393

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

Angela Maria Villa Medina <avilla@sos.com.co>

Mie 16/09/2020 4:53 PM

Para: Juzgado 12 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j12cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

2 archivos adjuntos (2 MB)

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

Señora
JUEZ DOCE (12°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

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

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
www.sos.com.co

"Conozca nuestra empresa y nuestros productos ingresando a www.sos.com.co"

ALCANCE PRUEBA OFICIOSA RAD. 2018-00097 DTE. EL FCO DE JESUS AVENDAÑO Y OTROS

Angela Maria V. [illegible]

[illegible]

[illegible]

JUZGADO DE 1ª CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
[illegible]

Referencia:	ALCANCE A PRUEBA OFICIOSA
Proceso	VERBAL
Demandante:	DIEGO DE JESUS AVENDAÑO Y OTROS
Demandado:	VITIDAO PROMOTORA Y SALUD SERV. CIS COOPERATIVA
Radicación:	2018-00097

[illegible]

[illegible]

[illegible]

394

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

395

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 duracion 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 regirá 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.

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

Codigo Cups	SERVICIOS	OBSERVACIONES	BASE TARIFATIA	TARIFA
	CONSULTAS			
890202-4550	CONSULTA PREANESTESICA	Aplica para el paciente ambulatorio que requiere el paquete de TECAR	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 PSIQUIATRA INFANTIL	Valor consulta	TARIFA IPS	$ 30.600
8903021	CONSULTA DE CONTROL POR PSIQUIATRA 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 - vlr por persona	Valor por consulta	SOAT 2005 + 2%	$ 12.444
944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA - vlr por persona	Valor por consulta	Soat 2005 + 2%	$ 23.970
944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA - vlr 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 , ninos, adolescentes, adultos y tercera edad	Valor por consulta	TARIFA IPS	$ 30.000
940700	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA - : ninos, 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 (XPACIENTE X PROFESIONAL)	Por profesional x sesion	TARIFA IPS	$ 52 000

397

SOS
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	LAS CONSULTAS Incluye consulta psiquiatrica y psicologica de pacientes con problemas de salud mental - no neurologicos - no organicos . EN EL CASO DE REMISION DE PACIENTES: Al comentar al paciente, se debe enviar los exámenes y ayudas diagnosticas requeridos para garantizar la estabilidad orgánica del paciente, según criterio medico del especialista de Mente Sana La junta Medica se realiza a solicitud de SOS . Este costo es por cada especialista EPS SOS es quien solicita que especialistas deben asistir
EXCLUYE	EN LAS CONSULTAS. MANEJAMOS CONSULTA PRIORITARIA - NO URGENCIAS - Se atiende 24 horas pacientes remitidos con al medico 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 Excluye paciente neurológico a menos que tenga una complicación psiquiátrica 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. Se excluye tratamientos de problemas de tipo social o familiar que su resolución no competa a psiquiatría (salud mental) .

