  | 08/02/2023       |  | 08/03/2023      |  |
| PACIENTE 26         |  | 09/02/2023       |  | 09/03/2023      |  |
| PACIENTE 27         |  | 10/02/2023       |  | 10/03/2023      |  |
| PACIENTE 28         |  | 11/02/2023       |  | 11/03/2023      |  |
| PACIENTE 29         |  | 12/02/2023       |  | 12/03/2023      |  |
| PACIENTE 30         |  | 13/02/2023       |  | 13/03/2023      |  |
| PACIENTE 31         |  | 14/02/2023       |  | 14/03/2023      |  |
| PACIENTE 32         |  | 15/02/2023       |  | 15/03/2023      |  |
| PACIENTE 33         |  | 16/02/2023       |  | 16/03/2023      |  |
| PACIENTE 34         |  | 17/02/2023       |  | 17/03/2023      |  |
| PACIENTE 35         |  | 18/02/2023       |  | 18/03/2023      |  |
| PACIENTE 36         |  | 19/02/2023       |  | 19/03/2023      |  |
| PACIENTE 37         |  | 20/02/2023       |  | 20/03/2023      |  |
| PACIENTE 38         |  | 21/02/2023       |  | 21/03/2023      |  |
| PACIENTE 39         |  | 22/02/2023       |  | 22/03/2023      |  |
| PACIENTE 40         |  | 23/02/2023       |  | 23/03/2023      |  |
| PACIENTE 41         |  | 24/02/2023       |  | 24/03/2023      |  |
| PACIENTE 42         |  | 25/02/2023       |  | 25/03/2023      |  |
| PACIENTE 43         |  | 26/02/2023       |  | 26/03/2023      |  |
| PACIENTE 44         |  | 27/02/2023       |  | 27/03/2023      |  |
| PACIENTE 45         |  | 28/02/2023       |  | 28/03/2023      |  |
| PACIENTE 46         |  | 29/02/2023       |  | 29/03/2023      |  |
| PACIENTE 47         |  | 01/03/2023       |  | 01/04/2023      |  |
| PACIENTE 48         |  | 02/03/2023       |  | 02/04/2023      |  |
| PACIENTE 49         |  | 03/03/2023       |  | 03/04/2023      |  |
| PACIENTE 50         |  | 04/03/2023       |  | 04/04/2023      |  |
| PACIENTE 51         |  | 05/03/2023       |  | 05/04/2023      |  |
| PACIENTE 52         |  | 06/03/2023       |  | 06/04/2023      |  |
| PACIENTE 53         |  | 07/03/2023       |  | 07/04/2023      |  |
| PACIENTE 54         |  | 08/03/2023       |  | 08/04/2023      |  |
| PACIENTE 55         |  | 09/03/2023       |  | 09/04/2023      |  |
| PACIENTE 56         |  | 10/03/2023       |  | 10/04/2023      |  |
| PACIENTE 57         |  | 11/03/2023       |  | 11/04/2023      |  |
| PACIENTE 58         |  | 12/03/2023       |  | 12/04/2023      |  |
| PACIENTE 59         |  | 13/03/2023       |  | 13/04/2023      |  |
| PACIENTE 60         |  | 14/03/2023       |  | 14/04/2023      |  |
| PACIENTE 61         |  | 15/03/2023       |  | 15/04/2023      |  |
| PACIENTE 62         |  | 16/03/2023       |  | 16/04/2023      |  |
| PACIENTE 63         |  | 17/03/2023       |  | 17/04/2023      |  |
| PACIENTE 64         |  | 18/03/2023       |  | 18/04/2023      |  |
| PACIENTE 65         |  | 19/03/2023       |  | 19/04/2023      |  |
| PACIENTE 66         |  | 20/03/2023       |  | 20/04/2023      |  |
| PACIENTE 67         |  | 21/03/2023       |  | 21/04/2023      |  |
| PACIENTE 68         |  | 22/03/2023       |  | 22/04/2023      |  |
| PACIENTE 69         |  | 23/03/2023       |  | 23/04/2023      |  |
| PACIENTE 70         |  | 24/03/2023       |  | 24/04/2023      |  |
| PACIENTE 71         |  | 25/03/2023       |  | 25/04/2023      |  |
| PACIENTE 72         |  | 26/03/2023       |  | 26/04/2023      |  |
| PACIENTE 73         |  | 27/03/2023       |  | 27/04/2023      |  |
| PACIENTE 74         |  | 28/03/2023       |  | 28/04/2023      |  |
| PACIENTE 75         |  | 29/03/2023       |  | 29/04/2023      |  |
| PACIENTE 76         |  | 30/03/2023       |  | 30/04/2023      |  |
| PACIENTE 77         |  | 31/03/2023       |  | 31/04/2023      |  |
| PACIENTE 78         |  | 01/04/2023       |  | 01/05/2023      |  |
| PACIENTE 79         |  | 02/04/2023       |  | 02/05/2023      |  |
| PACIENTE 80         |  | 03/04/2023       |  | 03/05/2023      |  |
| PACIENTE 81         |  | 04/04/2023       |  | 04/05/2023      |  |
| PACIENTE 82         |  | 05/04/2023       |  | 05/05/2023      |  |
| PACIENTE 83         |  | 06/04/2023       |  | 06/05/2023      |  |
| PACIENTE 84         |  | 07/04/2023       |  | 07/05/2023      |  |
| PACIENTE 85         |  | 08/04/2023       |  | 08/05/2023      |  |
| PACIENTE 86         |  | 09/04/2023       |  | 09/05/2023      |  |
| PACIENTE 87         |  | 10/04/2023       |  | 10/05/2023      |  |
| PACIENTE 88         |  | 11/04/2023       |  | 11/05/2023      |  |
| PACIENTE 89         |  | 12/04/2023       |  | 12/05/2023      |  |
| PACIENTE 90         |  | 13/04/2023       |  | 13/05/2023      |  |
| PACIENTE 91         |  | 14/04/2023       |  | 14/05/2023      |  |
| PACIENTE 92         |  | 15/04/2023       |  | 15/05/2023      |  |
| PACIENTE 93         |  | 16/04/2023       |  | 16/05/2023      |  |
| PACIENTE 94         |  | 17/04/2023       |  | 17/05/2023      |  |
| PACIENTE 95         |  | 18/04/2023       |  | 18/05/2023      |  |
| PACIENTE 96         |  | 19/04/2023       |  | 19/05/2023      |  |
| PACIENTE 97         |  | 20/04/2023       |  | 20/05/2023      |  |
| PACIENTE 98         |  | 21/04/2023       |  | 21/05/2023      |  |
| PACIENTE 99         |  | 22/04/2023       |  | 22/05/2023      |  |
| PACIENTE 100        |  | 23/04/2023       |  | 23/05/2023      |  |

