


|  |  |                              |     |                 |
|--|--|------------------------------|-----|-----------------|
| <b>FORMATO REQUERIMIENTO DE PROFESIONALES EN SALUD</b>   |  | Versión: 02                  |     |                 |
|  |  | Vigente desde:<br>18-04-2023 |     |                 |
|  |  | Código: FO-GJ-005            |     |                 |
|  |  | Página 1 de 3                |     |                 |
| PROFESIÓN / ESPECIALIDAD:  | ODONTOLOGIA-PROTESIS DENTALES  | DIA                          | MES | AÑO             |
|  |  | 1                            | 7   | 2023            |
| DATOS PERSONALES   |  |                              |     |                 |
| Nombre   | MIGUEL ALFONSO CASTILLO ALEMAN   |                              |     |                 |
| Identificación   | 80071597   |                              |     |                 |
| Registro Profesional   | 80071597   |                              |     |                 |
| Domicilio  | Tv 4#3c 118 norte  |                              |     |                 |
| Nº Celular   | 3203015028   |                              |     |                 |
| E-mail   | <a href="mailto:al.m.castillo.927@gmail.com">al.m.castillo.927@gmail.com</a> |                              |     |                 |
| CONDICIONES DEL SERVICIO   |  |                              |     |                 |
| (Objeto, tiempo, modo, lugar, obligaciones)<br>A. Población - Objeto:<br>A PRESTACION DE SERVICIOS EN LA ELABORACION Y SIMINISTRO DE PROTESIS TERMINADA Y ENTREGADA A LOS PACIENTES DE NUEVA EPS, Y QUIEN A PARTIR DE LA FECHA SE INCREMENTA A \$90.000 POR PROTESIS |  |                              |     |                 |
| B. Modalidad del Contrato: EVENTO  |  |                              |     |                 |
| C. Régimen: CONTRIBUTIO-SUBSIDIADO   |  |                              |     |                 |
| D. Aseguradora: NUEVA EPS  |  |                              |     |                 |
| E. Canales de Acceso a los servicios:  |  |                              |     |                 |
| F. Capacidad Instalada: EXTERNO  |  |                              |     |                 |
| G. Indicadores de Medición:  |  |                              |     |                 |
| ELABORÓ  |  | REVISÓ                       |     | APROBÓ          |
| Analista de Calidad  |  | Director Jurídico            |     | Gerente General |

