



AURORAS.A.

Compañía de Seguros de Vida

NIT 860.022 137-5

POLIZA DE SEGUROS DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

RES. AUTORIZACION RAMO DE ALTO CDSTO Nro.0941 DE AGOSTO 23 DE 2002

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT 891800330-1 TOMADOR UPTC - UNISALUD TIPO DE DOCUMENTO NEGOCIO NUEVO POLIZA No 1245

ASEGURADOS AFILIADOS A LA UPTC - UNISALUD

BENEFICIARIOS UPTC - UNISALUD

DIRECCION CRA. 6 NO. 39 - 115 AV CENTRAL DEL NORTE CIUDAD TUNJA, BOYACA TELEFONO 7436208-7436236

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA DE EXPEDICION		INTERMEDIARIO
	DESDE LAS 0 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 0 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 0 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 0 HORAS (d-m-a)	
12 / 06 / 2019	01 / 05 / 2019	29 / 02 / 2020	01 / 05 / 2019	29 / 02 / 2020	5039

INFORMACION DEL RIESGO

PRIMA POR AFILIADO MES : 13,550.00

VALOR ASEGURADO POR AFILIADO: 202,000,001.00

DEDUCIBLE POR PATOLOGIA O EVENTO POR VIGENCIA : 72,500,000.00

OBSERVACIONES

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD POR AFILIADO/PATOLOGIA/VIGENCIA: \$149.500.001.

LIMITE AGREGADO ANUAL: 1.5 VECES EL VALOR DE LAS PRIMAS EMITIDAS Y RECAUDADAS.

TOTAL A PAGAR

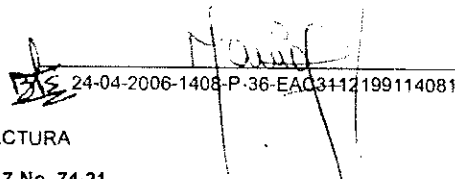
0.00

"LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO." Art. 1068 C. de Co.

UPTC - UNISALUD

COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA
AURORA S.A.


FIRMA CLIENTE


24-04-2006-1408-P-36-EAC3412199114081

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA

DIRECCION DE LA COMPAÑIA PARA NOTIFICACIONES: CARRERA 7 No. 74-21



**POLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
REGIMEN SUBSIDIADO
CONDICIONES GENERALES QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA**

**TOMADOR: UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA - UNISALUD
POLIZA: 1245**

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A, quien para efectos de la presente póliza en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las condiciones aquí estipuladas, así como las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR**; indemnizará hasta por el valor asegurado, el riesgo económico que implica para la Entidad Promotora de Salud (EPS) la atención a los afiliados afectados por enfermedades de alto costo, una vez se acredite que como consecuencia del hecho **LA COMPAÑÍA** deba indemnizar.

CLÁUSULA PRIMERA: - AMPARO BÁSICO

Sujeta a los términos y condiciones de la presente póliza, **LA COMPAÑÍA** indemnizará hasta por el monto de la cobertura máxima pactada, el riesgo económico que implica para la EPS la atención a los afiliados afectados por enfermedades de alto costo, de acuerdo con su definición legal. Queda entendido y convenido que cualquier cambio de las condiciones básicas del Plan Obligatorio de Salud en relación con las enfermedades de alto costo relacionadas en esta póliza será sujeto de discusión, si ello requiere cambio de las condiciones de asegurabilidad, los cambios serán comunicados a **LA COMPAÑÍA** por **EL TOMADOR** durante los diez (10) días calendario siguientes a la ocurrencia de los mismos; **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho a ajustar automáticamente las condiciones de la póliza en aquellos casos en que la norma sea imperativa y de inmediato cumplimiento; a las partes contratantes no les será viable discutir el alcance de las mismas, en tal caso solo habrá lugar a un eventual ajuste de primas y límite asegurado cuando sea el caso y de común acuerdo entre las partes.

CLÁUSULA SEGUNDA: - COBERTURAS

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinámica para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

01/08/2011-1408-NT-P-36-AC140832TAC00001

05/03/2019-1408-P-36-ACS2208200214085-DI00

Carrera 7 No 74 21 Piso 1 PBX : 742 5119 Tel : 552 4570 Bogota, Colombia
NIT. 860.022 137-5

[Handwritten signature]

4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

2.1 TRASPLANTE RENAL, DE CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA O CÓRNEA

Reemplazo con fines terapéuticos de médula ósea, hígado o córnea del paciente, por otro u otros asimilables, proveniente 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 aprobado por la autoridad competente.

Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas en la normatividad vigente y la prestación comprende:

- Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
- Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la entidad promotora de salud del receptor.
- Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o célula a trasplantar, según tecnología disponible en el país en el momento del evento.
- El trasplante propiamente dicho en el paciente.
- Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
- Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
- Los principios activos y/o medicamentos serán cubiertos conforme a la normatividad vigente.

Nota: No estará cubierto el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

2.2 MANEJO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES CARDIACAS, DE AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES

Actividades, intervenciones y procedimientos de imagenología, cardiología y de hemodinamia para confirmación del diagnóstico inicial, la complementación diagnóstica y el control posterior al tratamiento. Procedimientos quirúrgicos para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante de corazón y la cardiectomía del donante y aquellos necesarios para el manejo de las patologías del corazón, grandes vasos que comprende desde la arteria aorta hasta su bifurcación, vasos pulmonares y renales y vena cava, con el control hospitalario, controles postoperatorios, manejo de las

complicaciones directas del acto quirúrgico, las complicaciones relacionadas directamente con la patología y controles postoperatorios; Se excluyen vasos del sistema linfático. Se incluye también la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo del Miocardio.