ANEXO 2: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 3: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

|                                                                          |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA</b>                | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                               |
| <b>LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO</b>              | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | La IPS prestara los servicios de laboratorio de Nivel I, II y III, los laboratorios de nivel II deben estar previamente autorizados a través de OPS a excepción de coproscopico, triglicéidos y creatinina<br>Requiere OPS expedida por SOS |
| <b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>                                                | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                               |
| <b>VALORACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICO INTERNISTA POR NEUROLOGIA.</b> | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 9,80%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                               |

| <b>PLAN ATENCIÓN COMPLEMENTARIA - PAC</b> |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVICIOS</b>                          | <b>TARIFAS POS</b>                                              | <b>CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA</b>       | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 + 4,66%)  | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>HOSPITALIZACION</b>                    | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 + 4,66 %) | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 008 del 2009) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Requiere OPS expedida por SOS |

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 12 de 14

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 P.O.C. (02) 489 84 84  
Línea Nacional: 01 800 938 777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

CONTRACT OF RELATION OF SERVICES BETWEEN STATES OF ALABAMA AND  
FLORIDA FOR THE YEAR 1900. THE CONTRACT IS MADE THIS 10TH DAY OF  
JANUARY 1900 AT THE CITY OF ALABAMA.

THE STATE OF ALABAMA, by its Attorney General, JAMES B. HARRIS,  
do hereby certify that the within contract is a true and correct  
copy of the original contract as the same appears on file in the  
office of the Attorney General.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and the seal of  
the State of Alabama, at the City of Montgomery, this 10th day of  
January, 1900.

JAMES B. HARRIS,  
Attorney General.

ATTEST:  
JAMES B. HARRIS,  
Attorney General.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and the seal of  
the State of Alabama, at the City of Montgomery, this 10th day of  
January, 1900.

JAMES B. HARRIS,  
Attorney General.

ATTEST:  
JAMES B. HARRIS,  
Attorney General.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and the seal of  
the State of Alabama, at the City of Montgomery, this 10th day of  
January, 1900.

JAMES B. HARRIS,  
Attorney General.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

|                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>URGENCIAS</b>                                            | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,66 %)</b> | Se establece libre acceso para los usuarios.<br><br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br><br>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009. |
| <b>PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA</b>   | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,66 %)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos                                                                                                                                                                                                |
| <b>LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO</b> | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,66 %)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos                                                                                                                                                                                                |
| <b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>                                   | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,66 %)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                               |

**PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIOS  
TARIFAS SOS 2011**

| <b>SERVICIO / TARIFAS</b> | <b>FAMILIAR</b> |
|---------------------------|-----------------|
| INTERCONSULTA A URGENCIAS | 26.750          |
| TERAPIA (Ocupacional )    | En POS          |

| <b>SERVICIO / TARIFAS</b>                      | <b>BIENESTAR</b> | <b>EXCELENCIA</b> |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| CONSULTA PRIMERA VEZ MÉDICO ESPECIALISTA       | 30.000           | 35.000            |
| REVISIÓN DE EXÁMENES CONSULTA MD ESPECIALIZADA | 0                | 0                 |
| CONSULTA CONTROL ESPECIALISTA MENOR A 30 DÍAS  | 26.500           | 26.500            |
| CONSULTA CONTROL ESPECIALISTA MAYOR A 30 DÍAS  | 30.000           | 35.000            |
| INTERCONSULTA A URGENCIAS                      | 33.700           | 40.000            |
| TERAPIAS (Ocupacional )                        | 13.500           | 13.500            |

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA TECNICA Y  
CONSULTORIA EN MATERIA DE SISTEMAS DE INFORMACION  
Y BANCOS DE DATOS PARA EL SECTOR PUBLICO  
DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

El presente contrato se celebra entre el GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BOGOTA, por medio de la SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO, y la EMPRESA COLOMBIANA DE SISTEMAS DE INFORMACION, S.A. (ECSI), para la prestación de servicios de asistencia tecnica y consultoria en materia de sistemas de informacion y bancos de datos para el sector publico de la ciudad de Bogota.

El presente contrato se celebra en Bogota, D.C., a los 15 dias del mes de mayo del año 1982.

El presente contrato se celebra en Bogota, D.C., a los 15 dias del mes de mayo del año 1982.

ELABORADO POR: SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO

BOGOTA, D.C.

1982

15 de mayo

15 de mayo

BOGOTA, D.C. 15 de mayo de 1982

SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO



428

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

| CUOTA MODERADORA 2011                              | BIENESTAR | EXCELENCIA |
|----------------------------------------------------|-----------|------------|
| CONSULTA PRIMERA VEZ                               | 26.500    | 26.500     |
| CONSULTA CONTROL                                   | 26.500    | 26.500     |
| TERAPIAS (Ocupacional) - Valor por cada 5 sesiones | 13.700    | 13.700     |

**NOTA.**

Favor tener en cuenta:

1. El afiliado del POS y del Plan Familiar debe ser autorizado previamente por la E.P.S., donde el paciente cancelara la cuota moderadora.
2. El afiliado a los Planes Complementarios Bienestar y Excelencia accede directamente al Consultorio cancelando la cuota moderadora.
3. Los afiliados de la Empresa Epsa y Beneficencia del Valle, afiliados a PAC están exentos de cuota moderadora, S.O.S asume el valor total.
4. Los afiliados al Plan Bienestar de la Empresa Propal Grupo básico cancelan \$19,500 y el grupo adicional cancelan \$26,500 por Consulta ó Control con especialista.
5. El primer control ambulatorio en POS y PAC posterior a tratamiento Hospitalario, no tiene costo para la E.P.S ni para el afiliado.
6. Para la primeras cinco (5) terapias en los Planes Complementarios Bienestar y Excelencia, el usuario puede acceder directamente a las mismas cancelando la Cuota Moderadora que corresponde a \$13,200 por las cinco primeras. A partir de la sexta (6) sesión se requiere autorización previa expedida por S.O.S.
7. A partir de la primera sesión de terapia los usuarios del POS requieren Autorización de Servicios de S.O.S.
8. Los afiliados a los Planes Complementarios Bienestar y Excelencia de las Empresas Beneficencia del Valle Epsa y Propal (Grupo Básico), están exentos de cancelar la Cuota Moderadora, se debe autorizar los servicios a partir de la sexta (6) sesión de terapias, el Grupo Adicional Propal cancelará por las 5 primeras sesiones de Terapia \$13,200.