Codigo Cups	SERVICIO HOSPITALIZACION	DETALLE Tarifa por	BASE TARIFARIA	TARIFA	INCLUYE	EXCLUYE
S11202	HABITACION BIPERSONAL SERVICIO INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA Vlr por dia	Valor x dia	Soat 2005 + 2%	$ 108.936	Incluye habitación (Hoteleria)	Intrahospitalario - no debe requerir orden
890602	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA	Vlr x consulta	Soat 2005 + 2%	$ 26.112	N/A	
890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL Valr por Terapia	Vlr x sesion	Soat 2005 + 2%	$ 9.996	N/A	
890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA GRUPAL	Vlr por sesion	Soat 2005 + 2%	$ 9 996	N/A	
890609	TERAPIA FAMILIAR SESION X TRABAJO SOCIAL (INTRAHOSPITALARIA)	Vlr por sesion	Soat 2005 + 2%	$ 11.934	N/A	
944102	PSICOTERAPIA DE FAMILIA (INTRAHOSPITALARIA)	Vlr por sesion	Soat 2005 + 2%	$ 28.050	N/A	
890608	VALORACION POR PSICOLOGO (INTRAHOSPITALARIA)	Valor x consulta	TARIFA IPS	$ 12.901	N/A	
S12800-2	HOSPITAL DIA PARCIAL NIÑOS Y ADOLESCENTES (8 a 15 anos) son 3 Horas en la tarde - Tratamiento ambulatorio para paciente psiquiatrico EL VALOR ES POR SESION DIARIA DE 3 horas	Vlr por dia (sesion)	TARIFA IPS	$ 45.186	INCLUYE TERAPIAS GRUPALES POR 5 SECIONES Psicologica fisica ocupacional alternativa (segun necesidad y criterio del equipo interdisciplinario) EN HOSPITAL DIA TOTAL La tarifa se incrementa porque incluye almuerzo y refrigerio.	EXCLUSIONES IDEM A HOSPITALIZACION EXCLUYE consulta por medico psiquiatra intervención familiar por psicología de familia psicoterapia familiar Estas se cobran por evento Las exclusiones son las mismas de Hospitalización por internación en complejidad y insumos Excluye MEDICAMENTOS Los Paciente ambulatorio garantiza sus medicamentos suministrados por la EPS - Pacientes con farmacodependencia a otro tipo de adicción paciente con
S12800	HOSPITAL DIA PARCIAL ADULTOS 3HORAS (solo en la mañana) de 9 am a 12 del dia - Tratamiento ambulatorio para paciente psiquiatrico - El valor es por sesion de 3 horas	Tarifa x medio dia (3 horas)	TARIFA IPS	$ 22.585		

OTRO SÍ MÁS AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AN
CEFUDATOCIO DE SALUD DE [illegible]
VENTO SUCORRO [illegible]
ORGANIZACIÓN MEDITE SANA S.A.

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 psiquiatrico El valor es por sesion diaria de 8 horas . Incluye almuerzo y un refrigerio	Tarifa x dia todo el dia	TARIFA IPS	$ 55.186		retardo mental o diagnóstico de demencia. -Rehabilitacion de paciente crónico mental - Patologias severas de tipo neurológico, *Autismo severo o *Enfermedades crónicas que requieran rehabilitación, * Manejo de farmacodependencia y adicciones . CUALQUIER SERVICIO, EXAMEN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O EVENTO QUE REQUIERA EL PACIENTE Y NO ESTE INCLUIDO EN EL PAQUETE SE COBRA POR EVENTO. La atención diaria hospitalaria es adicional al valor del hospital día como está definido en el manual tarifario.
LA HOSPITALIZACION INCLUYE: el manejo de resolución de crisis agudas en enfermedades DE SALUD MENTAL , NO NEUROLOGICAS. 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	942600	PAQUETE DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA TECAR - CON MONITOREO - ANESTESIA y Relajacion - Medicamentos e Insumos para realizar el TECAR - DERECHOS DE SALA Honarios Medicos: Genereal y Anestesiologo, Enfermera jefe, auxiliar enfermerta	valor por sesion	TARIFA IPS	$ 350.000
INCLUYE		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 Quetifin ampollas 10 ml, 1 solucion salina 500 mg, 1 Sonda nasogastrica 14 Levin, 1 tapon heparinizado, 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			
EXCLUYE		Cualquier otro medicamento , insumo procedimiento, laboratorio, se cobra como evento. Igual si algún insumo o medicamento especificado en el paquete se requiera 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

