



Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

W W W . U P T C . e d u . c o

Nit. 891.800.330

BOGOTÁ, RESPECTO A LA VENTA DE
E. COMERCIO
UPETECISTA

CONTRATOS

Contrato de seguros



00201-2016-233-000067-00

Contrato No.	67
Fecha	29 de febrero de 2016
Valor Total	\$211.850.000,00
IVA	\$0,00
Anticipo	\$0,00

Contratista	QBE SEGUROS S.A	Nit.	860002534
Dirección	CR 7 -NRO. 76-35 AP. 7 8 Y 9		
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Teléfono	3190730
Representante Legal		Cédula	
Plazo de ejecución	306 Días		
Objeto General	CONTRATAR LA ADQUISICION DE LA POLIZA DE ALTO COSTO PARA LOS AFILIADOS A UNISALUD-UPTC.		

Ordenador	GUSTAVO ORLANDO ALVAREZ ALVAREZ	Cédula	6770318
Interventor/Supervisor	SANDRA MARITZA CONTRERAS PEÑA	Cédula	40022448

REFERENCIAS

PRESUPUESTO UNISALUD

Solicitud de contratación No.9 del 04 de enero de 2016 Modalidad Invitación Privada

Plan de compras Item No.40001 "ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - UNISALUD"

Certificado de disponibilidad No.11 del 04 de enero de 2016

Acta de adjudicación No.74 del 29 de febrero de 2016

Ejecutor Unisalud

AFECCION PRESUPUESTAL

RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR
Sección 10.1	UNISALUD		\$220.000.000,00
1.2.2.7	30 ADM Seguros		\$220.000.000,00

Suministro

ITEMS

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR
2.5.14	Polizas de Seguros - Unisalud					\$211.850.000,00
1	ADQUISICION DE LA POLIZA DE ALTO COSTO PARA LOS AFILIADOS A UNISALUD-UPTC.	UN	1,00	\$211.850.000,00	0%	\$211.850.000,00

GUSTAVO ORLANDO ALVAREZ ALVAREZ

Rector

QBE SEGUROS S.A

C.C. 860002534

APROBADO - 29 de febrero de 2016

SIAFI

Elaboró: BMUNOZF

Página 1 de 1



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD

RESOLUCIÓN 6963 DE 2010 MEN

Avenida Central del Norte - PBX 7405626 Tunja



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
w w w . u p t c . e d u . c o
Nit. 891.800.330

UPETECISTA 309

REGISTRO PRESUPUESTAL

Presupuesto UNISALUD

Contrato de seguros



00202-2016-305-000088-00

Compromiso No

88

Fecha

29 de febrero de 2016

Valor Total

\$211.850.000,00

Contratos No.67 Vigencia 2016

Certificado No 11 Vigencia 2016

Beneficiario QBE SEGUROS S.A

Documento 860002534

Centro Costo Unisalud

Objeto CONTRATAR LA ADQUISICION DE LA POLIZA DE ALTO COSTO PARA LOS AFILIADOS A UNISALUD-UPTC.

AFECCION PRESUPUESTAL

RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR
Sección 10.1	UNISALUD		\$211.850.000,00
1.2.2.7	30 ADM Seguros		\$211.850.000,00

JOSE WILLIAM AMEZQUITA ZARATE

N/A

APROBADO - 29 de febrero de 2016

Elaboró: BMUNOZF

Grupo de Presupuesto



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD

RESOLUCIÓN 6963 DE 2010 MEN

Avenida Central del Norte - PBX 7405626 Tunja

Página 1 de 1

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 1

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER	
000706351366	0					
TOMADOR UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA			DIRECCIÓN 15001, , AV CENTRAL DEL NORTE .			
IDENTIFICACIÓN 891800330 TELÉFONO 7405626 EXT 119			CIUDAD TUNJA			
TOMADOR						
ASEGURADO UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA			DIRECCIÓN 15001, , AV CENTRAL DEL NORTE .			
IDENTIFICACIÓN 891800330 TELÉFONO 7405626 EXT 119			CIUDAD TUNJA			
ASEGURADO						
BENEFICIARIO			IDENTIFICACIÓN		% PARTICIPACIÓN	
MONEDA:	COP	FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA			No. DÍAS
TASA DE CAMBIO	1	2016/03/03	DESDE 2016/03/01	HORAS 00:00	HASTA 2016/12/31	HORAS 24:00
						306

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	Valor / Porc.	DEDUCIBLES Tipo	Minimo
	\$			
Insuficiencia Renal Aguda O Crónica	\$	0		.0
Gran Quemado	\$	0		.0
Manejo Quirúrgico De Enfermedades Cardíacas	\$	0		.0
Reemplazos Articulares	\$	0		.0
Cancer	\$	0		.0
Cuidados Intensivos	\$	0		.0
Infección Por Vih Sida	\$	0		.0
Manejo Quirúrgico Para Afecciones Del Sistema Nervioso Central	\$	0		.0
Manejo Quirúrgico Para Enfermedades Congénitas	\$	0		.0
Manejo De Trauma Mayor	\$	0		.0
Transplante Renal, Corazón, Hígado, Cornea Y Medula Ósea	\$	0		.0
Corrección Quirúrgica De La Hernia De Núcleo Pulposo Incluyendo Las Tecnologías En Salud De Medicina Física Y Rehabilitación Que Se Requieran.	\$	0		.0