|  |  |   |   |                 |
|--|--|---|---|-----------------|
|  | <b>FORMATO REQUERIMIENTO DE PROFESIONALES EN SALUD</b>                               |   | Versión: 02   |                 |
|  |  |   | Vigente desde:<br>18-04-2023  |                 |
|  |  |   | Código: FO-GJ-005   |                 |
|  |  |   | Página 2 de 3   |                 |
| <b>VIGENCIA DEL CONTRATO</b>   |  |   |   |                 |
| (por favor indique la fecha en que el Especialista debe iniciar a prestar el servicio y cuando termina)<br>Fecha de Inicio: DD <u>01</u> MM <u>07</u> AA <u>2023</u> Fecha de Terminación: DD <u>01</u> MM <u>07</u> AA <u>2023</u>  |  |   | Prórroga Automática   |                 |
|  |  |   | SI <b>X</b>   | NO              |
| <b>CONDICIONES ECONÓMICAS</b>  |  |   |   |                 |
| Tarifas de Honorarios: Describe el detalle de los procedimientos que presta el médico junto con su tarifa, para garantizar la parametrización en el sistema de información.  |  |   |   |                 |
| Forma de pago: 45-60 DIAS  |  |   |   |                 |
| Descuentos:  |  |   |   |                 |
| <b>AUTORIZADO</b>  |  |   |   |                 |
|   |  |   |   |                 |
| Gerente  |  |   | Profesional / Representante Legal   |                 |
| <b>LISTA DE CHEQUEO: Soportes de Hoja de vida y documentación requerida. *Aplica cuando se trate de persona jurídica.</b>  |  |   |   |                 |
| Oferta de servicios  | 5. Acta de Pre-grado   | 10. Carnet de Vacunas (Hepatitis – Toxoide Tetánico)                              | 15. *Hoja de vida del personal (Aplica para persona jurídica)   |                 |
| 1. Hoja de vida con foto – y una foto adicional para carnet  | 6. Diploma de la Especialidad a la que aplica  | 11. *Certificado de existencia y representación (Aplica para persona jurídica)    | 16. Certificado de formación en atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual                                  |                 |
| 2. Fotocopia de la cedula ampliada al 150%   | 7. Certificado de EPS, ARL y pensiones   | 12. RUT   | 17. SOLICITUD DEL RETHUS (Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud) para la especialidad o subespecialidad que aplica |                 |
| 3. Acta grado de Posgrado  | 8. Tarjeta Secretaría Salud– Especialidad a la que está contratando                  | 13. Póliza de responsabilidad Civil (200 SMLMV)                                   | 18. Certificado de examen ocupacional   |                 |
| 4. Diploma Pre-grado   | 9. *Habilitación o formulario de inscripción – Solo para persona independiente o IPS | 14. *Planilla certificación de parafiscales y SGSS (Aplica para persona jurídica) |   |                 |
| <b>OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL:</b><br>Bajo el entendido que la presente adscripción pretende documentar la actividad médica especializada desarrollada por el Profesional de la Salud que la suscribe, considerado para éstos efectos contratista independiente, y que no existe entre él y la clínica una relación de subordinación laboral, se hace necesario que las partes determinen de manera general las obligaciones que la actividad médica contratada supone, las cuales se enmarcan dentro del ámbito de la Ley 23 de 1991 y especialmente en lo previsto en el Título I, Capítulo I, y título II, Capítulos I, III y IV. |  |   |   |                 |
| <b>ELABORÓ</b>   |  | <b>REVISÓ</b>   |   | <b>APROBÓ</b>   |
| Analista de Calidad  |  | Director Jurídico   |   | Gerente General |

|               |  |
|---------------|--|
|               |  |
|               | <b>FORMATO REQUERIMIENTO DE PROFESIONALES EN SALUD</b> |
|               | Versión: 02  |
|               | Vigente desde:<br>18-04-2023                           |
|               | Código: FO-GJ-005                                      |
| Página 3 de 3 |  |

En consideración a lo anterior, declaro que conozco que al suscribir el presente documento me obligo a:

1. Practicar exámenes de medicina especializada, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deben seguir mis pacientes.
2. Realizar intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos de mi especialidad o a participar en ellos y a controlar los pacientes bajo mi cuidado durante el pre y posoperatorio como en la intervención o procedimiento.
3. Atender interconsultas de mi especialidad priorizando las urgentes.
4. Evolucionar diariamente a mis pacientes hospitalizados y registrar los hechos clínicos en la historia.
5. Proporcionar información al paciente y su familia de manera permanente sobre el curso de la enfermedad y los tratamientos que se realicen.
6. Diligenciar el formulario de consentimiento informado cuando el procedimiento y/o tratamiento lo requiera.
7. Dar cumplimiento a la normatividad respecto a la historia clínica y demás registros que se deben utilizar en el proceso de atención y los demás que por necesidad asistencial la clínica determine.
8. Contribuir con el trabajo interdisciplinario en los casos en los cuales se requiere la intervención de la especialidad con el fin de ofrecer una atención integral a los pacientes.
9. Impartir instrucciones a los médicos generales, enfermeras y auxiliares en salud sobre procedimientos propios de mi especialidad relacionadas con el manejo de los pacientes hospitalizados.
10. Reconocer que es una necesidad que los servicios de salud implementen el Sistema de Gestión de Calidad, en todos sus componentes, por lo que en el desarrollo de los servicios contratados daré cumplimiento al SGC institucional en el desarrollo de los diferentes procesos y actividades en mi área de desempeño.
11. Acreditar la cotización al Sistema General de Seguridad Social Integral, teniendo en cuenta que si la actividad contratada está clasificada como riesgo I, II o III dentro de la tabla de actividades económicas (Res. 1607 de 2002) debo cotizar al sistema de forma integral directamente y si mi actividad es, por el contrario, riesgo IV o V la cotización al Fondo de Pensiones, Salud y riesgos laborales la asumirá empresa de acuerdo con el decreto 723 de 2013.
12. Asumir el costo de los elementos de protección individual que requiera para el desarrollo de la actividad contratada y de igual forma hacer uso de estos en forma adecuada en las situaciones en que se requieran.
13. Informar la ocurrencia de los accidentes de trabajo al veedor del contrato por parte de la clínica, con el fin de que este notifique el accidente de trabajo a la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo o directamente a la ARL.
14. Participar de las actividades de promoción y prevención de la salud organizadas por la clínica tales como semana de seguridad y salud en el trabajo, visiometrias, tamizajes y demás campañas en pro de la conservación de la salud; así como a notificar al veedor del contrato cualquier alteración en su estado de salud que requiera de atención médica, con el fin de facilitar espacios para el control de estas.
15. Acogerme al REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL de la clínica y cumplir con todas las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas y definidas por la institución.
16. Practicarme el examen médico de preingreso acorde a los riesgos a los que se va a exponerse. Este tendrá una vigencia de 3 años y aplicará para todos los contratos celebrados durante ese periodo siempre y cuando se evalué el factor de riesgo más alto presente en todos los contratos y que no pierda la condición de contratista por un periodo superior a 6 meses.
17. Aceptar ser incluido en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la clínica.
18. Recibir inducción en rutas de evacuación y actuación en emergencia para acogerse al plan de emergencias.

