

CONVOCATORIA PÚBLICA N° 21 DE 2016

PLIEGO DE CONDICIONES

CONVOCATORIA PÚBLICA PARA 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 SALUD - UNISALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

JUNIO DE 2016

**PLIEGO DE CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA
No. 21 DE 2016**

**CAPÍTULO I
INFORMACIÓN GENERAL PARA LOS PROPONENTES**

1.1. OBJETO DE LA INVITACIÓN

La Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD - de la Universidad del Cauca, en adelante UNISALUD- UNIVERSIDAD DEL CAUCA, está interesada en 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.

1.2. DOCUMENTOS DE COMPROMISO O ALCANCE DEL SERVICIO

El PROPONENTE dentro de su propuesta deberá aceptar y prestar los servicios básicos indispensables que se relacionan a continuación y que harán parte de las obligaciones específicas del contrato:

- a) Expedir y entregar a UNISALUD – de la UNIVERSIDAD del Cauca la 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 UNISALUD – UNIVERSIDAD DEL CAUCA, en todas las sedes del territorio nacional.
- b) Cumplir con todos los aspectos señalados en la propuesta para la expedición y manejo de la póliza objeto del presente contrato.
- c) Expedir la póliza objeto del contrato con la cobertura establecida en el Pliego de Condiciones, esto es iniciando desde el 1 de Julio de 2016.
- d) Para todos los efectos que sean pertinentes, deberá tener en cuenta que Javier Paz & Cia es el actual intermediario de seguros para el asesoramiento en la selección y administración de la póliza objeto del presente contrato y en consecuencia, permitirá su intervención en todos los trámites relacionados con la misma, hasta su vencimiento o el vencimiento de la(s) prórroga(s) a que haya lugar, de acuerdo con los lineamientos que para este fin imparta UNISALUD - UNIVERSIDAD DEL CAUCA, a menos que sea notificado un cambio al respecto.
- e) Ejecutar los servicios ofertados a UNISALUD - UNIVERSIDAD DEL CAUCA, sujetos al cronograma presentado con la propuesta, sobre estudios específicos en manejo de riesgos en Enfermedades de Alto Costo y las capacitaciones sobre aspectos técnicos de la póliza de enfermedades de alto costo y manejo de siniestros.
- f) No exigir trámites adicionales al procedimiento establecido para el pago de las indemnizaciones, ni exigir documentos diferentes a los necesarios para la atención de los siniestros, de acuerdo con lo establecido en el Pliego de Condiciones y la propuesta allegada.

- g) Presentar una carta, dentro del plazo legal (30 días) contado a partir de la notificación del siniestro, en la cual deberá indicar la aceptación del mismo o expresar y demostrar las eximentes de responsabilidad, en caso de existir.
- h) Dar estricto cumplimiento a lo establecido en el programa de atención para la póliza, en especial en los tiempos máximos para indemnización, en concordancia y de acuerdo con las condiciones particulares que se indican en el Pliego de Condiciones.
- i) Abstenerse de exigir períodos de carencia.
- j) Garantizar que bajo la póliza expedida quedarán cubiertas 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.
- k) Garantizar que el amparo será automático a partir del momento en que la persona se encuentre a cargo de UNISALUD - UNIVERSIDAD DEL CAUCA, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.
- l) Realizar visitas de auditoría concurrente, conforme los lineamientos contenidos en el ítem CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS, 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 UNISALUD - UNIVERSIDAD DEL CAUCA tenga contratada; siempre y cuando lo consideren necesario o por solicitud expresa de UNISALUD.
- m) En concordancia con lo estipulado por el Decreto 4747 de 2007, la compañía aseguradora no exigirá copia de la cédula de ciudadanía, ni del carnet de afiliación, ya que la Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD - 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 la Unidad de Servicios de Salud - UNISALUD -, según sea el caso.
- n) Dar cumplimiento a lo establecido en las condiciones y requerimientos para la auditoría de siniestros, en especial, lo que se refiere a poner a disposición de UNISALUD - UNIVERSIDAD DEL CAUCA 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 título de especialización, p) Dar cumplimiento a lo establecido en el ANEXO No. 1 CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS en lo que se refiere a las condiciones y requerimientos para el reporte de pagos, glosas y objeciones.
- o) Responder por escrito las consultas efectuadas por la Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD - y/o su corredor de seguros, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del recibo de la solicitud.
- p) Incorporar de manera automática a los afiliados y beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD - que para el efecto le sean reportados por dicha dependencia.

- q) En coordinación con el corredor de seguros y el supervisor designado por la Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD -, efectuar la revisión general de la póliza correspondiente y disponer de los medios y recursos apropiados para su efectividad.
- r) Presentar al supervisor designado por UNISALUD - UNIVERSIDAD NACIONAL y al corredor de seguros, dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, las estadísticas de la siniestralidad reportada en desarrollo del objeto de la póliza expedida

SECCIÓN I

1. CONDICIONES GENERALES BÁSICAS

CONVOCATORIA DE VEEDORES

LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, convoca a los **VEEDORES CIUDADANOS** para que realicen el control social en la etapa pre–contractual, contractual y post–contractual de la presente Invitación de acuerdo al Artículo 270 de la Constitución Política de Colombia y la ley 850 de 2003.

1.1. OBJETO

LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, está interesada en recibir ofertas de las compañías sometidas a la inspección, vigilancia control de la Superintendencia Financiera de Colombia, para contratar una póliza de seguros, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de alto costo, a que están expuestos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

El seguro a contratar corresponde a la póliza relacionada a continuación y deben contener las condiciones, cláusulas y términos exigidos en los presentes términos de referencia.

1.2. OFERTANTES

Pueden participar en la presente invitación las Compañías de seguros sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia financiera de Colombia para contratar la Póliza de Enfermedades de Alto Costo o Catastróficas, a que están expuestos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Acorde con el objeto contractual descrito de la Invitación Pública 21 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: Artículo 162 de la Ley 100 de 1993, Resolución No. 5261 de 1994 modificada expresamente por la Resolución 2816 de 1998, Decreto 2423 de 1996, Resolución No. 2948 de 2003, Ley 1122 de 2007, Resolución No. 1896 de 2001, Resolución No. 5521 de 2013, la Resolución No. 5592 de 2015 con sus Anexos y la Resolución 5926 de 2014 y su Anexo expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose estas incorporadas automáticamente a la presente Póliza, con posterioridad a la fecha a la de iniciación del amparo y que dichas modificaciones no generen una modificación o agravación del estado del riesgo, en cuyo caso la compañía realizara los ajustes necesarios en las condiciones y términos de la Póliza. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.

1.3. ESTUDIO E INTERPRETACIÓN DE LOS PLIEGOS DE CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA

Los oferentes deben estudiar cuidadosa y detenidamente los pliegos de condiciones, adendas, comunicaciones, especificaciones y toda la documentación existente referente al objeto del contrato, utilizando todos los medios disponibles para informarse a cabalidad de las condiciones y características de la invitación.

La información que la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, pone a disposición de los oferentes, para la preparación de la propuesta no los eximirá de la responsabilidad total de verificar, mediante investigaciones independientes, aquellas condiciones susceptibles de afectar el costo y la realización de la misma.

Los oferentes en caso de omitir en su propuesta, alguna o algunas de las coberturas y cláusulas básicas, que solicita la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca y no estando expresamente excluidas, se entenderán comprendidas en la propuesta, sin valor adicional alguno a cargo de la Unidad de Salud.

1.4. PRÓRROGA DEL PLAZO DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA

Cuando lo estime conveniente LA UNIDAD DE SALUD DE UNIVERSIDAD DEL CAUCA, podrá prorrogar la fecha de cierre de la convocatoria pública. Dicha prórroga se comunicará mediante adenda y no será superior a la mitad del plazo inicialmente fijado.

Igualmente la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca se reserva el derecho de modificar el calendario aquí establecido, lo cual será comunicado a los interesados previamente por medio de la página web Institucional.

1.5. PROPUESTA ECONÓMICA

Al diligenciar los formatos anexos el oferente no podrá adicionar, modificar, suprimir o, en todo caso, alterar la información en ellos requerida, toda vez que dicha información se requiere para la comparación de las propuestas; lo contrario, generará el rechazo de la propuesta.

El costo total de la propuesta deberá incluir íntegramente los costos derivados de la ejecución del servicio objeto de la presente convocatoria pública.

Al formular la propuesta, se deberá tener en cuenta la afiliación de los trabajadores al Sistema de Seguridad Social, Pensiones, Riesgos Laborales así como todos los impuestos, tasas y contribuciones parafiscales vigentes (Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Caja de Compensación Familiar), igualmente las tasas, impuestos y contribuciones vigentes que afecten la ejecución del contrato y las actividades que de ella se deriven.

Serán de responsabilidad exclusiva del oferente los errores u omisiones en que incurra al indicar los precios de la propuesta, debiendo asumir los mayores costos y pérdidas que se deriven de dichos errores. No obstante lo anterior, entre la fecha de inicio y cierre de recepción de propuestas, el oferente podrá depositar en la urna en sobre cerrado, aclaraciones o modificaciones a su propuesta.

Si en la propuesta económica se omiten por el oferente uno o varios costos se mantendrá el precio propuesto, sin lugar a reclamos o revisiones posteriores.

Durante la vigencia técnica de la póliza y hasta el 31 de diciembre de 2017, la Universidad del Cauca ha designado mediante concurso de méritos a la Empresa JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA. ASESORES EN SEGUROS, como intermediario del presente programa.

1.6. VIGENCIA TÉCNICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La vigencia técnica del contrato del seguro será por once (11) meses. El periodo de la vigencia técnica de la póliza comprende desde las 00:00 horas del 1 de Julio de 2016 y hasta la Hora 24:00 del 31 de Mayo de 2017.

La Compañía de Seguros favorecida deberá aceptar sin objeción las eventuales prorrogas que requiera la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, en las condiciones pactadas conforme a la oferta presentada para esta convocatoria.

Los oferentes deberán presentar propuesta contemplando las siguientes condiciones:

1. Garantizar las coberturas durante todas las vigencias para todos los afiliados a la Unidad de Salud así no los haya reportado aún a la compañía aseguradora.
2. La vigencia de la cobertura no estará sujeta a ningún número limitado de eventos o indemnizaciones.
3. La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca se reserva las facultades de:
 - Adjudicar la póliza de seguro objeto de la presente Invitación, hasta el valor del presupuesto oficial señalado.
 - Adjudicar la póliza de seguro que es objeto de la presente Invitación, por la vigencia que considere conveniente, conforme las necesidades académicas o según la disponibilidad presupuestal para tal efecto.
 - Igualmente se reserva en atención a las necesidades académicas, el derecho de no concretar el presente proceso contractual.

Los oferentes con la presentación de la propuesta, aceptan la adjudicación, por la vigencia que determine la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, de acuerdo con el valor del presupuesto oficial señalado para esta Invitación, por lo tanto el condicionamiento de la vigencia técnica a contratar da lugar al rechazo de la propuesta.

1.7. MONEDA DE LA PROPUESTA

Los oferentes deberán presentar los precios de las propuestas en pesos colombianos.

1.8. PROPUESTAS CONJUNTAS: CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES

Podrá formularse una propuesta por dos o más personas jurídicas en forma conjunta.

Si la propuesta es presentada en forma conjunta, Unión Temporal o Consorcio, se debe anexar documento en el que se otorgue a una persona natural la representación prejudicial y judicial para todo lo que se ha referido en este proceso y el contrato que de él se derive.