FORMA DE PAGO	Cash	DETALLE DEL PAGO	
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.		PRIMA	\$
		DESCUENTOS	\$
		IVA EN PESOS	\$
		VALOR TOTAL A PAGAR	\$
		VALOR TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$

INTERMEDIARIOS		
CLAVE	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN
1003C12	JARDINE LLOYD THOMPSON	100

COASEGURO				
CODIGO	NOMBRE	% PARTICIP.	VR. ASEGURADO	VR: PRIMA

OBJETO DEL SEGURO

CONDICIONES PARTICULARES

No obstante lo que se indique en las condiciones generales de la póliza, prevalecerán las siguientes condiciones:
Contratar una póliza de seguros, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, acorde a las necesidades particulares en salud de la población objeto de cobertura de la póliza (cotizantes y beneficiarios) a cargo de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Acorde con el objeto contractual descrito en el pliego de la Invitación Pública No. 007 de 2016, las coberturas básicas de la póliza contratada, se encuentran enmarcadas y descritas dentro de la normatividad en salud que rige las Enfermedades de Alto Costo y que a continuación se relacionan: Resolución No. 5261 de 1994, Decreto 2423 de 1996, Resolución No. 2948 de 2003, Ley 1122 de 2007, Resolución No. 1896 de 2001, Resolución No. 4678 de 2015, Resolución No. 5592 de 2015 y sus Anexos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por las demás normas que

FIRMA	Gerencia Técnica	FIRMA	TOMADOR
-------	------------------	-------	---------

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 1226 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223 DE 1995 Y ACUERDO DISTRITAL 028 DE 95) CODIGO ICA 6801 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996)

F-CARATULA-STA /RAW 05-2015

310

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 2

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

modifiquen, adicionen y/o sustituyan las anteriormente mencionadas. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.

COBERTURA PÓLIZA ALTO COSTO – LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD (UNISALUD) DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

1. Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular.
2. Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central.
3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.
4. Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado.
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
6. Casos de pacientes con Cáncer
7. Reemplazos Articulares
8. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
9. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear.
10. Manejo del Trauma Mayor.
11. Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas.
12. Transporte de Paciente con Diagnóstico de Enfermedades de Alto Costo.

1. CASOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención de los casos de Infarto Agudo al Miocardio.

Se cubren Intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante del corazón y la cardiectomia del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.

Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

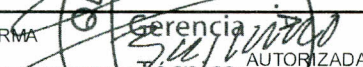
La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:

- En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Adicionalmente están incluidas las siguientes tecnologías en salud:

1. Revisión (reprogramación de aparato marcapaso SOD, identificada con el código 378500 durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.
2. Stent coronario convencional o no recubierto según recomendación del médico tratante.
3. Stent coronario medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (mayor a 15 mm).
4. Trasplante de corazón.
5. Colocación de Marcapaso.
6. Procedimientos de Trombolisis.
7. Cateterismos Cardíacos Programados o de Urgencias.
8. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior.

Dentro de las patologías no quirúrgicas están amparadas la Enfermedad Coronaria Severa, la Angina Inestable y el Infarto Agudo al Miocardio no necesariamente en Unidad de Cuidado Intensivo pero si atendidos en Unidad de Cuidado Coronario o Cuidado Intermedio. Dentro de este tipo de patologías se encuentran las detalladas a continuación, cubiertas dentro de la póliza con cargo al Alto Costo: Tratamiento hospitalario para Cor-Pulmonar Agudo, Bloqueo AV y Aritmias Severas como Extrasístole Ventricular Multifocal y Enfermedad del Nodo Sinusal, Inestabilidad Hemodinámica secundaria a patología cardíaca, pacientes con fallo de bomba que requieran monitoreo continuo y pacientes post reanimación secundaria a patología cardiovascular, hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a Cuidado Intensivo

FIRMA  Gerencia Técnica AUTORIZADA	FIRMA TOMADOR
--	------------------

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 3

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				

CONDICIONES PARTICULARES

2. CASOS DE PACIENTES CON AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes que requieren atención quirúrgica para afecciones del sistema nervioso central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

Así mismo se incluyen los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de medula y que requieran atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

Incluye la corrección de la hernia de núcleo pulposo, independientemente de la especialidad que la realice, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

No están incluidas las complicaciones inherentes a las patologías de base que causan la cirugía como meningitis, abscesos, cisticercosis, entre otras, que no estén descritas.

No se incluye la atención del Trauma Cráneo encefálico leve, moderado o severo de manejo médico no quirúrgico posterior a la atención inicial de urgencias.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:

- En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

3. CASOS DE PACIENTES EN CUALQUIER EDAD CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA

Atención integral necesaria en casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal

Aguda o Crónica, con las tecnologías en salud de la complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las atenciones realizadas en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:

La atención integral del paciente con Insuficiencia Renal Aguda o Crónica incluyendo las patologías y complicaciones secundarias a la enfermedad en la atención de urgencias con o sin procedimiento y complicaciones inherentes a la insuficiencia renal:

3.1. PRE-DIÁLISIS

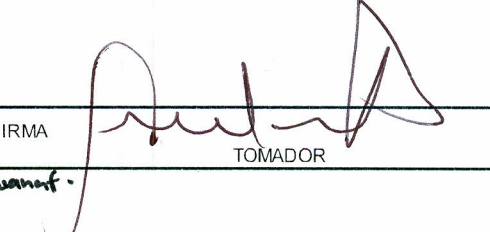
- Manejo de complicaciones propias de la Uremia
- Edema pulmonar
- Trastorno hidroelectrolítico, Hipocalcemia, Hiperkalemia, Hiper/hiponatremia, hipofosfatemia.
- Pericarditis Urémica
- Encefalopatía Urémica.
- Complicaciones derivadas de la implantación del catéter y/o fistula, Injerto Av.

