

PARTES: (I) EMERMEDICA S.A. SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. constituida mediante escritura pública No 720 del 18 de marzo de 1991 de la notaría (30) del círculo de Bogotá. Sociedad que en adelante se denominará EMERMÉDICA. (II) **EL CONTRATANTE**. Persona natural o jurídica identificada en el Formulario de Solicitud de Afiliación que forma parte integral del presente clausulado.

CAPÍTULO 1 – DISPOSICIONES ESPECIALES

CLÁUSULA PRIMERA: DEFINICIONES

1.1. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: Conjunto de acciones y procedimientos extra-hospitalarios, realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica, y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.

1.2. CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que en beneficio propio o de un grupo de personas acepta cumplir las obligaciones que le son propias.

1.3. EMERGENCIA MÉDICA: Eventos en los que exista un riesgo real e inmediato de perder la vida. Algunos casos asociados a un evento de emergencia son: trombosis, infarto agudo de miocardio, pérdida del conocimiento, paro cardio-respiratorio, desorientación, confusión, obnubilación, pérdida de fuerzas, dificultad para hablar, convulsiones, precordialgia o dolor de pecho, cianosis, sudoración, politraumatismo, dificultad para respirar, herida con arma blanca o de fuego, caída de alturas, accidente vehicular, electrocución, inmersión/sumersión, accidente industrial, derrumbe, gases tóxicos, ahorcamiento, hemorragia, víctima múltiple o por catástrofe o en vía pública, intento de suicidio.

1.4. FECHA DE SOLICITUD: Momento en que el contratante manifiesta a través del diligenciamiento del Formulario de Solicitud de Afiliación, su voluntad de tomar el Plan de EMERMÉDICA a favor suyo y/o de terceros.

1.5. FECHA DE ACEPTACIÓN: Momento en el cual EMERMÉDICA acepta la solicitud de afiliación y define la fecha de vigencia del Plan, en un plazo máximo de 72 horas.

1.6. FECHA DE CONTRATACIÓN: Igual a la fecha de aceptación del Plan.

1.7 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PLAN: Momento en que el Plan comienza a tener efectos entre las partes, derivándose las obligaciones, entre las que se contemplan: para el contratante la de pagar el valor del Plan en la forma y periodicidad estipuladas, y para EMERMÉDICA la de prestar los servicios de acuerdo a la forma convenida. lo cual ocurrirá en el mismo término de la Fecha de Aceptación mencionada del numeral 1.5.

1.8. FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: Circunstancias ajenas a la voluntad de las partes que no les es posible resistir y que, no habiendo sido previstas por las partes, impiden la ejecución de las obligaciones estipuladas en el Contrato, exonerándolas en consecuencia de cualquier responsabilidad.

1.9. MÉDICO: Persona natural que de acuerdo con la legislación colombiana haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina y tenga vigente la autorización oficial para dicho ejercicio profesional.

1.10. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA O VIRTUAL (OMT-OMV): Orientación a través de personal médico, a la persona que ésta en línea telefónica o virtual, sobre la situación médica que éste le refiera, pudiendo dar recomendaciones de manejo, alerta y cuidado. Disponible conforme el horario de atención previsto por EMERMÉDICA: De domingo a domingo de 06:00 a 23:59 horas.

1.11. SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA: Sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al decreto único reglamentario del sector salud 780 de 2016, para el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención pre-hospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

1.12. PLAN DE AMBULANCIA PREPAGADO:

Plan adicional de salud, relativo a un contrato privado y particular, de suscripción voluntaria; de adhesión, aleatorio y tracto sucesivo; autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud; constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, mediante un pago anticipado o prepago, continuo y periódico como pre-requisito para el acceso a las coberturas en salud que éste incluye expresa y taxativamente.

1.13. TELESALUD: Conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos que se llevan a cabo a distancia con ayuda de tecnologías de la información y telecomunicaciones, que incluye como modalidad de prestación de servicios la Telemedicina. (Ley 1419 de 2010 y Resolución 2654 de 2019).

1.14. TELEMEDICINA: Provisión de servicios de salud a distancia por profesionales de la salud, a través de tecnologías de la información y la comunicación, que permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad, y permitir la resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud. Hace parte de la Telesalud. (Ley 1419 de 2010 y Resolución 2654 de 2019).

1.15. TELEMEDICINA INTERACTIVA: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de la información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre el profesional de la salud (médico general) y el paciente, para la prestación de servicios de salud. Esta se prestará por video en tiempo real. (Resolución 2654 de 2019).

1.16. TELEMEDICINA NO INTERACTIVA: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata. Esta se prestará por canal telefónico. (Resolución 2654 de 2019).