2.3 TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las operaciones plásticas en cráneo, necesarias para el manejo quirúrgico de las afecciones vasculares y neurológicas intracraneales, afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica. Cubre además las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados, bien sea que el procedimiento quirúrgico lo haya practicado neurocirugía u ortopedia y traumatología.

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

Cubre la intervención quirúrgica y la atención integral a partir del momento de la cirugía hasta la rehabilitación del paciente y el dado de alta del mismo por el médico tratante en los casos de hernia del núcleo pulposo.

2.5 ATENCIÓN EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA CON TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA SU ATENCIÓN Y/O LAS COMPLICACIONES INHERENTES A LA MISMA EN EL ÁMBITO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO

Procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesarias para la atención de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de insuficiencia renal y/o sus complicaciones inherentes, todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.
- 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).

No se cubre el manejo de las patologías coexistentes o coadyuvantes de la enfermedad renal, ni las complicaciones de estas.

2.6 ATENCIÓN INTEGRAL DEL GRAN QUEMADO

Se cubren procedimientos, intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para la atención de pacientes con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal o quemaduras profundas en cara, manos, periné, pies o genitales independientemente de su extensión. Atención ambulatoria u hospitalaria. Internación en servicio de hospitalización de

H. 10/1

cualquier complejidad, que se requiera para su manejo. Intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

Se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

- Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.
- Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
- Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
- Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
- Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
- 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.

2.7 PACIENTES INFECTADOS POR VIH/SIDA

Cubre la atención integral de los pacientes VIH positivos confirmados, ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad requerida, los insumos y materiales, el suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema. La carga viral para VIH/SIDA. Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

2.8 PACIENTES CON CÁNCER

Cubre los estudios para diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, los de complementación diagnóstica y de control, el tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria, la quimioterapia, la radioterapia, el control y el tratamiento médico posterior, y el manejo del dolor del paciente terminal.

Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años; de 6 a 14 años y de 14 años a menores de 18 años, tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

2.9 REEMPLAZOS ARTICULARES

Cubre el reemplazo parcial o total de la articulación de cadera o rodilla con material sintético, con el fin de recuperar la capacidad funcional. Procedimientos quirúrgicos, la prótesis, los derechos de hospitalización, medicina física y rehabilitación inicial intrahospitalaria, manejo de complicaciones relacionadas directamente con el procedimiento quirúrgico y los controles postoperatorios con el médico tratante. El amparo es vigente a partir del momento en que al paciente se le realice el procedimiento quirúrgico.

2.10 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Handwritten mark

Atención dentro de la unidad de cuidados intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

Pacientes críticamente enfermos de todas las edades, para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según las normas de calidad.

- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en cuidados intensivos.
- La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente del sistema.

No se cubrirá en los siguientes casos:

1. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante.
2. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

2.11 MANEJO QUIRURGICO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Cubre los procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de los eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "grupos especiales" (Grupos 20 al 23 del Decreto 2423/96 o de más de 140 UVR del Acuerdo 256 de 2001). Tecnologías en salud (intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.

2.12 MANEJO DEL 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. Lo anterior de acuerdo con la tabla del índice de Trauma Revisado, en el cual se tendrá cobertura cuando el puntaje sea igual o mayor a 15. Atención de urgencias, intervenciones y procedimientos para confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización médica o quirúrgica, tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, rehabilitación, manejo de complicaciones directamente relacionadas con el trauma mayor, control posterior ambulatorio u hospitalario al tratamiento.

CLÁUSULA TERCERA: – LÍMITE ASEGURADO

El límite asegurado, representa 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 y está claramente definida en la carátula de la póliza y en los anexos que hacen parte integral de la póliza.

CLÁUSULA CUARTA: – DEDUCIBLE

Corresponde al monto de los gastos de cada una de las enfermedades amparadas, estipulado en la carátula de la póliza, que se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre está a cargo del **TOMADOR**. El deducible es por patología por paciente y por vigencia de la póliza.

CLÁUSULA QUINTA: – LIMITACIONES DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA indemnizará el riesgo económico que implica para la EPS la atención de los afiliados afectados por enfermedades definidas por la norma como de alto costo que se presente con posterioridad tanto a la fecha de suscripción de la presente póliza, como a la fecha en que el paciente haya adquirido la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado ante **EL TOMADOR**.

CLÁUSULA SEXTA: - BASE DE DATOS DE AFILIADOS

Es requisito indispensable que el afiliado se encuentre previamente inscrito en los registros del **TOMADOR** y que sea reportado a **LA COMPAÑÍA**.

GARANTÍA: Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, **EL TOMADOR** enviará a **LA COMPAÑÍA** por el aplicativo de cargue de base de datos y/o en medio magnético la base de datos con las novedades de ingreso y/o retiro de todos y cada uno de sus afiliados. Esta base debe cumplir con los requisitos establecidos en la legislación vigente. La población tomada como referencia para la facturación y para el reconocimiento de indemnizaciones es la que reposa en los registros reportados por **EL TOMADOR** mensualmente a **LA COMPAÑÍA**.

Los recién nacidos estarán cubiertos por la presente póliza siempre y cuando sean reportados por **EL TOMADOR** a **LA COMPAÑÍA** en la base de datos dentro de los treinta días siguientes en que la EPS tenga conocimiento del nacimiento de acuerdo con el artículo 1060 y el inciso 1° del artículo 1058 del Código de Comercio.