| HOSPITALIZACION DIA POS Y PAC |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO                      | TARIFA POS Y PAC | CONSIDERACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| HOSPITALIZACION DIA           | \$21.708=        | <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• El valor de un día (4 horas) de permanencia diurna de acuerdo a la asistencia del paciente.</li><li>• No incluye la atención diaria intrahospitalaria por médico especialista que se realicen durante el proceso terapéutico (una o dos semanales), la cual se facturará independiente.</li></ul> |

Página 14 de 14

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia





una

**OTRO SI No.1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.1** parcialmente modificatorio al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que en el mes de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012), **EL CONTRATISTA** realiza una verificación en los porcentajes de las tarifas contenidas dentro del Anexo No.2 (Paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del Contrato No. 0885 de 2011 (firmado por ambas partes), encontrando un yerro en la distribución porcentual de las mismas. 4) Que **EL CONTRATISTA** especifica la causa de la equivocación numérica de la siguiente forma: 4.1. En el Contrato No.0885 del 2011 – Anexo No. 2 (Paquete de servicios de salud y valor de los servicios) se plasmó así:

| BASE TARIFARIA: SOAT 2005 – TARIFAS POS |      |    |    |    |                          |
|-----------------------------------------|------|----|----|----|--------------------------|
| - 15%                                   | 4.5% | 3% | 4% | 3% | Total: SOAT 2005 – 9,80% |

| BASE TARIFARIA: SOAT 2005 – TARIFAS PAC |      |     |    |    |                          |
|-----------------------------------------|------|-----|----|----|--------------------------|
| - 15%                                   | 4.5% | 10% | 4% | 3% | Total: SOAT 2005 – 4,66% |

4.2. Que **EL CONTRATISTA** al verificar dichos porcentajes indica que el valor total a rectificar debe ser el siguiente:

| BASE TARIFARIA: SOAT 2005 – TARIFAS POS |      |    |    |    |                       |
|-----------------------------------------|------|----|----|----|-----------------------|
| - 15%                                   | 4.5% | 3% | 4% | 3% | Total: SOAT 2005 – 2% |

| BASE TARIFARIA: SOAT 2005 – TARIFAS PAC |      |     |    |    |                         |
|-----------------------------------------|------|-----|----|----|-------------------------|
| - 15%                                   | 4.5% | 10% | 4% | 3% | Total: SOAT 2005 + 4,7% |

*(Handwritten signature)*

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 1 de 4

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000738777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

*(Handwritten signature)*



**OTRO SI No.1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

4.3. Que una vez revisado lo anterior, **EL CONTRATANTE** está de acuerdo en rectificar los errores de cálculos numéricos señalados por **EL CONTRATISTA** y contenidos en el Anexo No. 2 (Paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del Contrato No. 0885 de 2011. 5) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otrosí No.1 al contrato No.0885 de 2011 con el fin de precisar en el mismo, el nuevo Anexo No.2 (Paquete de servicios de salud y valor de los servicios) en el cual se detallará los servicios y tarifas que en adelante deberá seguir facturando **EL CONTRATISTA**. 6) Que los cambios o modificaciones mencionados, empezarán a regir a partir del **Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012)**. 7) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- RECTIFICAR** los errores de cálculos numéricos manifestados señalados y contenidos en el Anexo No.2 (Paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del Contrato No.0885 de 2011. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** Los servicios prestados por **EL CONTRATISTA**, se facturarán y reconocerán por evento de la siguiente forma:

**ANEXO No. 2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| <b>PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - POS</b>                        |                                                             |                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVICIOS</b>                                              | <b>TARIFAS POS</b>                                          | <b>CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                     |
| <b>CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL</b> | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                  |
| <b>ATENCION DIARIA INTRANOSPITALARIA</b>                      | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                  |
| <b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>                                    | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                  |
| <b>PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA</b>                           | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por el contratante.                                                                                                                                  |
| <b>HOSPITALIZACION</b>                                        | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 008 del 2009) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente. |

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 24N - 55 PBX (02) 489 86 66  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call - Colombia

Página 2 de 4

1. The first step in the process of identifying a problem is to determine the nature of the problem. This involves a thorough understanding of the situation and the factors that are contributing to the problem. Once the nature of the problem is understood, the next step is to identify the causes of the problem. This involves a detailed analysis of the situation and the factors that are contributing to the problem. Once the causes of the problem are identified, the next step is to develop a plan of action. This involves determining the steps that need to be taken to solve the problem. Once a plan of action is developed, the next step is to implement the plan. This involves carrying out the steps that have been determined in the plan of action. Finally, the last step in the process is to evaluate the results of the plan. This involves determining whether the plan has been successful in solving the problem and whether any further action is needed.

1. The first step in the process of the investigation is the identification of the problem. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must identify the problem and the scope of the investigation. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must identify the problem and the scope of the investigation.