1.17. PRESTADOR DE REFERENCIA: Es la institución prestadora de servicios de salud – “IPS”, que cuenta con Talento Humano en salud capacitado (médico general) y tecnologías de la información y de comunicación; para prestar el servicio de “telemedicina” en la modalidad de “Telemedicina Interactiva”, como un verdadero acto médico; brindando valoración médica y apoyo a distancia, requerido por el paciente en condiciones de oportunidad y seguridad. (Resolución 2654 de 2019).

1.18. TRANSPORTE DE PACIENTES: Conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención pre-hospitalaria, hacia una institución hospitalaria, de conformidad con la resolución 009279 de 1993 del Ministerio

de Salud, y las demás normas que se expidan en esta materia, previa definición del médico de la unidad, sobre la necesidad de traslado.

1.19. TRANSPORTE PRIMARIO: Traslado de paciente del lugar de ocurrencia del Episodio patológico al hospital y/o el transporte de paciente limitados que no pueden movilizarse por sus propios medios.

1.20. TRIAGE: Método para definir la prioridad de la atención al BENEFICIARIO en caso de una contingencia médica, según la gravedad de su estado clínico, para lo cual se aplicarán los estándares de clasificación y tiempos de respuesta estimados constituyen una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, definidos por la normatividad legal vigente.

1.21. URGENCIA MÉDICA: Eventos o situaciones en los que, aunque no hay riesgo inminente de muerte ni secuelas invalidantes, hay presencia de síntomas alarmantes que requieren una pronta intervención médica para calmar síntoma o prevenir complicaciones mayores. Algunos casos asociados a una urgencia son: agitación Psicomotora, palpitaciones, palidez, hipotensión, hipertensión, dolor torácico, dolor abdominal, ingestión de alimentos u objetos (intoxicaciones), herida cortante, traumatismo de: cráneo (simple o moderado), miembro, tórax, abdomen, dorso-lumbar, facial, perineal; fracturas, quemaduras, incontinencia de esfínteres, trastorno de conducta, crisis de llanto den niños, alteraciones oculares y de la visión, heridas leves, cólico nefrítico, esguinces, pérdida de conocimiento recuperada/transitoria, taquicardia, bradicardia, arritmia, paciente violento, trabajo de parto, cuerpo extraño, problemas vinculados a la diabetes; entre otros.

1.22. BENEFICIARIO: Persona natural que haya sido aceptada por EMERMÉDICA para recibir los servicios, en virtud del contrato tomado por el mismo beneficiario en su calidad de CONTRATANTE, o por un tercero en igual calidad.

1.23. VISITA MÉDICA DOMICILIARIA: Situación en la que no existe peligro de muerte ni urgencia en la intervención médica, simplemente hace referencia a aquellos casos en los que el paciente refiere un síntoma específico que le ocasiona alteración de su estado habitual de salud. Algunos ejemplos son: dolor de cabeza, fiebre, erupción cutánea, y en general todos aquellos casos que involucren los sistemas vitales en forma aguda o grave como el sistema nervioso central, sistema respiratorio o sistema cardiovascular. Se excluyen los procedimientos de enfermería y/o paramédicos, tales como: terapias respiratorias, inyectología, medición de signos vitales, cambios de sondas nasogástricas, cambios de cánulas endovenosas, entre otros.

1.24 PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentren habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios especial de transporte de pacientes que se encuentren habilitados.

1.25 COBERTURA GEOGRAFICA: Corresponde a las ciudades, municipios, áreas de influencia y áreas metropolitanas en las cuales Emermedica se encuentra autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, para comercializar, ofertar y suscribir el plan de ambulancia prepagado, y, prestar los servicios de salud.

1.26 PERIMETRO DE COBERTURA: Corresponde a los límites o fronteras dentro de las ciudades, municipios, áreas de influencia y áreas metropolitanas en las cuales Emermedica presta los servicios de salud.

1.27 PACIENTE: Persona natural beneficiaria de las coberturas del plan y usuaria de los servicios de salud sobre quien se ejerce el acto médico durante una atención médica.

CLÁUSULA SEGUNDA: PRECIO ACORDADO - El valor del Plan se fija de acuerdo con las tarifas que tiene vigentes EMERMÉDICA por rango etario, las cuales se encuentran previamente establecidas para el plan contratado, y conforme la modalidad del Plan. La tarifa corresponderá, por cada vigencia anual del contrato, a la última vigente al momento de la solicitud del Plan o a su renovación; publicada en un diario de amplia circulación nacional. Su incremento corresponderá a lo aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud con base en los criterios técnicos definidos en su Circular Única.