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

Codigos propios	TRATAMIENTO POR FARMACODEPENDENCIA	Tarifa por	BASE TARIFARIA	TARIFA IPS	OBSERVACIONES	INCLUYE	EXCLUYE
954600	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 dia	TARIFA IPS	$ 175 000		Habitacion bipersonal - Atencion intrahospitalaria por psiquiatria - terapias grupales	IDEM A HOSPITALIZACION EXCLUYE Medicamentos insumos laboratorios examenes, 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	TARIFA IPS	$ 3 898 000	REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA- PARA MAYORES DE 14 años	HABITACION 4 personas - Asistencia por terapeutas y auxiliares de enfermeria - 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 psicologia (8 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (4 al mes)	NO incluye medicamentos estos son suministrados por EPS y traidos por el paciente si se llegara a requerir se facturan por evento - NO INCLUYE laboratorios, procedimientos examenes, imagenes, ect en tal caso si se llegara a requerir se factura por evento NO incluye materiales didácticos NO incluye patologias basicas de salud, el paciente debe ingresar luego de evaluacion medica y de laboratorios Previo debe traer pruebas hepática, renales, TSH, VIH Evaluación odontológica NO incluye atención de patologias de medicina general . LOS EXAMEN
S128304	CAD INTERNACION RESIDENCIAL PARA REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA - TARIFA DIARIA - Cuando se requiere contencion del paciente por algunos dias o fines de semana para evitar crisis	Tarifa por dia	TARIFA IPS	$ 129.933			
S12833	CAD REHABILITACION AMBULATORIA EN FARMACODEPENDENCIA - TIEMPO COMPLETO (TODO EL DIA) - TARIFA MENSUAL	PAQ Valor por mes	TARIFA IPS	$ 2.247 050		DE LUNES A VIERNES EN DIAS HABILES. TERAPIA GRUPALES POR : psicológica re-	

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 psicologia (8 al mes) - Psicoterapia Individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (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 psicologia (4 al mes) - Psicoterapia Individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (4 al mes). Por ser ambulatorio no incluye pernoctada	
S12835	CAD REHABILITACION AMBULATORRO 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			
890318	CAD ETAPA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIA : TARIFA MES - 1 vez semana terapia grupal ambulatorio - 1 consulta mes	PAQ vlr por mes		$ 612 000		ICLUYE: TERAPIA GRUPAL ambulatoria 1 semanal y una consulta mensual	
S 128303	CAD Pernoctada – valor por noche (por evento cuando sea requerida la pernoctada evitando crisis)	Val x noche		$ 60 000		Habitacion 4 camas - Asistencia por terapeutas y auxiliares de enfermeria	
905727	Prueba de consumo de PSA	Vlr por prueba	TARIFA IPS	$ 36.720		N/A	N/A

SOS
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.

Codigo Cups	TRATAMIENTO ADICCION AL JUEGO	Tarifa por	BASE TARIFARIA	TARIFA IPS	OBSERVACIONES	INCLUYE
S128302	INTERNACION RESIDENCIAL PARA ADICCION AL JUEGO (LUDOPATIA) - TARIFA MES - no incluye medicamentos, examenes, laboratorios	Vlr x mes	TARIFA IPS	$ 3.898 000	REHABILITACION EN LUDOPATIA PARA MAYORES DE 14 anos -	HABITACION 4 personas - Asistencia por terapeutas y auxiliares de enfermeria - TERAPIA GRUPALES POR : psicológica, re-educadora, ocupacional y fisioterapia entre otras segun plan de trabajo del grupo interdisciplinario- TERAPIAS DE FAMILIA GRUPALES : Una semanal CONSULTAS INDIVIDUALES - Psicoterapia individual por psicologia (8 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (4 al mes)
S128303	INTERNACION RESIDENCIAL PARA REHABILITACION EN ADICCION AL JUEGO (LUDOPATIA) - TARIFA DIARIA - no incluye medicamentos, examenes, laboratorios	Vlr x dia		$ 129.933		
S128333	**REHABILITACION AMBULATORIA EN** ADICCION AL JUEGO - LUDOPATIA - TIEMPO COMPLETO (TODO EL DIA de 7:30 am a 5 pm DE LUNES A VIERNES) - TARIFA MENSUAL - (No incluye medicamentos, examenes, laoratorios)	PAQ Valor por mes - tiempo completo		$ 2.247.050		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 psicologia (8 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (4 al mes). Por ser ambulatorio no incluye pernoctada
S128363	**REHABILITACION AMBULATORIO EN** ADICCION AL JUEGO - LUDOPATIA - TIEMPO TOTAL DE 7y 30 am a 5 pm - DE LUNES A VIERNES - TARIFA POR DIA	Valor por dia tiempo completo		$ 112 353		
S128343	**REHABILITACION AMBULATORIO EN** ADICCION AL JUEGO - TIEMPO PARCIAL (1/2 tiempo de 7 y 30 am a 12 del dia de LUNES A VIERNES) - No incluye medicamentos, examenes, laboratorios, TARIFA MENSUAL	Valor x mes medio tiempo		$ 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 psicologia (4 al mes) - Psicoterapia individual por psiquiatria (4 al mes) - Psicoterapia Familiar por psicologia (4 al mes) Por ser ambulatorio no incluye pernoctada
S128353	**REHABILITACION AMBULATORIA EN** ADICCION AL JUEGO - TIEMPO PARCIAL (MEDIO DIA de 7 y 30 am a 12 del dia , DE LUNES A VIERNES) Tarifa x dia	Valor por dia - medio tiempo		$ 50.975		
S 128303	- CAD Pernoctada – valor por noche (por evento cuando sea requerida la pernoctada evitando crisis)	Val x noche		$ 60.000		Habitacion 4 camas - Asistencia por terapeutas y auxiliares de enfermeria
8903183	**SEGUIMIENTO** AMBULATORIO A REHABILITACION A LA LUDOPATIA TARIFA MES - 1 vez semana	PAQ vlr por mes		$ 612.000		INCLUYE: TERAPIA GRUPAL ambulatoria 1 semanal y una consulta mensual.

