

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

TARJETA CORPOPRIME Y CORPOPLUS

MEMBRESÍAS CORPOSALUD S.A.S.

El presente documento establece y regula las condiciones generales de uso para los planes de beneficios ofrecidos por CORPOSALUD S.A.S. La afiliación a cualquiera de sus membresías, ya sea de manera voluntaria por parte del titular o a través de cualquier mecanismo de contratación ofrecido por la compañía, implica la aceptación total, expresa e irrevocable de la totalidad de los términos, condiciones, restricciones, exclusiones y obligaciones aquí descritos. Se recomienda al futuro afiliado leer detenidamente cada una de las cláusulas antes de proceder con su adhesión, y en caso de tener dudas, solicitar asesoría previa al personal autorizado de CORPOSALUD S.A.S. La suscripción o el pago de la membresía serán considerados como un acto inequívoco de aceptación de todas las disposiciones contenidas en este instrumento.

1. ESTRUCTURA DE LOS PLANES Y BENEFICIARIOS

CORPOSALUD S.A.S. ofrece a sus afiliados diferentes alternativas de planes de membresía, los cuales se diferencian entre sí por su capacidad máxima de personas cobijadas bajo un mismo contrato, por los beneficios de salud incluidos, por los porcentajes de descuento aplicables a los servicios ofertados y por las coberturas de protección complementaria (seguros y asistencias) que cada plan incorpora de manera exclusiva. El alcance de todos y cada uno de los beneficios descritos en el presente documento está estrictamente limitado a las personas que hayan sido registradas oficialmente ante CORPOSALUD S.A.S. como Titular y como Beneficiarios del plan, de acuerdo con los mecanismos de afiliación establecidos por la compañía. No se reconocerán beneficios para personas que no figuren en el registro oficial de afiliados, independientemente de su vínculo familiar o relación con el Titular.

Plan CORPOPRIME

Capacidad del plan: El plan CORPOPRIME tiene una capacidad máxima de un (1) Titular más cuatro (4) Beneficiarios adicionales, entendiendo por Beneficiarios aquellas personas que el Titular designe dentro de su núcleo familiar o grupo de convivencia, siempre que cumplan con los requisitos de afiliación establecidos por CORPOSALUD S.A.S. Los Beneficiarios deberán ser registrados en el momento de la contratación o mediante el procedimiento de actualización de datos dispuesto por la compañía.

Beneficios de salud incluidos en el plan CORPOPRIME:

- Una (1) consulta anual en las especialidades de Psicología o Nutrición, sin costo adicional para el afiliado, entendiendo "sin costo" como la gratuidad total del servicio sin que medie copago, cuota moderadora o desembolso alguno por parte del Titular o Beneficiario. Esta consulta podrá ser utilizada por cualquiera de las personas cobijadas por el plan, y una vez utilizada en el año calendario correspondiente, no habrá derecho a una nueva consulta gratuita hasta la renovación anual de la membresía.
- Una (1) consulta anual de Medicina General, sin costo adicional para el afiliado, aplicable a cualquier persona registrada dentro del plan. Esta consulta podrá ser utilizada para atenciones de primer nivel, controles de salud general, formulación de medicamentos básicos o remisiones a especialistas según el criterio médico.
- Una (1) consulta anual con especialista, sin costo adicional para el afiliado, limitada exclusivamente a las especialidades médicas ofertadas por la Clínica CORPOSALUD S.A.S. El afiliado deberá verificar previamente con la Clínica si la especialidad requerida se encuentra disponible dentro de la oferta de servicios. No se cubrirán consultas con especialistas que no hagan parte de la red de la Clínica.
- Hasta un veinte por ciento (20%) de descuento en procedimientos quirúrgicos que sean ofertados por la Clínica, entendiendo que el descuento se aplica sobre la tarifa regular particular que la Clínica tenga establecida para cada procedimiento. El porcentaje de descuento podrá variar según el tipo de procedimiento y las políticas comerciales vigentes en el momento de la prestación del servicio. El afiliado deberá cotizar previamente el valor del procedimiento con el descuento aplicado antes de su programación.
- Hasta un veinte por ciento (20%) de descuento en consultas médicas (incluyendo consultas generales y especializadas que no hayan sido utilizadas como gratuitas dentro del beneficio anual), en exámenes de laboratorio clínico y en imágenes diagnósticas (radiografías, ecografías, tomografías, entre otras), siempre que estos servicios sean prestados por la Clínica o por los laboratorios e instituciones con los cuales CORPOSALUD S.A.S. tenga convenio vigente.
- Hasta un veinte por ciento (20%) de descuento en servicios de hospitalización, entendiendo por tales la estancia en habitación múltiple, los cuidados básicos de enfermería y la alimentación hospitalaria durante el período de internación. El descuento aplica exclusivamente sobre los costos de hotelización y servicios básicos

asociados, no sobre procedimientos, medicamentos, insumos o interconsultas que puedan ser requeridos durante la estancia.

- Descuentos exclusivos y servicio preferencial en toda la red de aliados de CORPOSALUD S.A.S., entendiendo por "servicio preferencial" la atención prioritaria en términos de agendamiento de citas, reducción de tiempos de espera y acceso a canales de atención diferenciados. Los descuentos específicos en cada aliado deberán ser consultados directamente en cada institución o en la pagina web de Corposalud, seccion Aliados, ya que pueden variar según el tipo de servicio y las condiciones comerciales de cada alianza.

Restricción importante del plan CORPOPRIME: Se establece de manera expresa, clara y vinculante que el plan CORPOPRIME NO INCLUYE bajo ninguna circunstancia coberturas de Seguro de Vida ni Beneficio Exequial. El Titular y los Beneficiarios afiliados a este plan carecen de toda protección económica en caso de fallecimiento por cualquier causa, así como de cualquier servicio funerario o de asistencia exequial. Esta restricción es una de las diferencias fundamentales entre el plan CORPOPRIME y el plan CORPOPLUS, y el afiliado al aceptar el plan CORPOPRIME reconoce expresamente que no tendrá derecho a reclamar dichas coberturas bajo ninguna circunstancia.