CLÁUSULA TERCERA: CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO - Para los fines, desarrollo e interpretación del Plan, las partes tendrán en cuenta las siguientes características del servicio:

3.1. LUGAR DEL SERVICIO: Corresponde a la cobertura geográfica que EMERMÉDICA tiene autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, así como el perímetro geográfico (límites o fronteras) que para la prestación del servicio aquella define particularmente para cada ciudad o municipio. Los sitios que se encuentren por fuera de la cobertura geográfica o del perímetro geográfico, se deberán entender excluidos del Plan. La cobertura geográfica y el perímetro de cobertura se informarán durante el proceso de afiliación con base en el mapa de georreferenciación que se encuentra publicado en la página web de Emermedica en el siguiente link <https://www.emermedica.com.co/conocenos/cobertura/>

3.2. FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Las coberturas médicas del Plan serán prestadas directamente por EMERMÉDICA teniendo en cuenta que se encuentra habilitada para hacerlo como Institución Prestadora de Servicios de Salud a través de las Entidades Territoriales del orden Departamental, Municipal y Distrital de Salud donde opera. Excepcionalmente, cuando el BENEFICIARIO se encuentre temporalmente fuera de su ciudad de domicilio o en el exterior en alguno de los destinos que expresamente tenga establecidos EMERMÉDICA en el Manual del Usuario y referidos en su publicidad, los servicios se podrán prestar en tales destinos como un beneficio extra-Plan, lo cual se hará a través de convenios de reciprocidad con terceros habilitados, de acuerdo con la disponibilidad del servicio, la existencia de dichos convenios y siempre que el CONTRATANTE diligencie la respectiva carta de viajero.

3.3. PROHIBICIÓN: Por la naturaleza de los servicios de que trata el Plan, el CONTRATANTE y el BENEFICIARIO tienen la expresa prohibición de utilizar indebida o innecesariamente los servicios; tales conductas son:

3.3.1. Manipulación de síntomas del paciente para lograr atenciones más rápidas, durante el proceso del TRIAGE.

3.3.2. No adherencia al manejo médico formulado, ni a las recomendaciones médicas; promoviendo el uso innecesario o reiterado de los servicios de salud.

3.3.3. Agresión o maltrato, físico o verbal a la misión médica.

3.3.4. Retención forzada de vehículos o tripulación (no dejarlos salir).

3.3.5. Destrucción, daño parcial o total a los vehículos.

3.3.6. Incumplimiento a los deberes de los beneficiarios para con los servicios de salud establecidos en el Manual del Usuario y en las leyes que expida el Ministerio de Salud.

3.3.7. Solicitud de servicios fuera de cobertura.

3.3.8. Cualquiera otra acción u omisión que desconozca el objeto de alcance del plan, vulnere las obligaciones a cargo del contratante o que pretenda reclamar derechos que no le concede el plan.

El incumplimiento a estas prohibiciones no taxativas, sino meramente enunciativas podrá dar lugar a la cancelación del Plan o la exclusión del BENEFICIARIO incumplido, según corresponda.

3.4. COBERTURAS DEL PLAN: El Plan cubre los siguientes servicios: visita médica domiciliaria o telemedicina, atención para eventos de salud que puedan clasificar como una emergencia o una urgencia médica; traslado primario asistido en ambulancia derivado de la atención médica prestada por el médico de EMERMÉDICA el cual ocurrirá conforme criterio del médico de EMERMÉDICA presente en el sitio del evento, desde el sitio de atención hasta una institución médica intrahospitalaria exclusivamente.

3.5. ACTIVACION DE COBERTURAS: Las coberturas del Plan están sujetas a un periodo máximo de setenta y dos (72) horas hábiles contadas desde la solicitud de afiliación y la celebración del contrato al Plan.

3.6. El Plan no está sujeto a régimen de preexistencias, copagos, bonos, vales y cuotas moderadoras en todos los servicios prestados por Emermedica.

CLÁUSULA CUARTA: CARACTERÍSTICAS DEL TRASLADO –

4.1. TRASLADO DE PACIENTES: El traslado de los BENEFICIARIOS lo efectuará EMERMÉDICA a criterio de su médico presente en el sitio de la atención; en unidades móviles básicas o medicalizadas habilitadas; de acuerdo con el estado clínico del paciente determinado con la valoración médica e indicado a criterio médico del personal en sitio profesional certificado; sin límite en el número de atenciones requeridas durante la vigencia de este Plan.

4.2. CENTRO INTRAHOSPITALARIO: Es la IPS donde puede ser trasladado el BENEFICIARIO a criterio único del médico de EMERMÉDICA, en beneficio de la salud o vida del paciente.

4.3. IMPEDIMENTO PARA EL TRASLADO: En caso de que el BENEFICIARIO, su familiar o la persona responsable de él, impida de alguna forma el traslado indicado por el médico, se entenderá que fue rechazado, cuyo hecho quedará documentado en la historia clínica del paciente o cualquier otro registro de EMERMÉDICA. En este caso, EMERMÉDICA quedará exonerada de cualquier responsabilidad respecto a lo que le pueda posteriormente ocurrir al paciente.