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. <u>NAME</u></p> <p>2. <u>DATE</u></p> <p>3. <u>TIME</u></p> <p>4. <u>LOCATION</u></p> <p>5. <u>WEATHER</u></p> <p>6. <u>WIND</u></p> <p>7. <u>SEA</u></p> <p>8. <u>SWELL</u></p> <p>9. <u>WAVE</u></p> <p>10. <u>WAVE</u></p> <p>11. <u>WAVE</u></p> <p>12. <u>WAVE</u></p> <p>13. <u>WAVE</u></p> <p>14. <u>WAVE</u></p> <p>15. <u>WAVE</u></p> <p>16. <u>WAVE</u></p> <p>17. <u>WAVE</u></p> <p>18. <u>WAVE</u></p> <p>19. <u>WAVE</u></p> <p>20. <u>WAVE</u></p> <p>21. <u>WAVE</u></p> <p>22. <u>WAVE</u></p> <p>23. <u>WAVE</u></p> <p>24. <u>WAVE</u></p> <p>25. <u>WAVE</u></p> <p>26. <u>WAVE</u></p> <p>27. <u>WAVE</u></p> <p>28. <u>WAVE</u></p> <p>29. <u>WAVE</u></p> <p>30. <u>WAVE</u></p> <p>31. <u>WAVE</u></p> <p>32. <u>WAVE</u></p> <p>33. <u>WAVE</u></p> <p>34. <u>WAVE</u></p> <p>35. <u>WAVE</u></p> <p>36. <u>WAVE</u></p> <p>37. <u>WAVE</u></p> <p>38. <u>WAVE</u></p> <p>39. <u>WAVE</u></p> <p>40. <u>WAVE</u></p> <p>41. <u>WAVE</u></p> <p>42. <u>WAVE</u></p> <p>43. <u>WAVE</u></p> <p>44. <u>WAVE</u></p> <p>45. <u>WAVE</u></p> <p>46. <u>WAVE</u></p> <p>47. <u>WAVE</u></p> <p>48. <u>WAVE</u></p> <p>49. <u>WAVE</u></p> <p>50. <u>WAVE</u></p> <p>51. <u>WAVE</u></p> <p>52. <u>WAVE</u></p> <p>53. <u>WAVE</u></p> <p>54. <u>WAVE</u></p> <p>55. <u>WAVE</u></p> <p>56. <u>WAVE</u></p> <p>57. <u>WAVE</u></p> <p>58. <u>WAVE</u></p> <p>59. <u>WAVE</u></p> <p>60. <u>WAVE</u></p> <p>61. <u>WAVE</u></p> <p>62. <u>WAVE</u></p> <p>63. <u>WAVE</u></p> <p>64. <u>WAVE</u></p> <p>65. <u>WAVE</u></p> <p>66. <u>WAVE</u></p> <p>67. <u>WAVE</u></p> <p>68. <u>WAVE</u></p> <p>69. <u>WAVE</u></p> <p>70. <u>WAVE</u></p> <p>71. <u>WAVE</u></p> <p>72. <u>WAVE</u></p> <p>73. <u>WAVE</u></p> <p>74. <u>WAVE</u></p> <p>75. <u>WAVE</u></p> <p>76. <u>WAVE</u></p> <p>77. <u>WAVE</u></p> <p>78. <u>WAVE</u></p> <p>79. <u>WAVE</u></p> <p>80. <u>WAVE</u></p> <p>81. <u>WAVE</u></p> <p>82. <u>WAVE</u></p> <p>83. <u>WAVE</u></p> <p>84. <u>WAVE</u></p> <p>85. <u>WAVE</u></p> <p>86. <u>WAVE</u></p> <p>87. <u>WAVE</u></p> <p>88. <u>WAVE</u></p> <p>89. <u>WAVE</u></p> <p>90. <u>WAVE</u></p> <p>91. <u>WAVE</u></p> <p>92. <u>WAVE</u></p> <p>93. <u>WAVE</u></p> <p>94. <u>WAVE</u></p> <p>95. <u>WAVE</u></p> <p>96. <u>WAVE</u></p> <p>97. <u>WAVE</u></p> <p>98. <u>WAVE</u></p> <p>99. <u>WAVE</u></p> <p>100. <u>WAVE</u></p> | <p>1. <u>NAME</u></p> <p>2. <u>DATE</u></p> <p>3. <u>TIME</u></p> <p>4. <u>LOCATION</u></p> <p>5. <u>WEATHER</u></p> <p>6. <u>WIND</u></p> <p>7. <u>SEA</u></p> <p>8. <u>SWELL</u></p> <p>9. <u>WAVE</u></p> <p>10. <u>WAVE</u></p> <p>11. <u>WAVE</u></p> <p>12. <u>WAVE</u></p> <p>13. <u>WAVE</u></p> <p>14. <u>WAVE</u></p> <p>15. <u>WAVE</u></p> <p>16. <u>WAVE</u></p> <p>17. <u>WAVE</u></p> <p>18. <u>WAVE</u></p> <p>19. <u>WAVE</u></p> <p>20. <u>WAVE</u></p> <p>21. <u>WAVE</u></p> <p>22. <u>WAVE</u></p> <p>23. <u>WAVE</u></p> <p>24. <u>WAVE</u></p> <p>25. <u>WAVE</u></p> <p>26. <u>WAVE</u></p> <p>27. <u>WAVE</u></p> <p>28. <u>WAVE</u></p> <p>29. <u>WAVE</u></p> <p>30. <u>WAVE</u></p> <p>31. <u>WAVE</u></p> <p>32. <u>WAVE</u></p> <p>33. <u>WAVE</u></p> <p>34. <u>WAVE</u></p> <p>35. <u>WAVE</u></p> <p>36. <u>WAVE</u></p> <p>37. <u>WAVE</u></p> <p>38. <u>WAVE</u></p> <p>39. <u>WAVE</u></p> <p>40. <u>WAVE</u></p> <p>41. <u>WAVE</u></p> <p>42. <u>WAVE</u></p> <p>43. <u>WAVE</u></p> <p>44. <u>WAVE</u></p> <p>45. <u>WAVE</u></p> <p>46. <u>WAVE</u></p> <p>47. <u>WAVE</u></p> <p>48. <u>WAVE</u></p> <p>49. <u>WAVE</u></p> <p>50. <u>WAVE</u></p> <p>51. <u>WAVE</u></p> <p>52. <u>WAVE</u></p> <p>53. <u>WAVE</u></p> <p>54. <u>WAVE</u></p> <p>55. <u>WAVE</u></p> <p>56. <u>WAVE</u></p> <p>57. <u>WAVE</u></p> <p>58. <u>WAVE</u></p> <p>59. <u>WAVE</u></p> <p>60. <u>WAVE</u></p> <p>61. <u>WAVE</u></p> <p>62. <u>WAVE</u></p> <p>63. <u>WAVE</u></p> <p>64. <u>WAVE</u></p> <p>65. <u>WAVE</u></p> <p>66. <u>WAVE</u></p> <p>67. <u>WAVE</u></p> <p>68. <u>WAVE</u></p> <p>69. <u>WAVE</u></p> <p>70. <u>WAVE</u></p> <p>71. <u>WAVE</u></p> <p>72. <u>WAVE</u></p> <p>73. <u>WAVE</u></p> <p>74. <u>WAVE</u></p> <p>75. <u>WAVE</u></p> <p>76. <u>WAVE</u></p> <p>77. <u>WAVE</u></p> <p>78. <u>WAVE</u></p> <p>79. <u>WAVE</u></p> <p>80. <u>WAVE</u></p> <p>81. <u>WAVE</u></p> <p>82. <u>WAVE</u></p> <p>83. <u>WAVE</u></p> <p>84. <u>WAVE</u></p> <p>85. <u>WAVE</u></p> <p>86. <u>WAVE</u></p> <p>87. <u>WAVE</u></p> <p>88. <u>WAVE</u></p> <p>89. <u>WAVE</u></p> <p>90. <u>WAVE</u></p> <p>91. <u>WAVE</u></p> <p>92. <u>WAVE</u></p> <p>93. <u>WAVE</u></p> <p>94. <u>WAVE</u></p> <p>95. <u>WAVE</u></p> <p>96. <u>WAVE</u></p> <p>97. <u>WAVE</u></p> <p>98. <u>WAVE</u></p> <p>99. <u>WAVE</u></p> <p>100. <u>WAVE</u></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