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

Codigo 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 CODEINA	500mg	TABLETA	WINADEINE TAB X 500 MG /30	$ 3.054
0101021262	Pendiente código CUM	ACIDO ACETIL SALICILICO	100 mg	TABLETA	ACIDO ACETIL 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	20019164-12	ACIDO VALPROICO	250 MG	TABLETA	ACIDO VALPROICO TAB X 250 MG	$ 645
0102011144	00045730-03	AGUA DESTILADA 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	UROCUAD 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	0102011215	AMINOACIDOS	10 ML	AMPOLLA	AMINOACIDO 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	AMINOACIDS A-DBT	$ 59.427
0102010513	19924459-01	AMINOFILINA	240 MG/10 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

SOS
Servicio Occidental de Salud
Entidad Promotora 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.

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	20051757-02	BIPERIDENO CLORHIDRATO	5 MG	AMPOLLA	BIPERIDENO LACTATO AMP X 5 MG	$ 7.480
0101021289	19900906-04	BIPERIDENO CLORHIDRATO	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
[illegible]1020393	00052437-03	CARBAMAZEPINA	200 MGS	TABLETA	CARBAMAZEPINA 200 MGS	$ 618
[illegible]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
0101010259	00208231-02	CEFTRIAXONA	1 GR	FRASCO	CEFTRIAXONA 1 GR	$ 13 324
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	$ 76.292
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	CLOTRIMAZOL,NEOMICINA,DEXAMETASONA	40	TUBO	CLOTRIMAZOL+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	$ 8 233
0102011179	19959764-02	DEXAMETASONA	4 MG	AMPOLLA	DEXAMETASONA (FOSFATO) SOLUCION INYECTABLE 4 MG / ML DE BAS	$ 719
[illegible]020573	00025503-02	DEXTROSA + SODIO CLORURO	S.S 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

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 X5 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	GEMFIROLOZILO	600 MG	TABLETA	GEMFIBROZILO 600 MG	$ 683
0102011186	00028035-03	GENTAMICINA	160 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

SOS 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.