Cuando se trate de información de un factor de evaluación cuya verificación o puntaje final sea el resultado de la sumatoria de las evaluaciones individuales de los integrantes del consorcio o unión temporal, cada uno de ellos deberá diligenciar, presentar y acreditar la información solicitada, de acuerdo con las exigencias de los términos de referencia.

En el caso de no poder presentarse en consorcio o unión temporal, por designio de la superintendencia Financiera lo podrán hacer mediante coaseguro pactado, especificando el porcentaje de las compañías integrantes del coaseguro.

1.9. VALIDEZ DE LA PROPUESTA

La propuesta tendrá una validez igual a la del término estipulado en la garantía de seriedad de la misma. (90 días).

1.10. PROPUESTAS EXTEMPORÁNEAS

No se permitirá el depósito de propuestas en la urna destinada por la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, para tal fin, por fuera del plazo de la presente invitación.

1.11. RETIRO, MODIFICACIÓN O ADICIÓN DE LAS PROPUESTAS

Si un oferente desea retirar su propuesta deberá presentar una solicitud escrita en tal sentido, ante la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, antes de la fecha de cierre de la invitación. La propuesta le será devuelta sin abrir, en el momento de la apertura de la urna.

No le será permitido a ningún participante, retirar, modificar o adicionar su propuesta después del cierre de la invitación.

1.12. CONDICIONES PARA DECLARAR DESIERTA LA CONVOCATORIA PÚBLICA

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, podrá declarar desierta la presente convocatoria pública dentro del término de adjudicación del contrato, únicamente por motivos o causas que impidan la escogencia objetiva, de acuerdo con los términos del Acuerdo 064 de 2008 o Estatuto de Contratación de la Universidad del Cauca.

Dentro del mismo término de adjudicación podrá declararse desierta la convocatoria cuando ninguna de las propuestas se ajuste al pliego de condiciones.

La declaratoria de desierta de la convocatoria procederá por motivos o causa que impidan la escogencia objetiva y se declarara en acto administrativo en el que se señalara en forma expresa y detallada las razones que han conducido a esta decisión

En todo caso no procederá la declaratoria de desierta de la convocatoria pública cuando sólo se presente una propuesta hábil y ésta pueda ser considerada

favorable para la Entidad, y que cumpla con las exigencias a los presentes pliegos de condiciones, de conformidad con los criterios legales de selección objetiva.

1.13. RECHAZO DE PROPUESTAS

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, rechazará las propuestas en los siguientes casos:

- a) Cuando se compruebe confabulación entre los oferentes.
- b) Cuando el oferente haya tratado de interferir, influenciar o informarse indebidamente en el análisis de las propuestas.
- c) Cuando las propuestas no se ajusten a los pliegos de condiciones, o dejen de incluir alguno de los documentos relacionados en el numeral 4.1.
- d) Cuando el representante legal de una persona jurídica ostente igual condición en otra u otras sociedades diferentes, que también estén participando en la presente invitación.
- e) Cuando no se suscriba la carta de presentación de la propuesta por el Representante Legal de la sociedad, consorcio unión temporal proponente, o cuando éste no se encuentre debidamente autorizado para presentar la propuesta de acuerdo con los estatutos sociales o con el documento de integración del consorcio o unión temporal.
- f) Cuando se presente extemporáneamente, se envíe por correo o se presente en un lugar diferente al indicado en el presente pliego.
- g) Cuando no subsane o lo haga incorrectamente dentro del plazo otorgado por la Entidad. *
- h) Cuando se presente la oferta con condicionamientos, que impliquen modificar lo exigido en el presente pliego de condiciones o que atenten contra los intereses de la Entidad.*
- i) Cuando no se presente la póliza de seriedad de la oferta suscrita a favor de la UNIVERSIDAD en forma simultánea con la presentación de la propuesta.
- j) Cuando la Propuesta Económica supere el valor del presupuesto Oficial.
- k) Estar en mora en el pago de los parafiscales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002
- l) No cumplir con las Condiciones Básicas Técnicas de Referencia exigidas en la sesión II y en el formato de Excel exigido.
- m) Cuando haya disolución o liquidación de la sociedad.
- n) Si el proponente se encuentra en alguna de las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con lo dispuesto en el acuerdo 064 de 2008 o estatuto de Contratación de la Universidad y ley 1474 de 2011 y demás disposiciones constitucionales y legales aplicables vigentes.

1.14. FORMATOS

Los formatos diseñados por la UNIVERSIDAD DEL CAUCA para presentar la información exigida por los términos de referencia, tienen como propósito unificar la forma de presentación de las propuestas para facilitar su evaluación. **En consecuencia, su inclusión, debidamente diligenciados, es obligatoria y toda modificación que se realice a ellos será causal de INADMISIÓN DE LA OFERTA.** (Ver formatos anexos)

1.15. RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE

El artículo 69 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 30 de 1992 y las normas o decretos que la aclaren, modifiquen o deroguen, la Ley 647 de 2001 y las normas o decretos que la aclaren, modifiquen o deroguen, los Acuerdos y Resoluciones emitidos por los órganos directivos de las Universidades y demás

normas que las Universidades dispongan en materia de servicios de salud.

El contrato que se suscriba se regirá por las normas establecidas en los Estatutos de Contratación. Para efectos de las coberturas se tendrá en cuenta el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la Resolución No.5261 de 1994 modificada expresamente por la Resolución 2816 de 1998; la Resolución No.2948 de 2003, Ley 1122 de 2007, definidos en el Acuerdo 032 del 2012 emanados por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y sus modificaciones, al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose éstas incorporadas y adecuadas automáticamente; el Decreto 806 de 1998 expedido por el Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de la Protección Social); Resolución No. 5521 de 2013 con sus anexos, la Resolución No. 5592 de 2015 con sus Anexos y la Resolución 5926 de 2014 y su Anexo expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose estas incorporadas automáticamente a la presente Póliza, siempre que los gastos sean autorizados por médicos y profesionales de la salud, con posterioridad a la fecha a la de iniciación del amparo y que dichas modificaciones no generen una modificación o agravación del estado del riesgo, en cuyo caso la compañía realizara los ajustes necesarios en las condiciones y términos de la Póliza. Por último, las normas legales, comerciales y civiles que rigen la materia y demás normas reglamentarias y en lo no regulado por estas normas, se rige por las del Código de Comercio, Código Civil y las demás normas que lo complementan, adicionan o reglamentan la materia.

1.16. OBLIGACIONES DEL PROPONENTE A INFORMAR ERRORES U OMISIONES

Los proponentes están en la obligación de informar a la Universidad cualquier error u omisión que encuentren en los presentes pliegos de condiciones de la convocatoria pública y están en el derecho de pedir las aclaraciones pertinentes.

El hecho que la Universidad no observe errores u omisiones en sus documentos, no libera al contratista de su obligación de dar cumplimiento al contrato y de prestar satisfactoriamente los servicios en las condiciones estipuladas.

1.17. ACLARACIONES Y MODIFICACIONES MEDIANTE ADENDAS

Cualquier aclaración o modificación a los pliegos de la presente convocatoria pública, o el aplazamiento de las fechas establecidas en el cronograma que la Unidad de Salud de la Universidad considere oportuno hacer, será publicada previamente en su página Institucional en la Sección de Contratación, las cuales serán de obligatoria observancia para la preparación de las ofertas.

Las observaciones o consultas serán remitidas a los correos electrónicos que se designan para dicho fin y sus respuestas serán publicadas en la página web de la Universidad, en la Sección de Contratación, en las fechas establecidas en el cronograma, siempre y cuando se refieran a aspectos sustanciales que ameriten precisión o interpretación por parte de la Universidad. Estas aclaraciones o modificaciones formarán parte de los pliegos de la convocatoria pública.

1.18. TERMINACIÓN DEL PROCESO DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA.

El proceso de convocatoria pública puede terminar de dos maneras:

a) Por adjudicación o declaratoria desierta de la invitación, conforme las condiciones establecidas anteriormente.

b) Por decisión unilateral de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca de terminar con el proceso contractual antes del cierre de la convocatoria pública, cuando sobrevengan razones de fuerza mayor o graves inconvenientes que impidan a la Unidad de Salud, continuar con el mismo. Dicha decisión será comunicada a los interesados a través de la página web institucional.

1.19 SUPERVISIÓN

La Supervisión del contrato que resulte de la presente convocatoria pública la realizará el Servidor de la Unidad de Salud que para el efecto designe el Rector de la Universidad, el cual asumirá las funciones y responsabilidades conforme al Acuerdo 064 de 2008 y la ley 734 de 2002.

Todas las comunicaciones y solicitudes destinadas al CONTRATISTA serán expedidas o ratificadas por escrito y formarán parte de los documentos del contrato. Serán funciones DE LA SUPERVISIÓN todas las tendientes a asegurar, para la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, que el CONTRATISTA cumpla con las obligaciones pactadas en el contrato para la correcta ejecución de su objeto.

1.20 PRESUPUESTO OFICIAL

La Universidad del Cauca cuenta con un presupuesto oficial de TRESCIENTOS CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$304'667.550), conforme a:

VIGENCIA	VALOR	DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
1 DE JULIO DE 2016 A 31 DE DICIEMBRE DE 2016	166'182.300	201600240
1 DE ENERO DE 2017 HASTA EL 31 DE MAYO DE 2017	\$138'485.250	VIGENCIA FUTURA 2017

Este presupuesto deberá cubrir lo pactado en el numeral 2.

TOTAL DE AFILIADOS ACTUALMENTE: 2745

PARÁGRAFO: En caso de ser prorrogada la vigencia de la póliza, la Compañía de Seguros mantendrá el valor de la prima y las condiciones pactadas.

1.21 FORMA DE PAGO

Las pólizas de alto costo serán pagadas mes vencido con los afiliados reportados.

PARÁGRAFO: Si por motivos de fuerza mayor, no pudiere culminarse la presente convocatoria pública y la correspondiente selección de una propuesta, la Unidad de Salud de Universidad del Cauca, se reserva el derecho, a no adjudicar el contrato respectivo. No pudiendo los ofertantes reclamar a título alguno, contraprestación o indemnización.

1.22 REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN LA INVITACIÓN A COTIZAR

Para participar en la presente convocatoria pública los ofertantes deberán cumplir los siguientes requisitos y condiciones, que de no cumplirse invalidará la propuesta para ser evaluada:

- a) No hallarse incurso dentro de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Nacional, el Acuerdo 064 de 2008, o Estatuto Propio de Contratación.
- b) Elaborar la propuesta de acuerdo con lo establecido en estos pliegos de condiciones y anexar la documentación exigida.
- c) Acreditar que su duración no es inferior al plazo ofrecido para la ejecución del contrato, contados a partir de la fecha de cierre de la presente invitación.
- d) No figurar en el boletín sobre responsables fiscales vigentes expedido por la Contraloría General de la República.
- e) Contar con la debida autorización del ramo solicitado en la presente convocatoria por la Superintendencia Financiera de Colombia.

SESIÓN II CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS DE REFERENCIA

2. CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS DE REFERENCIA

Todo lo a continuación descrito en este capítulo son condiciones mínimas obligatorias para presentar oferta.

2.1 GENERALIDADES DE LA COBERTURA

Se entiende por OPCIÓN PATOLOGÍAS NOMBRADAS, las coberturas ofrecidas en la póliza orientadas a indemnizar los siniestros ocurridos por las patologías y procedimientos establecidos en el SLIP de cotización.