Plan CORPOPLUS

Capacidad del plan: El plan CORPOPLUS tiene una capacidad máxima de un (1) Titular más nueve (9) Beneficiarios adicionales, entendiendo por Beneficiarios aquellas personas que el Titular designe dentro de su núcleo familiar o grupo de convivencia, siempre que cumplan con los requisitos de afiliación establecidos por CORPOSALUD S.A.S. Esta mayor capacidad lo convierte en un plan ideal para familias extensas o grupos convivientes que requieren cobertura para un número superior de personas.

Beneficios de salud incluidos en el plan CORPOPLUS:

- Tres (3) consultas anuales en las especialidades de Psicología o Nutrición, sin costo adicional para el afiliado, entendiendo "sin costo" como la gratuidad total del servicio. Estas tres consultas podrán ser distribuidas entre el Titular y los Beneficiarios según las necesidades de cada uno, sin que sea necesario que todas sean utilizadas por la misma persona.
- Dos (2) consultas anuales de Medicina General, sin costo adicional para el afiliado, aplicables a cualquier persona registrada dentro del plan. Estas consultas podrán

ser utilizadas en cualquier momento del año calendario, y las no utilizadas no se acumulan para el período siguiente.

- Dos (2) consultas anuales con especialista, sin costo adicional para el afiliado, limitada exclusivamente a las especialidades médicas ofertadas por CORPOSALUD S.A.S. El afiliado deberá verificar previamente con la Clínica si la especialidad requerida se encuentra disponible dentro de la oferta de servicios. Estas dos consultas son independientes de las consultas gratuitas de Medicina General y de Psicología o Nutrición.
- Hasta un treinta por ciento (30%) de descuento en procedimientos quirúrgicos que sean ofertados por la Clínica, aplicable sobre la tarifa regular particular que la Clínica tenga establecida para cada procedimiento. Este porcentaje es superior al ofrecido en el plan CORPOPRIME, constituyendo un beneficio diferencial para los afiliados al plan CORPOPLUS.
- Hasta un treinta por ciento (30%) de descuento en consultas médicas (incluyendo consultas generales y especializadas adicionales a las gratuitas ya incluidas), en exámenes de laboratorio clínico y en imágenes diagnósticas, siempre que estos servicios sean prestados por la Clínica Corposalud.
- Hasta un treinta por ciento (30%) de descuento en servicios de hospitalización ofertados por la Clínica, aplicable sobre los costos de estancia en habitación múltiple.
- Descuentos exclusivos y servicio preferencial en toda la red de aliados de CORPOSALUD S.A.S..

Protección Integral (Coberturas Exclusivas del Plan CORPOPLUS): El plan CORPOPLUS incluye de manera exclusiva y diferenciada los siguientes beneficios de protección, los cuales NO están disponibles en el plan CORPOPRIME:

- **Seguro de Vida:** Cobertura económica en caso de fallecimiento accidental del Titular o de los Beneficiarios afiliados, conforme a las condiciones, montos, exclusiones y períodos de carencia establecidos en el numeral 2.A del presente documento. Esta cobertura es administrada por una compañía de seguros externa a CORPOSALUD S.A.S., cuyas pólizas y condiciones específicas serán vinculantes para el afiliado.
- **Servicio Exequial:** Conjunto de servicios funerarios y de asistencia para el sepelio o cremación del afiliado fallecido, que incluye sala de velación, cofre fúnebre, traslados, servicios religiosos y destino final, así como un paquete de asistencias

complementarias, todo conforme a las condiciones, exclusiones y períodos de carencia establecidos en el numeral 2.B del presente documento.

- **Seguro de Hospitalización:** Cobertura que proporciona un auxilio económico diario en caso de hospitalización del afiliado por causa de accidente o enfermedad, conforme a los montos, deducibles, límites y condiciones establecidos en el numeral 2.A del presente documento.

2. SEGUROS Y ASISTENCIAS (EXCLUSIVOS DEL PLAN CORPOPLUS)

Los seguros y asistencias asociados al plan CORPOPLUS son administrados por terceras personas jurídicas especializadas en el ramo asegurador y funerario, independientes de CORPOSALUD S.A.S. En consecuencia, la activación, cobertura, límites, exclusiones, procedimientos de reclamación y cualquier otro aspecto relacionado con estos beneficios se rigen estrictamente por las pólizas, reglamentos y condiciones particulares establecidos por dichos terceros, los cuales serán puestos a disposición del afiliado en el momento de la contratación o cuando así lo solicite. CORPOSALUD S.A.S. actúa como facilitadora y canalizadora de estos beneficios, pero no asume responsabilidad directa por las decisiones de cobertura, negación de reclamos o cualquier controversia que surja entre el afiliado y el asegurador o prestador del servicio funerario. A continuación, se describen las condiciones generales de cada uno de estos beneficios, las cuales deben ser complementadas con la lectura directa de las pólizas correspondientes.

A. Seguro de Vida para Accidentes Personales (Administrado por Colmena Seguros)

Al adquirir la Tarjeta CORPOSALUD bajo el plan CORPOPLUS, el afiliado recibe automáticamente el respaldo de un seguro de accidentes personales diseñado para brindar seguridad las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, sin importar la ubicación geográfica del afiliado dentro del territorio nacional. Este beneficio otorga una protección económica de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000) moneda legal colombiana, en caso de fallecimiento accidental del afiliado o en caso de incapacidad total y permanente derivada de un accidente. Adicionalmente, si el afiliado llegare a requerir hospitalización como consecuencia de un accidente o enfermedad, contará con un auxilio diario de VEINTICINCO MIL PESOS (\$25.000) a partir del cuarto día de hospitalización y hasta por un máximo de treinta (30) días, destinado a ayudar con gastos menores durante la estancia hospitalaria.