0102020579	00032611-01	LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN)	500C.C.	BOLSA	SOLUCION HARTMAN 500C C.	$ 3.765
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	$ 683
0101021271	01980397-01	LEVODOPA + CARBIDOPA	25/250 MG	TABLETA	CARBIDOPA+LEVODOPA TAB X 25/250 MG	$ 1.680
0101021380	19953848-01	LEVOMEPROMAZINA	100 MG	TABLETA	LEVOMEPROMAZINA TAB X 100 MG	$ 1.870
0101021381	19953957-01	LEVOMEPROMAZINA	25 MG	TABLETA	LEVOMEPROMAZINA TAB X 25 MG	$ 990
0102051072	19959695-03	LEVOMEPROMAZINA		FRASCO	LEVOMEPROMAZINA 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	00035805-01	LOPERAMIDA CLORHIDRATO	2 MG	TABLETA	LOPERAMIDA TAB X 2 MG	$ 1.280
0101021388	00042808-01	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	$ 560
0101021391	20032631-02	LOSARTAN	100 MG	TABLETA	LOSARTAN POTASICO TAB X 100 MG	$ 6 990
1021390	00224830-02	LOSARTAN	50 MG	TABLETA	LOSARTAN TAB X 50 MG	$ 700
.1020340	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 codigo CUM	MEMANTINA	10 MG	TABLETA	MEMANTINA TAB X 10 MG	$ 10 604
0101021555	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 (CLORHIDRATO)	10 MG	TABLETA	METOCLOPRAMIDA TAB 10 MG	$ 515
0102010364	19969624-01	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10 MG/2ML	AMPOLLA	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG/2ML	$ 5.135
0101020373	19943592-01	METOPROLOL 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	20001225-01	MIDAZOLAM	3 ML	AMPOLLA	MIDAZOLAM 15 MG AMP X 3 ML	$ 6 600
0101021299	19930667-03	MIRTAZAPINA	15 MG	TABLETA	MIRTAZAPINA TAB X 15 MG	$ 1.179
0101021300	19974935-01	MIRTAZAPINA	30 MG	TABLETA	MIRTAZAPINA TAB X 30 MG	$ 2 357
0102010142	00046792-03	Multivitaminas Tiamina/Riboflavina/Piridoxina/Nicotinamida	25/5/50/50 MG	AMPOLLA	COMPLEJO B 10C.C.	$ 4 770
0101020390	00017145-10	NAPROXENO	250 MGS	TABLETA	NAPROXENO 250 MGS	$ 419
0101021417	00051316-01	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
0101021626	19939789-02	NO CLASIFICADO	10 MG	TABLETA	MONTELUKAS TABLETA	$ 2.807
0102051034	0102051034	NO CLASIFICADO		FRASCO	QUIETUDE JARABE X 200 ML	$ 73.400
0101021497	0101021497	NO CLASIFICADO		TABLETA	SEDATIF PC X 40 TAB	$ 48.000
0102011171	Pendiente código 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

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	19952343-03	PAROXETINA	20 MG	TABLETA	PAROXETINA TAB X 20 MG	$ 4.438
0102080981	20034167-01	PENDIENTE DESCRIPCION	20 MCG X 10ML	FRASCO	BROMURO DE IPRATROPIO (ATROVENT) 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	PIPOTIAZINA	25MG	AMPOLLA	PIPOTIAZINA 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	PROPRANOLOL	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
[illegible]021545	19999459-02	QUETIAPINA	50 MG	TABLETA	QUETIAPINA XR 50MG	$ 1.163
1021572	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	$ 660
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
1020307	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	TRITTICO 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
101021439	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

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	00036606-04	Verapamilo	80 MG	TABLETA	VERAPAMILO CLORHIDRATO TAB X 80 MG	$ 160
0101020301	00036782-01	VERAPAMILO CLORHIDRATO	120 MGS	TABLETA	VERAPAMILO 120 MGS	$ 210
0102011208	20025306-01	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	Tasa Fijo al 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
5010004	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
0201010056	UNIDAD	SEDA 5-0	$ 12 400
4040349	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

Servicio Occidental de Salud
Entidad Promotora de Salud

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 Supiente 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:

OTRO SÍ AL CONTRATO DE VENTA DE SERVICIO A CONTADO [illegible]
OFICIALIZACIÓN DE SALUD DEL [illegible] CONTRATO [illegible] Y DE [illegible]
CONTRATO INTERCONDIAL DE SALUD [illegible] VENTA DE [illegible]
SERVICIO FUNERARIO DE SALUD S.A. [illegible]

[illegible] **FABIAN CALDERÓN MEDINA** [illegible]
[illegible] **SERVICIO FUNERARIO DE SALUD** [illegible]
[illegible] **MARTHA ELENA FONSECA** [illegible]
[illegible] **LICDA. PATRICIA MEJIA LITRA** [illegible]
[illegible] **EL LICDO. ATTILIO** [illegible]