4.4. TRASLADO NO CUBIERTO: En ningún caso EMERMÉDICA estará obligado a efectuar el traslado del BENEFICIARIO del CENTRO INTRAHOSPITALARIO hasta el lugar de su domicilio, ni ningún otro traslado distinto al primario.

CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES

5.1. A CARGO DE EMERMEDICA

5.1.1. Que la obligación de EMERMÉDICA respecto de la prestación de los servicios de atención cubiertos es de medio y no de resultado.

5.1.2. Que la obligación de EMERMÉDICA se limita a poner todos los medios y recursos básicos que estén a su alcance, para controlar los signos vitales y dar manejo médico al BENEFICIARIO y/o trasladarlo a un CENTRO INTRAHOSPITALARIO dado el caso.

5.1.3. Tener una póliza de seguros para cubrir los perjuicios que por todo concepto y en especial por lesiones, muerte o incapacidad permanente, pueda sufrir el BENEFICIARIO como consecuencia de cualquier accidente que pueda ocurrir durante el traslado de este al CENTRO INTRAHOSPITALARIO.

5.2. A CARGO DEL CONTRATANTE

5.2.1. Que el CONTRATANTE y el BENEFICIARIO entienden expresamente que los CENTROS INTRAHOSPITALARIOS desarrollan su actividad y prestan sus servicios con plena autonomía científica, técnica y administrativa con sus propios recursos humanos, técnicos científicos y administrativos y con total independencia de EMERMÉDICA, no existiendo entre uno y otro ningún tipo de vínculo.

5.2.2. Pagar anticipadamente el valor más IVA, conforme con lo acordado con el contratante, por ser un Plan de salud Prepagado en los términos del numeral 1.12 de la cláusula primera del presente contrato. Con la periodicidad (mensual, trimestral, semestral o anual) y forma de pago (canales de pago establecidos por Emermédica, tarjeta de crédito, débito automático) conforme lo que escoja y autorice el mismo contratante. Pago que deberá realizarse de acuerdo de la naturaleza del servicio de aseguramiento.

5.2.3. Acreditar la afiliación de cada beneficiario a una EPS del Régimen Contributivo o entidad del Régimen de Excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener su afiliación activa durante la vigencia del contrato. Para el primer caso, el CONTRATANTE validar la existencia y estado de la afiliación apoyándose al ADRES, y en el segundo caso, el BENEFICIARIO lo deberá acreditar con la presentación de una certificación de afiliación, cada vez que le sea requerido.

5.2.4. Hacer uso adecuado del servicio, que, de no hacerlo, podría dar lugar por parte de EMERMÉDICA a terminar el contrato por incumplimiento o excluir al beneficiario que haya incurrido en tal incumplimiento. Entre estos casos, se encuentran los siguientes, sin que esta relación se entienda de forma taxativa, solo meramente enumerativa y a título de ejemplo:

5.2.4.1 Manipulación de síntomas del paciente para lograr atenciones más rápidas, durante el proceso del TRIAGE.

5.2.4.2. No adherencia al manejo médico formulado, ni a las recomendaciones médicas; promoviendo el uso innecesario o reiterado de los servicios de salud.

5.2.4.3. Agresión o maltrato, físico o verbal a la misión médica.

5.2.4.4. Retención forzada de vehículos o tripulación (no dejarlos salir).

5.2.4.5. Destrucción, daño parcial o total a los vehículos.

5.2.4.6. Incumplimiento a los deberes de los beneficiarios para con los servicios de salud, establecidos en el manual del Usuario y en las leyes que expida el Ministerio de Salud.

5.2.4.7. Solicitud de servicios fuera de cobertura.

5.2.4.8. Cualquiera otra acción u omisión que desconozca el objeto de alcance del plan, vulnere las obligaciones a cargo del contratante o que pretenda reclamar derechos que no le concede el plan.

5.2.5 Cumplir con todos los deberes que les corresponden en esta relación, tanto aquellos establecidos en la ley las que se entienden parte integral del plan de salud, Manual del Usuario, página web (www.emermedica.com.co) o cualquier otro medio escrito informativo; auto informándose el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, a fin de que su inobservancia no sea excusable en ningún caso.