3.2. HEMODIÁLISIS

- Síndrome convulsivo posterior a procedimiento
- Embolia Aérea
- Derrame pleural
- Angio Absceso de sitio de colocación de catéter central
- Sepsis
- Tunelización de catéter infección de orificio fistulas injertos
- Trombos en sitio de inserción de catéter
- Desequilibrio post diálisis

DIÁLISIS PERITONEAL

- Peritonitis química Infecciosa
- Infección de orificios
- Fallas en la ultra filtración Sobre hidratación
- Fugas del líquido peritoneal externa interno
- Pericarditis
- Derrame Pleural
- Y los demás riesgos particulares que el especialista considere.

FIRMA		FIRMA	
	Gerencia Técnica AUTORIZADA		TOMADOR

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 4

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

No incluye pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada que no tengan diagnóstico de Insuficiencia Renal.

4. MANEJO MEDICO QUIRURGICO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO

Garantiza la atención integral necesaria en cualquier nivel de pacientes clasificados como Gran Quemado, entendiéndose como tal al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2° y 3° grado en más de 20% de superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

La cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo también:

Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas.

Igualmente, están cubiertas las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación de estos casos.

DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH.

Para los menores de 18 años y los hijos de madres VIH positivas incluye las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.

Para los mayores de 18 años: Este amparo inicia con el cubrimiento económico del Western Blott, o la prueba confirmatoria avalada según lo establecido en la guía para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, siempre y cuando resulte positivo.

Cubre la atención integral necesaria en cualquier complejidad del portador asintomático del VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones, la cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel.

Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique su patología, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberá ser cubiertos por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base.

Incluye Programa de Prevención de la transmisión vertical del VIH según lo establecido en la guía para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.

Incluye el suministro de fórmula láctea para niños lactantes menores de doce (12) meses, hijos de mujeres VIH positivas según el criterio del médico o nutricionista tratante.

Incluye Asesoría Psicológica para todos los afiliados cubiertos bajo este amparo.

6. CASOS DE PACIENTES CON CÁNCER

La atención integral ambulatoria y hospitalaria con las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel necesarios para la confirmación diagnóstica y tratamiento, sin exclusiones en todos los estadios de la enfermedad del paciente con Cáncer que incluye además:

Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, así como los de complementación diagnóstica, y de control.

Cubre cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental utilizado para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer que se encuentren contempladas en la resolución 5592 del 24 de diciembre de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Hospitalización y manejo para las complicaciones secundarias a su patología de base. Teniendo en cuenta la integralidad en el manejo del paciente con cáncer, en este amparo se incluye el cubrimiento económico de los estudios ANATOMOPATOLOGICOS para la confirmación diagnóstica; siempre y cuando estos resulten positivos para malignidad, sean realizados de manera ambulatoria o durante una hospitalización, en aquellos casos que se confirmen, será cubierto el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica.

No se hará necesario la exigencia del reporte de patología, cuando la toma de la muestra implique riesgo para la vida del paciente o disminución de su calidad de vida, siempre y cuando se evidencie a través de la clínica del paciente y con cualquier otro medio diagnóstico la existencia del tumor. Lo anterior también se aplicara en el evento en que el paciente muera.

Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique cáncer, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberán ser cubiertos por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base.

Cubre la atención ambulatoria o con internación de la enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidad de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario.

FIRMA  Gerencia Técnica AUTORIZADA	FIRMA TOMADOR
--	------------------

312

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 5

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				

CONDICIONES PARTICULARES

necesario a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en la resolución 5592 de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Incluye 104 Kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada Kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

7. REEMPLAZOS ARTICULARES

Incluye los reemplazos articulares según lo contemplado en la resolución 5592 de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social en su anexo 2, incluyendo además:

Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los servicios hospitalarios y ambulatorios en el nivel que se requiera para la atención.

Las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación para los pacientes sometidos a reemplazo.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:

- En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

8. MANEJO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Se cubren las tecnologías en salud inherentes a la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación para pacientes críticamente enfermos de todas las edades así como las tecnologías y servicios de salud simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando correspondan a los grupos poblacionales, enfermedades, casos y eventos incluidos en el presente título, según criterio del médico tratante y los definidos en la resolución 5261 de 1994 en sus artículos 29 y 30.

Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos según los criterios definidos por la sociedad Colombiana de Neonatología.

Durante la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, las tecnologías, soluciones y diluyentes, medicamentos, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos son los contemplados en la resolución 4678 de 2015, Resolución 5592 de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el asegurado que cumpla los criterios de UCI definidos en la normatividad vigente y que sea necesario atenderlo en cuidado Intermedio debido a que no existe la posibilidad de la cama en UCI, en este caso se reconocerá el amparo como UCI a tarifas de Cuidado Intermedio.

Aclaración de la cobertura:

Comprenden equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica como electrocardiograma, Monitoria Cardioscópica y de Presión Arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, nebulizadores. Todo esto va incluido dentro de la tarifa que se reconoce como derechos de habitación en la Unidad de Cuidado Intensivo y no generaran ningún pago adicional por su utilización.

TRASPLANTE RENAL, CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, CORNEA Y COCLEAR.