0177-1536/98/0000-0000\$05.00/0

**OTRO SI No.1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

|                                                                         |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         |                                                             | Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                            |
| <b>URGENCIAS</b>                                                        | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Se establece libre acceso para los usuarios.<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Si la atención no es una urgencia vital el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009      |
| <b>PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA</b>               | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                              |
| <b>LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO</b>             | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | La IPS prestará los servicios de laboratorio de Nivel I, II y III, los laboratorios de nivel II deben estar previamente autorizados a través de OPS a excepción de coprocópico, triglicéidos y creatinina<br>Requiere OPS expedida por SOS |
| <b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>                                               | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                              |
| <b>VALORACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICO INTERNISTA POR NEUROLOGIA</b> | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 3% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 - 2%) | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                              |

| <b>PLAN ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC)</b> |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVICIOS</b>                          | <b>TARIFAS PAC</b>                                              | <b>CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA</b>       | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 + 4,7%)  | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                           |
| <b>HOSPITALIZACION</b>                    | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br>(SOAT 2005 + 4,7 %) | La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 020 del 2011) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente.<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta |

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

Página 3 de 4



THE UNITED STATES OF AMERICA  
DEPARTMENT OF THE ARMY  
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL  
WASHINGTON, D. C. 20315

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

**OTRO SI No.1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

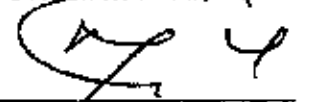
|                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                                                       | Requiere OPS expedida por SOS                                                                                                                                                                                                           |
| URGENCIAS                                            | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,7%)</b> | Se establece libre acceso para los usuarios.<br>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta.<br>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009. |
| PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA   | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,7%)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                       |
| LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,7%)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                       |
| ELECTROCARDIOGRAMA                                   | SOAT 2005<br>-15% + 4.5% + 10% + 4% + 3%<br><b>(SOAT 2005 + 4,7%)</b> | PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.                                                                                                                                                                                       |

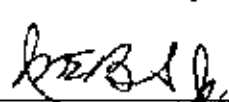
**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente Otrosí No.1 inicia vigencia a partir del Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas, servicios y tarifas del Contrato No.0885 del 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, al Primer (1) día del mes de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012).

**EL CONTRATANTE,**

**EL CONTRATISTA,**

*alal*  
  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**EPS SOS S.A.**

  
**MARTHA ELENA BERNAL FORERO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 4 de 4

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 204N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 800 938 777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

THE BOARD OF DIRECTORS OF THE COMPANY HAS APPROVED THE  
DECLARATION OF A DIVIDEND OF \$0.10 PER SHARE  
FOR THE QUARTER ENDED 31 MARCH 1964.

THE DIVIDEND WILL BE PAID BY CHEQUE OR CASH TO THE  
HOLDERS OF THE SHARES ON 15 APRIL 1964.  
HOLDERS OF THE SHARES WHOSE NAMES ARE NOT ON THE  
REGISTER OF SHAREHOLDERS AS AT 31 MARCH 1964  
MAY BE REQUIRED TO PRODUCE EVIDENCE OF THEIR  
ENTITLEMENT TO THE DIVIDEND.

THE DIVIDEND WILL BE PAID TO THE  
HOLDERS OF THE SHARES WHOSE NAMES ARE ON THE  
REGISTER OF SHAREHOLDERS AS AT 31 MARCH 1964.

THE DIVIDEND WILL BE PAID TO THE  
HOLDERS OF THE SHARES WHOSE NAMES ARE ON THE  
REGISTER OF SHAREHOLDERS AS AT 31 MARCH 1964.

THE DIVIDEND WILL BE PAID TO THE  
HOLDERS OF THE SHARES WHOSE NAMES ARE ON THE  
REGISTER OF SHAREHOLDERS AS AT 31 MARCH 1964.

THE DIVIDEND WILL BE PAID TO THE  
HOLDERS OF THE SHARES WHOSE NAMES ARE ON THE  
REGISTER OF SHAREHOLDERS AS AT 31 MARCH 1964.



**OTRO SI No.2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.2** parcialmente modificatorio al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes, se incluye el servicio de Psicología, el cual se contendrá en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios). 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.2 al Contrato No. 0885 del 2011, con el fin de precisar en el mismo, la inclusión del servicio citado, tal como se expuso anteriormente. 5) Que la inclusión del servicio anteriormente mencionado, empezará a regir a partir del Veinte (20) de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Incluir dentro del objeto del contrato lo anteriormente dispuesto, siempre y cuando el servicio de Psicología se encuentre debidamente habilitado por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** El servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se facturará y reconocerá por evento de la siguiente forma:

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 16  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

Página 1 de 2

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE  
IT IS NOT TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PERSON  
IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSE

THE FOLLOWING INFORMATION IS FOR YOUR INFORMATION ONLY

**OTRO SI No.2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| CUPS             | SERVICIO                                           | TARIFA POS | CONSIDERACIONES                           |
|------------------|----------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------|
| 890208<br>890308 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y<br>CONTROL DE PSICOLOGIA | \$ 12.400  | POS. Requiere OPS expedida por SOS<br>EPS |

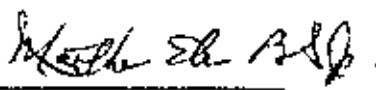
**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTRO SI No.2 inicia vigencia a partir del Veinte (20) de Septiembre del año Dos Mil Doce (2012). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No. 0885 del 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Veinte (20) días del mes de Septiembre de 2012.