CAPITULO II – DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA SEXTA: OBJETO DEL CONTRATO EMERMÉDICA se obliga a prestar las 24 horas del día, los 365 días al año, al (los) BENEFICIARIO (s) las coberturas de salud del Plan que se prestarán (i) en las ciudades de Cobertura Geográfica: Bogotá, Bucaramanga, Cali, Chía, Medellín, Neiva, Soacha, Villavicencio, Cartagena y Barranquilla; sin perjuicio de las modificaciones que tales destinos puedan tener a futuro (inclusiones o exclusiones que apruebe la Superintendencia Nacional de Salud) y, (ii) dentro del perímetro de cobertura señalado por Emermédica en mapa de georreferenciación (límite o frontera hasta donde llegará la misión médica). En todos los casos, el acceso y prestación de los servicios de salud derivados del plan se cumplirá en las condiciones establecidas en este clausulado y en el Manual del Usuario publicados en la página www.emermedica.com.co. y en las leyes de la República que regulan este tipo de planes en salud, que conforman de manera integral el Plan de Salud, y que podrán ser oponibles al CONTRATANTE. Todo lo aquí indicado, a conformidad de la ley, especialmente contenida en el Decreto Único Reglamentario para el Sector Salud, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas concordantes, como aquellas que la complementen, adicionen, aclaren o modifiquen.

PARAGRAFO El contratante podrá acceder a la copia del presente contrato ingresando a la página web de Emermedica en el siguiente link <https://www.emermedica.com.co/clusulas-de-prestacion-de-servicios/>, lo cual le permitirá imprimir o guardar el documento en un dispositivo digital. No obstante, este clausulado está permanentemente publicado en la misma página web.

CLÁUSULA SÉPTIMA: MODALIDAD Y FORMA DE PAGO DEL CONTRATO - El CONTRATANTE deberá cumplir con el pago del contrato de acuerdo con la (s) tarifa (s) aplicables al Plan que constituye su valor; con la periodicidad escogida por él (mensual, trimestral, semestral o anual) y la forma de pago (aviso de pago (utilizando cualquier canal de pago que provee Emermédica), tarjeta de crédito o, débito automático; esto, conforme lo que sea indicado por el CONTRATANTE en el proceso de pre-venta, cualquiera sea el medio a través de la cual ésta haya sido realizada. El pago será siempre anticipado respecto a la prestación del servicio y, se entenderá oportuno cuando sea realizado dentro de la fecha límite de pago establecida en la facturación. Independiente del medio de pago, es obligación del CONTRATANTE garantizar el pago correspondiente, so pena de constituirse en mora.

Los canales autorizados para pago serán los exclusivamente publicados por Emermédica en su página web www.emermedica.com.co.

CLÁUSULA OCTAVA: REQUERIMIENTO PARA CONSTITUIR EN MORA, SUSPENSIÓN DEL SERVICIO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO - Cuando EL CONTRATANTE pague después de la fecha límite de pago establecida en la factura, se entenderá que ha incurrido en mora. Después de

45 días de mora, EMERMÉDICA suspenderá los servicios de visita médica domiciliaria y de telemedicina sin requerimiento previo para constituir en mora. De no verificarse el pago entre el día 45 y el día 90 de mora, se dejará de prestar todo tipo de servicio de los establecidos en el plan de salud y no se emitirá facturación. El contrato se terminará por mora llegado el día 120 de mora continua. En ningún caso habrá requerimiento previo para constituir al CONTRATANTE en mora. EmerméDica, hará en todos los casos gestión de cartera directamente o a través de terceros especialistas.

CLÁUSULA NOVENA: DURACIÓN. El Contrato tendrá una duración de un (1) año contado desde la fecha de inicio de vigencia del contrato conforme disposición de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta disposición no constituye ninguna forma de cláusula de permanencia, por lo cual, en cualquier momento el CONTRATANTE podrá terminar el contrato, de forma unilateral y voluntaria, siempre que cumpla con el término del preaviso correspondiente a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de corte del contrato y, del pago total de sus obligaciones para con EmerméDica. En caso de no cumplirse con ambas condiciones, el contrato no será terminado. Se entenderá como fecha de corte todos los días de cada mes con el cual inició el contrato. Si el contrato es terminado, EMERMÉDICA informará la terminación de su contrato al CONTRATANTE a través de los medios que este tenga autorizados.

CLÁUSULA DÉCIMA: REQUISITOS PARA LA APERTURA DEL PLAN DE AMBULANCIA PREPAGADA: Para la apertura del plan de ambulancia prepagado los beneficiarios deberán reunir los siguientes requisitos: (i) que se encuentren afiliados a una EPS del Régimen Contributivo o a un Régimen de Excepción, (ii) que al menos la dirección de domicilio principal de cada beneficiario se encuentre dentro de alguna de las ciudades de cobertura geográfica y dentro del perímetro urbano de cada ciudad vigente y aprobado por EMERMÉDICA, y (iii) el CONTRATANTE haya previamente entregado a título de depósito la primera cuota del plan, y este pago se haya podido hacer efectivo por EMERMÉDICA.