Coberturas principales del seguro:

- **Muerte Accidental:** En caso de que el afiliado fallezca como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por la póliza, los beneficiarios designados por el afiliado, o en su defecto sus herederos legales, recibirán una indemnización de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). Se entenderá por "accidente" todo suceso imprevisto, externo, violento y ajeno a la voluntad del afiliado que cause lesiones corporales. No se cubren muertes por causas naturales, enfermedades, suicidio, o eventos derivados de conductas peligrosas o ilícitas, conforme a las exclusiones estándar de las pólizas de accidentes personales.
- **Incapacidad Total y Permanente por Accidente:** En caso de que el afiliado, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, quede en condición de incapacidad total y permanente para trabajar o desarrollar sus actividades cotidianas, según la definición establecida en el reglamento de la póliza, recibirá una indemnización de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). El afiliado deberá someterse a las evaluaciones médicas que la aseguradora determine para verificar la condición de incapacidad permanente.
- **Renta Diaria por Hospitalización:** En caso de que el afiliado sea hospitalizado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, recibirá un auxilio de VEINTICINCO MIL PESOS (\$25.000) por cada día completo de hospitalización. **Deducible:** Este auxilio aplica exclusivamente a partir del cuarto día de hospitalización, lo que significa que los primeros tres (3) días de estancia no generan derecho a indemnización alguna. **Límite máximo:** El afiliado podrá recibir este auxilio hasta por un máximo de treinta (30) días por año calendario, acumulando en el mejor de los casos un total de SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$750.000) anuales por este concepto.

Condiciones de elegibilidad para el seguro:

- **Edad de ingreso:** Podrán afiliarse al plan CORPOPLUS y, por ende, ser cobijados por este seguro, las personas que tengan edades comprendidas entre los DIECIOCHO (18) años cumplidos y los OCHENTA (80) años cumplidos. Las personas menores de 18 años o mayores de 80 años al momento de la contratación no podrán ser incluidas como Titulares del plan, aunque podrán ser incluidas como Beneficiarias con limitaciones en las coberturas o según acuerdo directo con la aseguradora.

- **Edad de permanencia:** La cobertura del seguro de vida y de la renta diaria por hospitalización estará vigente mientras el afiliado mantenga su membresía activa, con los siguientes límites de edad: para la cobertura de muerte accidental, la protección se extiende hasta que el afiliado cumpla los OCHENTA (80) años; para las coberturas de incapacidad total y permanente y de renta diaria por hospitalización, la protección se extiende únicamente hasta que el afiliado cumpla los SESENTA Y CUATRO (64) años. Una vez superadas estas edades, las correspondientes coberturas cesan automáticamente, aunque la membresía en el plan de salud pueda continuar.

Activación de la cobertura del seguro: La cobertura del seguro de vida para accidentes personales entrará en vigor y será efectiva transcurridas SETENTA Y DOS (72) horas hábiles después de concretada la venta de la membresía y completada satisfactoriamente la validación de los datos del afiliado por parte de Colmena Seguros como aseguradora. Esto significa que cualquier evento cubierto que ocurra dentro de las primeras 72 horas hábiles posteriores a la contratación no generará derecho a indemnización alguna. Se entiende por "día hábil" aquellos días en que la aseguradora opera en condiciones normales, excluyendo sábados, domingos y festivos.

B. Plan de Previsión Exequial (Alianza con Los Olivos)

CORPOSALUD S.A.S. ha diseñado una protección exequial exclusiva para los afiliados al plan CORPOPLUS a través de su alianza estratégica con la empresa funeraria Los Olivos. Este plan personal, creado para titulares de hasta SETENTA (70) años de edad al momento de la afiliación, garantiza un homenaje digno y sin preocupaciones económicas para la familia del afiliado en caso de fallecimiento. La cobertura es total e incluye, de manera enunciativa más no limitativa: la preparación y el acondicionamiento del cuerpo; el traslado nacional del cuerpo dentro del territorio colombiano; la sala de velación por el tiempo estándar establecido por el prestador; el cofre fúnebre de acuerdo con el nivel del plan contratado; los servicios religiosos que la familia del fallecido desee celebrar; y la elección del destino final, ya sea inhumación en cementerio o cremación, conforme a las opciones disponibles en cada localidad.

Asistencias complementarias al servicio exequial: Además del servicio funerario propiamente dicho, este beneficio se complementa con un robusto paquete de asistencias diseñadas para apoyar al afiliado en diversas situaciones de su vida cotidiana, incluso en vida. Estas asistencias incluyen, de manera enunciativa: beneficios para el cuidado de mascotas (asistencia veterinaria básica, paseo o alojamiento temporal); asistencia jurídica

(consultas legales telefónicas en materias como derecho laboral, familia, civil); ayudas estudiantiles, asistencias en viajes; y otros beneficios que serán informados en la documentación del aliado. El afiliado cuenta adicionalmente con el respaldo de la Unidad de Duelo "Alivia", un servicio de acompañamiento psicológico para enfrentar el proceso de pérdida de un ser querido, y con el acceso a más de DOSCIENTAS NOVENTA (290) salas de homenaje distribuidas en todo el territorio nacional, lo que garantiza cobertura en la mayoría de las ciudades y municipios del país.