Reemplazo con fines terapéuticos de médula ósea, renal, hígado, córnea e implante coclear de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o muerto. Debe ser realizado en un hospital o clínica de alta especialidad, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados. Incluye las tecnologías complementarias necesarias incluidas en la resolución 4678 de 2015, Resolución 5592 de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social y comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del Receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y la atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante y/o sus complicaciones inherentes al mismo.

• Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en la normatividad vigente. En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

• En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

FIRMA	Gerencia Técnica	FIRMA	TOMADOR
-------	------------------	-------	---------

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRET. 1473 DE 2014 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223/95 Y ACUERDO DISTRITAL 028/95) CODIGO ICA 6601 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) - F-CARATULA-STA /Rev 05-2015

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 6

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

10. TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO PARA TRAUMA MAYOR

Manejo de urgencias y tratamiento intrahospitalario médico y quirúrgico para el paciente que ha sufrido una lesión física, traumática o química que interesa a uno o más órganos o sistemas, poniendo en peligro inminente su vida. Tiene un índice de severidad mayor de 15, utilizando la tabla de Índice de Trauma Revisado (ITR) y requiere de manejo intrahospitalario.

Se incluye:

- Actividades, intervenciones y procedimientos para confirmación del diagnóstico inicial, atención de urgencias, hospitalización médica o quirúrgica.
- Tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, rehabilitación.
- Manejo de complicaciones directamente relacionadas con el trauma mayor.
- Control posterior hospitalario y ambulatorio.

PUNTAJE 1

REGIÓN EXTREMIDADES PIEL
TIPO DE TRAUMA HERIDA ABIERTA MENOR
CARDIOVASCULAR TAS >100 P <100
RESPIRATORIO DOLOR TORÁCICO FR 10-25
S.N.C. DESORIENTADO CONFUSO

PUNTAJE 3

REGIÓN SOLAMENTE ESPALDA
TIPO DE TRAUMA IMPACTO CERRADO ÚNICO QUEMADURA 2DO. GRADO
CARDIOVASCULAR TAS 80-100 P 100-140
RESPIRATORIO FR > DE 25 < O IGUAL A 35
S.N.C. RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL

PUNTAJE 5

REGIÓN SOLAMENTE TÓRAX
TIPO DE TRAUMA HERIDA ABIERTA MAYOR QUEMADURA TERCER GRADO ACP
CARDIOVASCULAR TAS <80 P >140
RESPIRATORIO FR >35 O DE 10 TIRAJES ASPIRACION
S.N.C. RESPONDE AL DOLOR

PUNTAJE 6

REGIÓN CABEZA ABDOMEN MÚLTIPLES
TIPO DE TRAUMA BALA PERDIGÓN
CARDIOVASCULAR NO PULSO
RESPIRATORIO APNEA
S.N.C. NO RESPONDE

SELECCIONE EL MAS ALTO EN CADA CATEGORÍA Y SUME PARA OBTENER EL PUNTAJE TOTAL

3 - 9 MENOR 10- 14 MODERADO 15 - 19 SEVERO 20 CRÍTICO

11. MANEJO QUIRURGICO DE MALFORMACIONES CONGENITAS

Incluye procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (Alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "Grupos Especiales" (Grupos 20-23 de la tarifa Decreto 2423 de 1996 o más de 140 UVR de la tarifa ISS).

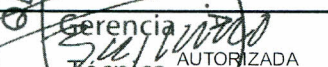
Se incluyen las tecnologías en salud (actividades, intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.

12. TRANSPORTE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ALTO COSTO

En todos los amparos se cubre el traslado interinstitucional acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a diferentes niveles de atención.

Para el caso del amparo de Unidad de Cuidado Intensivo, se cubrirá el transporte si durante el mismo tiene criterios clínicos de U.C.I. y siempre y cuando el medio de transporte cumpla con los requisitos de cuidado intensivo, o se le preste soporte monitoreo intensivo.

LAS ENFERMEDADES AMPARADAS

FIRMA		FIRMA	TOMADOR
-------	---	-------	---------

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 7

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				

CONDICIONES PARTICULARES

Actualmente en tratamiento, son cubiertas por el seguro objeto de la presente Invitación Privada

PREEXISTENCIAS

Quedaran cubiertas bajo esta póliza todas aquellas reclamaciones que correspondan a enfermedades de Alto Costo preexistentes, es decir todas aquellas que actualmente están en tratamiento o que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de iniciación de la póliza.

PERIODOS DE CARENIA

Es decir que las personas con diagnostico positivo de las patologías, que se vienen manejando serán amparadas desde el momento en que inicie la póliza.

EL AMPARO AUTOMÁTICO DE LOS ASEGURADOS

Debe ser automático a partir del momento en que la persona se encuentre a cargo de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.

AUDITORÍA CONCURRENTE

La auditoría concurrente consiste en evaluar el procedimiento en el mismo momento en que se está llevando a cabo, basados en la cobertura en pro de garantizar al usuario la calidad de la atención y la racionalización de los costos.

La aseguradora realizará visitas de Auditoría concurrente, a través de su equipo de auditores, la cual se llevará a cabo a la atención de los pacientes que se encuentren hospitalizados en la red de prestadores de servicios de salud que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC tenga contratada; siempre y cuando lo consideren necesario o donde las condiciones particulares de la póliza lo ameriten, para que se realice las respectivas reservas técnicas para cada evento y además con el ánimo de optimizar recursos y manejar la siniestralidad en el sentido que sea favorable entre las partes.

