SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA ENTIDADES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

ACTA No. 017

Lugar: Hotel Portón de San Joaquín - Medellín **Fecha:** 26/10/2022

NOMBRE ASISTENTES	CARGOS	ENTIDAD
Carlos Alberto Salazar Muñoz Cc 98591244	Gerente	Empresa Social Del Estado Hospital San Vicente De Paul
Katherine Egea Amador CC 22807540	Coordinadora de contratación	Coosalud EPS
Rodolfo Ruiz CC 94227257	Vicepresidente de riesgo	Coosalud EPS
Ramón Botero J CC	Gerente regional	Coosalud EPS

Objeto de la Reunión:

La presente mesa tiene como objeto la verificación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de la negociación, celebración, legalización y demás aspectos relacionados con los acuerdos de voluntades entre las EPS y los prestadores de servicios de salud de la red pública del departamento de Antioquia, a fin de garantizar la prestación de los servicios a los afiliados, en ejercicio de las actividades de inspección y vigilancia sobre la organización, gestión y coordinación de la red prestadora de servicios de salud de la aseguradora; en el marco de lo establecido en el Decreto 441 de 2022, que sustituyó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Lo anterior a efectos de proteger los derechos de los usuarios, en especial, al aseguramiento y el acceso al servicio de atención en salud, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad y estándares de calidad, conforme a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con fundamento en el artículo 4 del Decreto 1080 de 2021.

Desarrollo:

En reunión convocada a los veintiseis (26) días del mes de octubre del año 2022, siendo las 8:45 am se confirma la asistencia de los representantes legales o apoderados de la EPS COOSALUD identificada con NIT 900226715 y de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** identificada con NIT 890985092 del Departamento de Antioquia con el acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

En desarrollo de la mesa de contratación, se verificaron los siguientes aspectos:

1. Población asignada en el municipio (informe la cantidad de usuarios asignados por tipo de regímenes subsidiado, contributivo y/o movilidad):

Municipio	Reg. Subsidiado	Reg. Contributivo	Total
REMEDIOS	15738	2110	17848

2. Acuerdos sobre condiciones para modificación y/o adición de contratos actuales o acuerdos contractuales nuevos, que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios en los niveles de baja, media y alta complejidad de la población. En el cual se debe especificar:

SGS
Estamos certificados

2.1 Acuerdo contractual vigente: SI, diligenciar tabla No. 1 (En caso de tener más de un acuerdo suscrito, diligenciar la información solicitada por cada acuerdo) / NO (seguir al numeral 2.2)

Tabla No 1 – Información acuerdos contractuales suscritos

Modalidad de contrato	Servicios contratados	Tarifa pactada	Población que incluye el acuerdo	Estado 1. Legalizado 2. Pendiente de legalización
CAPITA	RECUPERACIÓN DE LA SALUD	$ 11672	17848	1
CAPITA	PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO	$ 2670	17848	1
CAPITA	MEDICAMENTOS	$ 2981	17848	1
EVENTO	TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS	PROPIAS	17848	2.Pendiente revisar por ambas partes el 10/11/2022 8:00 am

Si el estado del acuerdo es "Pendiente de legalización" establezca fechas, correos electrónicos y números de contacto de las personas encargadas de esta gestión tanto de la EPS como de la ESE.
Fecha 11 de noviembre de 2022
Hora: 8:00 am
Correo: info@hsvpremedios.gov.co
Teléfono: 3217173757

2.2 Propuesta de suscripción de contrato: SI, diligenciar tabla No. 2 / NO diligenciar tabla No. 3

Tabla No 2 – Propuesta acuerdo contractual a suscribir

Modalidad de contrato	Servicios a contratar	Tarifa	Fecha de negociación	Fecha de suscripción
NA				

Fecha de entrega de documentos y demás requisitos para la suscripción del acuerdo, así como correos electrónicos y números de contacto de las personas encargadas de esta gestión tanto de la EPS como de la ESE.

Tabla No 3 – Información acuerdo contractual suscrito con prestador diferente a la ESE

Razón Social	NA			
Nit				
Modalidad de contrato	**Servicios contratados**	**Tarifa pactada**	**Población que incluye el acuerdo**	**Estado**

3. Proveedor de medicamentos con el que se garantice la entrega de estos a los usuarios (Relacione proveedor (es) por municipio): EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL identificada con NIT 890985092, modalidad cápita.

Para terminar, la Superintendencia Nacional de Salud advierte que los acuerdos de voluntades deben regirse por lo dispuesto en el Decreto 441 de 2022, que sustituyó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Compromisos: (relacionar los compromisos adquiridos en el desarrollo de la mesa)

1. Firmar contrato de evento por el RL ESE, que cumple los requisitos establecidos en el decreto 441. Fecha: 10/11/2022 Hora: 8:00 am. Modalidad presencial. Carrera 70 # 44 B 32, Medellín.
2. La ESE manifiesta que se encuentra en revisión de las actas de liquidación vigencias 2020 y 2021 enviadas por Coosalud EPS, las cuales serán revisadas y firmadas por la Ese y Coosalud EPS el 10/11/2022 Hora: 8:00 am. Modalidad presencial. Carrera 70 # 44 B 32, Medellín.

Hora Inicio: 8:45 a.m.	**Hora Terminación**: 9:15 a.m.

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES

Por parte de la EPS,	**Por parte de la IPS,**
Nombre: Katherine Egea Amador CC 22807540 Cargo: Coordinadora de Contratacion Teléfono: 3184976913 Correo Electrónico: kegea@coosalud.com Nombre: Rodolfo Ruiz CC 94227257 Cargo: Vicepresidente de Riesgo Teléfono: 3174408351 Correo Electrónico: rruiz@coosalud.com Nombre: Ramon Botero Jimenez Cargo: Gerente Regional Teléfono: 3156272289 Correo Electrónico: rbotero@coosalud.com	Nombre: CARLOS ALBERTO SALAZAR MUÑOZ Cargo: Representante Legal Correo Electrónico: info@hsvpremedios.gov.co Nombre: Cargo: Teléfono: Correo Electrónico:

Remedios, 25 de octubre de 2022

Señores
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
E. S. D.

REFERENCIA: OTORGANDO PODER MESA DE CONTRATACION ENTRE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - REMEDIOS / COOSALUD E.P.S

CARLOS ALBERTO SALAZAR MUÑOZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en el municipio de Remedios, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 98.591.244 expedida en Bello, en mi calidad de Representante Legal de LA **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - REMEDIOS,** identificada con NIT. 890.985.092, respetuosamente manifiesto ante la Superintendencia Nacional de Salud, que por medio del presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente al Abogado **YAMID ALEXY RAMÍREZ MARÍN**, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.98.601.851, portador de la Tarjeta Profesional No.279714 del C. S. J, para que en mi nombre y representación asista a la Mesa de Contratación con **COOSALUD E.P.S,**
Mi apoderado queda expresamente facultado para recibir, desistir, sustituir, transigir, conciliar, renunciar, reasumir, formular tachas y todas las demás facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso
Sírvase, por lo tanto, reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor Superintendente de Salud,

Atentamente,

CARLOS ALBERTO SALAZAR MUÑOZ
C.C. 98.591.244 DE BELLO

ACEPTO

YAMID ALEXY RAMIREZMARIN
C.C. No.98.601.851 de Amagá
T.P. 279714 del C. S. J