Se entiende por PATOLOGIAS NOMBRADAS a la cobertura de los siniestros que excedan la cuantía de deducible y hasta por el límite asegurado, de las patologías nombradas o procedimientos.

Se entiende DEDUCIBLE: valor que el asegurado asume por cada siniestro, de esta forma se comparten responsabilidades.

Se entiende por PRIMA POR AFILIADO MES: Es el valor de la póliza por afiliado.

Se entiende por RESPONSABILIDAD MÁXIMA O LÍMITE AGREGADO ANUAL: Es el límite por el cual la compañía responde anualmente por todos los siniestros contratados en el año contratado, superado este valor la compañía no responderá. (En negociaciones de JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA, logramos que LA ASEGURADORA QBE no propusiera límite para este nuevo año, lo que mejora la cobertura)

COBERTURA DE PATOLOGÍAS NOMBRADAS				
DEDUCIBLES		LÍMITES DE COBERTURA		RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA PÓLIZA O LÍMITE AGREGADO ANUAL
MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	
25'000.000	30'000.000	200.000.000	250'000.000	SIN LÍMITE

AFILIADOS 2.745

La propuesta que desmejore los anteriores límites no será evaluada, sin embargo se tendrán en cuenta las propuestas que mejoren límite de cobertura y deducible.

Entendiendo que el deducible entre menor sea, resulta mejor para el asegurado y que el límite de cobertura entre mayor sea, resulta mejor para el asegurador. Entendiendo además que la responsabilidad máxima de la póliza no debe existir.

2.2 Especificaciones técnicas mínimas obligatorias del seguro a contratar - póliza de seguro de enfermedades de alto costo - para la opción patologías nombradas

El modelo de póliza sugerido para la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, tiene coberturas del Régimen “Subsidiado” por tratarse de coberturas integrales y que le permiten a la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, mayor cubrimiento vía póliza para los gastos de IV nivel, más allá de lo que permitirían las definiciones de “Alto Costo” para el Régimen Subsidiado.

Se proponen tres (3) amparos adicionales a los del Régimen Contributivo (Trauma Mayor, Congénitas y Trasplantes).

Se propone incorporar las adecuaciones realizadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), en su Acuerdo No.305 de 2005, tratando de cubrir otros eventos no incluidos en los Regímenes anteriores.

La compañía de seguros reconocerá hasta el monto de la cobertura máxima pactada, el costo de los servicios médicos prestados, durante la vigencia de la póliza, por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) debidamente autorizadas por el tomador (la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA NIT : 891.500.319-2), derivados de las atenciones y/o tratamientos médicos practicados a los afiliados bajo el régimen especial de las universidades, que resulten afectados por patologías de alto costo, definidas y reguladas como tales por las disposiciones legales vigentes, de acuerdo con el Decreto No. 806 de 1998, Resolución 5261 de 1994, Acuerdo No. 72 de 1997 del CNSSS, Acuerdo No.228 de 2002, Acuerdo No. 110 de 1998, Acuerdo No. 254 de 2003 y Acuerdo No.306 de 2005, Acuerdo CRES 008 de 2010 y sus modificaciones, Resolución No. 5521 de 2013 con sus Anexos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose éstas incorporadas y adecuadas automáticamente.

2.3 FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

El sistema propio de salud de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, que participa en esta convocatoria pretende seleccionar una Compañía Aseguradora para que suscriba la póliza que ampare el riesgo derivado de las Enfermedades de Alto Costo o catastróficas a que están expuestos sus usuarios y beneficiarios.

Para tal efecto los proponentes deberán presentar una oferta donde incluyan:

- a. Coberturas Básicas
- b. Coberturas Particulares
- c. Límites
- d. Deducibles
- e. Primas

Amparando los riesgos potenciales a que pueden estar expuestos los usuarios adscritos al servicio de salud de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA en cuanto a enfermedades de alto costo, y presentar una propuesta de manejo de los mismos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

2.4 COBERTURAS BÁSICAS - COBERTURAS DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO SOLICITADAS

Acorde con el objeto contractual descrito en el pliego de la convocatoria Pública 21 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. 5521 de 2013 con sus Anexos, la Resolución No. 5592 de 2015 con sus Anexos y la Resolución 5926 de 2014 y su Anexo expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose estas incorporadas automáticamente a la presente Póliza, siempre que los gastos sean autorizados por médicos y profesionales de la salud, con posterioridad a la fecha a la de iniciación del amparo y que dichas modificaciones no generen una modificación o agravación del estado del riesgo, en cuyo caso la compañía realizara los ajustes necesarios en las condiciones y términos de la Póliza. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.

Se encuentran definidas como Enfermedades de Alto Costo objeto de la cobertura de la presente póliza las siguientes:

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 e intermedios.
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. Corrección quirúrgica de la hernia del núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

2.4.1 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 hospitalaria de los casos de Infarto Agudo al Miocardio.

Se cubren Intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante del corazón y la cardiectomía 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, actividades, procedimientos e intervenciones 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 procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo hasta cuando 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. La prótesis endovascular stent coronario recubierto y no recubierto.
3. Stent coronario medicado.
4. La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.
5. Trasplante de corazón.
6. Colocación de Marcapaso.
7. Procedimientos de Trombolisis.
8. Cateterismos Cardíacos Programados o de Urgencias.
9. 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 A-V y Arritmias 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

2.4.2 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.

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 procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.
- Igualmente estarán cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados.
- Se reconocen desde el día de la intervención, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y estancia necesarios, hasta el alta, por el equipo interdisciplinario que realizó la intervención quirúrgica de esta hospitalización.
- Su cubren los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

2.4.3 CASOS DE PACIENTES EN CUALQUIER EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA.

Atención integral necesaria en casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica, con actividades, procedimientos, las tecnologías de salud e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la insuficiencia renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios 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:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.
- Cubrir los estudios pre-trasplante del donante efectivo.
- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.
- El control permanente del trasplantado renal.
- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico

(nefrectomía).

En el trasplante renal cubre la nefrectomía del donante efectivo y el control permanente del trasplantado renal.

Incluye el acto quirúrgico de extracción, transporte del órgano, estudios inmunológicos, del donante efectivo y del receptor, procedimiento del implante, tratamiento de las complicaciones y control postoperatorio, así como los medicamentos inmunosupresores.

Cubre la realización de la fístula arteriovenosa, injerto, colocación de catéteres, exámenes de laboratorio, controles por especialista en nefrología.

En los servicios de la unidad de nefrología para hemodiálisis o diálisis peritoneal por sesión se incluyen como derechos de sala los siguientes:

- La dotación y servicios de enfermería.
- La utilización de los equipos y elementos propios de la unidad.
- Servicios generales como públicos y de aseo.

La atención mensual integral por paciente en diálisis peritoneal ambulatoria por insuficiencia renal crónica incluye:

- Controles médicos
- Cambios de equipo de infusión
- Readiestramiento

Si los procedimientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal se realizan en la unidad de cuidado intensivo no se reconocerán derechos de sala.

Se incluyen las complicaciones presentadas cuando exista una clara causa – efecto generado como consecuencia de la hemodiálisis o diálisis peritoneal.

En los casos en los cuales el paciente necesariamente deba recibir un medicamento fuera de este listado se debe solicitar autorización por escrito y con resumen de historia clínica soportando debidamente la indicación del mismo.

PRE-DIÁLISIS

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

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, fístulas e injertos
- Trombos en sitio de inserción de catéter
- Desequilibrio post diálisis

DIÁLISIS PERITONEAL

- Peritonitis química Infecciosa
- Infección de orificios
- Fallas en la ultra filtración, sobrehidratación
- Fugas del líquido peritoneal (externa e interna)
- Pericarditis
- Derrame Pleural.
- Y los demás criterios particulares que el especialista considere.

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

2.4.4 MANEJO MÉDICO 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 mínimo 2° grado en más de 10% de superficie corporal.
2. Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies, independientemente de su extensión.
3. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
4. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
5. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas (ácidos y entre otros químicos).
6. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
7. 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 actividades, tecnologías, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier nivel de complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo:

1. Internación en el servicio de hospitalización de cualquier complejidad, que se requiera para su manejo.
2. Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
3. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

2.4.5 DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH.

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.

Se cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus 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, incluyendo:

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 deberán 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.

Incluye el suministro de fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) 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.

La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.

Los insumos y materiales requeridos.

El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema.

La carga viral del VIH.

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

Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio de conformidad con la guía de atención vigente.

DEFINICIÓN DE SIDA: Todo individuo que tenga una prueba serológica positiva para VIH confirmada con western Blott o la prueba confirmatoria avalada según lo establecido en la guía para el manejo de VIH/SIDA.

Se incluyen actividades, intervenciones y procedimientos para hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, y el control posterior al tratamiento.

ACLARACIÓN A LA COBERTURA: Se aclara que al aparecer nuevos exámenes que detecten con mayor precisión el virus y sean más costo efectivo que los anteriores y que estén reconocidos científicamente, serán válidos dentro de la cobertura de la póliza.

Se incluyen a pacientes con la definición anterior que presenten cualquiera de las enfermedades consideradas como directamente asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

2.4.6 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. El tratamiento quirúrgico.

Cubre cualquier tecnología médicamente reconocida, clínico o procedimental utilizado para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer que se encuentren contempladas en la Resolución No. 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social o en las normas y anexos que la actualicen.

Los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

Teniendo en cuenta la integralidad en el manejo del paciente con cáncer, en este amparo se incluye el cubrimiento económico de los estudios ANATOMOPATOLÓGICOS 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 deberá 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 a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en la Resolución No. 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas y anexos que la actualicen.

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).

Tratamiento con quimioterapia, radioterapia, incluyendo la teleterapia con fotones con acelerador lineal, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social y la hormonoterapia para el cáncer y las normas que lo actualicen.

Quimioterapia: incluye los agentes quimio - terapéuticos para el cáncer autorizados en el POS y el costo por hospitalización para la quimioterapia. Numeral 6, artículo 87, Resolución 5261 de 1994 y el acuerdo CRES 008 de 2009 y sus modificaciones.

Radioterapia: incluye las aplicaciones de radiaciones ionizantes con fines

terapéuticos en personas con cáncer, de los procedimientos referenciados en los numerales 1 al 5, artículo 87 de la Resolución 5261 de 1994. Y el acuerdo CRES 008 de 2009 y sus modificaciones.

El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

ACLARACIÓN A LA COBERTURA: La integralidad a la que se refiere la cobertura en cáncer se limita a la atención del paciente en lo que a su cáncer se refiere. Las patologías no relacionadas con el cáncer no serán objeto de cobertura, de acuerdo con la pertinencia y el manejo del paciente.

2.4.7 REEMPLAZOS ARTICULARES

Incluye los reemplazos articulares según lo contemplado en la Resolución No. 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Anexo No. 2, y sus modificaciones, al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose éstas incorporadas y adecuadas automáticamente, 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 procedimiento hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.
- Comprende además conforme a lo dicta el Artículo 33 de la resolución 5261 de 1994 el "TRATAMIENTO PARA PACIENTE CRONICO QUE SUFRE PROCESO PATOLOGICO INCURABLE

El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar. "

2.4.8 MANEJO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS.

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 de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 28, 29, 30 y 33 de la Resolución 5261 de 1994. Para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el pos-s de conformidad con el presente acuerdo.

Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos.

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 No. 5592 de 2015 y sus Anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.

