

Anexo técnico

CLAUSULADO DEL CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y ASEGURAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PRIMERA.- PARTES DEL CONTRATO.- Para todos los efectos que se puedan derivar del presente contrato, la entidad territorial se denominará **EL CONTRATANTE** y la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S, habilitada y autorizada para operar en la región conforme al Decreto 515 de 2004 y el Acuerdo 415 de 2009, se denominará **EL CONTRATISTA**.

SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: El contratante se compromete, además de cumplir con las funciones y responsabilidades legales para la operación del régimen subsidiado, a las siguientes obligaciones derivadas del presente contrato: **1)** Velar por el cumplimiento de la función indelegable del aseguramiento en salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado activos en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. **2)** Entregar a **EL CONTRATISTA** el archivo de afiliados al régimen subsidiado que hace parte del presente contrato con la información depurada y actualizada, de acuerdo con la normatividad vigente. **3)** Cumplir con todas las obligaciones respecto de la BDUA de acuerdo con la normatividad vigente. **4)** Manejar los recursos del Régimen Subsidiado en la Cuenta Maestra de conformidad con la Ley y demás normas que regulen la materia. **5)** No realizar Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos de la entidad territorial en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, en estricta sujeción con las normas vigentes en la materia. **6)** Velar porque los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado no sean objeto de embargo, pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, en concordancia con la normatividad vigente. **7)** Pagar la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado - UPC-S correspondiente a los afiliados contratados y activos en la BDUA, desde la fecha de afiliación, con independencia de la fecha de su cargue efectivo en la BDUA, de acuerdo con lo establecido en la cláusula séptima del presente contrato, y los resultados de los ajustes que se realicen en las conciliaciones de afiliados y de recursos. **8)** Evitar el múltiple pago de UPC-S por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de UPC-S dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal forma que no se reconozcan UPC-S de personas que estén afiliadas o compensados al Régimen Contributivo, afiliadas a los regímenes excepcionados, afiliadas a otra EPS-S o tengan capacidad de pago, de acuerdo con la normatividad vigente. **9)** Exigir a **EL CONTRATISTA**, la copia de los contratos de prestación de servicios de salud que garantiza la red de servicios de salud habilitada, de acuerdo con lo establecido en la cláusula cuarta. **10)** Respetar la libertad que tiene **EL CONTRATISTA** para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, de acuerdo a la normatividad vigente. **11)** Abstenerse de imponer cláusulas gravosas para la selección de prestadores por parte de **EL CONTRATISTA**. **12)** Requerir mensualmente a **EL CONTRATISTA**, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores y un informe sobre el estado de pagos de los mecanismos utilizados para el aseguramiento del Alto Costo, según la normatividad vigente. **13)** Asignar los afiliados a **EL CONTRATISTA** en proporción al núcleo familiar que tenga cada EPS-S en la entidad territorial, para los casos de retiro voluntario, revocatoria de la autorización o de la habilitación para operar el Régimen Subsidiado, disolución y liquidación de la EPS-S, terminación unilateral de los contratos de aseguramiento, declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento, nulidad de los contratos de aseguramiento, no suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y sus modificaciones. **14)** Tomar las medidas necesarias a efectos de garantizar la prestación de los servicios de salud, en los casos en los que la entidad territorial esté adelantando prueba piloto de unificación de los Planes Obligatorios de Salud -POS, la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda incluida en el SISBEN se incluirá en el régimen subsidiado. **15)** Requerir mensualmente a **EL CONTRATISTA**, la acreditación del pago de los aportes de sus empleados y contratistas a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar



Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con la normatividad vigente. 16) Adelantar los procedimientos administrativos o judiciales ante las instancias correspondientes, en el evento de determinarse el incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **EL CONTRATISTA**. 17) Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial los que se deriven del cumplimiento de la interventoría de este contrato. 18) Velar por la ejecución y cumplimiento del contrato de aseguramiento del Régimen Subsidiado a partir de la suscripción y registro presupuestal de este contrato. 19) Las demás obligaciones contractuales y legales que correspondan.