Períodos de carencia del servicio exequial: La cobertura del servicio exequial no es inmediata desde el primer día de afiliación, sino que está sujeta a períodos de carencia (tiempo de espera mínimo) que deben cumplirse antes de que el beneficio pueda ser activado. Estos períodos de carencia se cuentan a partir de la fecha de inicio de vigencia de la membresía y son acumulativos, aplicando el período más largo cuando concurren varias circunstancias. A continuación, se detallan los períodos aplicables:

- **Sin período de carencia (activación en 24 horas):** La cobertura exequial se activa a partir de las VEINTICUATRO (24) horas siguientes al inicio de vigencia de la membresía en caso de muerte del afiliado por accidente o por violencia (homicidio, siempre que no medie participación dolosa del afiliado). Esto significa que si el afiliado fallece por estas causas dentro de las primeras 24 horas, sus beneficiarios podrán acceder al servicio exequial.
- **Sesenta (60) días de carencia:** La cobertura exequial se activa únicamente después de transcurridos SESENTA (60) días calendario continuos desde el inicio de vigencia de la membresía en caso de muerte del afiliado por causa natural (enfermedades no preexistentes graves, eventos cardiovasculares, respiratorios, etc.) o por suicidio, siempre que este último no esté excluido expresamente por la póliza. Si el fallecimiento ocurre dentro de los primeros 60 días, no habrá derecho al servicio exequial.
- **Ciento ochenta (180) días de carencia:** La cobertura exequial se activa únicamente después de transcurridos CIENTO OCHENTA (180) días calendario continuos desde el inicio de vigencia de la membresía en caso de muerte del afiliado relacionada con enfermedades preexistentes graves. Se consideran enfermedades preexistentes graves, de manera enunciativa: VIH/SIDA diagnosticado con anterioridad a la afiliación; Cáncer (cualquier tipo) diagnosticado antes de la afiliación; enfermedades terminales conocidas por el afiliado al momento de contratar el plan; enfermedades crónicas degenerativas en estadios avanzados. El afiliado tiene la obligación de declarar la existencia de estas condiciones al momento

de la afiliación; la omisión en dicha declaración podrá ser considerada como fraude y dará lugar a la anulación del beneficio.

- **Ciento veinte (120) días de carencia para servicios complementarios:** Para la activación de servicios complementarios o adicionales dentro del beneficio exequial (como traslados especiales, servicios adicionales en la ceremonia, entre otros), se requiere un período de carencia de CIENTO VEINTE (120) días calendario continuos desde el inicio de vigencia de la membresía.

3. CONDICIONES GENERALES Y RESTRICCIONES DE USO

Las siguientes condiciones generales y restricciones de uso aplican de manera uniforme y vinculante a todos los Titulares y Beneficiarios de los planes CORPOPRIME y CORPOPLUS de CORPOSALUD S.A.S., sin excepción alguna. El desconocimiento de estas condiciones no exime al afiliado de su cumplimiento ni de las consecuencias derivadas de su inobservancia.

A. No Acumulabilidad

Los descuentos, beneficios promocionales, consultas gratuitas y cualquier otro servicio o ventaja económica derivada de la membresía de CORPOSALUD S.A.S. NO SON ACUMULABLES con otras ofertas, promociones, convenios de Entidades Promotoras de Salud (EPS), planes de medicina prepagada, seguros de salud, beneficios de cajas de compensación, descuentos por convenios laborales o gremiales, ni con cualquier otro tipo de beneficio otorgado por terceras personas o entidades. En caso de que el afiliado tenga derecho a múltiples descuentos o beneficios sobre un mismo servicio, deberá elegir cuál de ellos desea aplicar, sin que sea posible combinar dos o más descuentos. La institución prestadora del servicio se reserva el derecho de verificar la existencia de otros beneficios y de aplicar la regla de no acumulabilidad antes de la prestación del servicio.

B. Vigencia y Pago

La membresía de CORPOSALUD S.A.S., ya sea bajo el plan CORPOPRIME o bajo el plan CORPOPLUS, tiene una vigencia anual contada a partir de la fecha de activación de la misma, que corresponde a la fecha de pago efectivo de la primera cuota o del valor total de la membresía, según lo acordado en la propuesta comercial. El acceso a todos los beneficios de salud (consultas gratuitas, descuentos en procedimientos, laboratorios, imágenes diagnósticas, hospitalización) y a las coberturas de seguros (seguro de vida, servicio exequial, auxilio de hospitalización) está condicionado de manera expresa e

irrenunciable al pago oportuno y completo de la renovación anual de la membresía. En caso de que el afiliado no realice el pago de la renovación dentro de los plazos establecidos por CORPOSALUD S.A.S., la membresía se suspenderá automática e inmediatamente, sin necesidad de comunicación previa adicional, y el afiliado perderá todos los derechos derivados de la misma, incluyendo la posibilidad de acceder a descuentos, consultas gratuitas y coberturas de seguros. La reactivación de la membresía, si es permitida por CORPOSALUD S.A.S., podrá estar sujeta al pago de la totalidad de los períodos adeudados, así como al cumplimiento de nuevos períodos de carencia para las coberturas de seguros, según lo determine la compañía y sus aseguradores aliados.

C. Declaración de Veracidad

El Titular del plan, al momento de la afiliación y en cada actualización de datos que realice, declara bajo la gravedad de juramento, con las implicaciones legales que ello conlleva, que toda la información proporcionada a CORPOSALUD S.A.S. y a sus aseguradores aliados (incluyendo pero no limitándose a: nombres completos, números de identificación, edades, fechas de nacimiento, estado de salud del Titular y de cada uno de los Beneficiarios, existencia de enfermedades preexistentes graves como VIH/SIDA o Cáncer, entre otras) es veraz, completa, actualizada y corresponde fielmente a la realidad. El Titular reconoce que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o falta de actualización en la información proporcionada, especialmente en aquellos datos que resulten relevantes para la contratación y mantenimiento de los seguros de vida y exequial, constituye una violación grave del presente contrato y podrá acarrear, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar, las siguientes consecuencias: (i) la anulación total del derecho a reclamar cualquier indemnización o beneficio derivado de los seguros; (ii) la terminación unilateral e inmediata del contrato de membresía por parte de CORPOSALUD S.A.S., sin derecho a reembolso alguno de los valores pagados por el afiliado; (iii) la exigencia de restituir los valores que hubieren sido pagados indebidamente como consecuencia de la información falsa o incompleta. CORPOSALUD S.A.S. y sus aseguradores aliados se reservan el derecho de verificar la veracidad de la información suministrada a través de los mecanismos que consideren pertinentes, incluyendo la solicitud de documentos soporte, declaraciones juradas adicionales y consulta a bases de datos de entidades públicas y privadas.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

PAQUETES DE LABORATORIO CLÍNICO

1. Objeto

El presente documento tiene por objeto regular la prestación de servicios de laboratorio clínico bajo la modalidad de paquete, entendiendo por esta la oferta integral de un conjunto específico de análisis y pruebas diagnósticas que se comercializan de manera conjunta a un precio previamente establecido. Esta modalidad busca facilitar el acceso del paciente a los estudios necesarios para su diagnóstico o seguimiento, simplificando los procesos administrativos y económicos tanto para el usuario como para la entidad prestadora del servicio.