La unidad de cuidados intensivos es un servicio para la atención de pacientes adultos, niños o neonatos críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología y además de personal paramédico, con adiestramiento en cuidados intensivos.

No obstante, para el asegurado que cumpla los criterios de inclusión en UCI definidos en los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución 5261 de 1994 que sea necesario atenderlo en cuidado intermedio debido exclusivamente a que no existe la disponibilidad de la cama en UCI, en este caso se reconocerá el amparo como UCI a tarifas de cuidado intermedio.

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 5521 y sus anexos del 27 de diciembre de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones, al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose éstas incorporadas y adecuadas automáticamente.

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 Calidoscópica y de Presión Arterial, respiradores de presión y de volumen, equipos de desfibrilación, 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.

Comprende además conforme a lo dicta el Artículo 33 de la resolución 5261 de 1994 el "TRATAMIENTO PARA PACIENTE CRONICO QUE SUFRE PROCESO PATOLOGICO INCURABLE

El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar. "

2.4.9 TRASPLANTE RENAL, DE CORAZÓN, DE HÍGADO, DE MÉDULA ÓSEA, CÓRNEA Y COCLEAR.

Reemplazo con fines terapéuticos de corazón, hígado, médula ósea, renal, 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 No. 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social al igual

que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose éstas incorporadas y adecuadas automáticamente y comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo incluyendo su transporte hasta llegar al receptor.
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. Tecnologías en salud para la preparación del paciente y la atención o control pos trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
8. Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en la normatividad vigente.
9. Drogas inmunosupresoras suministradas al receptor durante el periodo de vigencia de la póliza.
10. Manejo de las complicaciones en la complejidad necesaria y control posterior del receptor.

2.4.10 TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 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 el paciente con lesión o lesiones graves, provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico-quirúrgico sea necesario realizar procedimientos y/o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad y de alto costo. (acuerdo cres 008/2009)

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	3	5	6
REGIÓN	EXTEMI DADES PIEL	SOLA MENTE ESPALDA	SOLA MENTE E TÓRAX	CABEZA, ABDOMEN MÚLTIPLE S

TIPO DE TRAUMA	HERIDA ABIERTA MENOR	IMPACTO CERRADO ÚNICO QUEMADURA A 2DO. GRADO	HERIDA ABIERTA MAYOR QUEMADURA A TERCER GRADO ACP	BALA PERDIGÓN
CARDIOVASCULAR	TAS>100 P<100	TAS 80-100 P 100-140	TAS <80 P>140	NO PULSO
RESPIRATORIO	DOLOR TORÁCICO FR 10-25	FR> DE 25 < O IGUAL A 35	FR >35 O DE 10 TIRAJES ASPIRACION	APNEA
S.N.C.	DESORIENTADO O CONFUSO	RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL	RESPONDE AL DOLOR	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				

2.4.11 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Incluye procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (Alteraciones macrosómicas presentes al momento el 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, quirúrgico, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.

2.4.12 CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO INCLUYENDO LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN QUE SE REQUIERAN.

2.4.13 TRANSPORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO 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 Severidad de U.C.I. según lo descrito en el numeral 4 y siempre y cuando el medio de transporte cumpla con los requisitos de cuidado intensivo, o se le preste soporte monitoreo intensivo.

2.4.14 MEDICAMENTOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en el acuerdo 032 del 2012 emanados por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), son los contemplados en la resolución 5521 y sus anexos y la normatividad vigente del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones, al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia, entendiéndose están incorporadas y adecuadas

automáticamente y sus modificaciones , descritos en su anexo No. 1, que se requieran para el manejo de las patologías cubiertas por la Póliza.

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Acuerdo CRES 008 de 2009 y sus modificaciones, Acuerdo No. 228 de junio 26 de 2002, Acuerdo 282 de noviembre de 2004 del CNSSS y los no contemplados en el mismo, según lo dispuesto en las Resoluciones No.5061 de 1997 y No.2312 de 1998, que se requieran en cualquier tratamiento de una enfermedad de alto costo. Los exámenes de laboratorio, las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por nivel de complejidad en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

2.4.15 LAS ENFERMEDADES AMPARADAS

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

2.4.16. 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.

2.4.17. PERIODOS DE CARENCIA

No existe ningún periodo de carencia, es decir que las personas con diagnóstico positivo de las patologías, que se vienen manejando serán amparadas desde el momento en que inicie la póliza.

2.4.18. 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 Del Cauca, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.

2.4.19. 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 Compañía 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 UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 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 Compañía 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 Compañía 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 Del Cauca, al interventor y al agente de seguros, durante los cinco (5) días calendario siguientes a la realización de la visita, anexando el resultado de la auditoría.

El concepto de auditoría emitido por La Compañía podrá ser acogido o no por la UNIDAD DE SALUD.

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

2.4.19.1 Evento de Enfermedad de Alto Costo

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

2.4.19.2 Evento de Enfermedad General

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

2.4.19.3. 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.

2.4.19.4. 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.

2.4.20. DOCUMENTOS ÚNICOS REQUERIDOS PARA LA INDEMNIZACION DE LOS RECLAMOS:

Los documentos únicos que la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 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 UNIDAD DE SALUD).
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 y previo consenso con la aseguradora.

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 UNIDAD DE SALUD 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 el servicio médico de LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, según sea el caso.

2.4.21 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 LA UNIDAD DE SALUD 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 UNIDAD DE SALUD.

2.4.22 CAPACITACIÓN

La compañía de seguros elegida, deberá realizar tres capacitaciones a lo largo de la cobertura con el fin de mantener a los funcionarios de LA UNIDAD en conocimiento necesario para operar recobros y tener en conocimiento las coberturas.

2.5. CONDICIONES PARTICULARES

a. CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO- EFECTIVIDAD.

Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén en la Resolución 5261 de 1994, Acuerdo CRES08 de 2010 y sus modificaciones o las normas que la modifiquen o deroguen, se cubrirán si se demuestra ante la Aseguradora el costo-efectivo, mediante los mecanismos que esta establezca (entre ellos Comité Técnico Científico de las partes), en términos de: calidad, disminución de costos, disminución de estancia, mayor efectividad en los resultados esperados.

b. LIMITE ASEGURADO:

El límite asegurado presenta la máxima responsabilidad de la compañía por los gastos causados durante la vigencia de la póliza, en relación **con cada una** de las enfermedades amparadas el cual debe ser como mínimo Doscientos millones de pesos (\$200.000.000). Sin embargo la póliza **no** tendrá límite a la responsabilidad máxima **por todos los siniestros**, la oferta que presente límite máximo de responsabilidad no será válida.

d. PAGO DEL SINIESTRO: La compañía indemnizara al asegurado dentro del mes siguiente al perfeccionamiento de la reclamación, el costo de los servicios médicos prestados dentro de la vigencia de la póliza y del límite asegurado que se encuentre debidamente causado por el tomador.

e. CAMBIO DE LEGISLACION: Si durante la vigencia de esta póliza se presentan modificaciones normativas que afecten situaciones previstas en la misma, se entenderán incorporadas automáticamente, siempre y cuando dichas modificaciones no impliquen agravación del riesgo. En caso contrario solo producirá cuando las partes acuerden reajustes de prima a que haya lugar

f. COEXISTENCIA DE SEGUROS: En caso de coexistencia de amparos de seguros, la compañía soportara la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. Para este caso la compañía pagara la totalidad del siniestro y luego se dará lugar a subrogarse con la otra compañía para proporción correspondiente.

g. LIMITACIONES DE LA COBERTURA: La Compañía cubrirá los costos de atención medica correspondiente a los servicios que se presten de conformidad con las disposiciones vigentes tanto a la fecha en que el paciente haya adquirido la calidad de afiliado al régimen subsidiado en la respectiva entidad asegurada. La compañía indemnizará los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas autorizadas para la contratación de prestación de servicios dentro del régimen subsidiado, ISS o SOAT, o las tarifas institucionales, las cuales deben ser definidas al inicio de la vigencia, de las pólizas.

h. GARANTIA BASE DE DATOS: El tomador garantiza que todos los afiliados se encuentran previamente inscritos identificados con su número de cédula en sus registros para lo cual se hace necesario el envío mensual a la compañía, dentro de los 5 días siguientes al mes en que se generen novedades, en medio magnético, del listado de los afiliados (Base oficial de la ARS) que ingresen a la póliza como los que se retiren de la misma.

i. TERMINACION DEL AMPARO INDIVIDUAL: El amparo terminara por cualquiera de estas dos razones, a) terminación, revocación o no renovación de la póliza; b) retiro de ARS

j. TERRITORIO: La cobertura otorgada por el presente contrato opera cuando el tratamiento médico de la enfermedad, se efectuó en el territorio nacional.

k. ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

Atención a pacientes con enfermedades de alto costo definidas en la presente póliza incluso siendo terminales.

l. ATENCIÓN DOMICILIARIA

Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

m. PRESCRIPCION: La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del código de comercio.

n. REVOCACION DEL CONTRATO: La presente póliza podrá ser revocada bajo los parámetros establecidos en el artículo 1071 del código de comercio y/o por una disminución en el 15% en el número de afiliados.

2.6. CONDICIONES PARTICULARES QUE APLICAN A LAS

CONDICIONES LAS OPCIONES DE LAS PATOLOGÍAS NOMBRADAS

a. 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 ha incurrido la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, con ocasión de la atención de pacientes afiliados a su servicio médico, que padecen Enfermedades de Alto Costo cubiertas por esta póliza.

b. AMPARO AUTOMÁTICO DE ASEGURADOS A PARTIR DE LA VINCULACIÓN A LAS UNIVERSIDADES

La póliza cubrirá automáticamente la inclusión de nuevos afiliados a partir de la vinculación al servicio médico de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

c. 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 la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, con sus redes de IPS, para lo cual el tomador presentará una relación de dichos convenios a la aseguradora al inicio de la vigencia respectiva. 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 UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

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

Dado que el régimen de las Universidades Públicas es especial, el proponente NO EXCLUIRA DE LA COBERTURA, patologías o procedimientos derivados de Accidentes o enfermedades de origen laboral, sean calificados o no por la junta de calificación que lo determine en la ARL.

e. APLICACIÓN A PRORRATA DEL DEDUCIBLE PACTADO POR CANCELACIÓN 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.

f. CLÁUSULAS EN ANEXO

En la póliza se incluirán las siguientes Cláusulas Particulares, sin perjuicio de las que sean obligatorias, en cumplimiento a lo establecido en la Ley 45 de 1990, el acuerdo 064 de 2008, en el Código de Comercio y demás normas concordantes, y de las que se ofrezcan en la presente invitación.

g. CLÁUSULA COMPROMISORIA:

En el evento de cualquier conflicto que genere la interpretación y/o ejecución y/o terminación del contrato será resuelto ante un centro de conciliación o ante un

tribunal de arbitramento localizado en la ciudad de Popayán, Cauca.

h. **DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Integran y precisan las condiciones del contrato de seguro los siguientes documentos:

1. La invitación para la propuesta de la póliza de Enfermedades de Alto Costo.
2. La propuesta del asegurador.
3. Los anexos.

i. **PROHIBICION DE CESION:**

El asegurador no podrá ceder el contrato de seguro sin la aprobación previa y expresa de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, la cual puede ser negada sin necesidad de motivarla

j. **PERFECCIONAMIENTO:** El contrato de seguro se perfeccionará de acuerdo con lo dispuesto por las normas pertinentes sobre el contrato de seguros, contenidas en el Código de Comercio.