TERCERA.- OBLIGACIONES DE LA EPS - S.- EL CONTRATISTA se obliga para con **EL CONTRATANTE** a cumplir con el objeto del presente contrato, a partir del 1 de junio de 2010, y en particular con las siguientes obligaciones: 1) Administrar el riesgo financiero. 2) Gestionar el riesgo en salud. 3) Articular los servicios que garanticen el acceso efectivo y la complementariedad entre los planes de salud y los servicios no POS, a través de mecanismos tales como el sistema de referencia y contrarreferencia y convenios con las entidades territoriales. 4) Garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud. 5) Representar al afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. 6) Asumir el riesgo transferido por el usuario, evitando en todo caso la discriminación de personas con alto riesgo o enfermedad catastróficas. 7) Cumplir con las obligaciones establecidas en los POS vigentes al momento de la prestación de servicios, desde la fecha de afiliación, con independencia de la fecha de su cargue efectivo en la BDUA. 8) Promover la afiliación de la población no asegurada. 9) Afiliar la población elegible del régimen subsidiado, de acuerdo con la normatividad vigente. 10) Cumplir con todas las obligaciones respecto de la BDUA de acuerdo con la normatividad vigente. 11) Disponer y mantener un sistema de información que permita contar con la información necesaria sobre las características socio-económicas, el estado de salud de los afiliados y el perfil de uso y costos de los servicios, de acuerdo con la normatividad vigente. 12) Entregar la base de datos de los afiliados a la red prestadora de servicios, a la suscripción del presente contrato y actualizarla como mínimo mensualmente. 13) Entregar a **EL CONTRATANTE**, la programación y la ejecución de las metas de salud pública, de acuerdo con la normatividad vigente. 14) Organizar la red prestadora de servicios para la atención de los afiliados según los POS vigentes, de acuerdo con lo establecido en la cláusula cuarta del presente contrato. 15) Adelantar todas las acciones necesarias que permitan el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado, de acuerdo con la normatividad vigente. 16) Reportar a través de los mecanismos establecidos para el efecto los datos de los beneficiarios de los pagos que la entidad territorial hará por su cuenta. 17) Entregar a los usuarios la Carta con los derechos de los afiliados y de los pacientes y la Carta de desempeño de las EPS-S, según la normatividad vigente. 18) Facilitar los mecanismos de participación social de acuerdo con la normatividad vigente. 19) Establecer los mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores, de acuerdo con la normatividad vigente. 20) Informar su intención de retiro a la Superintendencia Nacional de Salud y a **EL CONTRATANTE** con por lo menos cuatro (4) meses de anticipación a la finalización del periodo contractual, en este caso deberá garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados, de acuerdo con lo contemplado en la normatividad vigente. 21) Garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de sus afiliados, a través de la suscripción los contratos que correspondan. 22) Acreditar el pago de los aportes de sus empleados y contratistas a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante el lapso del presente contrato de conformidad con el la normatividad vigente. 23) Atender los requerimientos que le presente el público en general y en especial los que se deriven del cumplimiento de la interventoría de este contrato. 24) Las demás obligaciones contractuales y legales que correspondan.

CUARTA.- MONTOS MÍNIMOS DE CONTRATACIÓN CON LA RED PÚBLICA.- EL CONTRATISTA deberá contratar los servicios contenidos en los POS vigentes, con la red hospitalaria pública de la zona de operación regional, en la cual se encuentra autorizado para operar el régimen subsidiado, siempre y cuando la región cuente con la oferta pública que le permita prestar los servicios a financiar con los porcentajes establecidos en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO 1.-** Lo dispuesto en la presente cláusula no aplicará: 1) Cuando en la

zona de operación regional no se disponga de oferta de servicios suficiente, en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; 2) Cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios; o 3) Cuando por razones geográficas, con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios, deba utilizarse la red prestadora ubicada en otra zona de operación regional por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este párrafo **EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA** deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos, y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes. **PARÁGRAFO 2.-** Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando, por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo, para completar el periodo anual de contratación. **PARÁGRAFO 3.-** Los montos mínimos de contratación con la red pública se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S, efectivamente recibida por **EL CONTRATISTA**, de acuerdo con la normatividad vigente.

QUINTA. - CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Los contratos por capitación que celebre **EL CONTRATISTA** con los prestadores de servicios de salud, no lo relevarán de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme a las normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el prestador de servicios de salud y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros. Se considerará práctica insegura, la contratación que realice **EL CONTRATISTA** con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios, por lo que, **EL CONTRATISTA**, será solidariamente responsable de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto. **PARÁGRAFO 1.-** Cuando **EL CONTRATISTA** realice contratos de capitación deberá requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, **EL CONTRATISTA** deberá contar la con la información antes mencionada, en la misma oportunidad con la que procesa su información. **EL CONTRATISTA** se abstendrá de celebrar o renovar contratos con los prestadores de servicios de salud que no cumplan lo previsto en materia de información. **PARÁGRAFO 2.- EL CONTRATISTA**, no podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de complejidad con un mismo prestador de servicios de salud. **PARÁGRAFO 3.- EL CONTRATISTA** acepta que se pague directamente a los prestadores de servicios de salud contratados por capitación hasta por el valor que reporte en la declaración correspondiente.