OTRO SÍ NO 1

[illegible] **CLAUSULA PRIMERA** [illegible]
[illegible] **ADMINISTRATIVA** [illegible]
[illegible] **Anexo No.** [illegible]
[illegible] **SERVICIOS Y TARIFAS** [illegible]

[illegible] MEDICAL [illegible] LAVIDA

SOS
Servicio Occidental de Salud
Entidad Promotora de Salud

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

[redacted]		TARIFA	INCLUSIONES
942600	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA SIN ANESTESIA, SESION (CON SEDACION POR MD GHAL.)	46.200	• 1 Protector Bucal • 1 Electrodo de Estimulo (son individuales -no reutilizables-Propofol) • 1 Cánula nasal • 1 Solución Salina • 1 Venoclisis • 1 Angiocath No.20 • 1 Tapón Heparinizado • 2 Jeringas de 10 ml • Oxigeno requerido • 1 Sonda levin para aspirar secreciones • Propofol
942600-1	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA, RELAJACION Y MONITOREO (TECAR) SOD (sesión)	170.000	• Honorarios Anestesiologo • Anestesia para el procedimiento • 1 Protector bucal • 1 Electrodo de estimulo • 1 Cánula nasal • 1 Humidificador • 1 Bata para el Paciente • 1 Angiocath No. 20 • 1 Tapón heparinizado • 4 Jeringas de 10 ml • 1 Sonda para secreciones • 1 Paquete de 10 unds. Electrodos para ritmo cardiaco, EEG, EMG • 1 Venoclisis • 1 Solución salina • Oxigeno requerido pus hay relajación completa • Paquete de medicamentos • Propofol • Quelicin • Lidiocaina
Nota: Todos los insumos y medicamentos que se requieren y estén 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,

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

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

410

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

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**	**COSIDERACIONES**
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. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Requiere OPS expedida por SOS
URGENCIAS	SOAT 2005	Se establece libre acceso para los usuarios. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelara 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 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, triglicéridos y creatinina 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

412

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 ATENCION COMPLEMENTARIA – PAC		
SERVICIOS	**TARIFAS PAC**	**COSIDERACIONES**
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. Esto debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Requiere OPS expedida por SOS
URGENCIAS	SOAT 2005 + 6,79%	Se establece libre acceso para los usuarios Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelara 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 Psiquiatra, 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) Las terapias se tendrán entre 4.5 y 5 horas al día, entre las diferentes modalidades de terapias mencionadas. **No incluye:** Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * **Medicamentos.**	**$ 380.000**

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
Cali - Colombia

413

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, VIF SEDE PANCE ORGANIZACION MENTE SANA		
CUPS	**PAQUETE HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL DIA PARA FIN DE SEMANA (DOMINGO Y FESTIVO)**	**VALOR**
H11202	**Incluye:** Habitación Individual, valoración por Psiquiatría. **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) SOD (sesión)	$ 170.000	• 1 Protector Bucal • 1 Electrodo de Estimulo (son individuales -no reutilizables- Propofol) • 1 Cánula nasal • 1 Solución Salina • 1 Venoclisis • 1 Angiocath No.20 • 1 Tapón Heparinizado • 2 Jeringas de 10 ml • Oxigeno requerido • 1 Sonda levin para aspirar secreciones • Propofol
942600-2	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA SIN ANESTESIA, SESION (CON SEDACION POR MD GRAL)	$ 46.200	• Honorarios Anestesiólogo • Anestesia para el procedimiento • 1 Protector bucal • 1 Electrodo de estimulo • 1 Cánula nasal • 1 Humidificador • 1 Bata para el Paciente • 1 Angiocath No. 20 • 1 Tapón heparinizado • 4 Jeringas de 10 ml • 1 Sonda para secreciones • 1 Paquete de 10 unds. Electrodos para ritmo cardiaco, EEG, EMG • 1 Venoclisis • 1 Solución salina • Oxigeno requerido pus hay relajación completa • Paquete de medicamentos • Propofol • Quelicin • Lidocaína

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.