La base de datos se considera amparada dentro de los términos del seguro siempre y cuando sea por aumento normal de la población. Cuando ocurren estas variaciones las condiciones de la póliza serán revisadas de nuevo por las partes y se aplicarán los ajustes necesarios en la prima y se podrán revisar el límite y el deducible de la póliza

El incumplimiento en el envío de la Base de datos, podrá generar revisión de términos o en su defecto, objeción del pago de indemnizaciones.

Handwritten signature

CLÁUSULA SÉPTIMA: – PAGO DE LA PRIMA

EL TOMADOR del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de primas es condición indispensable para la vigencia de seguro, si no existiera un acuerdo diferente entre las partes acerca del pago de las primas, la facturación y el pago será mensual, teniendo en cuenta la variación en el número de afiliados. Deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

El no pago oportuno, producirá la terminación del contrato al tenor de lo establecido en el artículo 1068 del código de comercio.

Se considera recaudada la prima cuando el pago se consigne en la cuenta Bancaria autorizada de la Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.

CLÁUSULA OCTAVA: - CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Para la expedición del certificado de vigencia de la póliza con destino al Ente Territorial EL TOMADOR deberá estar al día en el pago de las primas y en el envío de la base de datos estipulada en la condición sexta.

CLÁUSULA NOVENA: - EXCLUSIONES

Esta póliza no ampara:

1. Tecnología en salud considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones.
2. Tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnología en salud que se utiliza con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
7. Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
8. Tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud de Régimen Subsidiado.
9. Patologías relacionadas con vasos del sistema linfático.
10. Patologías cardiacas no quirúrgicas durante la fase ambulatoria.
11. Medicamentos NO POS.

Handwritten signature

12. Aquellos que expresamente defina el cambio de la normatividad en salud
13. Eventos judiciales como tutelas, determinación legal o judicial en los casos no contemplados en la cobertura. Sin embargo de estar cubierta por la póliza se indemnizará de acuerdo con los límites establecidos.
14. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
15. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
16. Tratamientos para la infertilidad.
17. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
18. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
19. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
20. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
21. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
22. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
23. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en la normatividad vigente.
24. Tratamiento con psicoanálisis.
25. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en la normatividad vigente.
26. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
27. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en la normatividad vigente.
28. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
29. Pañales para niños y adultos.
30. Toallas higiénicas.
31. Artículos cosméticos.
32. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
33. Líquidos para lentes de contacto.
34. Tratamientos capilares.
35. Champús de cualquier tipo.
36. Jabones.
37. Cremas hidratantes o humectantes.

38. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
39. Medicamentos para la memoria.
40. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
41. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en la normatividad vigente.
42. Enjuagues bucales y cremas dentales.
43. Cepillo y seda dental.
44. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
45. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
46. Tratamientos de patologías causadas por:

- Radiaciones ionizantes, polución o contaminación radioactiva
- Lesiones recibidas en actos de guerra (declarada o no) revolución, sedición, conmoción civil o popular, 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.
- Accidentes de trabajo o enfermedad laboral.
- Tratamientos psiquiátrico y psicológico.
- Tratamientos no reconocidos por asociaciones medico 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.
- Extracción y preservación de los órganos de los donantes y los exámenes de valoración de los donantes y preparación de los mismos, con excepción del donante efectivo.
- Actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad.
- Accidentes de tránsito.

1. No existe cobertura en Unidad de Cuidados Intensivos en los siguientes casos clínicos:
 - Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
 - Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
 - Pacientes con signos de muerte cerebral o de descerebración.
 - Pacientes que a juicio del médico de la unidad de cuidados intensivos – UCI, en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, no ofrezca posibilidades para su recuperación.
2. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
3. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
4. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

[Handwritten signature]

5. Atenciones de balneoterapia.
6. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
7. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
8. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
9. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

LA COMPAÑÍA no se hará responsable de las lesiones o daños que pudiere sufrir el afiliado a la EPS, con ocasión del transporte o traslado desde el lugar de origen al centro hospitalario, excepto los gastos médicos expresamente cubiertos por la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA: - AVISO DE SINIESTRO

Se conviene que el máximo plazo para el aviso y reporte del siniestro por parte del asegurado a **LA COMPAÑÍA** será de treinta (30) días contados a partir del momento en que el asegurado, haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: - RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

EL TOMADOR está obligado a demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, para lo cual deberá presentar a **LA COMPAÑÍA** la reclamación junto con los originales de los siguientes documentos foliados relacionados, sin perjuicio que **LA COMPAÑÍA** pueda solicitar otros que estime convenientes para proceder a liquidar el valor de la indemnización.

- 1) Aviso del siniestro según formato de **LA COMPAÑÍA**.
- 2) Solicitud de indemnización, en el formato establecido por **LA COMPAÑÍA**
- 3) Original o copia (debidamente certificada por el contador público) de la factura de la IPS, en la que se detalla las atenciones en salud prestadas al afiliado, discriminado por servicio.
- 4) Fotocopia del documento de identidad del afiliado (cédula de ciudadanía).
- 5) Copia de la historia clínica completa.
- 6) Copias de los reportes de los exámenes de laboratorio y de imágenes diagnósticas practicados al afiliado. (pruebas serológicas positivas para VIH, WESTERBLOT confirmatorio)
- 7) Resultado de informe patológico si fuere el caso. (confirmatorio de patología amparada).
- 8) Otras cuentas, discriminando todos los gastos, de la atención médica del caso, tales como pagos a instituciones prestadoras de servicio de salud, médicos, paramédicos, laboratorios clínicos y droguerías o farmacias, y todas aquellas que sean conducentes y pertinentes para sustentar la atención médica.
- 9) Otras pruebas complementarias establecidas en la ley, que demuestren el derecho al pago de la prestación asegurada.

LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DE DERECHO AL PAGO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

P. 10/1

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: - TARIFAS PARA RECONOCIMIENTO DE INDEMNIZACION

LA **COMPAÑÍA** Indemnizará acorde con las tarifas autorizadas dentro de un marco de racionalidad de precios del mercado local y nacional y teniendo en cuenta, lo tope de precios para medicamentos regulado por la Ley. En ningún caso se reconocerá por encima de las tarifas SOAT (Decreto 2423 vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro) y/o ISS Acuerdo 256 de 2001, indexado a la fecha de la prestación del servicio.

Asimismo, LA **COMPAÑÍA** indemnizará por prótesis articulares parciales o totales de cadera y rodilla, prótesis cardiovasculares o biomecánicas, marcapasos, material de osteosíntesis, sistemas de derivación ventrículo peritoneales y otros elementos destinados a reemplazar funciones biológicas cubiertos por la póliza, el precio pagado por al IPS que prestó el servicio, por lo que se deberá anexar factura de compra del insumo sin exceder del promedio del mercado nacional.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: - PAGO DE SINIESTROS

LA **COMPAÑÍA** indemnizará al asegurado, dentro del mes siguiente al perfeccionamiento de la reclamación, prestado dentro de la vigencia de la póliza y del límite asegurado, que se encuentre debidamente causados por **EL TOMADOR**. LA **COMPAÑÍA** en caso de siniestros, se reserva el derecho a comprobar el estado de salud del afiliado, diagnóstico, tratamientos, evolución veracidad de las cuentas, entre otros aspectos, obligándose al tomador a permitir los exámenes, informes y autorizaciones que la compañía requiera.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – CAPACITACIÓN EN LA OPERACIÓN Y MANEJO TECNICO DEL SEGURO

LA **COMPAÑÍA** ofrecerá al tomador la capacitación en el manejo y operación técnico del seguro de alto costos a los funcionarios de la EPS en su sede principal, a través de un seminario taller.

CLÁUSULA DECIMO QUINTA: - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del código del comercio. El cual dice así: "Las acciones que se derivan del contrato de seguro de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Y empezará a correr a partir de la prestación del servicio médico por parte de la IPS que designe **EL TOMADOR** para la atención del afiliado. Esta póliza cubre siniestros ocurridos dentro de la vigencia de la póliza y que le sean avisados a la compañía máximo en un periodo de tres (3) meses después de finalizada la vigencia, cobrados según las normas legales y vigentes de prescripción ordinaria de dos (2) años. Contados a partir de la fecha de ocurrencia del tratamiento. De acuerdo con lo estipulado en el artículo 1081 del código de comercio. Es decir que los siniestros que no sean reportados por **EL TOMADOR** a la aseguradora dentro de los tres (3) meses siguientes a la finalización de la vigencia no estarán cubiertos a pesar de que sus gastos se incurran dentro del periodo del seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: - COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, **LA COMPAÑÍA** soportará la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La inobservancia de esta obligación o la mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada bajo esta póliza. Además de la pérdida del derecho a la indemnización, la mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del siniestro permitirá además a **LA COMPAÑÍA** hacer uso del derecho de revocación, Artículo 1071 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: - ACTUALIZACIÓN DE VALORES

Se conviene que, para efectos de mantener, por una parte, el equilibrio y equidad del presente contrato de seguro y por otra, el valor real de la variable económica, **EL TOMADOR** podrá decidir anualmente, desde la fecha efectiva de reajuste de la UPC-S y en el mismo porcentaje de incremento, ajustar el valor asegurado, el deducible y la prima.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El amparo terminará para cada uno de los afiliados, en la fecha de: 1. Terminación, revocación o no renovación de la póliza. 2. Retiro del afiliado del régimen subsidiado. 3. Al agotarse el valor asegurado por evento anual de un tratamiento iniciado durante la vigencia de la póliza. 4. Muerte del afiliado.

CLÁUSULA DÉCIMIMO NOVENA – EVALUACIONES PERIÓDICAS

LA COMPAÑÍA reservará el derecho de comprobar, cuantas veces sea necesario, el uso que **EL TOMADOR** está haciendo de las coberturas, que otorga esta póliza. En consecuencia, **EL TOMADOR** tendrá la obligación de facilitar a la compañía los informes sobre las atenciones en salud y estado de salud de los afiliados, tanto anteriores como presentes, así como la información sobre su identificación, fecha de ingreso y otros aspectos que la compañía considere convenientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: - MODIFICACIONES

Cualquier condición que **LA COMPAÑÍA**, de acuerdo con **EL TOMADOR** agregue a la presente póliza por anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre unas y otras, primarán las condiciones adicionales.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: - PERIODOS DE CARENCIA

No existirá ningún período de carencia, es decir; los afiliados con diagnóstico positivo de las patologías que cubre el seguro, quedarán cubiertas desde la fecha en que comienza la vigencia de la presente póliza y el respectivo registro del ingreso del afiliado en la base de datos enviada a **LA COMPAÑÍA**.