SEXTA- DURACION. La duración del presente contrato será de 1 año, desde el 1 de junio de 2010 hasta el 31 de mayo de 2011.

SÉPTIMA. -VALOR DEL CONTRATO. El valor del presente Contrato corresponde al resultado obtenido de multiplicar el valor de la UPC-S por el número de afiliados activos y cargados en la BDUA en la fecha de corte definida para el cálculo del giro, por los meses totales del contrato. El valor de la UPC-S será el vigente al momento de la celebración del contrato o el que determine durante su ejecución la Comisión de Regulación en Salud - CRES.

OCTAVA.- FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** pagará a **EL CONTRATISTA**, las UPC-S correspondientes a sus afiliados, en forma anticipada por bimestres y dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre. El cálculo de las UPC-S a pagar, se realizará teniendo en cuenta los afiliados activos en la BDUA actualizada, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes, que realizará el operador de información cuando a ello haya lugar, aplicando el 100% de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado. El primer pago deberá corresponder al valor proporcional de

las UPC-S resultantes, de los afiliados reportados en la BDUA y los pagos posteriores tendrán en cuenta las novedades o ajustes que afecten la sumatoria total del valor de las UPC-S resultantes inicialmente, para lo cual se harán los ajustes o cruces de cuentas y de afiliados necesarios, para determinar lo efectivamente adeudado a **EL CONTRATISTA** en relación, con el valor de las UPC-S; estos ajustes, deberán reflejarse en el archivo de la declaración de giro y aceptación de saldos y en el valor a pagar en el periodo inmediatamente siguiente. **PARÁGRAFO 1-** El pago de los recursos del presente contrato, no queda sujeto a la presencia de las distintas fuentes de financiación, sino exclusivamente a la disponibilidad de recursos con destino al régimen subsidiado en la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado. **PARÁGRAFO 2-** En los términos del Artículo 5 de la Ley 383 de 1997 los recursos de las UPC-S resultantes, no podrán ser objeto de retención en la fuente de ningún orden. **PARÁGRAFO 3-** Las EPS-S informarán a la entidad territorial los valores que, por su cuenta, se deben girar a sus beneficiarios, así como los datos correspondientes a las cuentas bancarias y números de identificación tributaria de dichos beneficiarios, en lo cual las partes a través de la suscripción del presente contrato, manifiestan su conformidad por lo cual el giro de las UPC-S se hará en parte a las EPS-S y en parte a los citados proveedores por cuenta de la EPS-S. **PARÁGRAFO 4-** En el evento en el que se usen los servicios del operador de información estos serán pagados con los recursos dispuestos para los gastos administrativos previstos para el régimen subsidiado.

NOVENA.- PAGOS A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS.- EL CONTRATISTA deberá cancelar los recursos a los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores dentro de los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios, con los términos para la oportunidad en el pago y según la modalidad de los contratos celebrados. Estos plazos, en todo caso, deben sujetarse a los establecidos en las normas que reglamentan las condiciones para el pago a los Prestadores de Servicios de Salud por parte de las EPS - S y garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado. **PARÁGRAFO 1.-** Para garantizar el cumplimiento de esta obligación **EL CONTRATISTA** reportará los datos correspondientes y los valores que deben ser pagados por su cuenta a estos proveedores. **PARÁGRAFO 2.-** En todo caso, una vez girados los recursos correspondientes a la UPC-S por parte de **EL CONTRATANTE**, **EL CONTRATISTA** deberá priorizar el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud, diferentes a los señalados en el parágrafo anterior, que atienden a la población por la cual se recibe el recurso. **PARÁGRAFO 3.- EL CONTRATISTA** que no gire los recursos en los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios a los Prestadores de Servicios de Salud, deberá reconocer a éstos, intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, de acuerdo con lo definido en el Decreto-ley 1281 de 2002, el parágrafo del artículo 33 del Decreto 050 de 2003 y demás normatividad vigente. Estos intereses, deberán pagarse con cargo a los recursos propios o con recursos diferentes a los destinados a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar.