2. Alcance del paquete

El alcance del paquete de laboratorio clínico comprende exclusivamente la realización de los exámenes que han sido previamente listados y descritos en la oferta comercial o en la documentación anexa que el paciente o contratante haya recibido al momento de la adquisición del servicio. Incluye de manera expresa los siguientes elementos: la toma de muestras biológicas (sangre, orina, heces u otros fluidos corporales según corresponda), los insumos necesarios para dicha toma (tubos, agujas, recipientes estériles, entre otros), los reactivos y controles utilizados para el procesamiento analítico de las muestras, y finalmente la emisión de un reporte escrito con los resultados obtenidos, firmado por el profesional competente. Queda expresamente establecido que ningún servicio o insumo adicional será considerado dentro del alcance del paquete, debiendo ser facturado por separado.

3. Condiciones preanalíticas

Para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados de laboratorio, el paciente tiene la obligación ineludible de cumplir de manera estricta con todos los requisitos previos a la toma de muestras que le sean comunicados por el personal del laboratorio. Dichos requisitos pueden incluir, de manera enunciativa más no limitativa, lo siguiente: mantener un período de ayuno que puede variar entre 8 y 12 horas dependiendo del tipo de examen;

suspender temporalmente ciertos medicamentos que puedan interferir con las pruebas (siempre bajo supervisión del médico tratante); abstenerse de consumir bebidas alcohólicas durante las 24 a 48 horas previas; evitar actividades físicas intensas antes de la toma; presentarse dentro de horarios específicos establecidos para ciertas pruebas; y en algunos casos, seguir dietas o preparaciones especiales. El incumplimiento de cualquiera de estas condiciones preanalíticas, sea por desconocimiento, negligencia u omisión del paciente, afectará directamente la validez, confiabilidad e interpretación clínica de los resultados obtenidos. El laboratorio no asume responsabilidad alguna por los resultados derivados del incumplimiento de estas condiciones.

4. Calidad de la muestra

El laboratorio clínico se compromete a aplicar rigurosamente los estándares técnicos y las buenas prácticas de laboratorio en los procesos de recepción, identificación, procesamiento, análisis y conservación de las muestras biológicas. Sin embargo, es necesario advertir que la calidad intrínseca de la muestra depende en gran medida de las condiciones en que esta es obtenida. Las muestras podrán ser declaradas como inadecuadas por parte del laboratorio cuando presenten alguna de las siguientes características: volumen insuficiente para la realización de las pruebas, hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), coagulación (en muestras anticoaguladas), contaminación bacteriana o de otro tipo, identificación incorrecta del paciente, tiempo de transporte excesivo o condiciones de temperatura inadecuadas durante la conservación. En todos estos casos, el laboratorio se reserva el derecho de rechazar el procesamiento de la muestra y de solicitar al paciente una nueva toma. Cuando la causa de la inadecuación de la muestra sea atribuible al paciente (por ejemplo, por no haber cumplido las condiciones preanalíticas o por haber manipulado incorrectamente el recipiente de recolección), la nueva toma de muestras y el nuevo procesamiento podrán generar costos adicionales que no serán asumidos por el laboratorio, siendo de exclusiva responsabilidad del paciente o del contratante.

5. Autorización previa

En el contexto específico de la prestación de servicios bajo la modalidad de paquete de laboratorio clínico para pacientes particulares es decir, aquellos que no se encuentran afiliados a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o que voluntariamente deciden no hacer uso de su cobertura se establece de manera expresa que no se requiere ningún tipo de autorización previa por parte de servicios de salud, ni de ninguna instancia administrativa para la realización de los exámenes contratados. El usuario particular puede acceder

directamente al servicio sin trámites adicionales, presentando únicamente el comprobante de adquisición del paquete o realizando el pago en el momento de la atención. Esta disposición tiene como propósito agilizar el acceso del paciente a los servicios diagnósticos, eliminando barreras administrativas innecesarias.

6. Oportunidad en la entrega de resultados

El laboratorio clínico se compromete a informar al usuario, en el momento previo a la adquisición del paquete o al momento de la toma de muestras, los plazos estimados para la entrega de los resultados. Dichos plazos se definen de acuerdo con la naturaleza, complejidad y tipo de cada prueba o examen incluido en el paquete. Así, por ejemplo, los exámenes de rutina como hemograma, glicemia o examen general de orina pueden tener tiempos de entrega de horas o de uno a dos días hábiles, mientras que las pruebas especializadas como hormonas, marcadores tumorales, estudios inmunológicos o moleculares pueden requerir plazos más extendidos, de hasta cinco o más días hábiles. El laboratorio se esforzará por cumplir con los tiempos informados, sin perjuicio de que circunstancias técnicas debidamente justificadas (fallas en equipos, necesidad de repetir pruebas, procesamiento por parte de laboratorios de referencia externos, entre otras) puedan ocasionar demoras que no serán consideradas como incumplimiento del presente acuerdo.