Handwritten signature

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: – PERIODO DEL SEGURO

El seguro tendrá la vigencia de la fecha y hora indicada en la caratula de la póliza, y podrá ser renovada por periodos de acuerdo a las condiciones que se convengan entre **EL TOMADOR** y **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: – REVOCACION DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por cualquiera de los contratantes, así: a) Por **LA COMPAÑÍA** mediante comunicación escrita enviada al tomador a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días calendario de antelación contados a partir de la fecha de envío de la misma. b) Por **EL TOMADOR** en cualquier momento mediante comunicación escrita enviada a **LA COMPAÑÍA**, la revocación da derecho al tomador a recuperar la prima no devengada. La liquidación del importe de la prima no devengada se hará a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del 10% sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA - REVISIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

No obstante, lo estipulado en la presente póliza, **LA COMPAÑÍA** y **EL TOMADOR**, efectuarán revisiones periódicas para verificar el comportamiento de la misma con el fin de determinar los ajustes que se requieran, los cuales dependerán del comportamiento de siniestralidad (frecuencia y severidad).

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: – VOLUMEN DE USUARIOS

Si el volumen de usuarios de los indicados inicialmente en la caratula de la póliza es inferior al 70% **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de ajustar la prima.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: – DIFERENCIA EN EVALUACIONES DE RECLAMACIONES

Para dirimir las diferencias que surjan en el ajuste de una reclamación, se establecerá una reunión integrada por delegados del **TOMADOR** y **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: - DEFINICIONES

TOMADOR: Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la póliza y que obrando por cuenta propia o de un tercero traslada los riesgos a la compañía de seguros. Será responsable del pago de la prima.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA (EPSS): Entidad que maneja (Previo contrato con Municipios y Departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el Plan Obligatorio de Salud para el régimen subsidiado.



BENEFICIARIO: Es quien tiene el derecho a recibir el pago de la indemnización para efectos de esta póliza de alto costo es el mismo tomador.

DEDUCIBLE: Es la suma previamente convenida que invariablemente se deduce del importe que se va a indemnizar. Es asumido por el asegurado.

AFILIADO: Es la persona que, inscrita previamente en los registros del **TOMADOR**, adquiere la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado.

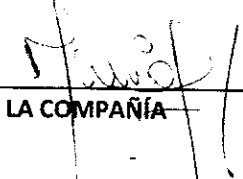
ENFERMEDAD: Es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud.

ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS: Son las enfermedades que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento. Definidas y reguladas como tales por las disposiciones legales vigentes, enmarcadas con la Resolución 5261 de 1994, Acuerdo 029 de 2011 al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia.


CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: - DOMICILIO


Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, DC., Colombia.

Firmada por las partes en Bogotá D. C., a los 12 días del mes de junio de 2019.



LA COMPAÑÍA



ÉL TOMADOR


CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

Condiciones Económicas:

Límite Asegurado por Afiliado/patología/vigencia: \$222'000.001
Deducible por Afiliado/patología/vigencia: \$ 72'500.000
Límite Máximo de Responsabilidad por Afiliado/patología/vigencia: \$149'500.001
Límite Agregado Anual: 1.5 Veces el valor de las primas emitidas y recaudadas por la Aseguradora para determinar el valor real para indemnizar.
Prima Mes/afiliado: \$13.550

1.1.1.	Objeto del Seguro
<p>Contratar una póliza de seguros, que cubra el riesgo económico derivado de la atención en salud de las patologías denominadas de Alto Costo, acorde a las necesidades particulares en salud de la población objeto de cobertura de la póliza (cotizantes y beneficiarios) a cargo de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.</p> <p>Acorde con el objeto contractual descrito en el presente documento, las coberturas básicas de la póliza a contratar, 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 1896 de 2001, resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por las demás normas que modifiquen, adicionen y/o sustituyan las anteriormente mencionadas. Por último, las normas comerciales y civiles que rigen el tema de seguros.</p>	
1.1.2.	Coberturas Básicas
1. Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular	
2. Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central	
3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.	
4. Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado	
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.	
6. Casos de pacientes con Cáncer	
7. Reemplazos Articulares	
8. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos	
9. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear	
10. Manejo del Trauma Mayor	
11. Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas	
12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo	
Modificación en las leyes existentes o introducción de nueva legislación	
<p>La presente póliza otorgará cobertura a los Asegurados, frente a la modificación en las leyes existentes o la introducción de nueva legislación en materia relacionada con el objeto de este seguro.</p>	

H. J. J.

Gastos Cubiertos y límites asegurados

Los amparos, límites y coberturas que se enuncian a continuación se consideran una oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes. Su no ofrecimiento, exclusión o condicionamiento por parte de los oferentes será causal de rechazo

<p>1. Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular</p>	<p>Se cubre la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención de los casos de Infarto Agudo al Miocardio.</p> <p>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.</p> <p>Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.</p> <p>La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. <p>Adicionalmente están incluidas las siguientes tecnologías en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión (reprogramación de aparato marcapaso SOD, identificada con el código 378500 durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso. 2. Stent coronario convencional o no recubierto según recomendación del médico tratante. 3. Stent coronario medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (15 mm o mayor). 4. Trasplante de corazón. 5. Colocación de Marcapaso. 6. Procedimientos de Trombolisis. 7. Cateterismos Cardíacos Programados o de Urgencias. 8. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior. <p>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</p>
---	--

	cardiovascular, hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a Cuidado Intensivo.
<p>2. Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Incluye la corrección quirúrgica 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.</p> <p>No están incluidas las complicaciones inherentes a las patologías de base que causan la cirugía como meningitis, abscesos, cisticercosis, entre otras, que no estén descritas.</p> <p>No se incluye la atención del Trauma Cráneo encefálico leve, moderado o severo de manejo médico no quirúrgico posterior a la atención inicial de urgencias.</p> <p>La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo. <p>Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.</p>
<p>3. Casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.</p>	<p>Atención integral necesaria en casos de pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con las tecnologías de salud de la complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las atenciones realizadas en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:</p> <p>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:</p> <p style="text-align: center;">PRE-DIÁLISIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de complicaciones propias de la Uremia • Edema pulmonar • Trastorno hidroelectrolítico, Hipocalcemia, Hiperkalemia, Hiper/hiponatremia, hipofosfatemia. • Pericarditis Urémica • Encefalopatía Urémica.