DECIMA.- PAGO A LA CUENTA DE ALTO COSTO. EL CONTRATISTA dispersará los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por la autoridad competente como de alto costo, según las disposiciones vigentes. La Cuenta de Alto Costo será beneficiaria de los giros que se efectúen de la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado, valor que cuando corresponda, se incluirá en la Declaración de Giro y Aceptación de Saldos y Declaración de Beneficiarios.

DECIMA PRIMERA.- EFECTOS DE LA MORA DEL CONTRATISTA FRENTE A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS. En aquellos eventos en que **EL CONTRATISTA** incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red prestadora de servicios de salud respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC-S resultantes de su población afiliada, **EL CONTRATANTE** podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con **EL CONTRATISTA**, en el siguiente periodo de contratación, siempre que se garantice el debido proceso, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y demás normatividad vigente. En este caso, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación.

DECIMA SEGUNDA. - GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE EL CONTRATISTA: Los gastos de administración de **EL CONTRATISTA** son los establecidos en el Acuerdo 415 de 2009, los cuales están incluidos en la UPC - S respectiva. Con cargo a estos recursos se pagará los servicios prestados por los operadores de información a la entidad territorial, al valor establecido por el Ministerio de la Protección Social, cuando estos servicios sean utilizados.

DECIMA TERCERA.- COBRO DE COPAGOS. Los valores correspondientes a los copagos fijados por la autoridad competente, serán cobrados en forma obligatoria por **EL CONTRATISTA** de acuerdo a lo previsto en la legislación vigente.

DECIMA CUARTA.- OPERACIONES CON ENTIDADES SUBORDINADAS. EL CONTRATISTA, deberá abstenerse de realizar operaciones que constituyan una desviación de recursos de la seguridad social, como sería celebrar contratos en condiciones de pérdida para **EL CONTRATISTA** con una entidad subordinada o la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a **EL CONTRATISTA** a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo, entre otros.

DECIMA QUINTA. PRACTICAS NO AUTORIZADAS. EL CONTRATISTA no podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional. Así mismo, se encuentra prohibido a **EL CONTRATISTA** las actuaciones que impliquen restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados, y cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de **EL CONTRATISTA** o concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada, según lo establecido por el artículo 15 del Decreto 515 de 2004 y demás normas vigentes.

Como parte de las prácticas no autorizadas están incluidas las señaladas en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, en concordancia con lo previsto por el artículo 17 del Decreto 1281 de 2002, en especial lo relacionado con el suministro inexacto de datos.

DECIMA SEXTA.- INTERVENTORIA. La interventoría del presente contrato, será ejercida por intermedio de **EL CONTRATANTE** a través del (os) servidor (es) público (s) que éste designe o mediante contrato con la entidad habilitada, seleccionada a través del concurso de méritos, en desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, el Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS, la Resolución 660 de 2008 y demás normatividad vigente.

DECIMA SEPTIMA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO: Hacen parte integral de este contrato: 1) BDUa que ha sido cargada con base en la información suministrada por las entidades territoriales y las EPS-S, en la estructura establecida por el Ministerio de la Protección Social; 2) Copia de los contratos suscritos por **EL CONTRATISTA** con la Red de Prestadores de Servicios de Salud; 3) La documentación mencionada en las cláusulas del presente contrato y la demás que se genere durante el desarrollo y ejecución del mismo.

DECIMA OCTAVA.- MULTAS En caso de incumplimiento de las EPS-S de las obligaciones y responsabilidades que le corresponden, según lo pactado en el presente contrato y de las establecidas por la ley, **EL CONTRATANTE**, previo el informe del interventor sobre la gravedad y alcance del incumplimiento, podrá imponerle multas hasta por un valor equivalente al tres por ciento (3%) del valor del contrato para esa

EPS-S, las cuales sumadas, no podrán exceder del diez por ciento (10%) de dicho valor. En todo caso, el pago de las multas, no podrá imputarse a los recursos destinados para la prestación de los servicios de salud.

DECIMA NOVENA.- CLAUSULAS EXCEPCIONALES AL DERECHO COMUN.- Se entienden incorporadas al presente contrato las cláusulas exorbitantes o excepcionales al derecho común, de la interpretación unilateral, la modificación unilateral, la terminación unilateral y la caducidad, contenidas en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 y demás normatividad vigente.

VIGÉSIMA.- DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO. La liquidación del presente contrato se rige por lo previsto en el artículo 68 del Acuerdo 415 de 2009.