7. Exclusiones

Quedan expresamente excluidos del alcance del paquete de laboratorio clínico, y por tanto no se considerarán incluidos en el precio ofertado, los siguientes elementos y servicios: a) cualquier prueba o examen diagnóstico que no haya sido explícitamente relacionado en la descripción del paquete, aunque sea complementario o derivado del mismo proceso diagnóstico; b) los procesamientos especializados o de alta complejidad que requieran técnicas de biología molecular, citometría de flujo, estudios genéticos, cultivos microbiológicos extendidos o cualquier otro tipo de análisis que no esté contemplado en la oferta estándar del paquete; c) el servicio de toma de muestras a domicilio, salvo que medie un acuerdo previo, expreso y por escrito entre el paciente y el laboratorio, en cuyo caso podrán aplicarse tarifas adicionales por desplazamiento y logística; d) las repeticiones de exámenes que sean solicitadas por el médico tratante por razones clínicas (control evolutivo, verificación de hallazgos, monitoreo de tratamiento), las cuales constituyen servicios nuevos y deben ser facturadas de manera independiente; e) las repeticiones de exámenes que sean necesarias por causas externas al laboratorio, tales como extravío de la muestra por parte

del paciente, deterioro por condiciones de transporte inadecuadas no controladas por el laboratorio, o incumplimiento por parte del paciente de las condiciones para la nueva toma; f) los costos de transporte o envío de resultados a domicilio.

8. Facturación

La facturación de servicios de salud bajo cotización, se realizará de conformidad con la prestación efectiva. Si por cualquier razón no fuera posible realizar algún servicio relacionado en la cotización (por ejemplo, por contraindicación médica, por dificultades técnicas insuperables en la toma de la muestra, o por expresa solicitud del paciente), el valor final a pagar se ajustará proporcionalmente, descontando su costo según la tarifa individual establecida. El paciente o contratante recibirá la factura detallada que especificará cada uno de los servicios realizados y sus costos individuales.

9. Vigencia de tarifas

Las tarifas ofertadas para los paquetes de laboratorio clínico tendrán una vigencia determinada que será informada al contratante en el momento de la presentación de la propuesta comercial. Dicha vigencia podrá expresarse en días calendario, semanas o meses, dependiendo de las políticas comerciales del laboratorio. Transcurrido el período de vigencia, el laboratorio se reserva el derecho de modificar sus tarifas, previa notificación al usuario o contratante. Las modificaciones tarifarias no afectarán los paquetes que ya hayan sido adquiridos y pagados durante el período de vigencia anterior.

10. Responsabilidad del paciente

El paciente asume la responsabilidad y obligación de suministrar al personal del laboratorio clínico información veraz, completa y oportuna sobre todos aquellos aspectos que puedan influir en la realización e interpretación de los exámenes. Dicha información incluye, de manera enunciativa: su identidad completa y correcta; sus antecedentes médicos relevantes; los medicamentos que está consumiendo, incluyendo dosis y frecuencias; la presencia de enfermedades crónicas o agudas; condiciones especiales como embarazo, lactancia o alergias; y cualquier otro dato que el personal del laboratorio le solicite. De igual manera, el paciente se obliga a cumplir estrictamente con todas y cada una de las indicaciones impartidas por el personal del laboratorio para la adecuada toma de muestras, incluyendo las condiciones preanalíticas descritas en el numeral 3 del presente documento.

El paciente reconoce y acepta que su incumplimiento en estos deberes puede afectar directamente la calidad, validez y utilidad clínica de los resultados del laboratorio.

PAQUETES QUIRÚRGICOS

1. Objeto

El presente documento tiene por objeto regular la prestación de servicios quirúrgicos bajo la modalidad de paquete integral, entendiendo por esta la oferta comercial que agrupa un conjunto definido de servicios, procedimientos, insumos y atenciones relacionados con una intervención quirúrgica específica, los cuales se comercializan conjuntamente a un precio global previamente establecido. Esta modalidad busca ofrecer al paciente una solución integral que facilite la planeación financiera de su procedimiento, brindando certeza sobre los costos de los servicios habitualmente asociados a una cirugía, sin perjuicio de las exclusiones y limitaciones que se señalan expresamente en el presente documento.

2. Alcance del paquete

El alcance del paquete quirúrgico comprende de manera expresa y taxativa los siguientes servicios y atenciones, siempre que se encuentren directamente relacionados con la cirugía contratada y que hayan sido previamente listados en la propuesta comercial o en la documentación anexa: a) los exámenes prequirúrgicos básicos necesarios para evaluar las condiciones del paciente previas a la intervención, tales como hemograma, pruebas de coagulación, glicemia, creatinina, y otros que el cirujano considere esenciales; b) la valoración por el especialista cirujano responsable del procedimiento; c) la valoración preanestésica realizada por el especialista en anestesiología para determinar la viabilidad y los riesgos de la anestesia; d) la realización del procedimiento quirúrgico propiamente dicho, según la técnica convencionalmente establecida; e) los honorarios profesionales del cirujano principal; f) los honorarios profesionales del anestesiólogo; g) los honorarios profesionales del ayudante quirúrgico; h) los derechos de sala o uso de quirófano, incluyendo los tiempos de preparación, procedimiento y recuperación inicial; i) los medicamentos e insumos utilizados durante el acto quirúrgico y durante el período de hospitalización cubierto por el paquete; j) los cuidados intrahospitalarios básicos; k) la internación en habitación múltiple (compartida con otros pacientes), incluyendo alimentación hospitalaria y servicios básicos de hotelería. Se establece de manera expresa y vinculante

que todo servicio, insumo, medicamento, honorario, atención o procedimiento que no se encuentre mencionado de manera explícita en este listado o en la documentación complementaria del paquete será considerado como NO incluido, y por tanto será facturado adicionalmente al paciente o contratante, conforme a las tarifas vigentes en el momento de su prestación.

3. Autorización previa

En el contexto específico de la prestación de servicios quirúrgicos bajo la modalidad de paquete integral para pacientes particulares entendiéndose por tales aquellos que no se encuentran afiliados a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o que por otra parte se encuentran afiliados pero que han decidido voluntariamente no hacer uso de su cobertura, o que pertenecen a regímenes especiales que así lo permitan se establece de manera expresa que no se requiere ningún tipo de autorización previa por parte de oficinas de facturación, aseguradoras, servicios de salud o cualquier otra instancia administrativa para la realización del procedimiento quirúrgico contratado. El usuario particular puede programar su cirugía directamente con la institución prestadora de servicios de salud, presentando únicamente el comprobante de adquisición del paquete o realizando el pago según lo acordado en la propuesta comercial. El propósito de esta disposición es eliminar barreras administrativas que puedan demorar innecesariamente la atención quirúrgica del paciente.