HOSPITALIZACION DIA POS Y PAC		
SERVICIO	**TARIFA POS Y PAC**	**CONSIDERACIONES**
HOSPITALIZACION DIA	$ 22.142=	INCLUYE: • El valor de un día (4 horas) de permanencia diurna, de acuerdo a la asistencia del paciente. • No incluye la atención diaria intrahospitalaria por médico especialista que se realicen durante el proceso terapéutico (una o dos semanales), la cual se facturara independiente.

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,

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

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

115

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

[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 encuentren 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

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 competa 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 CONTRARREFERENCIA**; **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

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 éste 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 auditoria, 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 éste contrato. Estos eventos

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** notificara en caso de accidente de transito 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 articulo 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, asi 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 topes 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

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

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** encontrare 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** encontrare 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 determinaran 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

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 Multiriesgo 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 entregara 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

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 hubiere 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 firme 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

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,

OCTAVIO AYALA MORENO
REPRESENTANTE LEGAL
EPS SOS S.A.

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.

CONTRATANTE

CONTRATANTE

425

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**	**COSIDERACIONES**
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por el contratanto.
ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80 %)**	Requiere OPS expedida por el contratante.
TERAPIA OCUPACIONAL	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por el contratante.
PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por el contratante.
HOSPITALIZACION	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(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. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Requiere OPS expedida por SOS
URGENCIAS	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Se establece libre acceso para los usuarios. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelara el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009.

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.

PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por SOS
LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(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, triglicéridos y creatinina Requiere OPS expedida por SOS
ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT 2005 - 15% +4.5% +3%+4% + 3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por SOS
VALORACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICO INTERNISTA POR NEUROLOGIA.	SOAT 2005 -15% +4.5% + 3% +4%+3% **(SOAT 2005 - 9,80%)**	Requiere OPS expedida por SOS

PLAN ATENCION COMPLEMENTARIA - PAC		
SERVICIOS	**TARIFAS POS**	**COSIDERACIONES**
PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,66%)**	PAC: ver ficha y manual del prestador – adjuntos.
HOSPITALIZACION	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(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 Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Requiere OPS expedida por SOS

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN [illegible]
E SALUD DEL MPSM EN CONTRATO LIVO [illegible] DE ATENCIÓN [illegible]
(PACO) SALUD LA [illegible] DE [illegible] TO SUPERIOR [illegible]
DE [illegible] SALUD S.A. SOCIEDAD ANÓNIMA [illegible]

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[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.

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

PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIOS
TARIFAS SOS 2011

SERVICIO / TARIFAS	FAMILIAR
INTERCONSULTA A URGENCIAS	25 750
TERAPIA (Ocupacional)	En POS

SERVICIO / TARIFAS	BIENESTAR	EXCELENCIA
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

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 basico cancelan $19,500 y el grupo adicional cancelan $25,500 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 puedo 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=	INCLUYE: • El valor de un dia (4 horas) de permanencia diurna de acuerdo a la asistencia del paciente. • No incluye la atencion diaria intrahospitalaria por medico especialista que se realicen durante el proceso terapeutico (una o dos semanales), la cual se facturara independiente.

429

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 períodos 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 – 9,60%

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%

430

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 manifiestos 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

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - POS		
SERVICIOS	**TARIFAS POS**	**CONSIDERACIONES**
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por el contratante.
ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por el contratante
TERAPIA OCUPACIONAL	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por el contratante
PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por el contratante
HOSPITALIZACION	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(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

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. Requiere OPS expedida por SOS
URGENCIAS	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Se establece libre acceso para los usuarios. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta. Si la atención no es una urgencia vital el usuario cancelara el 100% de la atencion conforme al Acuerdo 008 de 2009
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por SOS
LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO	SOAT 2005 -15% + 4.6% + 3% + 4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	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, triglicéridos y creatinina Requiere OPS expedida por SOS
ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT 2005 - 15% +4.5% +3%+4% + 3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por SOS
VALORACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICO INTERNISTA POR NEUROLOGIA	SOAT 2005 -15% +4.5% + 3% +4%+3% **(SOAT 2005 - 2%)**	Requiere OPS expedida por SOS