Para los casos de auditoría concurrente, el Auditor de la aseguradora realizará la visita de campo, identificará si los casos auditados hacen parte o no de la cobertura y realizará la evaluación de la calidad de la atención en el mismo momento en que se está llevando a cabo la prestación del servicio; lo anterior, basados en los alcances y limitaciones de la póliza.

La aseguradora enviará el concepto de todas las auditorías realizadas mediante medio magnético vía Correo Electrónico o Correo Físico a la Gerencia de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, al interventor y al corredor de seguros, durante los cinco días calendario siguientes a la realización de la visita, anexando el resultado de la auditoría. El concepto de auditoría emitido por la aseguradora podrá ser acogido o no por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

De igual manera, se deberá clasificar el caso auditado así:

1. Evento de Enfermedad de Alto Costo

Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a la cobertura de la Póliza.

2. Evento de Enfermedad General

Se clasificara así cuando el evento corresponde en su totalidad a una patología no objeto de Cobertura de la Póliza.

3. Evento Mixto

Se clasificara así cuando el evento tiene cobertura de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo y además tiene servicios que corresponden a Enfermedad General no objeto de cobertura de la póliza.

4. Evento no clasificable

Se clasificaran así a las atenciones que por su particularidad, no definición del diagnóstico u otro motivo al momento de la concurrencia no es viable su clasificación.

Caso en el cual el auditor concurrente debe justificar por qué no fue posible la misma.

DOCUMENTOS ÚNICOS REQUERIDOS PARA LA INDEMNIZACIÓN DE LOS RECLAMOS:

Los documentos únicos que la UNIVERSIDAD-UNISALUD UPTC presentará para la respectiva indemnización de los reclamos serán los siguientes:

1. Formulario de aviso (definido por la universidad)
2. Factura de la IPS en original, copia al carbón o copia autenticada, que cumpla con los requisitos DIAN.
3. En caso de no poder anexar original o copia al carbón de facturas individuales o múltiples se aceptará la autenticación por autoridad competente.
4. Formato de solicitud de indemnización de La Compañía (definido por la UPTC).
5. Epicrisis o resumen de historia clínica o soportes del médico tratante.
6. Para el VIH o Cáncer, sino es posible tener reporte de prueba confirmatoria se podrá certificar con otro soporte de la historia clínica, o soportes sustitutos acordes con la ciencia médica.

FIRMA	FIRMA	TOMADOR
-------	-------	---------

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 8

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

En concordancia con lo estipulado por el Decreto 4747 de 2007, y lo dispuesto en el artículo 25 del decreto ley 19/12 la Compañía no solicitará copia de la cédula de ciudadanía, ni del carnet de afiliación, ya que la UNIVERSIDAD-UNISALUD UPTC enviará mensualmente la base de datos de usuarios. En caso que existan dudas sobre el estado de afiliación de un asegurado, la aseguradora aceptará el certificado de afiliación expedido por UNIVERSIDAD UPTC, según sea el caso.

AUDITORÍA DE SINIESTROS

Evalúa desde la admisión todos los procedimientos, medicamentos, insumos, soportes y facturas, de manera que se asegure que cumplan con los criterios de utilización pertinentes y autorizados y así mismo se ajusten a la ley, los convenios, cobertura de póliza y tarifas preestablecidas (Evaluación Concurrente y Retrospectiva).

Esta evaluación de las cuentas constituye la herramienta más importante dentro de la auditoría retrospectiva, y permitirá determinar el pago real de la cuenta sin detrimento de lo autorizado y realizado al paciente.

Así mismo, una vez realizada la auditoría retrospectiva, La Compañía podrá conocer el monto real a pagar y por lo tanto dentro de los términos de aseguramiento, podrá establecer un ajuste a su reserva.

La Compañía aseguradora pondrá a disposición de la UNIVERSIDAD el grupo necesario conformado por profesionales Médicos Especializados en Auditoría Médica, con experiencia mínima de (3) tres años en auditoría de enfermedades de Alto Costo o de no cumplirse el requisito del título de especialización, La Compañía podrá presentar Profesional (es) Médico (s) con título de postgrado en la modalidad de diplomado en auditoría en salud, con experiencia mínima de (5) cinco años en auditoría enfermedades de Alto Costo, dicha experiencia se acreditará a partir de la fecha de otorgado el título, para que realice auditoría de cuentas.

Es de anotar que ese perfil profesional del auditor médico debe mantenerse durante toda la vigencia de la presente póliza y sus posibles prórrogas.

La Compañía Aseguradora a través de sus auditores, auditará las cuentas CON CRITERIO MÉDICO OBJETIVO, TENIENDO EN CUENTA LAS COBERTURAS CONTRATADAS, así como los criterios establecidos de inclusión para la presente póliza y los acuerdos a que se llegase con posterioridad.

TARIFA PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

La Compañía indemnizará al asegurado los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas convenidas por UNISALUD - UPTC con su Red de IPS, para lo cual el tomador presentará una relación de dichos convenios a la aseguradora.

En caso de dudas sobre las tarifas para la liquidación de siniestros, la aseguradora aceptará como válida la certificación de la tarifa vigente expedida por la IPS respectiva o en su defecto por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC.

REPORTE DE PAGOS, GLOSAS, OBJECIONES

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL TRÁMITE DE PAGOS, GLOSAS Y OBJECIONES

La Compañía aseguradora una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros formulará y entregará a la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" según la estructura establecida, si la Aseguradora no ha radicado respuesta en la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC en el plazo establecido se dará por aceptado el siniestro por parte de la Aseguradora.

Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. Es decir que todos los siniestros deberán ser objeto de auditoría, sin que se incurra en la generación de reglosas.

Además una vez terminado el proceso de liquidación de siniestros o respuestas de glosa por parte de La Compañía esta enviara el resultado de la liquidación en un informe individual por cada siniestro y el "INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES" en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES

CAMPO DESCRIPCIÓN TIPO DE CAMPO LONGITUD

NIT IPS Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago, Incluido digito de control (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302). Char 15

No de Factura Corresponde al número de Factura del siniestro. Importante un NIT y una factura se puede repetir muchas veces y corresponden a la misma reclamación. Char 12

Id Reclamación Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA e identificado como Id. Numeric 18

Código Operación 1=Reporte Primera Vez de Pagos, Glosas y Objeciones, 2=Reporte Respuesta Glosa Parcial, umeric 2

FIRMA  Gerencia Técnica AUTORIZADA	FIRMA TOMADOR
--	------------------

34

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 9

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				

CONDICIONES PARTICULARES

Consecutivo Corresponde al consecutivo del reporte de La Compañía Numeric 10

No de Siniestro Corresponde al número asignado a cada reclamación por la Compañía. Char 50

No de Póliza Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro Char 50

No documento Identidad Corresponde al número de identificación afiliado o beneficiario. Char 15

Apellidos Corresponde a los apellidos del afiliado o beneficiario que recibió la atención Char 200

Nombre Corresponde a los nombres del afiliado o beneficiario que recibió la atención Char 200

Fecha de Siniestro Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD Date 10

Fecha del Aviso Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD. Date 10

Patología Corresponde a la patología de la cobertura y debe corresponder con la patología de la reclamación, según la tabla establecida por la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Char 200

Clasificación Procedimiento Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos establecida por la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Date 25

Código CIE10 Corresponde al Código CIE10. (Código de la tabla CIE10 Eje: C210, Z975, M968) específico. Numeric 5

Valor Reclamado Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial Money

Deducible Corresponde al valor del deducible aplicado. Money

Valor de glosa o de objeción Corresponde al valor de la glosa o de la objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación. Una factura puede tener muchas glosas y cada glosa debe tener su número propio de identificación (IdGlosaAseguradora). Cada glosa se debe reportar en un registro. Money

Total a Pagar Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado por la IPS (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica - Retefuente. Money

Id Glosa Aseguradora Cada glosa debe venir identificada con un número único por factura glosada. El cual debe ser enviado cada vez que se reporte una actividad sobre esta glosa. Este campo lo debe asignar La Compañía. (El consecutivo debe ser por reclamación, es decir por cada reclamación debe empezar en 1). Numeric 3

Clasificación de la Glosa Corresponde a la clasificación de la glosa. Una glosa puede contener muchas clasificaciones separadas por coma. De acuerdo al Manual Único de Glosas Char 200

Motivo de la glosa Corresponde a la descripción del Motivo de la glosa. Cada uno de los motivos debe estar separado por asterisco (*). Char 2000

La variable Clasificación de Procedimiento se reportará así:

Clasificación del Procedimiento

Atención Integral de Urgencias

Consulta Ambulatoria por Medicina General

Consulta Ambulatoria por Especialista

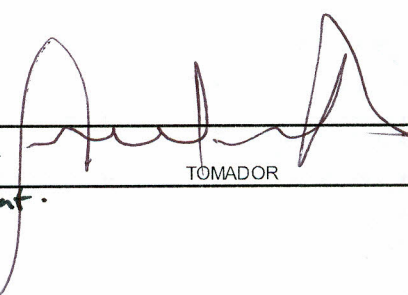
Atención Hospitalaria

Procedimiento Quirúrgico

Exámenes Paraclínicos

Servicio de Ambulancia

Suministro de Medicamentos

FIRMA		FIRMA	
	Gerencia Técnica AUTORIZADA		TOMADOR

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMUN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223 DE 1995 Y ACUERDO DISTRITAL 028 DE 1995) CODIGO ICA 6801 - 6802

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F-CARATULA-STA (Rev 09-2015)

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 10

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

Prótesis e Insumos

INFORME DE PAGOS

Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes se entregará el reporte definitivo de los siniestros pagados en el mes inmediatamente anterior en un informe en Excel en medio magnético con las siguientes variables:

CAMPO DESCRIPCIÓN TIPO DE CAMPO LONGITUD

NIT IPS Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago. (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302). Char 15

No de Factura Corresponde al número de Factura del siniestro Char 12

Id Reclamación Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA e identificado como Id. Numeric 18

Consecutivo Corresponde al consecutivo del reporte

No de Siniestro Corresponde al número asignado a cada reclamación por la Compañía, es único e irrepetible Char 50

No de Póliza Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro Char 50

Cédula Corresponde al número de identificación del afiliado o beneficiario. Char 15

Nombre del afiliado o beneficiario Corresponde al nombre del afiliado o beneficiario que recibió los servicios. Char 300

Fecha de Siniestro Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMDD Date 10

Fecha del Aviso Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMDD. Date 10

Fecha de Pago Corresponde a la fecha de pago de la Compañía. En formato = AAAAMDD . Date 10

Fecha Forma Corresponde a la fecha de formalización del siniestro. En formato = AAAAMDD Date 10