Handwritten signature

	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones derivadas de la implantación del catéter y/o fistula, Injerto Av. <p>HEMODIÁLISIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome convulsivo posterior a procedimiento • Embolia Aérea • Derrame pleural • Angio Absceso de sitio de colocación de catéter central • Sepsis • Tunelización de catéter infección de orificio fistulas injertos • Trombos en sitio de inserción de catéter • Desequilibrio post diálisis <p>DIÁLISIS PERITONEAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis química Infecciosa • Infección de orificios • Fallas en la ultra filtración Sobre hidratación • Fugas del líquido peritoneal externa interno • Pericarditis • Derrame Pleural. • Y los demás criterios particulares que el especialista considere. <p>No incluye pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada que no tengan diagnóstico de Insuficiencia Renal.</p>
<p>4. Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado</p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Quemaduras de 2° y 3° grado en más de 20% de superficie corporal. 11. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital. 12. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración. 13. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas. 14. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes. 15. 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. <p>La cobertura comprende las tecnologías en salud y servicios de cualquier nivel, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo también:</p> <p>Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas.</p> <p>Igualmente, están cubiertas las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación de estos casos.</p>
<p>5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.</p>	<p>Para los menores de 18 años y los hijos de madres VIH positivas incluye las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en 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.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Incluye Programa de Prevención de la transmisión vertical del VIH según lo establecido en la guía práctica clínica para el manejo de VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia.</p> <p>Incluye el suministro de formula láctea para niños lactantes menores de doce (12) meses, hijos de mujeres VIH positivas según el criterio del médico o nutricionista tratante.</p> <p>Incluye Asesoría Psicológica para todos los afiliados cubiertos bajo este amparo.</p>
<p>6. Casos de pacientes con Cáncer</p>	<p>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:</p> <p>Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, así como los de complementación diagnóstica, y de control.</p> <p>Cubre cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social; utilizado para la confirmación diagnóstica de los casos con cáncer.</p> <p>Hospitalización y manejo para las complicaciones secundarias a su patología de base. Teniendo en cuenta la integralidad en el manejo del paciente con cáncer, en este amparo se incluye el cubrimiento económico de los estudios ANATOMOPATOLOGICOS para la confirmación diagnóstica, siempre y cuando estos resulten positivos para malignidad, sean realizados de manera ambulatoria o durante una hospitalización, en aquellos casos que se confirmen, será cubierto el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica.</p> <p>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 cáncer. Lo anterior también se aplicara en el evento en que el paciente muera.</p> <p>Cuando el paciente se encuentre hospitalizado y se le diagnostique cáncer, toda esa hospitalización, incluyendo los eventos anteriores a la confirmación diagnóstica deberá ser cubierta por la Póliza, siempre y cuando estos tengan que ver con su patología de base.</p>

	<p>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 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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).</p>
<p>7.Reemplazos Articulares</p>	<p>Incluye los reemplazos articulares según lo contemplado en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social en su anexo 2, incluyendo además:</p> <p>Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los servicios hospitalarios y ambulatorios en el nivel que se requiera para la atención.</p> <p>Las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación para los pacientes sometidos a reemplazo.</p> <p>La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del profesional de la salud tratante e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

<p>8. Manejo de pacientes Unidad Cuidados Intensivos</p>	<p>Se cubren las tecnologías en salud inherentes a la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación para pacientes críticamente enfermos de todas las edades así como las tecnologías y servicios de salud simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando correspondan a los grupos poblacionales, enfermedades, casos y eventos incluidos en el presente título, según criterio del médico tratante y los definidos en la resolución 5261 de 1994 en sus artículos 29 y 30.</p> <p>Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos según los criterios definidos por la sociedad Colombiana de Neonatología.</p> <p>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 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>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.</p> <p>Aclaración de la cobertura:</p> <p>Comprenden equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica como electrocardiograma, Monitoria Calidoscópica y de Presión Arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, nebulizadores. Todo esto va incluido dentro de la tarifa que se reconoce como derechos de habitación en la Unidad de Cuidado Intensivo y no generaran ningún pago adicional por su utilización.</p>
<p>9. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, córnea e implante coclear</p>	<p>Remplazo con fines terapéuticos de médula ósea, renal, hígado, córnea e implante coclear de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o muerto. Debe ser realizado en un hospital o clínica de alta especialidad, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados, Incluye las tecnologías complementarias necesarias incluidas en la resolución 5267 del 2017 y sus anexos y Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social y comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo. 2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del Receptor. 3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país. 4. El trasplante propiamente dicho en el paciente. 5. Preparación del paciente y la atención o control post trasplante. 6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante y/o sus complicaciones inherentes al mismo.