El beneficiario que no cumpla los requisitos (i) y (ii) no podrá ser incluido en el contrato, y por ende se entenderá rechazada su solicitud de afiliación. El contrato comenzará a regir a partir de la aceptación de EMERMÉDICA.

Se entenderá que el CONTRATANTE ha consentido en la relación contractual cuando por cualquier medio eficaz y de manera inequívoca y expresa, no ha manifestado lo contrario. El consentimiento también se entenderá, cuando el CONTRATANTE realice actos relativos al contrato mismo, tales como: el pago del valor del contrato, la solicitud de servicios, la presentación de novedades, entre otros, que sean determinantes de su existencia y validez. El contrato no requerirá de firma por ninguna de las partes, para que se entienda su existencia.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RENOVACIÓN DEL CONTRATO - El Contrato se entenderá renovado automáticamente por periodos iguales de 1 año, salvo que: (i) EL CONTRATANTE dé un aviso de no renovación con treinta (30) días hábiles de anticipación y previo a que se cumpla el año de duración establecido en la cláusula novena de este contrato. Para que el preaviso sea efectivo, el CONTRATANTE responderá económicamente de todas las obligaciones que se deriven de su falta de aviso, relativas al pago de la totalidad del valor mensual causado del contrato, incluyendo las vencidas y en mora; (ii) cuando el BENEFICIARIO omita informar que no se encuentra afiliado al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un Régimen de Excepción, (iii) cuando se encuentre en una situación de incumplimiento de alguna o todas las obligaciones

determinadas en el presente clausulado y, en la ley, especialmente las contenidas en el Decreto Único Reglamentario para el Sector Salud, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas concordantes, como aquellas que las complementen, adicionen, aclaren o modifiquen.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contractuales a las que se sometan las partes, lo cual dará derecho a la parte cumplida a resolver el contrato, siempre que ésta última esté al corriente de sus propias obligaciones. En ningún caso, para la declaratoria de incumplimiento, será pre-requisito el requerimiento de incumplimiento a la parte incumplida. Si el incumplimiento no fuese subsanado o justificado antes de la terminación del contrato, se producirá la resolución automática del contrato establecido en la Cláusula Octava. B) Por EL CONTRATANTE, en cualquier momento dentro de su vigencia, otorgando un preaviso por escrito con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha en que desee terminarlo, lo que será efectivo, siempre que el CONTRATANTE cumpla las demás condiciones que para el efecto regula este contrato. C) Por resolución automática del contrato, la cual se producirá en los siguientes eventos: C.1. Cuando alguna de las partes incurra en situación de insolvencia provisional o definitiva declarada en un procedimiento judicial o administrativo; C.2. Cuando exista una orden de autoridad de vigilancia y control, que en cualquier sentido impida la continuación en la prestación del servicio; C.3. Por revocatoria del acto administrativo que autorizó la comercialización del Plan, emitido por la Superintendencia Nacional de Salud. C.4. Cuando sean suministrados datos incorrectos, equivocados o falsos, en especial, pero sin limitarse a la dirección de domicilio del (os) BENEFICIARIO (S). D) En caso de cambio en la dirección de domicilio del (os) BENEFICIARIO(s), siempre que corresponda la nueva a ciudades o perímetros de ciudad donde EMERMÉDICA no tenga cobertura. En este caso, podrá ocurrir la terminación total del contrato si el cambio afecta a todos los beneficiarios del contrato, o sólo respecto de aquel (los) BENEFICIARIO (S) que quede por fuera de cobertura, por lo cual, el contrato se mantendrá vigente, pero se excluirán los BENEFICIARIOS en la condición aquí prevista. Lo que será informado notificado en debida forma al CONTRATANTE. E) Por mora en el pago, en los términos de la Cláusula Octava del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: FORMA DE TERMINAR EL CONTRATO - La terminación del contrato deberá hacerse por EL CONTRATANTE, mediante carta en la que aparezca su firma, a través de los canales únicos y que expresamente tenga disponibles EMERMÉDICA, e indicando de forma expresa la razón para su decisión. Cualquier novedad de terminación que presente el CONTRATANTE, por correos no autorizados o sin el cumplimiento de formalidad aquí indicado, se entenderá por no presentada, el contrato continuará vigente y, el CONTRATANTE estará obligado a seguir cumpliendo con sus obligaciones. El contratante podrá utilizar como medios de terminación de contrato los siguientes canales: 1) Líneas de atención de servicio al cliente publicadas en la página web www.emermedica.com.co, siendo grabada la llamada como soporte de la terminación, **previa** validación de la titularidad del contrato bajo el entendido, que la terminación del contrato solo podrá ser realizada por el contratante. 2) Correo electrónico de servicio al cliente publicado en la página web www.emermedica.com.co. 3) Formulario de PQRS publicado en la página web www.emermedica.com.co como una Petición. A la terminación definitiva del contrato, el CONTRATANTE podrá indicar si autoriza a EmerméDica para ser contactado con las finalidades previstas en la política de manejo, uso y disposición de datos personales. En caso de que guarde silencio, se entenderá que EmerméDica permanecerá autorizada para hacerlo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En cualquiera de los eventos de terminación del contrato, la obligación de pago de los servicios prestados será exigible hasta la fecha efectiva de su terminación, así como los restantes derechos y obligaciones, contenidos en el contrato hasta el último mes causado.