PLAN ATENCION COMPLEMENTARIA - PAC		
SERVICIOS	**TARIFAS PAC**	**COSIDERACIONES**
PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 10% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7%)**	PAC: ver ficha y manual del prestador – adjuntos.
HOSPITALIZACION	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 10% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7 %)**	La IPS usará durante la hospitalizacion medicamentos POS (Acuerdo 029 del 2011) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente. Este debe ser avalado a traves de la linea de audio respuesta

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 -15% + 4.5% + 10% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7%)**	Se establece libre acceso para los usuarios. Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelara el 100% de la atención conforme al Acuerdo 008 de 2009.
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA	SOAT 2005 -15% + 4.5% + 10% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7%)**	PAC: ver ficha y manual del prestador – adjuntos.
LABORATORIO CLINICO NIVELES I, II Y III HOSPITALARIO	SOAT 2005 -15% + 4,5% + 10% + 4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7%)**	PAC: ver ficha y manual del prestador - adjuntos.
ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT 2005 -15% +4.5% +10%+4% + 3% **(SOAT 2005 + 4,7%)**	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,

OCTAVIO AYALA MORENO
REPRESENTANTE LEGAL
EPS SOS S.A.

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA.

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:

434

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 890308	CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PSICOLOGIA	$ 12.400	POS. Requiere OPS expedida por SOS 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,

OCTAVIO AYALA MORENO
REPRESENTANTE LEGAL
EPS SOS S.A.

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

EL CONTRATANTE:

DIOMARO AYALA MOLINA
PERITO EMPRESARIAL LEGAL
[illegible] S.A.

EL CONTRATISTA:

MARTHA [illegible]
[illegible]
[illegible]

435

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 ciudadania 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 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 Estancia hospitalaria en salud mental 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:

436

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

PAQUETE DIA QUE APLICA DE LUNES A SABADO - VIP SEDE PANCE ORGANIZACIÓN MENTE SANA		
CUPS PRESTADOR	**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 Nauropsicología. (Las Terapias se alternan según patología y necesidad, inclusive terapia alternativa como Yoga -relajación). Las terapias se tendrán entre 4 5 y 5 horas al día, entre las diferentes modalidades de terapias mencionadas. **No incluye:** Exámenes de Laboratorio, Interconsultas con otros especialistas, * **Medicamentos.**	**$ 380.000**

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

* **Medicamentos – Observaciones:** Los medicamentos hospitalarios se facturarán por evento, y serán aquellos que estén contenidos en el Acuerdo 029 de 2011 (genéricos 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 conste se firma en la ciudad de Cali, al Primer (1) día del mes de Noviembre de 2012.

EL CONTRATANTE,

OCTAVIO AYALA MORENO
REPRESENTANTE LEGAL
EPS SOS S.A.

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA

437

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 Resolucion 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:

438

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 PSIQUIATRIA 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

439

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.31.839.759 de Bogota 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:

Servicio Occidental de Salud
Entidad Promotora de Salud

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 POS Y PAC (Bienestar y Excelencia)**	**CONSIDERACIONES**
890502	**JUNTA MEDICA DE PSIQUIATRIA** (Mínimo 3 Especialistas)	$ 80.000	**POS – PAC** ▪ requiere OPS expedida por SOS ▪

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.

OTROSI 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 modificatorio 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 clausula 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 clausulas 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

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 compromete 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,

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

EL CONTRATISTA,

MARTHA ELENA BERNAL FORERO
REPRESENTANTE LEGAL
ORGANIZACIÓN MENTE SANA S.A.S

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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 EXTRACONTRACTUAL
DEMANDANTE	NUBIA ESCOBAR MUÑOZ C.C. 66.701.263 DIEGO DE JESÚS ABENDAÑO CARVAJAL C.C. 6.358.649 CRISTOPHER AVENDAÑO ESCOBAR C C 1 130.667.409
DEMANDADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD "E.P.S. S.O.S." NIT 805.001.157-2 ORGANIZACIÓN MENTE SANA S A S. NIT 805.002.355-9
RADICACION	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 y teléfono 8986868 ext. 4122.

a.c.t.

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 MARTINEZ ALVAREZ
SECRETARIA

SECRETARIA
CALI

a.c.t.