**EL CONTRATANTE,**

**EL CONTRATISTA,**

  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**EPS SOS S.A.**

  
**MARTHA ELENA BERNAL FORERO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 2 de 2

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

AL MONTAÑO DE PROTECCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES  
 CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE  
 CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE  
 CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

CONTRATO DE SERVICIO DE CONTRIBUTIVO Y SERVICIO DE

**OTRO SI No.3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.3** parcialmente modificatorio al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato 3) Que mediante acuerdo entre las partes, se incluye el servicio de Hospitalización en Salud Mental VIP Única y exclusivamente para los usuarios del Plan Bienestar y Excelencia y que los mismos sean atendidos en la Sede Pance de la IPS Organización Mente Sana Ltda., el cual se contendrá en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios). 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.3 al Contrato No. 0885 del 2011, con el fin de precisar en el mismo, la inclusión del servicio citado, tal como se expuso anteriormente. 5) Que la inclusión del servicio anteriormente mencionado, empezará a regir a partir del Primero (1) de Noviembre del año Dos Mil Doce (2012). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se registra por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Incluir dentro del objeto del contrato lo anteriormente dispuesto, siempre y cuando el servicio de Estancia hospitalaria en salud mental se encuentre debidamente habilitado por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habitación y/o certificado de habitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habitación y/o Certificación de Habitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** El servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se facturará y reconocerá por evento de la siguiente forma:

Página 1 de 2

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000978777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Call Center



**OTRO SI No.3 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| <b>PAQUETE DIA QUE APLICA DE LUNES A SABADO - VIP SEDE PANCE<br/>ORGANIZACIÓN MENTE SANA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CUPS<br/>PRESTADOR</b>                                                                    | <b>PAQUETE HOSPITALARIO EN SALUD MENTAL DIA SEDE PANCE LUN-SAB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>VALOR</b> |
| H11201                                                                                       | <p><b>Incluye:</b> Habitación individual, Atención diaria por Psiquiatría, Terapia ocupacional, Terapia Física, Consulta Psicología, Terapia de Familia, Consulta Neuropsicología. (Las Terapias se alternan según patología y necesidad, inclusive terapia alternativa como Yoga -relajación).</p> <p>Las terapias se tendrán entre 4.5 y 5 horas al día, entre las diferentes modalidades de terapias mencionadas.</p> <p><b>No incluye:</b> Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * Medicamentos.</p> | \$ 380.000   |
| <b>PAQUETE DIA QUE APLICA DOMINGO Y FESTIVO - VIP SEDE PANCE<br/>ORGANIZACIÓN MENTE SANA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
| <b>CUPS<br/>PRESTADOR</b>                                                                    | <b>PAQUETE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL DIA PARA FIN DE SEMANA<br/>(DOMINGO Y FESTIVO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>VALOR</b> |
| H11202                                                                                       | <p><b>Incluye:</b> Habitación individual, valoración por Psiquiatra.</p> <p><b>No incluye:</b> Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * Medicamentos</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 250.000   |

\* Medicamentos - Observaciones: Los medicamentos hospitalarios se facturarán por evento, y serán aquellos que estén contenidos en el Acuerdo 028 de 2011 (ganánicos y comerciales)

**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTRO SI No.3 inicia vigencia a partir del Primero (1) de Noviembre del año Dos Mil Doce (2012). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No. 0885 del 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido

Para que consta se firma en la ciudad de Cali, al Primer (1) día del mes de Noviembre de 2012.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

*Octavio Ayala Moreno*  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
EPS SOS S.A.

*Martha Elena Bernal Forero*  
**MARTHA ELENA BERNAL FORERO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

Página 7 de 7

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX. (02) 489.86.86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

THE UNITED STATES OF AMERICA  
DO hereby certify that  
the within and foregoing is a true and correct  
copy of the original as the same appears in the  
records of the Department of the Interior.

WITNESSED my hand and the seal of the Department of the Interior at Washington, D.C., this 1st day of January, 1901.

Very truly yours,  
J. M. McKIM

Assistant Secretary of the Interior

THE UNITED STATES OF AMERICA  
DO hereby certify that  
the within and foregoing is a true and correct  
copy of the original as the same appears in the  
records of the Department of the Interior.

WITNESSED my hand and the seal of the Department of the Interior at Washington, D.C., this 1st day of January, 1901.

Very truly yours,  
J. M. McKIM

Assistant Secretary of the Interior

THE UNITED STATES OF AMERICA  
DO hereby certify that  
the within and foregoing is a true and correct  
copy of the original as the same appears in the  
records of the Department of the Interior.

THE UNITED STATES OF AMERICA  
DO hereby certify that  
the within and foregoing is a true and correct  
copy of the original as the same appears in the  
records of the Department of the Interior.

IN WITNESS WHEREOF

MAKING, I have hereunto set my hand and the seal of the Department of the Interior at Washington, D.C., this 1st day of January, 1901.

MAKING, I have hereunto set my hand and the seal of the Department of the Interior at Washington, D.C., this 1st day of January, 1901.

WITNESSED my hand and the seal of the Department of the Interior at Washington, D.C., this 1st day of January, 1901.

Very truly yours,  
J. M. McKIM



**OTRO SI No.4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

Entre los suscritos a saber, **OCTAVIO AYALA MORENO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.987.694 de Cali, actuando como representante legal de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 expedida en Cali/Valle del Cauca, quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTRO SI No.4** complementario al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (1) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes, se incluye la **INTERCONSULTA DE PSIQUIATRIA EXTRAMURAL** para los usuarios del POS y PAC, servicio que se contendrá en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios). 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.4 al Contrato No. 0885 del 2011, con el fin de precisar en el mismo, la inclusión del servicio citado, tal como se expuso anteriormente. 5) Que la inclusión del servicio anteriormente mencionado, empezará a regir a partir del Cuatro (04) de Enero del año Dos Mil Trece (2013). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas no implican cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Incluir dentro del objeto del contrato lo anteriormente dispuesto, siempre y cuando el servicio de Psiquiatría se encuentre debidamente habilitado por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** El servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se facturará y reconocerá por evento de la siguiente forma:

4

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX. (02) 489.86.86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia

Página 1 de 1

42

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR, FBI  
SUBJECT: [Illegible]  
[Illegible text follows, appearing to be a detailed report or memorandum. The text is mostly illegible due to the quality of the scan, but some words like "investigation", "subject", and "information" are visible.]