Patología/ amparo Corresponde a la Patología de Alto Costo Cubierta por la cual se realiza la indemnización. (Se toma la descripción de la tabla de patologías establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC - de la Universidad Nacional de Colombia Char 200

Clasificación Procedimiento Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos. Establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC - de la Universidad Nacional de Colombia Char 200

Valor Reclamado Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial Money

Deducible Corresponde al valor del deducible aplicado. Money

Valor de glosa o de objeción Corresponde al valor de la glosa o de objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación Money

Id Glosa Aseg Id de la glosa cuando se trata de un pago sobre una glosa previamente aplicada y si no debe venir en cero el campo. Numeric 3

Descuento por pronto pago Corresponde al valor descontado en cada factura según el acuerdo comercial de la aseguradora con cada IPS Money

Retefuente Corresponde a la Retefuente. Money

Reteica Corresponde a los valores descontados por impuestos Money

Total a Pagar Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica - Retefuente Money

No de comprobante de egreso Número de comprobante de egreso con que se realiza el pago Char 15

Notas crédito y débito Valor de ajuste crédito o débito según el signo que tenga. Money

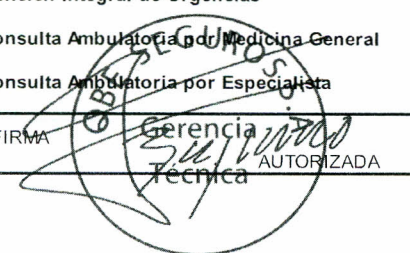
La variable Clasificación de Procedimiento se reportará así:

Clasificación del Procedimiento

Atención Integral de Urgencias

Consulta Ambulatoria por Medicina General

Consulta Ambulatoria por Especialista

FIRMA		FIRMA	TOMADOR
-------	---	-------	---------

315

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 11

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

Atención Hospitalaria

Procedimiento Quirúrgico

Exámenes Paraclínicos

Servicio de Ambulancia

Suministro de Medicamentos

Prótesis e Insumos

PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En los casos en que la glosa sea contestada y ratificada por la Compañía aseguradora y dicho concepto no es aceptado por el tomador de la póliza, se acordarán reuniones de conciliación de glosa de manera periódica, en las oficinas de la Compañía aseguradora o en UNISALUD; en dichas reuniones se levantarán actas y se definirá el estado final de las glosas, de acuerdo a los parámetros establecidos en la póliza.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo después de la conciliación entre las partes, con el ánimo de dirimir el desacuerdo, en primer lugar se realizará una auditoría de pares de la especialidad según la cobertura, los cuales serán escogidos por las partes, quienes definirán el pagador del servicio y las partes acogerán dicha decisión. Los honorarios derivados por dicha auditoría serán a cargo de la Compañía aseguradora.

GENERACIÓN Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE SINIESTRALIDAD:

La Compañía aseguradora elaborará y entregará a la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD-UPTC) dentro de los diez (10) primeros días de cada mes además del informe de glosas y objeciones y el de pagos, las estadísticas de la siniestralidad presentada por la póliza expedida, la cual debe contener la siguiente información:

Número de factura, número del Siniestro, fecha de aviso a La Compañía, nombre de la persona afectada, documento de identificación, sexo, edad, fecha del siniestro (fecha de atención), nombre de la sede, IPS que prestó el servicio, código CIE 10, descripción del diagnóstico CIE 10, amparo afectado, CODIGO CUPS; descripción del procedimiento CUPS, valor reclamado, valor glosado, valor indemnizado, número de comprobante de egreso, fecha de pago y cuenta de consignación, causa de glosa.

Todo lo anterior acompañado con los soportes en archivo magnético en formato tif y en físico, correspondientes por cada siniestro, liquidación de la factura, informe de auditoría, comprobante de egreso y de pago.

Adicionalmente al anterior informe debe contener:

- Análisis económico del comportamiento de la póliza el cual debe contener: Frecuencia y monto consolidado por amparo, frecuencias y costos por I.P.S., monto de glosas y valores objetados.
- Análisis de las tasas generales y específicas de eventos de Alto Costo y análisis de frecuencias simples y tendencias.
- Listado de siniestros que se encuentran detenidos por falta de soportes.
- Listado de siniestros objetados donde se especifique la causa de la objeción.

CONDICIONES PARTICULARES

1. INTERÉS.

Cubre la cartera de UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA con relación a los EVENTOS cubiertos por la póliza demandados por un mismo paciente respecto a una misma patología en cumplimiento del Plan de Beneficios de la Universidad.

2. PRESCRIPCIÓN.

Período de prescripción según lo establecido por la legislación colombiana, artículo 1081 del Código de Comercio.

Adicionalmente, la Compañía aseguradora deberá efectuar a la UNIVERSIDAD UNISALUD UPTC, una vez comunicada la ocurrencia de los siniestros, como mínimo dos (2) requerimientos relacionados con el cumplimiento de la totalidad de los requisitos necesarios para hacer efectivo el pago de la indemnización, el último de los cuales deberá hacerse dentro de los cuatro (4) meses anteriores a la fecha estimada de prescripción de las acciones.

3. PREEXISTENCIAS.

Se incluye el tratamiento de enfermedades pre-existentes sujeto a lo establecido en el Plan de Beneficios de la UNIVERSIDAD - UNISALUD.

FIRMA	Gerencia Técnica	FIRMA	TOMADOR
-------	------------------	-------	---------

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 12

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

4. MEDICAMENTOS.

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en la resolución 5926 de 2014 y su anexo y los no cubiertos siempre, cuando se requieran para el manejo de las patologías cubiertas por la Póliza.