PARÁGRAFO TERCERO: Cuando EL CONTRATANTE haya efectuado anticipadamente el pago de más de un periodo mensual, y dichos periodos no se hubieren causado por la terminación anticipada de la vigencia anual, le corresponderá a EMERMÉDICA reintegrar a EL CONTRATANTE el (los) valor(es) no causado(s) del contrato y recibido(s) anticipadamente, pudiendo descontar el porcentaje correspondiente al costo comercial y al costo administrativo del contrato, en proporción a lo no causado. Para la devolución y/o reembolso, el CONTRATANTE deberá diligenciar de forma correcta y completa los formularios que puede descargar de la página web www.emermedica.com.co. y, entregar certificación bancaria donde aparezcan los datos del CONTRATANTE como titular, el tipo y número de cuenta a través de la cual se hará la transferencia bancaria.

El reembolso se realizará en máximo 15 días hábiles siguientes, después del recibido de los documentos a satisfacción por parte de EMERMÉDICA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS - Si se produjeran reiterados requerimientos no justificados por parte de un mismo beneficiario del servicio, EMERMÉDICA podrá proceder a su exclusión del contrato sin más trámite que la comunicación por escrito. Se entiende por reiterados requerimientos no justificados todas las solicitudes de servicios no convenidos en el contrato, el uso inadecuado de los servicios, y el incumplimiento a los deberes del beneficiario conforme lo dispuesto en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016 y las normas complementarias, así como cualquier otra norma que las derogue, sustituya, modifique o adicione, y en el Manual del Usuario; esta previsión se entenderá en concordancia con lo dispuesto en la Cláusula QUINTA numeral 5.7.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIÓN DEL PLAN - Cualquier modificación del Plan (coberturas, estructura tarifaria, minuta, cobertura geográfica) durante su vigencia, será eficaz cuando se cuente con la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud y aplicarán a partir de la siguiente renovación. No se entenderá como modificación del plan el ajuste de tarifas que se efectuará a la renovación del Plan con base en las tarifas publicadas en un diario de amplia circulación en el área donde se tiene operación. En todos los casos se entenderá que las tarifas del plan tendrán una vigencia por el año contractual.

Toda la normatividad legal vigente constitucional y legal general y especial, civil, comercial y administrativa se entenderá que forma parte integral del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: CESIÓN – El CONTRATANTE podrá sugerir la cesión del contrato a un tercero, no obstante EMERMÉDICA se reservará el derecho a aceptarlo o rechazarlo sin justificar tal decisión. EMERMÉDICA no podrá ceder el contrato sin autorización del contratante.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: TRÁMITE DE QUEJAS, PETICIONES, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS: EmerméDica S.A., dispondrá el siguiente canal de radicación de peticiones, reclamos, sugerencias y denuncias que podrá encontrar en la página web <https://www.emermedica.com.co/contactanos/>. Para los tiempos de respuesta nos basamos en lo establecido en la circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud 202315100000010 de 2023 y los decretos que se expidan o modifiquen sobre este aspecto.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: JURISDICCIÓN APLICABLE: Los conflictos que surjan durante la ejecución del contrato se solucionarán en primera instancia mediante el diálogo directo entre EMERMÉDICA y el CONTRATANTE, si no pudieran solucionarse se acudirá a la jurisdicción competente, para que sea el juez natural el que finalmente decida sobre el asunto.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AFILIACIÓN AL SGSSS - La adquisición y renovación del contrato, implica la obligación por parte de los BENEFICIARIOS de estar y permanecer afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un Régimen de Excepción. Si el CONTRATANTE funge también como beneficiario, estará obligado a cumplir con la condición aquí estipulada.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA - Las empresas, dependencias y programas de salud prepagada, responderán civil y administrativamente por todos los perjuicios que ocasionen a los BENEFICIARIOS en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: 1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contrarie lo acordado en el Plan y 2) cuando se preste el servicio en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones personales a que pueda dar lugar por la violación de las normas del Código de Ética Médica.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DECLARACIONES Y AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS - Para efectos de la presente autorización, EMERMÉDICA S.A. SERVICIOS DE AMBULANCIA será la entidad responsable del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad de servicios de salud y la ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, al suministrar mis datos personales, a través de cualquier medio o formato físico, digital o electrónico puesto a mi disposición por EMERMÉDICA, AUTORIZO DE MANERA LIBRE, PREVIA, EXPRESA E INFORMADA a EMERMÉDICA su matriz, subordinadas y afiliadas o cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento y lleven a cabo todas las actividades del tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión actividades necesarias para cumplir las siguientes finalidades: 1) estudiar y atender las solicitudes de servicios de salud requeridos por mí en cualquier tiempo; 2) ejercer su derecho a conocer a conocer al cliente/afiliado/usuario/beneficiario, según el caso; 3) procesar mis datos personales con los fines inherentes a la actividad que presta el responsable del tratamiento, así como, para fines comerciales, cartera, cobranza, mercadeo, venta cruzada, estadísticos y realización de encuestas de satisfacción. 3) Transferir o transmitir mi información personal a terceros autorizados, con el fin de poder prestar el servicio solicitado; 4) Permitir la comunicación directa o por medio de terceros para solventar las solicitudes o inquietudes elevadas. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales suministrados, así como sobre los derechos de consulta, oposición, actualización y supresión que me asisten como titular de estos, y sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información, las cuales puedo conocer y consultar en la Política de Tratamiento de Datos personales de EMERMÉDICA en www.emermedica.com.co