Very truly yours,  
[Illegible Signature]  
Special Agent in Charge

**OTRO SI No.4 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**

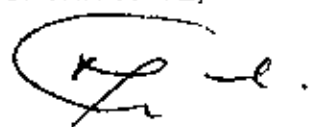
**ANEXO No.2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

| CUPS        | SERVICIO                                  | TARIFA POS - PAC |
|-------------|-------------------------------------------|------------------|
| 890402-5900 | INTERCONSULTA DE PSQUIATRIA<br>EXTRAMURAL | \$ 35.000        |

**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTRO SI No.4 inicia vigencia a partir del Cuatro (04) de Enero del año Dos Mil Trece (2013). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No. 0885 del 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Cuatro (04) días del mes de Enero de 2013

**EL CONTRATANTE,**



**OCTAVIO AYALA MORENO  
REPRESENTANTE LEGAL  
EPS SOS S.A.**

**EL CONTRATISTA,**



**MARTHA ELENA BERNAL FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL  
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)

Página 1 de 1

DECLARATION OF THE BOARD OF DIRECTORS OF THE  
COMPANY OF THE STATE OF CALIFORNIA  
IN REPLY TO THE ORDER OF THE COURT  
IN THE MATTER OF THE ESTATE OF

THE BOARD OF DIRECTORS OF THE  
COMPANY OF THE STATE OF CALIFORNIA  
DO HEREBY CERTIFY THAT THE  
FOLLOWING IS A TRUE AND CORRECT  
STATEMENT OF THE FACTS

CLAUSE 10 OF THE CHARTER OF THE  
COMPANY OF THE STATE OF CALIFORNIA  
DOES NOT PROVIDE FOR THE  
ELECTION OF A BOARD OF DIRECTORS

THE BOARD OF DIRECTORS OF THE  
COMPANY OF THE STATE OF CALIFORNIA  
DOES NOT HAVE THE AUTHORITY TO

BY CONTRACT  
MARTHA E. BROWN  
SECRETARY  
ORGANIZATION FOR THE PROTECTION  
OF THE ENVIRONMENT

BY CONTRACT  
JAY L. BROWN  
SECRETARY  
ORGANIZATION FOR THE PROTECTION  
OF THE ENVIRONMENT

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto  
set my hand and the seal of the  
Company of the State of California  
this 1st day of January, 1968.

**OTRO SI No.7 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**

Entre los suscritos a saber, **FABIAN CARDONA MEDINA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.710.893 de Cali, actuando como Gerente General (E) de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali/Valle del Cauca, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.769 de Bogotá D.C., quien obra en nombre y representación legal de la **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir el presente **OTRO SI No.7** complementario al Contrato No.0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, suscribieron el contrato No.0885 el Primero (01) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante acuerdo entre las partes se incluye el servicio de Junta Médica; servicio que se detallará y contendrá en el Anexo No.2 (paquete de servicios de salud y valor de los servicios) del contrato principal. 4) Que una vez concluido el acuerdo entre las partes, se conviene suscribir el presente Otro Si No.7 al contrato No.0885 de 2011 con el fin de precisar en el mismo, la inclusión del servicio, tal como se expuso anteriormente. 5) Que el servicio de Junta Médica empezará a regir a partir del Once (11) de Septiembre del año Dos Mil Trece (2013). 6) Que las modificaciones o reformas anteriormente mencionadas implican cambio en su objeto social y sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** Incluir dentro del objeto del contrato lo anteriormente dispuesto, siempre y cuando el servicio anteriormente mencionado se encuentre debidamente habilitado por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el Anexo No. 1 Formulario de Habilitación y/o Certificación de Habilitación que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **CLAUSULA SEGUNDA.- SERVICIOS Y TARIFAS:** El servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se facturará y reconocerá por evento de la siguiente forma:

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Página 1 de 2

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX. (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: www.sos.com.co  
Cali - Colombia



**OTRO SI No.7 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**

**ANEXO No. 2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

Nota: Tarifa que aplica a partir del 11 de Septiembre de 2013. Los demás servicios continúan inmodificables en cuanto a tarifas.

| SERVICIO CONTRATADO JUNTA MEDICA PARA CALI |                                                               |                                                    |                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| CODIGO                                     | DESCRIPCION                                                   | TARIFA<br>POS Y PAC<br>(Bienestar y<br>Excelencia) | CONSIDERACIONES                                   |
| 890502                                     | JUNTA MEDICA DE<br>PSIQUIATRIA<br>(Mínimo 3<br>Especialistas) | \$ 80.000                                          | POS - PAC<br>▪ requiere OPS expedida por SOS<br>▪ |

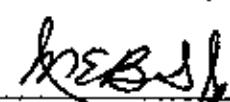
**CLAUSULA TERCERA.- VIGENCIA:** El presente OTROSI No.7 inicia vigencia a partir del Once (11) de Septiembre del año Dos Mil Trece (2013). **CLAUSULA CUARTA.-** Las demás cláusulas del Contrato No.0885 de 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Once (11) días de Septiembre del año Dos Mil Trece (2013).

EL CONTRATANTE,

  
FABIAN CARDONA MEDINA  
GERENTE GENERAL (E)  
EPS SOS S.A.

EL CONTRATISTA,

  
MARTHA ELENA BERNAL FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL  
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 Pbx (02) 489 96 96  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

Página 2 de 2





**OTRO SI No.8 MODIFICATORIO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO No.0885 DE 2011 SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA hoy ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**