k. **DOCUMENTOS DE COMPROMISO O ALCANCE DEL SERVICIO:** Son los servicios básicos e indispensables que debe comprometerse a prestar el proponente en documento integral de la propuesta, y que hace parte del contrato como obligaciones del mismo, so pena de rechazo de la oferta:

- Expedir y entregar el certificado de amparo provisional, dentro de las tres (3) horas siguientes a la notificación de la adjudicación.
- Expedir y entregar a LA UNIDAD DE SALUD la 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 SALUD, en todas las sedes del territorio nacional
- Responder a las consultas efectuadas por la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, y/o su intermediario de seguros, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del recibo de la solicitud.
- Para todos los efectos que sean pertinentes, deberá tener en cuenta que JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA es el actual intermediario de seguros de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, para el asesoramiento en la selección y administración de la póliza objeto del contrato de seguros que se suscriba y en consecuencia, permitirá su intervención en todos los trámites relacionados con la misma, hasta su vencimiento o el vencimiento de la(s) prórroga(s) a que haya lugar, de acuerdo con los lineamientos que para este fin imparta la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA a menos que sea notificado un cambio al respecto.
- Suministrar al corredor de seguros de la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, las estadísticas de la siniestralidad presentada por cada una de las pólizas, la cual debe contener la siguiente información: Número de radicación del siniestro, fecha de aviso, Ramo, fecha de ocurrencia del siniestro, instalación en la que ocurrió el siniestro, amparo afectado, nombre del reclamante, valor estimado de la reclamación, valor indemnizado, fecha de pago, orden de pago, número y estado de la reclamación.
- Cumplir las demás obligaciones que se deriven del contrato y las previstas en el Estatuto Orgánico del sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones legales aplicables a las Compañías de Seguros y de Intermediación de Seguros.
- Todas las condiciones y servicios ofrecidos en su propuesta.

I. **CAPACITACIÓN:** Realizar un plan de capacitación dirigido a los clientes con énfasis en el manejo de la póliza de enfermedades de alto costo y otros aspectos relacionados con la seguridad social, la cual se lleva a cabo al inicio de la vigencia de la póliza para facilitar el proceso de autorización de servicios y presentación de reclamos.

m. **CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO-EFECTIVIDAD:** Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén en la Resolución 5261 de 1994 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 resultados esperados.

2.7. EXCLUSIONES

Esta póliza no ampara los gastos de tratamiento médico causados directa o indirectamente por:

- Lesiones recibidas en actos de guerra (Declarada o no) revolución, sedición, conmoción civil, terrorismo y huelga, lesiones sufridas como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear
- Tratamientos no incluidos en manual de actividades, intervenciones y procedimientos, establecidos por el ministerio de protección social, o reconocidos por asociaciones médico - científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica, establecido para el sistema general de seguridad social en salud, o drogas y sustancias experimentales
- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos
- Suministro de aparatos de prótesis o de equipos ortopédicos, a excepción de los requeridos exclusivamente como materiales quirúrgicos, tales como: Marcapasos, prótesis valvulares y articulares y materiales de osteosíntesis.
- Actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y aquellas definidas en el artículo 18 de la resolución 5261 de agosto 5 de 1994, del ministerio de salud.

SECCIÓN III DOCUMENTOS DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA

3.1. DOCUMENTOS DE LA CONVOCATORIA

Se deberá tener en cuenta para la presentación de la oferta, la presente convocatoria pública, las adendas que se realicen, las aclaraciones que haga la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, las actas y Resoluciones que se expidan en relación con esta convocatoria.

Los documentos de la invitación comprenden:

- 3.1.2.- La resolución de apertura de la convocatoria pública.
- 3.1.3.- Los pliegos de condiciones
- 3.1.5.- Las adendas publicadas antes del cierre de la convocatoria

3.1.6.- La Carta de presentación de la Oferta

3.1.7.- La garantía de seriedad de la propuesta.

SECCIÓN IV DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

4.1 La oferta deberá contener los siguientes documentos, considerados por la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, como necesarios para la verificación de la misma; la falta de uno de ellos o cuando no cumplan con los requisitos de ley, será causal de INADMISIÓN de la oferta.

4.1.1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta deberá ser suscrita por el representante legal de la firma o la persona natural habilitada para tal fin, utilizando como modelo la carta de presentación suministrada en esta convocatoria pública. **Ver anexo No. 1**, el cual no podrá ser modificado en su contenido, cualquier cambio de fondo en ella, será motivo de rechazo de la propuesta.

4.1.2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

El proponente deberá allegar el certificado de inscripción de documentos, expedido por la Cámara de Comercio, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendarios anteriores al cierre de la presente convocatoria, donde conste quién ejerce la representación legal, las facultades del mismo, que su objeto social corresponde el objeto de la presente Convocatoria Pública.

Cuando el monto de la propuesta fuere superior al límite autorizado al Representante Legal, el oferente deberá anexar, desde el momento de la presentación de su oferta, la correspondiente autorización impartida por la Junta de Socios, o el estatuto de la sociedad que tenga esa función y que lo faculte específicamente para presentar la propuesta en este proceso de selección y celebrar el contrato respectivo, en caso de resultar seleccionado.

En el evento que del contenido del Certificado expedido por la Cámara de Comercio, se haga la remisión a los estatutos de la Sociedad para establecer las facultades del Representante Legal, el oferente deberá anexar copia de la parte pertinente de dichos estatutos, y si de éstos se desprende que hay limitación para presentar la propuesta en cuanto a su monto, se deberá igualmente adjuntar desde el momento de la presentación de la oferta, la autorización específica para participar en este proceso de selección y suscribir el contrato con la ENTIDAD en caso de resultar seleccionado.

En ofertas conjuntas (Consortio o Unión Temporal), cada uno de sus integrantes debe cumplir con los requisitos señalados en este numeral.

Si la propuesta se presenta a nombre de una Sucursal, se deberá anexar los Certificados tanto de la Sucursal como de la Casa Principal.

En el Certificado la duración de la sociedad, no podrá ser inferior al plazo del contrato y un (1) años más, el consorcio, unión temporal o coaseguro, cada integrante deberá cumplir este requisito, so pena de ser rechazada la propuesta

4.1.3. R.U.T INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. Las actividades reportadas en este documento deberán coincidir con las reportadas en el RUP.

4.1.4. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES

En el Registro Único de proponentes, se determinara, los siguientes aspectos, de acuerdo con el Decreto 1082 de 2015:

1. **La Experiencia**, entendida por los contratos celebrados por el proponente, identificados con el Clasificador de Bienes y Servicios en el tercer nivel y su valor expresado en SMMLV. El proponente deberá registrar los bienes ofertados de acuerdo con el Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas o UNSPSC:

CÓDIGO ESTÁNDAR DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE NACIONES UNIDAS O UNSPSC			
<u>Segmentos</u> ▲	<u>Familia</u>	<u>Clase</u>	<u>Nombre</u>
84	8413	841316	Servicios financieros y de Seguros-servicios de seguros y pensiones-seguros de vida, salud y accidentes.

4.1.5 CERTIFICADO EXPEDIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

El proponente deberá presentar la autorización expedida por la Superintendencia Financiera para operar en Colombia, en el desarrollo de actividades de seguros correspondientes a la presente convocatoria. El certificado deberá expresar la fecha de constitución del proponente, la representación legal, el ramo de Seguros que se exige en la presenta convocatoria, y que se encuentra autorizado para operar en Colombia.

4.1.6 PÓLIZA DE GARANTÍA DE SERIEDAD ENTRE PARTICULARES.

El Proponente debe presentar de manera simultánea con la propuesta, so pena de rechazo, una Garantía de Seriedad de la Oferta que cumpla con los parámetros, condiciones y requisitos que se indican a continuación.

El proponente deberá constituir dicha póliza de garantía de seriedad de la oferta a favor de La UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, formato particular, por el 10% del valor total del presupuesto oficial y con una vigencia de noventa (90) días contados a partir de la fecha de cierre del proceso, en los términos de la presente Convocatoria. Deberá amparar los perjuicios que se deriven del incumplimiento del ofrecimiento, y asegure la firma, legalización, perfeccionamiento y cumplimiento de los requisitos establecidos para el inicio de ejecución del Contrato por parte del Adjudicatario.

Si el proponente es una persona jurídica, la póliza o garantía de Seriedad de la Propuesta debe tomarse de conformidad con el nombre o razón social que figura en el certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio respectiva.

Si el proponente es un Consorcio o Unión Temporal, la garantía de Seriedad de la Propuesta deberá tomarse a nombre de todos y cada uno de sus integrantes, indicándose para tal caso, el nombre del Consorcio o Unión Temporal.

El proponente deberá presentar con su oferta, una póliza de garantía de Seriedad de la propuesta en pesos colombianos para garantizar que si el contrato le es adjudicado lo formalizará en los términos y plazos estipulados en este pliego de condiciones.

Sin embargo, la vigencia de la garantía de seriedad de la propuesta podrá modificarse a pedido de la Universidad del Cauca, el cual, así mismo podrá solicitar al proponente, ampliar su vigencia hasta un plazo máximo de sesenta (60) días. Los gastos que ocasione su ampliación serán de cuenta del proponente.

4.1.7 CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES:

Deberá aportarse en la oferta el documento de constitución de consorcio o unión Temporal, para lo cual se diligenciarán el Formato anexo No. 4 para consorcios y el Formato Anexo No. 5 para el caso de unión temporal.

Cada una de las personas jurídicas miembros de consorcios o uniones temporales que participen en la convocatoria deberán aportar el certificado de existencia y representación en las condiciones antes descritas para las sociedades colombianas.

En el evento en que existan limitaciones estatutarias a la capacidad de su representante para comprometerlas en el contrato a celebrar, deberán aportar autorización del órgano social competente facultando a quien obre en nombre y representación de la persona jurídica para participar en el consorcio o unión temporal y a través de éste presentar propuesta, suscribir y ejecutar el contrato.

- a)** Si la participación es a título de Consorcio o de Unión Temporal, las reglas básicas que regulen las relaciones entre sus integrantes.

Si se trata una de Unión Temporal deberán indicarse los términos y extensión (actividades y porcentaje) de la participación en la propuesta y en la ejecución del contrato, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la Universidad. De no hacerse esto último, se considerará que sus integrantes asumen la responsabilidad solidaria.

- b)** La duración del Consorcio o de la Unión, que deberá ser por el lapso comprendido entre el cierre de la Invitación y la duración del contrato y cuatro meses más.
- c)** La designación de la persona que tendrá la representación del Consorcio o de la Unión Temporal, indicando expresamente sus facultades. El representante legal deberá contar con facultades amplias y suficientes para formular la propuesta y obligar a todos los integrantes del consorcio o Unión temporal. En documento de conformación del Consorcio o Unión no podrán imponerse limitaciones al representante para formular la propuesta y si éste las excede, la propuesta será rechazada.

Una vez constituido el Consorcio o Unión Temporal no podrá haber cesión del mismo entre quienes lo integran salvo que LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD lo autorice previamente y por escrito en los casos en que legalmente está permitido.

4.1.8 PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Cuando el proponente sea una **persona jurídica**, **deberá presentar una certificación**, expedida por el Revisor Fiscal, cuando este exista, conforme a la Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003 y el Decreto Ley 2150 de 1995, o por el Representante Legal cuando no se requiera Revisor Fiscal, donde se certifique el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. **Dicho documento debe certificar que, a la fecha de presentación de su oferta, ha realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses**, contados a partir de la citada fecha, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución. (Artículo 50 Ley 789 de 2002).