4. Programación

La programación de la fecha y hora para la realización del procedimiento quirúrgico se encuentra sujeta a la disponibilidad de agenda del personal médico involucrado (cirujano, anestesiólogo, ayudante quirúrgico), así como a la disponibilidad de quirófanos y camas de hospitalización en la institución prestadora de servicios. Adicionalmente, la programación está condicionada al cumplimiento cabal por parte del paciente de todos los requisitos previamente establecidos, que incluyen de manera enunciativa: la realización y aprobación de los exámenes prequirúrgicos solicitados; la valoración y aprobación por parte del servicio de anestesiología; la firma del consentimiento informado; el cumplimiento de las indicaciones preoperatorias suministradas por el equipo médico (incluyendo ayuno, suspensión de medicamentos, preparaciones específicas); y el pago o garantía de pago del valor del paquete según lo acordado. El incumplimiento de cualquiera de estas condiciones podrá dar lugar a la cancelación o reprogramación del procedimiento por parte de la institución.

5. Exclusiones

Quedan expresamente excluidos del alcance del paquete quirúrgico, y por tanto no se considerarán incluidos en el precio global ofertado, y serán facturados adicionalmente al paciente o contratante, los siguientes elementos, servicios y situaciones, de manera enunciativa más no limitativa:

- a) Las complicaciones intraoperatorias (eventos no previstos que ocurren durante la cirugía) o postoperatorias (eventos adversos que ocurren después del procedimiento), incluyendo pero no limitándose a: hemorragias, infecciones del sitio quirúrgico, dehiscencia de suturas, fístulas, lesiones de órganos adyacentes, reacciones adversas a medicamentos, eventos cardiovasculares (infartos, arritmias), eventos respiratorios, eventos tromboembólicos (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar), entre otros. El manejo de dichas complicaciones, que puede incluir cirugías adicionales, procedimientos de soporte, medicamentos especializados, estancias prolongadas o cuidados intensivos, será cobrado por evento según las tarifas vigentes, salvo que exista un pacto expreso y por escrito en contrario entre las partes.
- b) Las estancias hospitalarias prolongadas no previstas, entendiendo por tales todos aquellos días de hospitalización que superen el número de días incluidos de manera expresa en el paquete quirúrgico para cada tipo de procedimiento. Dichos días adicionales serán cobrados conforme a la tarifa diaria de hospitalización vigente en la institución.
- c) El manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en Unidad de Cuidados Intermedios (UCI intermedia), así como todos los servicios, monitoreos, procedimientos, medicamentos e insumos asociados a dicha estancia, siempre y cuando no se encuentren en la cotización, independientemente de la causa que haya motivado el ingreso del paciente a estas unidades.
- d) Las interconsultas con especialidades médicas que no hayan sido contempladas como parte del manejo estándar del procedimiento quirúrgico, siempre y cuando no se encuentren en la cotización.
- e) Los medicamentos o insumos que no hagan parte del listado estándar incluido en el paquete, en particular aquellos de alto costo, medicamentos biológicos, anticoagulantes especializados, antibióticos de último espectro, factores de crecimiento, hemoderivados, entre otros.
- f) Los materiales quirúrgicos especiales, siempre y cuando no se encuentren en la cotización, entendiendo por tales aquellos que no son considerados de uso rutinario en el

procedimiento estándar, incluyendo pero no limitándose a: Prótesis, mallas, implantes, placas, tornillos, clavos, alambres, materiales de osteosíntesis, injertos óseos, válvulas, stents, catéteres especiales, drenajes especializados, entre otros.

g) La transfusión de hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitados, entre otros) y todos los costos asociados a la disponibilidad, tipificación, pruebas cruzadas, administración y seguimiento de los mismos, , siempre y cuando no se encuentren en la cotización.

6. Complicaciones y eventos adversos

Las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, así como los eventos adversos que puedan ocurrir durante la prestación del servicio quirúrgico, serán manejados por la institución prestadora de servicios de salud conforme a los protocolos institucionales establecidos, que deberán estar alineados con la mejor evidencia científica disponible y con las guías de práctica clínica nacionales e internacionales. El manejo de dichas complicaciones será facturado de manera independiente al paquete contratado, conforme a los servicios efectivamente prestados y según las tarifas vigentes en el momento de su ocurrencia, salvo que exista un pacto expreso y por escrito entre el paciente o contratante y la institución en el que se acuerde un cubrimiento diferente. Se recomienda al paciente consultar con su asesor en caso de alguna duda adicional.

7. Cancelaciones y reprogramaciones

El paciente que requiera cancelar o reprogramar el procedimiento quirúrgico programado deberá notificar por escrito a la institución prestadora de servicios de salud con una anticipación mínima de cuarenta y ocho (48) horas hábiles antes de la fecha y hora programadas para la cirugía. En caso de que la cancelación o reprogramación sea solicitada por el paciente con una anticipación inferior a cuarenta y ocho (48) horas, o de hasta veinticuatro (24) horas según lo establezca la política específica de la institución para cada tipo de procedimiento, la institución podrá cobrar al paciente una penalización equivalente a un porcentaje del valor del paquete, destinada a compensar los costos en que ha incurrido la institución por concepto de reserva de quirófano, bloqueo de agenda médica y preparación logística. La inasistencia injustificada del paciente el día programado para la cirugía, sin haber realizado notificación de cancelación dentro del plazo establecido, podrá generar el cobro del valor total del paquete o de una penalización significativa, conforme a lo informado al paciente al momento de la programación.