¿Para los efectos del presente documento se requiere que se asigne clave de usuario en el Sistema de Historia Clínica Electrónica de la clínica ya posee clave? SI

NO ☒ X

En el evento de no tener clave de acceso se debe solicitar la creación de usuario y clave ante el Área de Tecnología Informática previo diligenciamiento del **formato FO-IFF-008**

#### AUTORIZACIONES

Expresamente autorizo a Bienestar IPS SAS para que:

1. Solicite, directamente o a través de otra persona, al Tribunal de Ética Médica del Departamento correspondiente y/o Tribunal Nacional de Ética Médica las informaciones y referencias relativas a mi nombre, apellidos y ejercicio personal.
2. En el evento que en el ejercicio de mi profesión haga uso de los servicios ofrecidos por la Institución (Hospitalización, Urgencias, Quirófanos) con mis pacientes o cuando adeude a la Clínica sumas de dinero por concepto de arriendos, medicamentos o cualquier otro motivo, faculto al Departamento de Cartera de la Clínica para que efectúe cruce de cartera contra el valor de los servicios que esta Institución me adeude por mis servicios profesionales. En todo caso, declaro que he sido informado que para efectuar el cobro por los servicios médicos prestados a la Clínica debo presentar mis cuentas o facturas según las exigencias impartidas por el Departamento de Contabilidad las cuales me han sido informadas.
3. Realice auditoria a la factura que presente para el cobro de los servicios prestados. Una vez notificada la glosa tendré quince (15) días para dar respuesta a la misma; vencido este plazo sin que se haya emitido una respuesta formal, la clínica entenderá el silencio como señal de aceptación de la glosa. La notificación de la glosa se realizará por la Gerencia o por Auditor Medico.
4. En desarrollo de lo anterior, podrá verificar el cumplimiento de mis servicios y auditar el diligenciamiento de la Historia Clínica de los pacientes a quienes les preste mis servicios personales. La falta de registros médicos y/o descripciones quirúrgicas, la no justificación de los NO-POS, así como el no diligenciamiento de los Consentimientos Informados, será causal de glosa de los honorarios médicos que se generen por mi actividad con ocasión de la atención o procedimiento no documentado. Lo anterior en virtud del compromiso con la calidad en salud que adquiero con la suscripción del presente documento.
5. Cuando deba efectuarme un pago en virtud de los servicios que yo preste a la Institución, me podrá exigir la presentación de mi afiliación y el pago de mis aportes al SGSSS por cuenta de éste IBC, en los términos del Decreto 1703 de 2002, Art. 23, o la norma que lo modifique, adicione o sustituyan.

Atentamente,

Nombre C.C N°

| ELABORÓ             | REVISÓ            | APROBÓ          |  |
|---------------------|-------------------|-----------------|--|
| Analista de Calidad | Director Jurídico | Gerente General |  |