La Unidad de Salud de la Universidad verificará únicamente la acreditación del respectivo pago a la fecha de presentación de la oferta, sin perjuicio de los efectos generados ante las entidades recaudadoras por el no pago dentro de las fechas establecidas en las normas vigentes.

En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo. En este evento el oferente deberá anexar certificación expedida por la entidad con la cual existe el acuerdo de pago.

Cuando se trate de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus miembros integrantes que sea persona jurídica, deberá aportar el certificado aquí exigido.

4.1.9 CEDULA DE CIUDADANÍA O DE EXTRANJERÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL

El PROPONENTE deberá presentar la respectiva copia de la Cédula de Ciudadanía o de Extranjería del Representante Legal.

En caso de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de los miembros deberá presentar éste documento.

4.1.10 AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR PROPUESTA Y SUSCRIBIR CONTRATO

Si el representante legal del PROPONENTE o de alguno de los integrantes de un consorcio o unión temporal requiere autorización de sus órganos de dirección para presentar propuesta, y para suscribir y legalizar el contrato, en caso de ser asignado, deberá anexar los documentos que acrediten dicha autorización, debidamente firmados por el presidente o el secretario de la reunión del órgano competente para emitir dicha autorización de acuerdo con los estatutos o reglamentos de la respectiva persona jurídica.

En caso que la propuesta sea presentada por el representante legal suplente del proponente, se deberá allegar el documento idóneo que dé cuenta de la falta absoluta, temporal o transitoria del representante legal principal.

Si el representante legal del PROPONENTE o de alguno de los integrantes de un consorcio o unión temporal, no se encuentra obligado a contar con la señalada

autorización, tanto para presentar PROPUESTA como para suscribir y legalizar el respectivo contrato, el PROPONENTE deberá incluir en su PROPUESTA un documento que certifique esta situación, respectivamente firmado por el representante legal principal.

En caso de nombrar apoderado, él deberá identificarse con su documento de identidad (Cedula de Ciudadanía) aportando copia de la misma, junto con el poder el cual debe cumplir con las formalidades establecidas en los artículos 74 y siguientes del código general del proceso, con presentación personal por tratarse de un poder especial (Decreto 019 de 2012).

4.1.11 CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Se considera documento necesario la certificación referida a que el proponente en su condición de Persona Jurídica. Consorcio y Unión Temporal, deberá presentar la certificación en la que se indique que no se encuentra en el Boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República **vigente**, de acuerdo con lo establecido en ley 610 de 2000.

4.1.12 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

El proponente en su condición de Persona Jurídica. Consorcio y Unión Temporal, deberá presentar el certificado vigente de Antecedentes Disciplinarios producido por la Procuraduría General de la Nación.

4.1.13 ÍNDICE GENERAL DE LA PROPUESTA.

Cada propuesta, deberá llevar un índice de su contenido donde se relacionen en forma clara los documentos de la misma debidamente foliados.

4.1.14 VERIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA

El proponente deberá presentar debidamente diligenciada la información del **Formato anexo No. 7.** con la información financiera con corte al 31 de diciembre de 2015, los cuales forman parte integral del pliego de condiciones y deberán estar firmados por el Representante Legal del proponente, el Contador y el Revisor Fiscal si a él hay lugar según lo dispuesto en el parágrafo 2º del artículo 13 de la Ley 43 de 1990. Si se omite la firma del Representante Legal en los mismos, ésta se entenderá subsanada con su firma en la propuesta.

En el caso de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus integrantes deberá allegar la misma documentación y requisitos mencionados en el presente numeral. En este evento, la firma del Representante Legal, podrá ser la de cada integrante del Consorcio o Unión Temporal, o la del Representante Legal del Consorcio o Unión Temporal.

El proponente y todos los integrantes de los Consorcios o Uniones temporales deberán presentar, junto con los formatos antes citados, fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios, tanto del contador como del revisor fiscal, y la certificación expedida por la Junta Central de Contadores, vigentes a la fecha límite para la presentación.

LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD podrá verificar in situ la información financiera de los interesados. Igualmente, podrá verificar ante la Junta

Central de Contadores, los antecedentes disciplinarios de quienes suscriben la información financiera, en calidad de Contador y Revisor Fiscal.

Información Financiera:

Los Indicadores Financieros solicitados que se requieren con el fin de conocer la situación financiera y los resultados económicos de la empresa, a lo largo de un periodo fiscal, los cuales se verificaran con en el Registro Único de Proponentes-RUP y el anexo No. 7 según aplique, estos deberán ser:

INDICADOR	FORMULA	PERMITIDO
LIQUIDEZ	ACTIVO CORRIENTE/PASIVO CORRIENTE	≥ 1 (MAYOR O IGUAL A 1)
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	(PASIVO TOTAL- RESERVAS TÉCNICAS)/ACTIVO TOTAL	$\leq 85\%$ (menor o igual al 85%)
EXCESO O DEFECTO DEL PATRIMONIO	PATRIMONIO TÉCNICO- PATRIMONIO ADECUADO	POSITIVO

4.1.15 EJEMPLARES DE LAS PÓLIZAS Y SUS ANEXOS

El proponente deberá presentar los ejemplares de las pólizas para las cuales presenta oferta.

El oferente deberá adjuntar con su propuesta, copia de las condiciones generales que serán aplicables al contrato que llegue a suscribirse, las cuales no podrán ser modificadas unilateralmente por la aseguradora, excepto que las mismas vayan en beneficio de la Entidad.

No se aceptarán textos que incluyan obligaciones del asegurado para con los reaseguradores o corredores de reaseguro, al igual que no se aceptarán textos en inglés o en cualquier otro idioma distinto al castellano.

NOTA: Las condiciones generales presentadas por el proponente tendrán vigencia durante el plazo de la adjudicación y en consecuencia no podrán ser variadas ni modificadas por el proponente ni por el adjudicatario durante la ejecución del contrato, salvo que los cambios o modificaciones sean benéficas para la Entidad, y se incorporarán mediante anexo a la póliza o pólizas que sean del caso.

4.1.16. PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE Y ATENCIÓN DE SINIESTROS

El proponente deberá señalar el término de respuesta y los documentos exigidos para la reclamación en caso de siniestro en cada uno de los ramos para los cuales presente oferta, sin que sean admitido a documentos no pertinentes para cumplir con las obligaciones señaladas en el artículo 1077 del Código de Comercio, para el asegurado y el número de días dentro de los cuales se efectuará el pago o repondrá el bien.

El proponente deberá tener en cuenta que el plazo máximo que podrá ofrecerse para el pago de los siniestros será dentro del mes siguiente a la fecha en que la Entidad o el beneficiario formalicen el siniestro, acorde con lo establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio.

NOTA : El proponente deberá expresar los documentos que debe aportar el asegurado para efectos de girar o entregar los recursos derivados de una indemnización reconocida por la aseguradora, los cuales NO PODRÁN ser tomados como documentos mínimos para el reconocimiento del siniestro ni ser un obstáculo para el pago de la indemnización, siendo procedente la aplicación de las sanciones de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, en cuanto al no pago dentro del mes siguiente a la demostración de la ocurrencia y la cuantía de la pérdida.

4.1.17 INFRAESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El proponente deberá presentar un organigrama de la compañía y de la oficina que tendrá a su cargo la administración y manejo del(os) contrato(s) de seguros, en los que refleje la organización del proponente o de cada uno de sus integrantes, si el mismo es un Consorcio o una Unión Temporal.

Antes del inicio de la vigencia técnica de las pólizas, el proponente deberá presentar un documento en virtud del cual, relacione las sucursales o agencias en donde presta sus servicios, indicando el nombre, dirección y teléfono de la persona representante de la oficina.

Así mismo, deberá indicar de forma clara y precisa los nombres de las personas que estarán atendiendo cada uno de los servicios necesarios para la ejecución del contrato, como son:

- Director o responsable de la atención.
- Responsable de la expedición de las pólizas
- Responsable de la atención de los siniestros, si son varias personas, según el ramo, deberá expresarse tal condición.
- Responsable de cartera.

4.1.18 PROPUESTA ECONÓMICA

Conforme al Formato Anexo No. 2.

4.1.19 EXPERIENCIA DEL OFERTANTE

Experiencia específica: El oferente deberá haber celebrado como mínimo uno (1) máximo tres (3) contratos, cuyo objeto sea el solicitado en la presente convocatoria.

Lo anterior se acreditará con certificaciones suscritas por el representante legal o el delegado de la entidad contratante, que contendrán la siguiente información:

- Nombre o razón social de la empresa o persona contratante del servicio.
- Objeto del contrato.
- Valor del contrato.
- Fecha del contrato.
- Número de estudiantes asegurados.

Para efectos de acreditar la experiencia requerida, las Aseguradoras, que hayan contratado con alguna UNIVERSIDAD, deberán relacionar los contratos suscritos con la Institución, detallando su fecha de inicio, terminación y cuantía. Se aceptarán también certificación de la entidad que detalle la información solicitada ó copia de la póliza siempre y cuando cumplan con los requisitos solicitados.

La Universidad del Cauca, internamente, verificará la información enunciada. (Como mínimo dos (2) contratos diferentes, no prórrogas de un mismo contrato)

4.1.20. RELACIÓN DE LAS FIRMAS REASEGURADORAS

El ofertante presentará la relación de los reaseguradores que respalden la póliza del programa de seguros. Al efecto se debe diligenciar el FORMATO ANEXO No 03. En caso de ceder participación a un Reasegurador, de lo contrario deberá informar si asume el 100% del Riesgo.

4.1.21 REQUISITOS MÍNIMOS TÉCNICOS

Las Condiciones Básicas Técnicas de Referencia que se encuentran contenidas en la Sección II de este pliego de condiciones y corresponden a los términos de las coberturas, cláusulas y demás condiciones particulares mínimas exigidas por la entidad, que por sus especiales características requieren de una exigencia particular de cumplimiento que no puede obviarse y por lo tanto los proponentes deben con base en éstas formular sus ofertas.

LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA entenderá ofrecidas dichas condiciones con la sola presentación de la oferta. Sin embargo, la Unidad de Salud obliga que las Condiciones Básicas Técnicas de Referencia contenidas en el formato de Excel adjunto, deberá entregarse impreso y firmado por el Representante Legal sin modificaciones (cualquier modificación no será tenida en cuenta).

En todo caso, y considerando que las Condiciones Técnicas Básicas Habilitantes del punto 2 corresponden a condiciones obligatorias de carácter particular, en caso de existir discrepancia entre éstas y cualquiera de los textos de la oferta o de las pólizas, clausulados generales, certificados y/o demás documentos contenidos en la propuesta, las Condiciones Técnicas Básicas Habilitantes del sesión II prevalecerán sobre cualquier información y/o condición.

4.1.22 PROPUESTA TÉCNICA

El proponente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes formatos debidamente diligenciados:

FORMATO No. 2 - RESUMEN DE LA OFERTA ECONÓMICA Y EL ANEXO DE CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS DE REFERENCIA adjunto en formato de Excel, el cual debe ser exclusivamente firmado por el proponente sin realizar ningún cambio ya que ello sería causal de rechazo.

La omisión o presentación incompleta de la oferta genera el RECHAZO de la misma.