Asimismo, declaro que al suscribir y aceptar la presente autorización, acepto que EMERMÉDICA directa o por medio de un tercero puede contactarme para las gestiones de cobranza, mercadeo, publicidad, venta cruzada, y demás finalidades expuestas previamente, por los siguientes canales: llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico, mensajería física o aplicativos web o los previamente suministrados, dentro del horario de Lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm y/o Sábados de 8:00 am a 3:00pm. Si por algún motivo no estoy de acuerdo con ello, declaro que puedo oponerme a los mismos en los canales expuestos en la Política de Privacidad de EMERMÉDICA publicada en www.emermedica.com.co

EMERMÉDICA S.A. SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS

EMPRESA AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD MEDIANTE RESOLUCION No 763 DEL 13 DE OCTUBRE DE 1995

CLAUSULADO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALMENTE DE EMERGENCIA para el Plan Aprobado por la Resolución No 763 de 1995

Declaro que la información de terceros suministrada para el efecto del presente contrato ha sido previamente autorizada por los mismos, y están enterados del uso de los datos personales que EMERMÉDICA realizará sobre la prestación del servicio y las finalidades previamente autorizadas. Adicionalmente, en caso de ser necesario suministrar información de niños, niñas y adolescentes, entiendo que el tratamiento va en respuesta y respeto a su interés superior y sus derechos fundamentales, así como que el suministro no es obligatorio, y que al suministrar dicha información autorizo el tratamiento de sus datos personales como representante legal del menor, quien entiende las finalidades, para las cuales serán tratados sus datos personales.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: MANUAL DEL USUARIO - Harán parte integral del contrato las disposiciones, trámites y procedimientos definidos en el Manual del Usuario, el cual incluye lo relacionado con lo siguiente, sin perjuicio de las actualizaciones que haga Emermedica y no se entenderán como modificaciones del contrato lo correspondiente a información relativa a trámites y procedimientos internos administrativos en general como:

Servicios, forma de acceder a los servicios, devoluciones y compensaciones, Programa Vive Emermédica, Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, PQR'S, Teléfonos y Direcciones de Contactos, Retiros, Causas de terminación y Exclusiones, Negación de los servicios, Deberes y Derechos de los afiliados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: MARCO LEGAL DEL PLAN - El Plan se regirá por lo dispuesto en las normas generales de derecho en materia de contratación civil y comercial, y en especial por lo dispuesto en el Decreto Único Reglamentario de Salud y por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, por el artículo 139 de la Ley 1438 de 2011, y por las demás normas que le sean aplicables conforme su naturaleza. ADECUACION A LA LEGISLACIÓN VIGENTE: En el caso que el Gobierno Nacional o la autoridad competente expida norma que contraríe cualquier de las disposiciones del presente clausulado, las partes se comprometen a efectuar las gestiones necesarias para su adecuación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: ANEXOS - Harán parte integral del Plan los siguientes documentos: 1. Manual del Usuario publicado en la WEB 2. Normas y disposiciones legales. 3. Formas y declaraciones de conocimiento a SARLAFT. 4. Políticas y finalidades de habeas data, manejo, uso y disposición de datos personales 5. Carta de bienvenida que contiene los datos particulares del contrato.

FIN DEL CLÁUSULADO.