M. Masud

	<ul style="list-style-type: none"> • Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en la normatividad vigente. En la fase pre-operatoria, las tecnologías en salud de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos. • En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del profesional de la salud tratante y de las complicaciones del mismo hasta tanto el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.
<p>11. Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas</p>	<p>Incluye procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (Alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "Grupos Especiales" (Grupos 20-23 de la tarifa Decreto 2423 de 1996 o más de 140 UVR de la tarifa ISS).</p> <p>Se incluyen las tecnologías en salud (actividades, intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.</p>
<p>12. Transporte De Pacientes Con Diagnostico De Enfermedad De Alto Costo.</p>	<p>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 con orden médica.</p> <p>Para el caso del amparo de Unidad de Cuidado Intensivo, se cubrirá el transporte si durante el mismo tiene criterios clínicos de U.C.I. y siempre y cuando el medio de transporte cumpla con los requisitos de cuidado intensivo, o se le preste soporte monitoreo intensivo.</p>
<p>LAS ENFERMEDADES AMPARADAS</p>	
<p>Actualmente en tratamiento, deben ser cubiertas por el seguro objeto de la presente invitación pública, situación que debe ser indicada expresamente por los oferentes</p>	
<p>PREEXISTENCIAS</p>	
<p>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.</p>	
<p>NO EXISTEN PERIODOS DE CARENCIA</p>	
<p>Es decir que las personas con diagnostico positivo de las patologías, que se vienen manejando serán amparadas desde el momento en que inicie la póliza.</p>	
<p>EL AMPARO AUTOMÁTICO DE LOS ASEGURADOS</p>	
<p>Debe ser automático a partir del momento en que la persona se encuentre a cargo de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sin exigir aviso para nuevas inclusiones.</p>	

Handwritten signature

AUDITORÍA CONCURRENTE

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

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

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

La aseguradora enviará el concepto de todas las auditorías realizadas mediante medio magnético vía Correo Electrónico o Correo Físico a la Gerencia de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, al interventor y al corredor de seguros, durante los cinco días calendario siguientes a la realización de la visita, anexando el resultado de la auditoría.

El concepto de auditoría emitido por la aseguradora podrá ser acogido o no por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

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

1. Evento de Enfermedad de Alto Costo

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

2. Evento de Enfermedad General

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

3. Evento Mixto

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

4. Evento no clasificable

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

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

DOCUMENTOS UNICOS REQUERIDOS PARA LA INDEMNIZACION DE LOS RECLAMOS:

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

16. Formulario de aviso (definido por la universidad)

17. Factura de la IPS en original, copia al carbón o copia autenticada, que cumpla con los requisitos DIAN.

18. En caso de no poder anexar original o copia al carbón de facturas individuales o múltiples se aceptará la autenticación por autoridad competente.

19. Formato de solicitud de indemnización de la Aseguradora (definido por la Universidad).

20. Epicrisis o resumen de historia clínica o soportes del médico tratante.

21. 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.

En concordancia con lo estipulado por el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, y lo dispuesto en el artículo 25 del decreto ley 19/12, la Compañía no solicitará copia de la cédula de ciudadanía, ni del carnet de afiliación, ya que la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC enviará mensualmente la base de datos de

Handwritten signature

usuarios. En caso que existan dudas sobre el estado de afiliación de un asegurado, la aseguradora aceptará el certificado de afiliación expedido por la UNIVERSIDAD UPTC, según sea el caso.

AUDITORIA DE SINIESTROS

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

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

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

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

Es de anotar que ese perfil profesional del auditor Medico debe mantenerse durante toda la vigencia de la presente Póliza y sus posibles prorrogas.

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

TARIFA PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

La compañía indemnizará al asegurado los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas convenidas por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC con su red de IPS, para lo cual el tomador presentará una relación de dichos convenios a la aseguradora. En caso de dudas sobre las tarifas para la liquidación de siniestros, la aseguradora aceptará como válida la certificación de la tarifa vigente expedida por la IPS respectiva o en su defecto por la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC.

REPORTE DE PAGOS, GLOSAS, OBJECIONES

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL TRÁMITE DE PAGOS, GLOSAS Y OBJECIONES

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

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

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

H. J. J. J.

INFORME DE GLOSAS Y OBJECIONES

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago, Includo digito de control (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro. Importante un NIT y una factura se puede repetir muchas veces y corresponden a la misma reclamación.	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Código Operación	1=Reporte Primera Vez de Pagos, Glosas y Objeciones, 2=Reporte Respuesta Glosa Parcial,	Numeric	2
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte de la aseguradora	Numeric	10
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía.	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
No documento Identidad	Corresponde al número de identificación afiliado o beneficiario.	Char	15
Apellidos	Corresponde a los apellidos del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Nombre	Corresponde a los nombres del afiliado o beneficiario que recibió la atención	Char	200
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Patología	Corresponde a la patología de la cobertura y debe corresponder con la patología de la reclamación, según la tabla establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC.	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC	Date	25
Código CIE10	Corresponde al Código CIE10. (Código de la tabla CIE10 Eje: C210, Z975, M968) específico.	Numeric	5
Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	

Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de la objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación. Una factura puede tener muchas glosas y cada glosa debe tener su número propio de identificación (IdGlosaAseguradora). Cada glosa se debe reportar en un registro.	Money	
Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado por la IPS (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica – Retefuente.	Money	
Id Glosa Aseguradora	Cada glosa debe venir identificada con un número único por factura glosada. El cual debe ser enviado cada vez que se reporte una actividad sobre esta glosa. Este campo lo debe asignar la aseguradora. (El consecutivo debe ser por reclamación, es decir por cada reclamación debe empezar en 1).	Numeric	3
Clasificación de la Glosa	Corresponde a la clasificación de la glosa. Una glosa puede contener muchas clasificaciones separadas por coma. De acuerdo al Manual Único de Glosas	Char	200
Motivo de la glosa	Corresponde a la descripción del Motivo de la glosa. Cada uno de los motivos debe estar separado por asterisco (*).	Char	2000

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

INFORME DE PAGOS

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

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE CAMPO	LONGITUD
-------	-------------	---------------	----------

M...