Los precios ofrecidos deberán ser en pesos colombianos, presentando cifras enteras, tanto en los precios unitarios como totales, incluyendo todos los conceptos relacionados con el objeto de la presente contratación.

Los demás conceptos no previstos en la oferta, no serán asumidos por LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

En el evento de no discriminar el IVA y que el valor de los bienes y servicios ofrecidos causen dicho impuesto, LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA lo considerará incluido en el valor de la oferta o en el evento de discriminar el IVA y no causen dicho impuesto, éste no será tenido en cuenta.

4.1.23. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

Las propuestas deberán ser presentadas en original y fotocopia debidamente foliada con el respectivo índice.

4.1.24. PRESENTACIÓN MATRIZ DE RIESGO: Deberá aportarse en la oferta el documento de matriz de riesgo, para lo cual se diligenciará el Formato anexo No. 6.

SECCIÓN V

5.1. REVISIÓN DE LAS PROPUESTAS FRENTE A LAS EXIGENCIAS DE LOS PLIEGOS DE CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA PUBLICA

Para personas naturales y jurídicas o para los integrantes de consorcios o uniones temporales se verificará que no figuren en el boletín sobre responsables fiscales vigentes expedido por la Contraloría General de la República. En caso de estar incluido en este boletín, se declarará NO ADMISIBLE la propuesta.

Al realizar el análisis jurídico de las propuestas se verificará que ellas cumplan con todos los documentos exigidos en los presentes pliegos de condiciones.

Aquellas propuestas que cumplan con todos los requisitos documentales serán declaradas ADMISIBLES

Aquellas propuestas que no cumplan con todos los requisitos documentales serán declaradas NO ADMISIBLES.

Los ofertantes deben presentar propuesta sin aplicación de deducible, en caso contrario se rechazará la propuesta general, por considerarla NO ADMISIBLE.

5.2. COMITÉ TÉCNICO DE APOYO

El Comité técnico de apoyo estará conformado por JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA. y aquellos que la Junta de licitaciones de la Unidad de Salud de la Universidad delegue.

5.3. FACTORES DE ESCOGENCIA Y EVALUACIÓN:

Una vez se efectúen las revisiones de los diferentes factores técnicos antes reseñados, se elaborará un cuadro comparativo de las cotizaciones, presentando el orden de elegibilidad, en el cual se discriminarán los aspectos citados.

La revisión de los requisitos jurídicos será elaborada por parte de la Oficina Jurídica, la cual no otorga puntaje, sin embargo el no cumplimiento de los requisitos de tipo legal exigidos en los pliegos hará inamisible la propuesta. De igual manera se presentará el informe financiero de la propuesta, por parte de la División Financiera y la Revisión Técnica por parte del Comité Técnico designado.

El Comité Técnico elaborará un informe, previo análisis comparativo de las propuestas que se ciñan estrictamente a los requisitos establecidos en la presente invitación, y lo remitirá a la Junta de licitaciones y contratos quienes lo revisarán y de estar conforme con las condiciones fijadas, recomendará al Rector de la Universidad la propuesta más favorable a la Entidad y a los fines que ella busca, teniendo en cuenta para el efecto lo que a continuación se describe:

5.4.FACTORES DE EVALUACION Y CALIFICACION

LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA procederá a efectuar la evaluación y calificación de las propuestas, cuando hayan sido habilitadas jurídica, financiera, en experiencia, en organización y técnicamente, y hayan presentado oferta económica y póliza de seriedad de la oferta.

Las ofertas serán evaluadas aplicando los mismos criterios para todas ellas, realizando una selección objetiva que le permita a la Entidad asegurar la escogencia del ofrecimiento más favorable y la realización de los fines que busca con este proceso, sobre un total de 1.000 puntos por póliza discriminados de acuerdo con los siguientes factores:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJES PARCIALES
ESPECIFICACIONES TECNICAS OBLIGATORIAS	CUMPLE/NO CUMPLE
ECONÓMICO (PRIMAS)	300
DEDUCIBLE	150
LÍMITE DE COBERTURA POR SINIESTRO	150
MAYOR VIGENCIA	400
TOTAL DE PUNTAJE	1000

5.5. FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA

Teniendo en cuenta que las ESPECIFICACIONES MINIMAS OBLIGATORIAS no podrán ser modificadas, se da por entendido con la presentación de la oferta que estas condiciones han sido aceptadas.

5.6. FACTOR ECONÓMICO

Al menor precio ofrecido se le asignará el puntaje máximo 300 puntos, los demás obtendrán un puntaje de acuerdo con la siguiente fórmula: $P = P_m \times P_b / P_c$

Donde:

- P: Puntaje para el criterio precio
- Pb: Valor de la propuesta más baja
- Valor de la propuesta
- Pc: comparada
- Puntaje máximo asignado al
- Pm: criterio

5.7. FACTOR DE DEDUCIBLE

Para la calificación del deducible, se aplicarán los siguientes puntajes de acuerdo

con el ofrecimiento de los proponentes:

DEDUCIBLE	PUNTAJE
\$ 30.000.000	20 PUNTOS
\$ 28.000.000	75 PUNTOS
\$ 25.000.000	150 PUNTOS

Nota: Solo se tendrán en cuenta los deducibles enunciados para la propuesta.

5.8. LÍMITE DE COBERTURA POR SINIESTROS:

Para la calificación del deducible, se aplicarán los siguientes puntajes de acuerdo con el ofrecimiento de los proponentes:

LÍMITE DE COBERTURA POR SINIESTRO	PUNTAJE
\$ 250.000.000	150 PUNTOS
\$ 220.000.000	75 PUNTOS
\$ 200.000.000	20 PUNTOS

Nota: Solo se tendrán en cuenta los límites aquí enunciados.

5.9 MAYOR VIGENCIA

La mayor vigencia en días para todos los grupos tendrá una calificación de cuatrocientos (400) puntos y las demás, una calificación proporcional inferior, utilizando una regla de tres. Los proponentes deberán tener en cuenta que la vigencia mínima a contratar es de un año, sin embargo solo sumará siempre que ofrezcan mayor vigencia dentro del presupuesto.

5.10. CRITERIOS DE DESEMPATE

De presentarse un empate en la puntuación de dos o más propuestas en el primer lugar, se procederá de la siguiente manera:

Para dirimir un eventual empate en la evaluación de las propuestas que se lleguen a presentar en esta Invitación, se acudirá a los siguientes criterios:

1. En primer lugar se adjudicará al ofertante que tuviere menor precio.
2. Si persistiera el empate, se adjudicará al ofertante que proponga mayor vigencia.
1. Si persistiera el empate, se adjudicará al ofertante que tuviere menor deducible.

Finalmente si una vez aplicados todos los criterios anteriores persistiera el empate, se acudirá a un sorteo, de acuerdo con el mecanismo que se determinará en el momento de la audiencia.

4. Si persiste el empate, la UNIVERSIDAD debe utilizar las siguientes reglas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar el oferente favorecido, respetando los compromisos adquiridos por Acuerdos Comerciales:

Preferir la oferta de bienes o servicios Nacionales frente a la oferta de bienes o servicios extranjeros.

Preferir las ofertas presentadas por una Mipyme Nacional.

Preferir la oferta presentada por un Consorcio, Unión Temporal, Coaseguro, o promesa de sociedad futura siempre que: (a) esté conformado por al menos una Mipyme Nacional que tenga una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%); (b) la Mipyme aporte mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta; y (c) ni la Mipyme, ni sus accionistas, socios o representantes legales sean empleados, socios o accionistas de los miembros del Consorcio, Unión Temporal o, Coaseguro o promesa de sociedad futura.

Preferir la propuesta presentada por el oferente que acredite en las condiciones establecidas en la ley que por lo menos el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad a la que se refiere la ley 361 de 1997. Si la oferta es presentada por un Consorcio, Unión Temporal, Coaseguro o promesa de sociedad futura, el integrante del oferente que acredite que el diez por ciento (10%) de su nómina está en condición de discapacidad en los términos del presente numeral, debe tener una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25%) en el Consorcio, Unión Temporal, Coaseguro o promesa de sociedad futura y aportar mínimo el veinticinco por ciento (25%) de la experiencia acreditada en la oferta.

SECCIÓN VI ADJUDICACIÓN

La adjudicación del contrato se hará a la propuesta que ocupe el primer lugar en los resultados de la evaluación. En la resolución de adjudicación serán resueltas las observaciones formuladas por los proponentes al informe de evaluación. Igualmente se señalará el proponente favorecido y el calificado en segundo lugar. En el evento en que no se suscriba el contrato con el proponente calificado en primer lugar dentro del plazo establecido para el efecto, si la oferta del calificado en segundo lugar, se considera igualmente favorable para la Entidad, podrá suscribirse el contrato con éste.

La notificación del acto administrativo de adjudicación se hará personalmente al proponente favorecido. A los no favorecidos se les comunicará, a través de la página web, dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a su expedición.

La resolución de adjudicación es irrevocable y obliga a la Entidad y al adjudicatario. El acto de adjudicación no tendrá recursos por la vía gubernativa.

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca podrá declarar desierta la convocatoria pública dentro del término de adjudicación del contrato, únicamente por motivos o causas que impidan la escogencia objetiva de acuerdo con los términos del Acuerdo 064 de 2008 o porque sobrevengan razones de fuerza mayor o graves inconvenientes que impidan a la Unidad de Salud de la Universidad cumplir con las obligaciones contractuales futuras, la anterior circunstancia no da derecho a los oferentes para solicitar indemnización alguna.

• **AUTORIDAD COMPETENTE PARA ADJUDICAR**

- Corresponde adjudicar el contrato al Rector de la UNIVERSIDAD DEL CAUCA.
- El acto de adjudicación es irrevocable y obliga a la UNIVERSIDAD DEL CAUCA y al adjudicatario.

- **PLAZO PARA LA EXPEDICIÓN DE LAS PÓLIZAS.**

El ofertante favorecido deberá expedir las Pólizas objeto de esta Invitación dentro los **cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se reporte el primer grupo de estudiantes por parte de la Universidad,** siempre y cuando se garanticen formalmente a la Universidad, las coberturas expresadas en la propuesta, de conformidad con la vigencia técnica expresada en el numeral 1.6 de la presente convocatoria.

Nota: La Universidad del Cauca se reserva la facultad de solicitar las aclaraciones, que considere pertinentes.

SECCION VII CRONOGRAMA

El cronograma podrá ser modificado por la UNIVERSIDAD. Cualquier variación será comunicada a través de la página Web www.unicauca.edu.co.

CRONOGRAMA

Actividad	Fecha	Lugar
Publicación de la Convocatoria Publica	17 de junio de 2016	www.unicauca.edu.co
Plazo para presentar observaciones al pliego de Condiciones	Del 17 de junio de 2016 al 20 de junio de 2016	talentohumano@javierpaz.com contratacion3@unicauca.edu.co
Respuesta a observaciones y publicación de Adenda	23 de junio de 2016, 4:00 p.m	Respuesta a observaciones al correo y publicación de adenda a www.unicauca.edu.co
Presentación de Ofertas.	28 de junio de 2016 a las 10:00 a.m.	Vicerrectoría administrativa Calle 4 N° 5 -30 segundo piso
Apertura y Evaluación	28 de junio de 2016 a las 10.30 a.m.	Vicerrectoría administrativa Calle 4 N° 5 -30 segundo piso
Observaciones a la calificación	28 de junio de 2016, hasta las 6:00 p.m.	talentohumano@javierpaz.com contratacion3@unicauca.edu.co y por escrito a la Vicerrectoría administrativa: Calle 4 N° 5 -30/ segundo piso

Atentamente,

YENETH NOGUERA RAMOS
Rectora Delegataria

FORMATO ANEXO No. 1

FORMATO DE CARTA DE ACEPTACIÓN DE LOS PLIEGOS DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA No 21 de 2016 PARA 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 SALUD - UNISALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Popayán, _____

Señores
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Ciudad.