VIGÉSIMA PRIMERA.- DE LA LIQUIDACION UNILATERAL DEL CONTRATO.- En el evento de no lograrse la liquidación de mutuo acuerdo del contrato dentro del término de los cuatro meses, **EL CONTRATANTE** adelantará las acciones administrativas y legales necesarias para proceder a la liquidación unilateral, de conformidad con lo definido por el artículo 50 del Decreto 50 de 2003, para lo cual, **EL CONTRATANTE** deberá expedir el acto administrativo ordenándola, dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del término para la liquidación de mutuo acuerdo. En todo caso **EL CONTRATANTE**, debe allegar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia, el informe de liquidación del contrato en un plazo no mayor a seis (6) meses de su liquidación.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- SOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONFLICTOS. Para efectos de dirimir las diferencias que puedan surgir en relación con el desarrollo, ejecución, terminación y liquidación del presente contrato de aseguramiento, las partes acuerdan someterse a los mecanismos de solución alternativa de conflictos previstos en la normatividad vigente.

VIGÉSIMA TERCERA. - TERMINACIÓN. Para efectos de la terminación del presente Contrato, las partes se sujetarán a lo dispuesto al respecto en la Ley 80 de 1993 y demás normatividad vigente y adicionalmente acuerdan las siguientes causales de terminación: **1)** Por incumplimiento de las obligaciones legales o contractuales convenidas. **2)** En el evento en que **EL CONTRATISTA** incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red de prestadores de servicios, respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC-S resultantes de su población afiliada, en dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y que equivalga como mínimo al 5% del pasivo corriente de **EL CONTRATISTA**. Esta causal impedirá que **EL CONTRATISTA** contrate con la misma entidad territorial para el siguiente periodo de contratación. **3)** Cuando exista imposición de multas sucesivas a **EL CONTRATISTA**, por el reiterado incumplimiento parcial de las obligaciones y responsabilidades pactadas en el presente contrato de aseguramiento y de las establecidas por la ley. **4)** Por retiro de **EL CONTRATISTA**, previo Informe de su decisión de retiro a la Superintendencia Nacional de Salud y a **EL CONTRATANTE** por lo menos cuatro (4) meses antes de terminar el periodo contractual, garantizando durante este lapso, la continuidad de los servicios a los afiliados. **5)** Por acuerdo entre las partes. En estos casos, de acuerdo con el procedimiento establecido en la normatividad vigente se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación.

VIGÉSIMA CUARTA.- PROHIBICIÓN DE TRASLADAR LAS RESPONSABILIDADES DEL ASEGURAMIENTO: Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a **EL CONTRATISTA** y en consecuencia el mismo, no podrá ceder sus responsabilidades a terceros. La responsabilidad que pueda derivarse del incumplimiento del presente contrato no es solidaria.

VIGESIMA QUINTA. - CESION. - La cesión del presente contrato sólo procede en las circunstancias establecidas en las normas, previo el cumplimiento de los procesos administrativos para su aplicación. En

ningún caso, podrá presentarse la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento, la cual se entiende prohibida en el Régimen Subsidiado.

VIGESIMA SEXTA- IMPUTACION Y REGISTRO PRESUPUESTAL: El valor del presente contrato se imputará al rubro presupuestal que corresponda de la entidad territorial, de conformidad con la disponibilidad presupuestal para sufragar los gastos de este contrato, comprendidos entre el 1 de junio de 2010 a 31 de mayo de 2011 y se registrará presupuestalmente una vez suscrito el contrato, a más tardar dos (2) días después de su suscripción.

VIGESIMA SEPTIMA. - DOMICILIO: Para todos los efectos a que haya lugar en el desarrollo y cumplimiento del presente Contrato, las partes acuerdan como domicilio el del lugar del municipio, distrito o departamento contratante.

VIGESIMA OCTAVA. NORMATIVIDAD APLICABLE.- Se entienden incorporadas al presente contrato todas las normas para la aplicación y desarrollo de las cláusulas pactadas en el mismo de conformidad con las funciones y responsabilidad de las partes en la operación del Régimen Subsidiado y en especial lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, Ley 527 de 1999, Ley 715 de 2001, Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1122 de 2007, Decreto 050 de 2003, los Decretos reglamentarios, el Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS, Acuerdo 08 de la CRES y demás acuerdos del CNSSS y de la CRES, Resoluciones y Circulares del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud vigentes aplicables, así como la demás normatividad vigente.

VIGESIMA NOVENA.- PERFECCIONAMIENTO: El presente Contrato, se entiende perfeccionado a partir del 1 de junio de 2010.

TRIGÉSIMA.- Las partes de este contrato, manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del mismo, por lo que en consecuencia, se obligan en todos sus órdenes y manifestaciones.