NIT IPS	Corresponde a la IPS a la cual se le realiza el pago. (Debe venir sin puntos ni comas Ej 8300254302).	Char	15
No de Factura	Corresponde al número de Factura del siniestro	Char	12
Id Reclamación	Id de la reclamación de alto costo generado por el software y relacionado en el formato de reclamación enviado por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC e identificado como Id.	Numeric	18
Consecutivo	Corresponde al consecutivo del reporte		
No de Siniestro	Corresponde al número asignado a cada reclamación por la compañía, es único e irreplicable	Char	50
No de Póliza	Es el número de la póliza la cual corresponde el siniestro	Char	50
Cédula	Corresponde al número de identificación del afiliado o beneficiario.	Char	15
Nombre del afiliado o beneficiario	Corresponde al nombre del afiliado o beneficiario que recibió los servicios.	Char	300
Fecha de Siniestro	Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro ingresada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Fecha del Aviso	Corresponde a la fecha del aviso registrada por la aseguradora. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Fecha de Pago	Corresponde a la fecha de pago de la compañía. En formato = AAAAMMDD.	Date	10
Fecha Forma	Corresponde a la fecha de formalización del siniestro. En formato = AAAAMMDD	Date	10
Patología/ amparo	Corresponde a la Patología de Alto Costo Cubierta por la cual se realiza la indemnización. (Se toma la descripción de la tabla de patologías establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC)	Char	200
Clasificación Procedimiento	Corresponde a la clasificación del tipo de servicio o procedimiento al que corresponde la cobertura. (Debe venir la descripción de la tabla de Clasificación de procedimientos. Establecida por la UNIVERSIDAD - UNISALUD UPTC)	Char	200
Valor Reclamado	Corresponde al valor reclamado, debe ser igual al valor de la reclamación inicial	Money	
Deducible	Corresponde al valor del deducible aplicado.	Money	
Valor de glosa o de objeción	Corresponde al valor de la glosa o de objeción aplicada a la reclamación, no puede ser superior al valor de la reclamación	Money	
IdGlosaAseg	Id de la glosa cuando se trata de un pago sobre una glosa previamente aplicada y si no debe venir en cero el campo.	Numeric	3
Descuento por pronto pago	Corresponde al valor descontado en cada factura según el acuerdo comercial de la aseguradora con cada IPS	Money	
Retefuente	Corresponde a la Retefuente.	Money	
Reteica	Corresponden a los valores descontados por impuestos	Money	
Total a Pagar	Corresponde al valor aprobado para pago de cada reclamación. Debe corresponder a la resta del valor facturado (Reclamado) menos el valor glosado menos Reteica - Retefuente	Money	

No de comprobante de egreso	Número de comprobante de egreso con que se realiza el pago	Char	15
Notas crédito y debito	Valor de ajuste crédito o débito según el signo que tenga.	Money	

La variable Clasificación de Procedimiento se reportara así:

Clasificación del Procedimiento
Atención Integral de Urgencias
Consulta Ambulatoria por Medicina General
Consulta Ambulatoria por Especialista
Atención Hospitalaria
Procedimiento Quirúrgico
Exámenes Paraclínicos
Servicio de Ambulancia
Suministro de Medicamentos
Prótesis e Insumos

PROCESO DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

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

GENERACIÓN Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE SINISTRALIDAD

La compañía aseguradora elaborará y entregará a la unidad de servicios de salud (UNISALUD) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia dentro de los diez (10) primeros días de cada mes además del informe de glosas y objeciones y el de pagos, las estadísticas de la siniestralidad presentada por la póliza expedida, la cual debe contener la siguiente información:

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

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

Adicionalmente al anterior informe debe contener:

Handwritten signature

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

- **CONDICIONES PARTICULARES**

1. INTERÉS.

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

2. PRESCRIPCIÓN.

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

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

3. PREEXISTENCIAS.

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

4. MEDICAMENTOS.

En todos los amparos se cubren los medicamentos definidos en la resolución 5926 de 2014 y su anexo y los no cubiertos siempre, cuando se requieran para el manejo de las patologías cubiertas por la Póliza. Incluye además las tecnologías, soluciones y diluyentes, sustancias para nutrición, dispositivos médicos y ayudas técnicas cubiertos en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos del Ministerio de Salud y Protección Social Cuando la UNIVERSIDAD – UNISALUD UPTC así lo requiera, podrá solicitar a la compañía de seguros el suministro y pago directo de los medicamentos, a los afiliados que se encuentren en tratamiento para patologías de Alto Costo cubiertas por la Póliza.

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

5. DEFINICIÓN DE EVENTO.

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

6. COBERTURA PARA ENFERMEDADES DE ALTO CDSTO ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

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

Handwritten signature or initials.

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

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

8. CLAUSULAS EN ANEXO:

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

9. MODIFICACION DE LA POLIZA:

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

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

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

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

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

OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

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

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

CUBRIMIENTO DE EVENTOS NO POS DEMOSTRANDO COSTO- EFECTIVIDAD

Para aquellas intervenciones o procedimientos (no incluye apoyo diagnóstico, imagenología y laboratorios) que no estén descritas en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 y sus anexos y Resolución 5975 de 2016 y sus anexos 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.

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

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

Handwritten signature

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

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

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

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