Incluye además las tecnologías, soluciones y diluyentes, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos en la resolución 5592 de 2015 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC así lo requiera, podrá solicitar a la compañía de seguros el suministro y pago directo de los medicamentos, a los afiliados que se encuentren en tratamiento para patologías de Alto Costo cubiertas por la Póliza.

Para lo cual la aseguradora, dispondrá de un esquema de suministro de medicamentos, el cual será avalado y aprobado por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC, para lo cual el proponente deberá describir la metodología para el suministro de los mismos, a precio preferencial para la UNIVERSIDAD- UNISALUD UPTC.

5. DEFINICIÓN DE EVENTO.

Se define como evento los múltiples gastos que ocasiona un paciente, por el tratamiento o atención que tenga que recibir debido a una misma patología o a otra diferente como consecuencia de la anterior.

6. COBERTURA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

La Compañía reconocerá los gastos incurridos por la continuidad del tratamiento de las enfermedades de Alto Costo, que actualmente se encuentran en curso de atención por parte de la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC - a partir del inicio de la vigencia de la póliza, sin aplicar restricciones.

7. AMPARO AUTOMÁTICO DE ASEGURADOS A PARTIR DE LA VINCULACION A LA UNIVERSIDAD

La póliza cubrirá automáticamente la inclusión de nuevos afiliados a partir de la vinculación al servicio médico de la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

8. CLAUSULAS EN ANEXO:

En la póliza se incluirán como un anexo las siguientes cláusulas, sin perjuicio de las que sean obligatorias, en cumplimiento a lo establecido en la ley, en el Código de Comercio y demás normas concordantes y de las que se ofrezcan en la presente invitación.

9. MODIFICACION DE LA POLIZA:

De conformidad con el artículo 1071 del Código de Comercio, la Entidad tendrá el derecho de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en cualquier momento de su ejecución.

En el momento que se modifiquen las normas de referencia tanto para planes de beneficios como para medicamentos y estas afecten a las partes, se renegociarán las condiciones, tanto como en uno como en otro sentido, de mutuo acuerdo.

Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza.

10. NUMERO DE DIAS HABILES DENTRO DE LOS CUALES SE EFECTUARA EL PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía de Seguros efectuará el pago dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Corresponde al 3% de la participación en la cofinanciación de los programas Fomento y Prevención de la UNIVERSIDAD, para el periodo de vigencia de la póliza el cual se aplica sobre el valor de las primas adjudicadas.

CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO- EFECTIVIDAD

Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén descritas en la resolución 5592 del 2015 o las normas que la modifiquen o deroguen, se cubrirán si se demuestra ante la Aseguradora, que es costo-efectivo, mediante los mecanismos que establezca la aseguradora, en términos de: calidad, disminución de costos, disminución de estancia, mayor efectividad en los

FIRMA  Gerencia Técnica AUTORIZADA	FIRMA TOMADOR
--	------------------

316

POLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

PAG. 13

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LÍDER	No. ANEXO LÍDER	No. CERTIFICADO LÍDER
000706351366	0				
CONDICIONES PARTICULARES					

resultados esperados.

GIRO DE LAS INDEMNIZACIONES "NO SUJETO A PAGO PREVIO A LAS IPS"

La Aseguradora girará los recursos objeto de la presente cobertura, con la presentación de las facturas que le presenten las IPS, como demostración de la "cuantía de pérdida", reflejando así los costos en que han incurrido UNISALUD, con ocasión de la atención de pacientes afiliados a su servicio médico, que padecen Enfermedades de Alto Costo cubiertas por esta póliza.

NO APLICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Dado que el régimen de UNISALUD es especial, el proponente NO EXCLUIRA DE LA COBERTURA patologías o procedimientos derivados de dichos riesgos, sean calificados o no.

APLICACIÓN A PRORRATA DEL DEDUCIBLE PACTADO POR CANCELACION DE LA PÓLIZA ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA ACORDADA POR CUALQUIER CAUSA

Para aquellos casos en donde cese la cobertura de la póliza por cualquier causa, en forma automática el deducible primario operará proporcionalmente a las doceavas en que estuvo vigente la póliza.

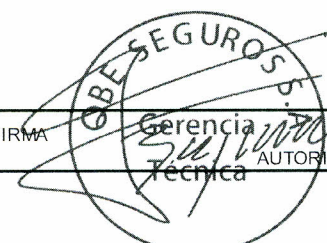
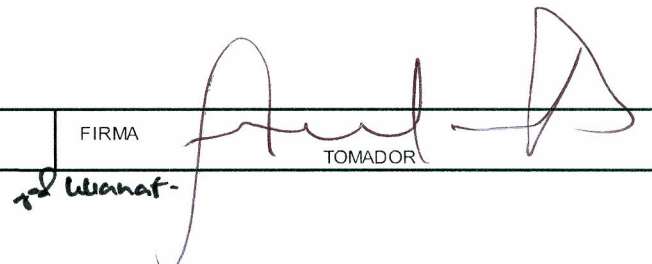
PROGRAMACIÓN DE PAGOS	
FECHA DE PAGO	VALOR PRIMA

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - RÉGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223.95 Y ACUERDO DISTRITAL 028.95) CODIGO ICA 6601 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F-CARATULA-STA / Rev. 05-2015

FIRMA		FIRMA	
	Gerencia Técnica AUTORIZADA		TOMADOR