8. Consentimiento informado

Es requisito obligatorio e ineludible para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico al amparo del presente paquete que el paciente, o su familiar o acompañante debidamente autorizado en caso de que el paciente no se encuentre en condiciones de hacerlo, haya leído, comprendido y firmado el formato de consentimiento informado correspondiente. Dicho consentimiento deberá cumplir con todos los requisitos establecidos en la normatividad colombiana vigente, en particular con lo dispuesto en la Resolución 13437 de 1991, la Ley 23 de 1981, la Ley 1751 de 2015 y demás normas que regulen la materia. El consentimiento informado deberá contener, como mínimo, la siguiente información: descripción detallada del procedimiento quirúrgico a realizar, sus objetivos y justificación; los riesgos potenciales asociados, tanto los más frecuentes como los más graves aunque sean de baja probabilidad; las alternativas de tratamiento existentes, incluyendo la opción de no realizar el procedimiento; las expectativas realistas sobre los resultados; las posibles complicaciones; y las instrucciones pre y postoperatorias. La firma del consentimiento informado es condición previa a cualquier intervención quirúrgica, y ningún procedimiento será iniciado sin que dicho documento haya sido debidamente diligenciado y archivado en la historia clínica del paciente.

9. Facturación

La facturación de servicios de salud bajo cotización, se realizará de conformidad con la prestación efectiva. Si por cualquier razón no fuera posible realizar algún servicio relacionado en la cotización (por ejemplo, por contraindicación médica, por dificultades técnicas insuperables en la toma de la muestra, o por expresa solicitud del paciente), el valor final a pagar se ajustará proporcionalmente, descontando su costo según la tarifa individual establecida. El paciente o contratante recibirá la factura detallada que especificará cada uno de los servicios realizados y sus costos individuales.

10. Estancia hospitalaria

La estancia hospitalaria incluida en el paquete quirúrgico corresponde única y exclusivamente al tiempo expresamente definido en la propuesta comercial o en la documentación anexa para cada tipo específico de procedimiento quirúrgico. Dicho tiempo se cuenta a partir del momento del ingreso del paciente para la realización de la cirugía y hasta el momento del alta médica, siempre que esta ocurra dentro del plazo estipulado. Los días adicionales de hospitalización que sean requeridos por razones médicas justificadas,

tales como evolución tórpida, presencia de complicaciones, necesidad de controles adicionales, o cualquier otra causa que a criterio del médico tratante amerite la prolongación de la estancia, serán cobrados por separado al paciente o contratante, conforme a la tarifa diaria de hospitalización en habitación múltiple vigente en la institución. El paciente reconoce y acepta que la determinación del momento del alta médica corresponde exclusivamente al criterio clínico del médico tratante, quien evaluará las condiciones de estabilidad del paciente y la ausencia de criterios de hospitalización.

11. Vigencia de tarifas

Las tarifas ofertadas para los paquetes quirúrgicos tendrán una vigencia determinada que será informada al contratante en el momento de la presentación de la propuesta comercial. Dicha vigencia podrá expresarse en días calendario, semanas o meses, dependiendo de las políticas comerciales de la institución prestadora de servicios de salud. Transcurrido el período de vigencia, la institución se reserva el derecho de modificar sus tarifas, previa notificación al usuario o contratante. Las modificaciones tarifarias no afectarán los paquetes que ya hayan sido adquiridos, pagados y programados durante el período de vigencia anterior.

12. Responsabilidad del paciente

El paciente asume la responsabilidad y obligación de cumplir cabalmente con todas y cada una de las indicaciones médicas impartidas por el personal de salud durante todo el proceso quirúrgico, desde la etapa preoperatoria hasta el egreso hospitalario y el seguimiento postoperatorio. En particular, el paciente se obliga a: a) suministrar al personal de salud información veraz, completa y oportuna sobre su estado de salud, antecedentes médicos, alergias, medicamentos que consume, hábitos y cualquier otro dato relevante para la atención quirúrgica; b) asistir puntualmente a todas las citas de control programadas antes y después del procedimiento quirúrgico; c) cumplir con las indicaciones preoperatorias suministradas, incluyendo períodos de ayuno, suspensión o ajuste de medicamentos, y preparaciones específicas; d) cumplir con las indicaciones postoperatorias suministradas al momento del alta, incluyendo el cuidado de heridas, la toma de medicamentos, las restricciones de actividad física, y las señales de alarma que deben motivar una consulta inmediata; e) informar de manera oportuna al personal de salud sobre cualquier síntoma, signo o situación que pueda sugerir una complicación o evento adverso. El incumplimiento por parte del paciente de cualquiera de estas obligaciones podrá afectar negativamente los

resultados del procedimiento quirúrgico y podrá eximir a la institución y al personal de salud de responsabilidades derivadas de dicho incumplimiento.

13. Calidad y normatividad

La institución prestadora de servicios de salud se compromete a prestar los servicios quirúrgicos incluidos en el paquete conforme a los más altos estándares de calidad asistencial, de conformidad con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), regulado por el Decreto 1011 de 2006 y sus normas complementarias o modificatorias. En particular, la institución garantiza el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas en la Resolución 3100 de 2019 o la norma que la modifique o sustituya, en lo relacionado con talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos. Asimismo, la institución se obliga a implementar las políticas de seguridad del paciente establecidas en la Resolución 5095 de 2018 y demás normas aplicables, incluyendo la identificación inequívoca de los pacientes, la comunicación efectiva entre el personal de salud, la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, la prevención de eventos adversos derivados de la medicación, la prevención de caídas y úlceras por presión, y el registro adecuado de información en la historia clínica. La institución se obliga igualmente a cumplir con toda la normatividad colombiana aplicable a la prestación de servicios de salud, incluyendo las disposiciones de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud), el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) y todas las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. El paciente reconoce que las condiciones específicas de atención pueden variar dentro de los marcos de flexibilidad permitidos por la normatividad, sin que ello constituya incumplimiento de los estándares de calidad.