Entre los suscritos a saber, **FABIAN CARDONA MEDINA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.710.893 de Cali, actuando como Gerente General (E) de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 805001157-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte, y de otra **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, mayor de edad, domiciliada en Cali/Valle del Cauca, identificada con cédula de ciudadanía No.31.839.759 de expedida en Cali (V), quien obra en nombre y representación legal de **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S. ANTES ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA**, identificada con el Nit. 805.002.355-9, tal y como consta en el Certificado de Cámara de Comercio de Cali expedido el 17 de Septiembre de 2013 y que por Acta No. 5 de Junta de Socios de fecha 5 de Julio de 2013, inscrita el 28 de Agosto de 2013 bajo el número 10052 del Libro IX, se transformó de Sociedad Limitada en Sociedad por Acciones Simplificada bajo el nombre de **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir **OTROSI No. 8** modificadorio al Contrato No 0885 de 2011, previa las siguientes consideraciones: 1) Que **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."** y **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA hoy ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**, suscribieron el contrato No. 0885 el Primero (01) de Septiembre del año Dos Mil Once (2011) para la prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Plan de Atención Complementaria bajo la modalidad de Evento. 2) Que el plazo del presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por periodos de un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo establezca la cláusula de terminación dispuesta en el contrato. 3) Que mediante comunicación de fecha 03 de Octubre de 2013 la Gerente de **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.** informó a esta Entidad que a partir del 28 de Agosto de 2013 se cambió de sociedad comercial, es decir, de **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA** pasa a ser **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.**, conservando el mismo NIT. 805.002.355-9. 4) Que una vez conocido por la EPS S.O.S. S.A. el documento citado, se acuerda por las partes suscribir el presente Otro Si al contrato No. 0885 de 2011 con el fin de precisar en el mismo, el cambio de sociedad comercial de **EL CONTRATISTA**, tal como se expuso anteriormente. 5) Que el cambio de sociedad comercial no implica cambio en su objeto social, ni en sus actividades. Por consiguiente se procede a suscribir el presente Otro Si el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas por la Ley. **CLAUSULA PRIMERA:** Modificar el contrato No.0885 de 2011 en el sentido de cambiar la sociedad comercial de la firma contratante **ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA** por **ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S**. **CLAUSULA SEGUNDA:** Por consiguiente y para todos los efectos legales y

Página 1 de 2

**S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!**

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 86  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia





Entidad Promotora de Salud

Entidad Promotora de Salud

OTRO SI No.8 MODIFICATORIO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO No.0885 DE 2011 SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA hoy ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S.

fiscales del contrato suscrito ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA se reemplaza por la razón social ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S., NIT. 805.002.355-9. **CLAUSULA TERCERA: GARANTIAS.- EL CONTRATISTA** se comprometo a informar este cambio de sociedad comercial a la Aseguradora donde haya suscrito sus pólizas, o en su defecto, a su corredor de seguros, de conformidad con lo dispuesto en el presente documento. **CLAUSULA CUARTA:** Las demás cláusulas del Contrato No.0885 de 2011, continúan inmodificables en cuanto a su alcance y contenido, siempre y cuando no sean contrarias a lo anteriormente dispuesto en este documento.

Para que conste se firma en la ciudad de Cali, a los Tres (3) días del mes de Octubre de 2013

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

*Fabian Cardona Medina*  
FABIAN CARDONA MEDINA  
GERENTE GENERAL (E)  
EPS SOS S.A.

*Martha Elena Bernal Forero*  
MARTHA ELENA BERNAL FORERO  
REPRESENTANTE LEGAL  
ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S

S.O.S. ... RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA!

Sede Nacional: Av. de las Américas No. 23N - 55 PBX: (02) 489 86 66  
Línea Nacional: 01 8000938777 - Página Web: [www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
Cali - Colombia

Página 2 de 2





JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI  
CARRERA 10 No. 12-15 / PISO 13  
"PALACIO DE JUSTICIA / PEDRO ELÍAS SERRANO ABADÍA"  
CALI - VALLE

j12cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

SECRETARIAL: A despacho, el presente proceso junto con los escritos aportados y que fueron decretados como prueba de oficio, informándole que se encuentra pendiente de fijar nuevamente fecha para la audiencia de instrucción y juzgamiento. Sirvase proveer.

Santiago de Cali, 27 de octubre de 2020.

SANDRA CAROLINA MARTINEZ ALVAREZ  
SECRETARIA

JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO

|            |                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCESO    | DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL<br>EXTRA CONTRACTUAL                                                                               |
| DEMANDANTE | NUBIA ESCOBAR MUÑOZ C.C. 66.701.263<br>DIEGO DE JESÚS ABENDAÑO CARVAJAL C.C. 6.358.649<br>CRISTOPHER AVENDAÑO ESCOBAR C C 1 130.667.409 |
| DEMANDADO  | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "E.P.S. S.O.S."<br>NIT 805.001.157-2<br>ORGANIZACIÓN MENTE SANA S A S. NIT 805.002.355-9                   |
| RADICACIÓN | 76-001-31-03-012 / 2018-00097-00                                                                                                        |

Santiago de Cali, veintisiete (27) de octubre de dos mil veinte (2020)

Atendiendo el informe de secretarial, y de conformidad con lo establecido en el Artículo 373 del C. G. del P., el Juzgado,

**DISPONE:**

**PRIMERO:** De los escritos allegados al despacho y que fueron decretados como prueba de oficio se corre traslado a las partes por el Término de TRES (03) días tal como lo dispone el Art. 228 del C. G. del P.

**SEGUNDO:** CONVOCAR a las partes y sus apoderados judiciales el día 26 del mes de enero del año 2021 a la hora de las 9:00 am, para llevar a cabo la audiencia virtual, de instrucción y Juzgamiento de que trata el artículo 373 del Código General del Proceso.

Así mismo, prevenir a los intervinientes que previo a la fecha programada para la realización de la audiencia virtual, se informen en la secretaria del despacho por los medios disponibles y con la antelación debida, sobre las condiciones de realización de la diligencia y el link o enlace asignado para la conexión virtual designado para tal fin, como quiera que ella dará iniciación a la hora exacta señalada, para lo cual se recomienda puntualidad y conectarse previo a su inicio por lo menos veinte (20) minutos antes, a efecto de verificar su identificación, asistencia de apoderados, partes y otros intervinientes, de ser el caso, preparación e inclusión de datos en el sistema de audiencias. Correo electrónico del juzgado: [j12cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j12cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co) y teléfono 8986868 ext. 4122.



JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

CARRERA 10 No. 12-15 / PISO 13

"PALACIO DE JUSTICIA / PEDRO ELÍAS SERRANO ABADÍA"

CALI - VALLE

112cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

TERDCERO: PRORROGAR por seis (6) meses más, el término establecido en el artículo 121 del Código General del Proceso, para resolver de fondo la instancia correspondiente.

Dicha ampliación de término está debidamente justificada debido a la disponibilidad de audiencias programadas por la titular.

NOTIFÍQUESE

CLAUDIA CECILIA NARVAEZ CAICEDO  
JUEZ

JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO CALI



SECRETARIA

HOY 09 NOV 2020, NOTIFICO EN

ESTADO No. 73

A LAS PARTES EL CONTENIDO DE LA  
PROVIDENCIA QUE ANTECEDE.

SANDRA CAROLINA SERRA LÍNEZ-ALVAREZ

SECRETARIA

SECRETARIA

CALI