El
suscrito _____ legalmente
autorizado para actuar en nombre de _____ de
acuerdo con las normas establecidas en los términos de la convocatoria pública de la Universidad del Cauca, hago llegar a Ustedes la siguiente propuesta para **LA CONTRATACIÓN DE 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 SALUD - UNISALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

Para tal efecto declaro:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse, solo compromete al firmante de esta carta o a quien representa.
- Que ninguna Entidad o Persona distinta del firmante tienen interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conozco y acepto los documentos, especificaciones y demás condiciones que rigen esta propuesta y por ello las coberturas y cláusulas básicas que solicita la Universidad, en caso de no mencionarlas y no estar expresamente excluidas, se entenderán comprendidas en la propuesta, sin valor adicional alguno a cargo de la Universidad.
- Que conozco y acepto los documentos, especificaciones y demás condiciones que rigen esta propuesta.
- Bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades señaladas por la ley.
- Bajo gravedad del juramento que me encuentro a paz y salvo por concepto de impuestos sobre la renta y complementarios a la fecha de cierre de la presente Convocatoria pública y que no figuro como responsable en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República.

- Que me comprometo a ejecutar estas actividades en el tiempo estipulado en la presente convocatoria pública y que me comprometo a suscribir las prórrogas por el tiempo que la Universidad del Cauca considere pertinentes.
- Que en caso de salir favorecido con la adjudicación del contrato, acepto la notificación de los actos administrativos que para el efecto surta la universidad del Cauca, vía fax al No. _____, renunciando a término de ejecutoria favorable.
- Que la presente propuesta en sobre No. 1, consta de: _____ folios debidamente numerados.
- Que acepto LAS CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS DE REFERENCIA de la presente convocatoria y me comprometo, en el evento de ser adjudicatario, a expedir la Póliza en las condiciones exigidas en los pliegos, o a mejorarlas. Y en caso de presentarse diferencia entre la póliza y los pliegos acepto que prevalecerán los pliegos, o la propuesta presentada.
- Acusamos recibo de las adendas Nros. _____

Atentamente,

C.C. No. _____

Dirección _____

Teléfono _____

FORMATO ANEXO No. 2

**CONVOCATORIA PÚBLICA No. 21 DE 2016
RESUMEN TÉCNICO Y ECONÓMICO DE LA PROPUESTA**

OPCION	COBERTURA PATOLOGIAS NOMBRADAS
DEDUCIBLE	\$25'000.000 a \$30.000.000
LIMITE	\$200.000.000 o \$220.000.000 Para definición de Unicauca
LIMITE DE RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA PÓLIZA	SIN LÍMITE
MAYOR VIGENCIA	MESES DE MAYOR VIGENCIA OFERTAR
VALOR PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	<i>(Señor proponente, registre el valor de la prima propuesta en la opción solicitada)</i> \$

Firma del Representante Legal _____

CONSTITUCIÓN CONSORCIO

FORMATO ANEXO No. 4

Señor
Rector
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Popayán

Los suscritos _____ y _____, quienes actuamos en nombre de _____ y _____, manifestamos a usted nuestra voluntad y decisión de asociarnos en Consorcio, para participar en la convocatoria pública No.21 PARA 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 SALUD - UNISALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Denominación: el Consorcio se denomina _____

1. Integración: El Consorcio está integrado por:

NOMBRE	NIT O CC	% DE PARTICIPACIÓN

2. Duración: La duración del Consorcio se extenderá desde la presentación de la propuesta hasta la extinción del amparo de calidad del servicio, incluido en la garantía única que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato.
3. Responsabilidad: Los consorciados responderemos solidariamente por el cumplimiento total de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Ley.
4. Representante: Para todos los efectos, el representante del consorcio es _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de ser favorecido en la adjudicación, para celebrar el contrato y efectuar su liquidación, con el fin de cumplir con las obligaciones contractuales que adquiera el Consorcio.
5. Sede del Consorcio:

Dirección:
Teléfono.
Telefax:

Ciudad:

Para constancia se firma en Popayán, a los _____ de 2.014.

C. C. No de

C. C. No de

CONSTITUCIÓN UNIÓN TEMPORAL
FORMATO ANEXO No. 5

Señor
Rector
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Popayán

Los suscritos _____ y _____, quienes actuamos en nombre de _____ y _____, manifestamos a usted nuestra voluntad y decisión de asociarnos en Unión Temporal, para participar en LA CONVOCATORIA PÚBLICA **No. 21 de 2016**, cuyo objeto se refiere a 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 SALUD - UNISALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

6. Denominación: La Unión Temporal se denomina _____
7. Integración: La Unión Temporal está integrada por:

NOMBRE	NIT O CC	% DE PARTICIPACIÓN

8. Duración: La duración de la Unión Temporal se extenderá desde la presentación de la propuesta hasta la extinción del amparo de calidad del suministro, incluido en la garantía única que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato.
9. Responsabilidad: Los miembros de la Unión Temporal responderemos individualmente de acuerdo con la participación de cada uno de nosotros en la ejecución del contrato, por el cumplimiento total de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato, de acuerdo con lo estipulado en la Ley.
10. Representante: Para todos los efectos, el representante de la Unión Temporal es _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, quien está expresamente facultado (a) para firmar y presentar la propuesta y, en caso de ser favorecido en la adjudicación, para celebrar el contrato y efectuar su liquidación, con el fin de cumplir con las obligaciones contractuales que adquiera la Unión Temporal.
11. Sede de la Unión Temporal:

Dirección:

Teléfono.
Telefax:
Ciudad:

Para constancia se firma en Popayán, a los _____ de 2.016.

C. C. No de

C. C. No de

**FORMATO ANEXO No. 6
MATRIZ DE RIESGOS**

LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA ha tipificado, estimado y asignado provisionalmente los siguientes riesgos:

CLASE DE RIESGOS	TIPIFICACION DEL RIESGO			ASIGNACION DEL RIESGO		ESTIMACION DEL RIESGO
	No.	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	ENTIDAD	PROPONENTE Y/O CONTRATISTA	PROBABILIDAD DE OCURENCIA
JURIDICOS y/o LEGALES y/o DOCUMENTALES	1	Errores involuntarios que hayan quedado en los pliegos de condiciones, estudios previos, anexos técnicos, operaciones aritméticas y/o demás documentos del proceso.	Hace referencia a cualquier error que se pueda presentar en los archivos publicados en la página WEB. Riesgo que asume la ENTIDAD y el CONTRATISTA. Es obligación de las dos partes informar oportunamente y antes del cierre del proceso estos eventos, con el fin de proceder a su solución mediante adendas en caso de ser necesario.	X	X	B
	2	No suscripción del contrato o cambios en las condiciones ofertadas por el contratista.	Riesgo que asume el CONTRATISTA. 100%		X	B
	3	Cambios en la normatividad de los contratos de seguros que beneficien los intereses del asegurado y que deben ser incorporados en el contrato suscrito.	Riesgo que asume el CONTRATISTA. 100%		X	B
FINANCIEROS y/o DE MERCADO	4	Aumento de la siniestralidad de la póliza y/o aumento de la siniestralidad en clientes del contratista	Riesgo que asume el CONTRATISTA. 100%		X	M
	5	Cambios en las condiciones de los contratos de reaseguro que ha suscrito el contratista y/o el retiro de respaldo de los reaseguradores	Riesgo que asume el CONTRATISTA.		X	B
	TIPIFICACION DEL RIESGO			ASIGNACION DEL RIESGO		ESTIMACION DEL RIESGO

CLASE DE RIESGOS	No.	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	ENTIDAD	PROPONENTE Y/O CONTRATISTA	PROBABILIDAD DE OCURENCIA
	6	Cambios en la situación financiera del contratista que hace la toma de decisiones por parte de la Superintendencia Financiera	Riesgo que asume el CONTRATISTA y la ENTIDAD	X	X	B
	7	Inclusión de condiciones adicionales que cambian la situación financiera o exigen mayores recursos financieros del contratista	Riesgo que asume el CONTRATISTA 100%.		X	B
TECNICOS y/o DE EJECUCION	8	Revocación de las pólizas que han sido adjudicadas al contratista	Riesgo que asume la ENTIDAD y el contratista.	X	X	M
	9	Inclusión de requisitos adicionales para el pago de los siniestros o cambios en las condiciones contratadas, de manera unilateral por parte del contratista.	Riesgo que asume el contratista 100%		X	B
	10	Agotar los límites de cobertura de la póliza.	Riesgo que asume la ENTIDAD 100%	X		M

Adicionalmente, es menester poner de presente el siguiente análisis para precisar la exposición de la entidad al **RIESGO DE DESEQUILIBRIO ECONÓMICO**:

El contrato de seguros comporta la característica de ser aleatorio, tal como lo señala el Art. 1036 del Código de Comercio; este Código en su artículo 868 también contempla que las circunstancias imprevistas, que eximen de obligaciones o que dan lugar a la revisión de las cargas del contrato, no es aplicable en los contratos aleatorios. Considerando, también, que el contrato de seguros tiene como fin el cubrimiento de riesgos, y que estos se definen en el Art. 1054 del mismo Estatuto Mercantil como: *"el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador"* se observa que su fin es cubrir eventos que tienen la característica de imprevistos. Vistas las anteriores razones no habrá lugar a que eventos imprevistos den lugar a desequilibrios contractuales.

Por otra parte, en desarrollo de la vigencia de los seguros, se dan dinámicas propias de la forma como la entidad recibe y entrega bienes e intereses, tales inclusiones y exclusiones dan lugar a ajustes en la prima de seguros, sujeta a la aplicación a prorrata de las tasas que la aseguradora propone. Es así como los riesgos de eventuales desequilibrios en el precio del seguro, están compensados mediante la expedición de los anexos de inclusión o exclusión de bienes.

A su vez, eventuales errores al calcular la tasa según el nivel de deducibles, límites, condiciones particulares y coberturas será imputable al asegurador, quien elabora su propuesta sobre una base adecuadamente informada del estado y calidad de los riesgos que asume. Lo anterior sin perjuicio de las sanciones que la ley y el contrato contemplan por errores y faltas imputables al tomador, asegurado y beneficiario por eventuales comportamientos que determinen disfunción o inoperatividad en el desarrollo del contrato y el cobro de las prestaciones aseguradas.

El Proponente: _____

**FORMATO ANEXO No. 7
ÍNDICES FINANCIEROS**

INDICADOR	FORMULA	PERMITIDO	INDICADOR DEL PROPONENTE
LIQUIDEZ	ACTIVO CORRIENTE/PASIVO CORRIENTE	≥ 1 (MAYOR O IGUAL A 1)	
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	(PASIVO TOTAL-RESERVAS TÉCNICAS)/ACTIVO TOTAL	$\leq 85\%$ (menor o igual al 85%)	
EXCESO O DEFECTO DEL PATRIMONIO	PATROMONIO TÉCNICO-PATRIMONIO ADECUADO	POSITIVO	

Representante Legal Revisor Fiscal
T. P.

Contador
T. P.

Nota: DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD.