



MINISTERIO DE SALUD



## RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 032-2021-SIS-FISSAL/J

Lima, 28 de abril de 2021

**VISTOS:** El Informe N° 015-2021-SIS-FISSAL/DICOE-VVFB con Proveído N° 269-2021-SIS-FISSAL/DICOE de la Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo, el Informe N° 022-2021-SIS-FISSAL/OPP de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y el Informe N° 043-2021-SIS-FISSAL/OAJ-JAVD con Proveído N° 043-2021-SIS-FISSAL/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL; y

### **CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 10 de la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud, dispuso la creación de la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de financiar la atención de enfermedades de alto costo, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas; constituyéndose asimismo al Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS;

Que, por Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA, se autorizó el inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, en el Seguro Integral de Salud, con el fin de financiar las enfermedades de alto costo de atención y las enfermedades raras o huérfanas, establecidas en la Ley N° 29698, Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención en Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades o Huérfanas.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA se aprobó el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, estableciéndose además que los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo de atención serán financiados por la Unidad Ejecutora 002 del Seguro Integral de Salud – Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL de conformidad a lo previsto en la Ley N° 29761;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1163, se aprobaron disposiciones para el Fortalecimiento al Pliego Seguro Integral, que incluye a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud – IAFAS públicas: Seguro Integral de Salud – SIS y Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, estableciendo que cualquier mención al Seguro Integral de Salud también comprende al Fondo Intangible Solidario de Salud;

Que mediante numeral 2.3 del artículo 2 del precitado Decreto Legislativo se faculta al Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, para que financie las atenciones





MINISTERIO DE SALUD



de enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras o huérfanas, de acuerdo con los listados aprobados por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial, así como procedimientos de alto costo;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS, modificando con Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS, se aprobó el Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, estableciendo que el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL es un Órgano Desconcentrado del Seguro Integral de Salud, una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud pública y una Unidad Ejecutora 002 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud;

Que, el precitado Manual de Operaciones, señala en su literal h) numeral 2.2.1.1 que son funciones de la Jefatura del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL “aprobar normas internas, directivas, reglamentos y procedimientos para el órgano desconcentrado FISSAL, de acuerdo a las competencias asignadas por Ley como Unidad Ejecutora y Órgano Desconcentrado del Seguro Integral de Salud”;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 023-2019-SIS-FISSAL/J, de fecha 2 de setiembre de 2019, se aprobó la Directiva Administrativa Interna N° 01-2019-SIS/FISSAL “Directiva Administrativa Interna sobre el proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”, con el objeto de establecer y uniformizar los criterios técnicos necesarios para brindar la conformidad de la prestación del servicio de atención ambulatoria del asegurado SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis;

Que, la Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo, mediante el Informe N° 015-2021-SIS-FISSAL-DICOE/VVFB y Proveído N° 269-2021-SIS-FISSAL/DICOE, propone la aprobación de una nueva “Directiva Administrativa Interna sobre el proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”;

Que, a través del Informe N° 022-2021-SIS-FISSAL/OPP de fecha 30 de marzo de 2021, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto emite opinión favorable a la precitada propuesta de Directiva Administrativa Interna, elaborada por la Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo;

Que, mediante Informe N° 043-2021-SIS-FISSAL/OAJ-JAVD con Proveído N° 043-2021-SIS-FISSAL/OAJ, de fecha 06 de abril de 2021, la Oficina de Asesoría Jurídica, opina que el proyecto de “Directiva Administrativa Interna sobre el proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado SIS con insuficiencia renal crónica terminal en Hemodiálisis”, guarda consistencia con la normativa de Contrataciones del Estado relacionado con los plazos de recepción y conformidad y del pago; por lo que, resulta viable jurídicamente su aprobación;





MINISTERIO DE SALUD



Con el visto bueno de la Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo, la Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo, la Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo, la Oficina de Tecnología de la Información, la Oficina de Administración, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Asesoría Jurídica; y,



De conformidad con lo establecido en la Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, modificada con Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1.-** Dejar sin efecto la Directiva Administrativa Interna N° 01-2019-SIS-FISSAL “Directiva Administrativa sobre el procedimiento de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado SIS con insuficiencia renal crónica terminal en Hemodiálisis” aprobada mediante Resolución Jefatural N° 023-2019-SIS-FISSAL/J.



**Artículo 2.-** Aprobar la Directiva Administrativa Interna N° 002-2021-SIS/FISSAL “Directiva Administrativa Interna sobre el proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”, el mismo que forma parte de la presente resolución.



**Artículo 3.-** La unidades funcionales responsables del proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas son responsables de la implementación y aplicación de los procesos establecidos en la presente Directiva Administrativa Interna N° 002-2021-SIS/FISSAL “Directiva Administrativa Interna sobre el proceso de conformidad de la prestación del servicio contratado a IPRESS privadas que brindan el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en Hemodiálisis”.



**Artículo 4.-** Encargar a la Oficina de Tecnología de la Información la publicación de la presente Resolución y su anexo en el Portal Institucional del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL.



**Regístrese y comuníquese.**

**EDITH ORFELINA MUÑOZ LANDA**  
**Jefa (e) del Fondo Intangible Solidario de Salud**



Firmado digitalmente por:  
MUÑOZ LANDA Edith  
Orfelina FAU 20546736718 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28/04/2021 13:29:21-0500



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

**FISSAL**  
Fondo Intangible  
Solidario de Salud



# MINISTERIO DE SALUD

## SEGURO INTEGRAL DE SALUD

### FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA N° 002 -2021-SIS/FISSAL

**“DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA SOBRE EL PROCESO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONTRATADO A IPRESS PRIVADAS QUE BRINDAN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS”**

ABRIL, 2021

INDICE

	1. FINALIDAD .....	3
	2. OBJETIVO .....	3
	3. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	3
	4. BASE LEGAL .....	3
	5. DISPOSICIONES GENERALES .....	4
	6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	8
	7. DISPOSICIONES FINALES .....	13
	8. RESPONSABILIDADES.....	14
	9. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA.....	14
	10. ANEXOS.....	15
		
		
		

## DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA SOBRE EL PROCESO DE CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CONTRATADO A IPRESS PRIVADAS QUE BRINDAN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS



### 1. FINALIDAD

Contribuir a las actividades de la conformidad del servicio de las prestaciones de salud brindadas por los proveedores contratados por el FISSAL para el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis.



### 2. OBJETIVO

Establecer y uniformizar los criterios técnicos necesarios para brindar la conformidad de la prestación del servicio contratado por el FISSAL, brindado por las IPRESS privadas para el servicio de atención ambulatoria del asegurado SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis.



### 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Administrativa es de aplicación obligatoria en todas las unidades funcionales del FISSAL que intervienen en el proceso y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas comprendidas en los alcances de la presente directiva administrativa.



### 4. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.2. Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.3. Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias.
- 4.4. Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.5. Decreto Supremo N° 030-2014-SA que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.6. Decreto Supremo N° 350-2015-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, vigente al momento de los procedimientos de selección.
- 4.7. Decreto Supremo N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, vigente al momento de los procedimientos de selección.
- 4.8. Decreto Supremo N° 082-2019-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.



- 4.9. Resolución Ministerial N° 325-2012-MINSA que aprueba el “Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención”.
- 4.10. Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS, que aprueba el “Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL”, modificada por Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS.
- 4.11. Resolución Jefatural N° 013-2017-SIS-FISSAL/J que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2017-SIS/FISSAL-OPP-V.02 “Directiva Administrativa Interna sobre Normas para la elaboración y/o actualización, aprobación, difusión e implementación de las Directivas Administrativas Internas del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL”.

## 5. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1. Abreviaturas y siglas utilizadas en la Directiva Administrativa Interna:

BDCP	:	Base de datos del cierre de producción
BDPE	:	Base de datos de la producción evaluada
BDVDP	:	Base de datos para la validación documental de la prestación
CE	:	Carné de extranjería
DICOE	:	Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo
DIF	:	Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo
DIGEA	:	Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo
DNI	:	Documento Nacional de Identidad
DVD	:	En inglés, Digital Versatile Disc
FA	:	Formato de atención
FISSAL	:	Fondo Intangible Solidario de Salud
FTP	:	En inglés, File Transfer Protocol
IPRESS	:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
OA	:	Oficina de Administración
OTI	:	Oficina de Tecnología de Información
RENIEC	:	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SAIRC	:	Sistema de Atención de Insuficiencia Renal Crónica
SIS	:	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	:	Superintendencia Nacional de Salud
TdR	:	Términos de Referencia (del proceso adjudicado)
USB	:	En inglés, Universal Serial Bus



## 5.2. Definiciones operativas

### 5.2.1. **Aplicativo SAIRC**

Es el aplicativo informático web administrado por el FISSAL donde las IPRESS privadas registran las prestaciones brindadas al asegurado SIS, de acuerdo con el servicio contratado.

### 5.2.2. **Asegurado SIS**

Toda persona beneficiaria residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del Seguro Integral de Salud (SIS).

### 5.2.3. **Base de datos del cierre de producción (BDCP)**

Es un archivo digital en formato de hojas de cálculo, donde se encuentran aquellas prestaciones brindadas por las IPRESS privadas que se consolidaron como resultado del cierre de producción mensual. Esta base de datos no cuenta con la validación administrativa de DIGEA.

### 5.2.4. **Base de datos de la producción evaluada (BDPE)**

Es un archivo digital en formato de hojas de cálculo, donde se encuentra el resultado de la revisión de documentos, esta base de datos es remitida a la IPRESS privada, mediante los canales que el FISSAL disponga, para que realice la subsanación de observaciones.

### 5.2.5. **Base de datos para la validación documental de la prestación (BDVDP)**

Corresponde al archivo digital en formato de hojas de cálculo que contienen los datos de las prestaciones registradas en el aplicativo informático SAIRC, la aplicación de reglas de consistencia y reglas validación, las reglas validadas por DIGEA y la valorización bruta de las prestaciones. Además, en este archivo digital se registran los resultados de la revisión de documentos, la subsanación de observaciones presentada por la IPRESS privada, la evaluación de la subsanación de las observaciones, la determinación de las prestaciones válidas y la valorización del monto neto. Esta base de datos es almacenada en una dirección FTP.

### 5.2.6. **Cierre de producción**

Actividad que se realiza de forma automática a las 00:00 horas del día cinco (05) de cada mes, consolidándose en una base de datos de cierre de producción (BDCP) solo aquellas prestaciones brindadas dentro del mes de producción y que fueron registradas por las IPRESS privadas en el aplicativo SAIRC dentro del plazo establecido en los TdR.





**5.2.7. Dirección FTP**

Servidor remoto que permite la descarga y envío de archivos empleando una dirección de destino, basado en un protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas interconectados o enlazados a Internet.

**5.2.8. Expediente para la conformidad del servicio**

Es el conjunto de documentos en medio físico y digital que sustentan la ejecución de las prestaciones registradas por la IPRESS privada en el aplicativo SAIRC y que se encuentran dentro del cierre de producción realizado, así como las que sustentan la subsanación de observaciones comunicadas por el FISSAL. El expediente será elaborado siguiendo los procedimientos establecidos por el FISSAL.

**5.2.9. Formato de atención (FA)**

Documento físico en el que se registra los datos requeridos por el FISSAL, tanto de la prestación brindada por la IPRESS privada como del asegurado que la recibe. Se utiliza como fuente de información para el registro en el aplicativo informático SAIRC, para el proceso de validación documental de la prestación y como comprobante de pago de prestaciones. El formato de atención será registrado siguiendo los procedimientos establecidos por el FISSAL.

**5.2.10. Proceso para la conformidad del servicio**

Proceso por el cual se otorga o se deniega la ejecución de las prestaciones financiadas por el FISSAL, luego de la verificación de los requisitos establecidos para ello. La Conformidad del servicio es otorgada por el área usuaria, según el contrato suscrito por el FISSAL.

**5.2.11. Reglas de consistencia**

Son criterios de registro de las prestaciones que actúan como un filtro de control en relación a la consistencia de los datos registrados en el aplicativo SAIRC.

**5.2.12. Reglas de validación**

Son criterios que verifican el cumplimiento del adecuado registro de las prestaciones ingresadas al aplicativo informático SAIRC. Las reglas de validación correspondientes a la validación administrativa son determinadas por la DIGEA.

**5.2.13. Validación administrativa**

Es la verificación que realiza la DIGEA posterior al cierre de producción, previo al inicio del proceso de validación documental de la prestación y está referido al estado de afiliación y supervivencia (sólo en los casos de asegurados inscritos en el RENIEC) del asegurado al SIS cuando recibe los servicios contratados por el FISSAL.



5.2.14. **Validación del monto neto**

Es el procedimiento realizado por la DIF y corresponde a la validación del monto valorizado, respecto de las prestaciones válidas, posterior a la validación documental de la prestación.

5.2.15. **Validación documental de la prestación**

Es el conjunto de actividades realizadas por la DICOE en el cual se revisan los documentos presentados por las IPRESS privadas para el reembolso, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las prestaciones, el cual incluye la revisión de la documentación generada por el FISSAL en relación a la prestación del servicio contratado. El resultado de la validación documental de la prestación es la determinación de prestaciones válidas y cantidades validadas en la BDVDP.

5.3. **Procedimientos preliminares para la conformidad del servicio:**

5.3.1. La IPRESS privada presenta en mesa de partes del FISSAL, en el plazo establecido en el contrato suscrito, los documentos para la conformidad del servicio, según el procedimiento de selección adjudicado. Los documentos se presentan en medio físico y/o digital, de acuerdo al procedimiento que comunique la DICOE.

5.3.2. El plazo señalado en el numeral anterior, es independiente de la obligación de la IPRESS privada de remitir el registro de resultados clínicos del mes correspondiente, el resultado mensual del examen microbiológico (cultivo) del agua tratada (cuantitativo), el resultado trimestral del nivel de endotoxinas (cuantitativo) del agua tratada y/o purificada, la programación mensual del personal, y otros reportes o resultados requeridos; según lo indicado en el TdR del procedimiento de selección adjudicado.

5.3.3. La OTI pone a disposición de las IPRESS privadas el reporte de los formatos de atención que fueron incluidos en el cierre de producción, a través de la dirección FTP respectiva.

5.3.4. El quinto día de cada mes, la OTI es responsable generar la base de datos del cierre de producción (BDCP), el cual contiene:

- a) Los registros de las prestaciones ingresadas por las IPRESS privadas en el aplicativo informático SAIRC, que fueron incluidos en el cierre de producción, de acuerdo a la modalidad de contrato que corresponda (incluye el nombre del ítem cuando corresponda).
- b) La valorización bruta de las prestaciones, el cual es incorporado en la base de datos, previa coordinación con la DIF. Para la valorización bruta de las prestaciones, el quinto día de cada mes la OTI remite a la DIF una base de datos con las prestaciones registradas en el aplicativo informático SAIRC en





el periodo de producción (indicando el Código Único de IPRESS y nombre de la IPRESS privada, según los contratos y adendas suscritas); luego, la DIF procede a valorizar el monto bruto, según la tarifa del contrato y la cantidad del consumo registrado por las IPRESS privadas, el mismo que debe ser remitido a la OTI, para el cumplimiento del plazo establecido.

- c) La aplicación de las reglas de consistencia según los criterios establecidos por las unidades funcionales correspondientes.
- d) La aplicación de las reglas de validación según los criterios establecidos por las unidades funcionales correspondientes. Las reglas de validación incluyen la identificación de la supervivencia y el estado de afiliación al SIS al momento de la atención, los cuales son validados por DIGEA.
- e) Otros campos para el registro.

La OTI realiza actividades de apoyo, siendo estos validados por las unidades funcionales de línea.



5.3.5. El proceso para la conformidad del servicio comprende:

- a) Validación administrativa, realizada por la DIGEA
- b) Validación documental de la prestación, realizada por la DICOE
- c) Validación del monto neto, realizada por la DIF
- d) Emisión de la conformidad del servicio, realizada por la DICOE.

5.3.6. En el anexo A se describe el desarrollo del proceso para la conformidad del servicio.



## 6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. Pasos para la validación administrativa

6.1.1. La DIGEA establece y actualiza los criterios de validación administrativa, los cuales son aplicados por la OTI a través de las reglas de validación correspondientes al estado de afiliación y supervivencia. Para que la OTI ejecute estas reglas, previamente la DIGEA remite a la OTI una base de datos con la verificación del estado de supervivencia y afiliación al SIS de los pacientes que fueron incluidos en el cierre de producción respectivo.

6.1.2. La validación administrativa se lleva a cabo posterior al cierre de producción e inicia luego que la DIGEA recibe la BDCP preparada por OTI.

6.1.3. La DIGEA, en caso se haya aplicado correctamente las reglas de validación correspondientes en la BDCP, comunica su conformidad a la OTI. En caso no se dé la conformidad, la DIGEA comunica a la OTI para que realice las acciones correspondientes.





6.1.4. La DIGEA luego de comunicar su conformidad a OTI elabora el “informe de validación administrativa” dirigido DICOE en donde emite su conformidad respecto a la correcta aplicación de las reglas de validación sobre el estado de afiliación y supervivencia del asegurado al SIS, en el caso de ciudadanos inscritos en el RENIEC, contenidos en la BDCP. La BDCP con la validación administrativa de DIGEA se denomina base de datos para la validación documental de la prestación (BDVDP).

6.1.5. Después de la validación efectuada por la DIGEA, la OTI carga la BDVDP en la dirección FTP respectiva, el cual se realiza como máximo el séptimo día posterior a la fecha de cierre de producción, para lo cual la DIGEA y OTI realizan las coordinaciones correspondientes para el cumplimiento del plazo establecido. En caso el procedimiento de selección se haya realizado por ítems, se elabora una BDVDP por cada ítem; caso contrario se elabora una BDVDP por cada IPRESS privada.

## 6.2. Pasos para la validación documental de la prestación



6.2.1. La validación documental de la prestación tiene como alcance la revisión del registro de las historias clínicas, los formatos de atención, las observaciones identificadas en las reglas de consistencia y reglas de validación, y otros documentos generados por el FISSAL relacionados a la prestación del servicio contratado, los cuales se encuentren disponibles al profesional de la DICOE durante el proceso de validación documental de la prestación. La validación documental de la prestación comprende:

- a) Revisión de los documentos requeridos para la conformidad del servicio; y de haber observaciones, la subsanación de las observaciones.
- b) Determinación de las prestaciones válidas.

6.2.2. La validación documental de la prestación inicia cuando el profesional asignado para ello recibe el expediente administrativo con los documentos para la conformidad de los servicios indicados en el Anexo B y tenga a disposición la BDVDP de la IPRESS a validar (la cual debe contar con la adecuada aplicación de las reglas de consistencia y reglas de validación que correspondan). La validación documental de la prestación se realiza por cada ítem y/o IPRESS privada.



6.2.3. El profesional de la DICOE con el expediente administrativo para la conformidad del servicio y disponiendo de la BDVDP de la IPRESS en la dirección FTP respectiva, inicia la primera revisión de los documentos, realizando las siguientes actividades:

- a) Descarga la BDVDP de la IPRESS y/o ítem a evaluar desde la dirección FTP correspondiente.





b) La revisión de los documentos presentados por la IPRESS según el anexo B.

c) El resultado de la primera revisión de documentos puede ser el siguiente:

- **Prestación Conforme:** Cuando la prestación supera:
  - La aplicación de los criterios para validación documental de la prestación (Anexo C).
  - La aplicación de los criterios para validación administrativa.
- **Prestación Observada:** Cuando haya una “Observación” en la prestación según los criterios del Anexo C, esta prestación será considerada en la subsanación de observaciones.
- **Prestación Rechazada:** Cuando haya un “Rechazo” en la prestación según los criterios del Anexo C, esta prestación no será considerada en la subsanación de observaciones.

d) Los resultados de la primera revisión se registran en la BDVDP, según lo indicado en el Anexo D, a fin de proseguir con la etapa de determinación de las prestaciones válidas. El plazo máximo en días calendario para que el profesional de la DICOE culmine con la primera revisión de documentos se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{Plazo} = 6 \text{ días} + \left( \frac{\text{Número de días resultado de la diferencia entre la fecha de entrega de documentos para la conformidad del servicio y la fecha de cierre de producción}}{\text{Número de días hábiles}} \right)$$

Cabe señalar que el plazo máximo no debe superar los 13 días calendario. Cuando el último día del plazo para que el profesional de la DICOE culmine con la primera revisión de documentos sea un día no hábil, el plazo corresponde al último día hábil.

e) De haber prestación(es) observada(s), mediante correo electrónico numerado el profesional de la DICOE comunica a la IPRESS privada los resultados de la primera revisión, adjuntando la BDPE con el resultado de la revisión de documentos e indicando el plazo para presentar la subsanación.

f) De no haber prestación(es) observada(s), el profesional de DICOE prosigue con la determinación de las prestaciones válidas conforme al numeral 6.2.7.

6.2.4. La IPRESS privada tiene un plazo no mayor a cinco (5) días calendario para subsanar las observaciones, después de la comunicación realizada por el profesional de DICOE, para lo cual deberá presentar, en mesa de partes del FISSAL, la documentación (física y/o digital) que sustenta la subsanación, de acuerdo al procedimiento que comunique la DICOE.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA N° 002-2021-SIS/FISSAL



6.2.5. La IPRESS privada efectúa la subsanación de observaciones generando un Formato de Atención de subsanación por cada prestación (formato de atención) observada, debiendo registrar la subsanación en los campos correspondientes de la BDPE. Asimismo, presentará los documentos que sustentan la subsanación, según corresponda.



6.2.6. Para la revisión de los documentos (segunda revisión) que sustentan la subsanación de observaciones, el profesional de DICOE realiza las siguientes actividades:

a) Verifica la documentación presentada por la IPRESS privada (medio físico y/o digital).

b) Incorpora en la BDVDP la subsanación realizada por la IPRESS privada en la BDPE.

c) De la información presentada por la IPRESS privada, se determina el estado de la prestación previamente observada, según los siguientes criterios:

- 
- **Prestación Subsanada:** Cuando el sustento remitido por la IPRESS subsana la observación realizada.
  - **Prestación No Subsanada:** Cuando el sustento remitido por la IPRESS no logra subsanar la observación realizada.



d) El resultado final de la segunda revisión se registra en la BDVDP siguiendo lo indicado en el Anexo D. Una vez registrado el resultado se prosigue con la etapa de determinación de las prestaciones válidas. El profesional de la DICOE tiene un plazo máximo de trece (13) días calendario para culminar con la segunda revisión de documentos, contados desde el día siguiente de la fecha de recepción de los documentos que sustentan la subsanación de observaciones. Cuando el último día del plazo para que el profesional de la DICOE culmine con la segunda revisión de documentos sea un día no hábil, el plazo corresponde al último día hábil.



6.2.7. Culminada la revisión de documentos (primera revisión y/o segunda revisión) el profesional de DICOE asignado procede a la determinación de prestaciones válidas en la BDVDP tomando en cuenta lo siguiente:

- 
- a) Se identifican las prestaciones válidas:
- **Prestación Valida,** si es conforme en la primera revisión de documentos o ha sido subsanada debidamente.
  - **Prestación Rechazada,** si la prestación observada no fue subsanada o fue rechazada en la primera revisión.



b) Se determinan las cantidades validadas, el cual consiste en indicar la cantidad de procedimientos (sesiones de hemodiálisis, consultas nefrológicas, atenciones en salud mental, atenciones en nutrición, atenciones en servicio social, exámenes de laboratorio) y medicamentos que son considerados válidos, de acuerdo a la cantidad registrada.



c) Se procede a registrar el resultado final de la validación documental de la prestación en la BDVDP, siguiendo lo indicado en el Anexo D.

d) Se elabora el informe de validación documental de la prestación. El mencionado informe se realiza el mismo día de culminada la revisión de documentos (primera revisión o segunda revisión, según corresponda).



6.2.8. El profesional de la DICOE almacena en la dirección FTP la BDVDP con el resultado de la validación documental de la prestación. Luego, el mismo día de culminada la revisión de documentos (primera revisión y/o segunda revisión, según corresponda), mediante correo electrónico numerado, el profesional de la DICOE comunica a la DIF para que proceda con la validación del monto neto, concluyendo la etapa de validación documental de la prestación.

### 6.3. Pasos para la validación del monto neto



6.3.1. El profesional de la DIF verifica que la BDVDP, que contiene los resultados de la validación documental de la prestación remitida por DICOE, corresponda a la información que remitió a la OTI en el proceso de valorización bruta de las prestaciones y los corrige en caso identifique errores.



6.3.2. El profesional de la DIF determina el monto neto en la BDVDP, de acuerdo al resultado de la validación documental de la prestación, el cual se realiza por ítem y/o IPRESS, según corresponda.



6.3.3. El profesional de la DIF, mediante correo electrónico numerado, comunica a DICOE la validación del monto neto de la BDVDP, en el plazo máximo de un día hábil después de recibido el correo electrónico de la DICOE solicitando la validación del monto neto.

### 6.4. Pasos para la emisión de la conformidad del servicio



6.4.1. La conformidad del servicio será otorgada por la DICOE y la DIF, y comprende:

a) Elaboración del informe de conformidad de servicio, realizado por el profesional de la DICOE y aprobado por el jefe de la DICOE.



b) Emisión del Acta de conformidad de servicio (Anexo E) suscrito por el jefe de la DICOE y el jefe de la DIF, este último en señal de la validación del monto neto.



6.4.2. El informe de conformidad del servicio consolida los resultados de la validación administrativa, validación documental de la prestación y validación del monto neto, así como la aplicación de penalidades, según corresponda. El mencionado informe se realiza en el plazo máximo de un día hábil después de recibido el correo electrónico de validación del monto neto de la DIF.



6.4.3. La DICOE remite a la OA el informe de conformidad del servicio y el Acta de conformidad del servicio para continuar con los trámites de pago.

6.4.4. La OA efectuará el pago en el plazo establecido en el contrato suscrito con la IPRESS, computados a partir del día siguiente de emitida la conformidad de servicio por parte de la DICOE.

## 7. DISPOSICIONES FINALES



7.1. Sin perjuicio de las actividades realizadas para la conformidad del servicio, el FISSAL podrá realizar otros procesos de control con el fin de asegurar el cumplimiento de las condiciones del servicio contratado.

7.2. Cuando el último día del plazo para la entrega de los documentos para la conformidad de la prestación del servicio sea inhábil o por cualquier otra circunstancia la atención al público ese día no funcione durante el horario normal, este plazo será prorrogado al día hábil siguiente.



7.3. La entrega de los documentos (físico y digital) para la conformidad del servicio fuera del plazo establecido, está sujeto a las penalidades que correspondan conforme al contrato suscrito por el FISSAL con las IPRESS privadas.



7.4. En caso la IPRESS privada presente documentos para la subsanación de la observación correspondiente a la aplicación de la RV-SA-1 (Validación RENIEC) o la aplicación de RV-SA-2 (Validación SIS), el profesional de la DICOE encargado de la validación documental de la prestación remite un correo electrónico a la DIGEA, solicitando su pronunciamiento sobre el caso. En los casos de subsanaciones que correspondan a atenciones que coincidan con la fecha de fallecimiento, la IPRESS privada deberá remitir el acta o certificado de defunción para su respectiva evaluación y pronunciamiento sobre el caso.



7.5. En caso se identifique algún indicio de falsedad en la documentación presentada por la IPRESS privada durante el proceso para la conformidad del servicio, se elabora un

informe dirigido a los órganos a los competentes, que puede incluir al procurador del SIS, SUSALUD, entre otros.

7.6. El acervo documentario que se genere como producto del procedimiento de conformidad de la prestación del servicio y pago, será custodiado por la Oficina de Administración.

7.7. Los aspectos no contemplados en la presente directiva administrativa relacionados al proceso de la conformidad del servicio podrán ser establecidos por las unidades funcionales responsables, dentro del marco legal vigente.

7.8. Si por razones de fuerza mayor o caso fortuito o por procesos que no dependan directamente del FISSAL, no se pueda ejecutar dentro del plazo establecido algún subproceso descrito en la directiva administrativa interna, las unidades funcionales responsables de este subproceso deberán reportarlo y establecer el plazo requerido para que se complete su ejecución.

## 8. RESPONSABILIDADES

8.1. La Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo (DIGEA) es responsable de la validación administrativa.

8.2. La Dirección de Cobertura, Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE) es responsable de la validación documental de la prestación y la conformidad del servicio.

8.3. La Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo (DIF) es responsable de la valorización y la validación del monto de la prestación registrada.

8.4. La OTI es responsable de coordinar con la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del SIS para que los sistemas de información se mantengan operativos, garantiza la contingencia de la información contenida en las direcciones FTP que intervienen en el proceso de conformidad del servicio, que la información que genera en base de datos sea la misma a la registrada en el aplicativo SAIRC, entre otras actividades señaladas en la presente directiva.

8.5. La Oficina de Administración (OA) es responsable del pago, luego de otorgada la conformidad del servicio.

## 9. DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA

9.1. La tenencia de otro seguro no es requisito para el otorgamiento de la conformidad de servicio. En caso se identifique que un afiliado, atendido por la IPRESS privada y a quien se le efectuó el pago por el servicio de salud dado a dicho afiliado, cuenta con otro seguro de salud, se procederá a solicitar el reembolso en coordinación con el SIS, dentro del marco legal establecido en el Decreto Supremo N° 030-2014-SA, Decreto Supremo que

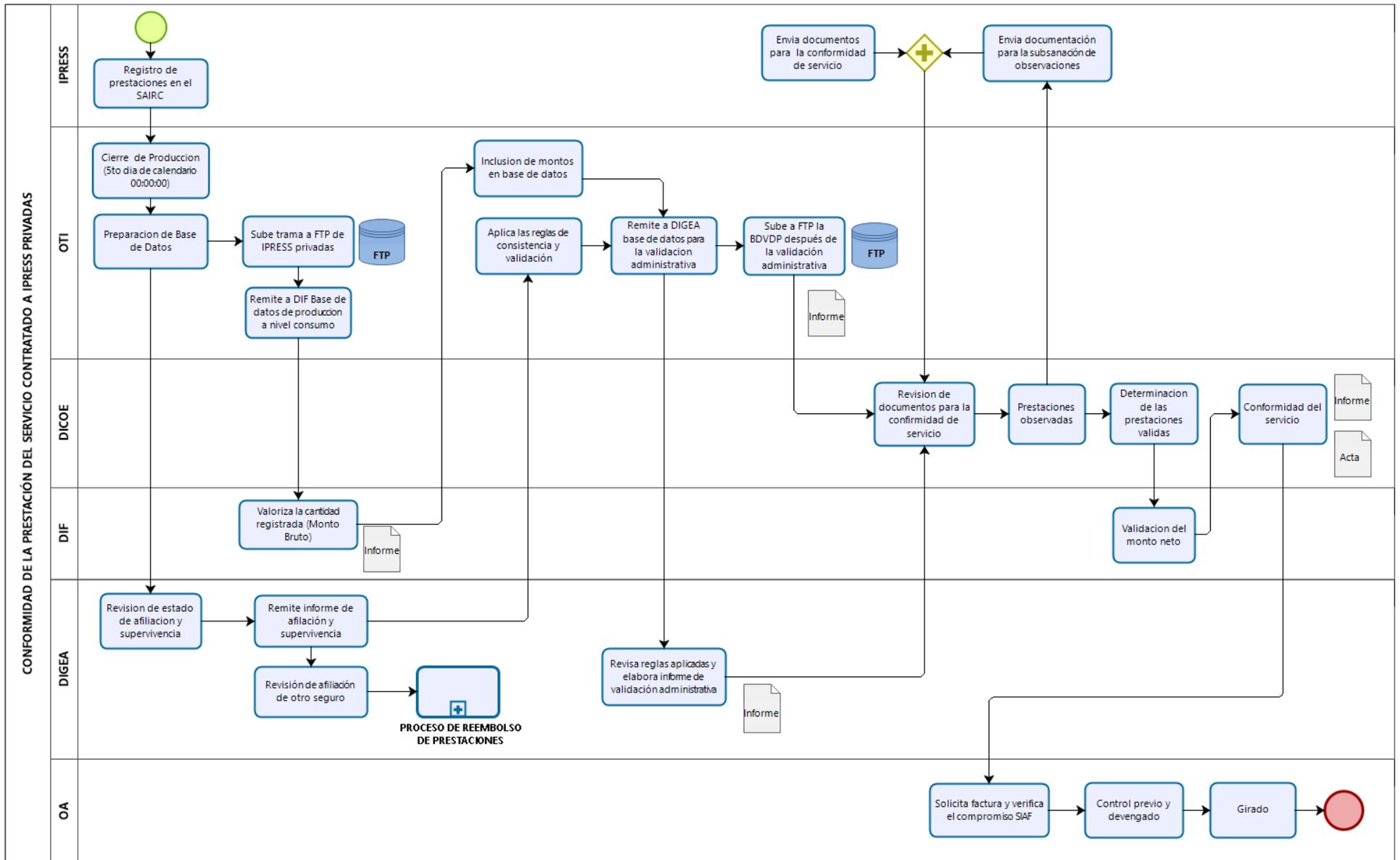
aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud. La DIGEA realiza la identificación de afiliados al SIS que contaban con otro seguro de salud durante la atención en la IPRESS privada, para iniciar con el proceso de reembolso de prestaciones a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) correspondiente.

**10. ANEXOS**

- Anexo A** Flujograma del Proceso para la Conformidad del Servicio
- Anexo B** Contenido del expediente para la conformidad del servicio
- Anexo C** Criterios de observación en la validación documental de la prestación
- Anexo D** Registro de resultados de la validación documental de la prestación en la base de datos para la validación documental de la prestación (BDVDP)
- Anexo E** Modelo de acta de conformidad de servicio



ANEXO A – Flujoograma del proceso para la conformidad de la prestación del servicio



## ANEXO B

## CONTENIDO DEL EXPEDIENTE PARA LA CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La IPRESS presenta el expediente completo en medio físico y/o digital, según disponga el FISSAL. El contenido del expediente dependerá de los documentos para la conformidad del servicio señalados en el contrato suscrito con la IPRESS, el cual incluye:

1. **Documento de recepción de información mensual de:**

- a. **Registro de resultados clínicos del mes correspondiente**, según lo señalado en los documentos para la conformidad del servicio de Resultados Esperados de los TdR.
- b. **Resultado mensual del examen microbiológico del agua tratada**, según lo señalado en los documentos para la conformidad del servicio de Resultados Esperados de los TdR.
- c. **El envío del resultado trimestral del nivel de endotoxinas**, según lo señalado en los documentos para la conformidad del servicio de Resultados Esperados de los TdR.

2. **Formatos de Atención (FA) (Anexo 02 de los TdR)**, que sustentan la ejecución de los servicios contratados, según corresponda:

- a. Sesión de hemodiálisis
- b. Consulta Nefrológica
- c. Atención en nutrición
- d. Atención en salud mental
- e. Atención en servicio social

3. **Otros documentos**, según disponga FISSAL (DVD, USB, repositorio digital, entre otros):

- a. **Escaneado del documento de identidad (DNI/CE).**
- b. **Consulta del estado activo de afiliación verificado en las páginas web del SIS y SUSALUD.**
- c. **Escaneado de los formatos de la historia clínica**, que sustentan la ejecución de los siguientes servicios, según corresponda:
  - Sesión de hemodiálisis, de acuerdo con el anexo 08 de los TdR
  - Consulta Nefrológica, de acuerdo con el anexo 09 de los TdR
  - Atención en nutrición, de acuerdo con el anexo 17-A de los TdR
  - Atención en salud mental, de acuerdo con el anexo 17-B de los TdR
  - Atención en servicio social, de acuerdo con el anexo 17-C de los TdR
- d. **Escaneado de recetas médicas.**
- e. **Escaneado de resultados de exámenes de laboratorio.**



**ANEXO C**  
**CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DOCUMENTAL DE LA PRESTACIÓN**

N.º	HALLAZGO	SE PROCEDE A
<b>1. Formato de atención FA (Anexo 02 de los TdR)</b>		
1.1	Formato ausente/ilegible	Observar todos los medicamentos y procedimientos <sup>1</sup> del formato de atención evaluado
1.2	Ausencia/error en el registro del número de formato	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
1.3	Ausencia/error en el registro de los datos relacionados con la IPRESS, asegurado, atención, diagnóstico y/o responsable de la atención	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
1.4	Ausencia/error en el registro del medicamento solicitado para reembolso (código, descripción, cantidad prescrita y/o cantidad entregada)	Observar el medicamento
1.5	Ausencia/error en el registro del procedimiento solicitado para reembolso (código, descripción, cantidad prescrita y/o cantidad entregada)	Observar el procedimiento
1.6	Ausencia o ilegibilidad de sello y/o firma de profesional	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
1.7	Ausencia de huella y/o firma <sup>2</sup> del asegurado	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
<b>2. Formatos de historia clínica (Anexo 08, 09, 17A, 17B o 17C de los TdR)</b>		
2.1	Documento ausente/ilegible	Observar la atención <sup>3</sup>
2.2	Ausencia/error en el registro de los nombres y apellidos del asegurado	Observar la atención
2.3	Ausencia/error en el registro de la fecha de atención	Observar la atención
2.4	Ausencia/error en sello y/o firma del profesional que brinda atención	Observar la atención
<b>3. Receta</b>		
3.1	Documento ausente/ilegible	Observar todos los medicamentos del asegurado evaluado
3.2	Ausencia/error en el registro de los nombres y apellidos del asegurado	Observar todos los medicamentos del asegurado evaluado
3.3	Ausencia/error en el registro de la fecha de atención	Observar todos los medicamentos del asegurado evaluado
3.4	Ausencia/error en el registro de la descripción y/o cantidad del medicamento	Observar el medicamento
3.5	Ausencia/error en sello y/o firma del médico nefrólogo	Observar todos los medicamentos del asegurado evaluado

<sup>1</sup> **Procedimiento:** Sesión de hemodiálisis, consulta nefrológica, atención en salud mental, atención en nutrición, atención en servicio social o examen de laboratorio.

<sup>2</sup> Para el caso que, la ausencia de la firma del asegurado no haya sido justificada de acuerdo con los requisitos comunicados por el FISSAL a la IPRESS privada.

<sup>3</sup> **Atención:** Sesión de hemodiálisis, consulta nefrológica, atención en salud mental, atención en nutrición o atención en servicio social.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA N° 002-2021-SIS/FISSAL**

N.º	HALLAZGO	SE PROCEDE A
3.6	Ausencia/error en huella y/o firma del asegurado	Observar todos los medicamentos del asegurado evaluado
4.1	Documento ausente/ilegible	Observar todos los exámenes de laboratorio del asegurado evaluado
4.2	Ausencia/error en el registro de los nombres y apellidos del asegurado	Observar todos los exámenes de laboratorio del asegurado evaluado
4.3	Ausencia/error en el registro de la fecha <sup>4</sup> consignada	Observar todos los exámenes de laboratorio del asegurado evaluado
4.4	Ausencia del resultado del examen de laboratorio	Observar el examen de laboratorio
4.5	Ausencia de sello y/o firma del profesional que emite resultados	Observar todos los exámenes de laboratorio del asegurado evaluado
<b>5. Otros</b>		
5.1	Ausencia de la consulta de afiliación en SIS/SUSALUD <sup>5</sup>	Observar <sup>6</sup> y solicitar documento a IPRESS
5.2	Ausencia del documento de identidad	Observar <sup>7</sup> y solicitar documento a IPRESS
5.3	El consumo no supera la aplicación de RV-SA-1 (Validación RENIEC) <sup>8</sup> , según los criterios establecidos por DIGEA	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
5.4	El consumo no supera la aplicación de RV-SA-2 (Validación SIS) <sup>9</sup> , según los criterios establecidos por DIGEA.	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
5.5	El consumo no supera la aplicación de RC-SA-03 (Prestación Extemporánea) <sup>10</sup>	Observar todos los medicamentos y procedimientos del formato de atención evaluado
5.6	El consumo no supera la aplicación de RC-SA-1 (Consumible no válido)	Rechazar el consumo
5.7	El consumo no supera la aplicación de alguna otra regla de consistencia (RC) y/o regla de validación (RV)	Evaluar y luego proceder a observar/rechazar el consumo
5.8	Ausencia comprobada del médico asistencial nefrólogo identificada en el control prestacional	Observar las sesiones de hemodiálisis y medicamentos del turno supervisado

**Consumo:** Procedimiento o medicamento registrado por la IPRESS privada en el aplicativo SAIRC.

**Consumible no válido:** Hace referencia al consumo que no se encuentra incluido en el contrato suscrito.

<sup>4</sup> Se considera suficiente para la validación documental de la prestación, que la fecha de los resultados de laboratorio se encuentre dentro del mes evaluado.

<sup>5</sup> La DICOE solo verificará la presencia del documento, el estado de afiliación se realiza en la validación administrativa a cargo de la DIGEA.

<sup>6</sup> Esta observación no se realiza a las prestaciones brindadas al asegurado, de presentarse se comunicará la ausencia del documento a la IPRESS privada quien deberá presentar el documento en la subsanación de observaciones.

<sup>7</sup> Esta observación no se realiza a las prestaciones brindadas al asegurado, de presentarse se comunicará la ausencia del documento a la IPRESS privada quien deberá presentar el documento en la subsanación de observaciones.

<sup>8</sup> Regla de validación sobre el estado de supervivencia del asegurado al SIS.

<sup>9</sup> Regla de validación sobre el estado de afiliación del asegurado al SIS.

<sup>10</sup> Regla de consistencia que observa cuando la diferencia entre el día de registro en el aplicativo informático SAIRC y el día de atención supera los 04 días calendario



**ANEXO D**  
**REGISTRO DE RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DOCUMENTAL EN LA BASE DE DATOS PARA LA VALIDACIÓN DOCUMENTAL DE LA PRESTACIÓN (BDVDP)**

**1. PRIMERA REVISIÓN DE DOCUMENTOS**

**1.1. PESTAÑA CONSUMOS:**

Al momento de realizar la revisión de documentos, se registrará las siguientes columnas.

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
<b>Estado</b>	0	Prestación Observada
	1	Prestación Conforme
	5	Prestación Rechazada
<b>Tipo_Observacion</b>	A	Documento ausente
	B	Documento registrado o presentado de forma inadecuada
	C	Otros
<b>Detalle_Observacion</b>	Detalle de la observación realizada	
<b>FECHA_SUP</b>	Fecha en la que se realizó la revisión de documentos	
<b>NOMBRE_SUP</b>	Iniciales del nombre del profesional evaluador	

Por ejemplo:

Estado	Tipo_Observación	Detalle_Observación	FECHA_SUP	NOMBRE_SUP
0	A	Formato de tención (FA) ausente	4/04/2019	OPVB
5	C	Observado por validación administrativa	4/04/2019	OPVB
0	B	Fecha en trama no concuerda con FA	4/04/2019	OPVB
1			4/04/2019	OPVB

Una vez concluida la revisión de documentos se consolida el resultado en la pestaña "ATENCIÓNES".

**1.2. PESTAÑA ATENCIONES:**

Se registrará la siguiente columna:

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
<b>Resultado_1ra_validacion</b>	0	Observación/Rechazo en al menos uno de los consumos (ver detalle en pestaña CONSUMOS)
	1	La atención tiene todos sus consumos conformes

Por ejemplo:

Resultado_1ra_validacion
0
1

**2. SEGUNDA REVISIÓN DE DOCUMENTOS (SUBSANACIÓN DE OBSERVACIONES).**

**2.1. PESTAÑA CONSUMOS:**

Al momento de realizar la evaluación de la subsanación de observaciones, se registrará las siguientes columnas:

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
Subsana_Observacion	0	Observación NO subsanada
	1	Observación subsanada
	9	No aplica subsanación
Tipo_observación_sub	A	Documento ausente
	B	Documento registrado o presentado de forma inadecuada
	C	Otros
Detalle_obs_subsanacion	Detalle de la observación realizada	
FECHA_SUP_FINAL	Fecha en la que se realizó la evaluación de la subsanación	
NOMBRE_SUP_FINAL	Iniciales del nombre del profesional evaluador	

Por ejemplo:

Subsana_Observación	Tipo_observación_sub	Detalle_obs_subsanacion	FECHA_SUP	NOMBRE_SUP
1			23/04/2019	OPVB
0	B	No subsana observación	23/04/2019	OPVB
1			23/04/2019	OPVB
1			23/04/2019	OPVB

Una vez concluida la subsanación de observaciones, se consolida el resultado en la pestaña "ATENCIÓNES".

**2.2. PESTAÑA ATENCIONES:**

Se registrará la siguiente columna:

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
Resultado_Subsanacion	0	Observación no subsanada
	1	Observación subsanada
	No Aplica	No aplica subsanación

Por ejemplo:

Resultado_Subsanacion
1
No Aplica
0
0
No Aplica



### 3. DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES VÁLIDAS.

#### 3.1. PESTAÑA CONSUMOS:

Para determinar las prestaciones válidas, se registrará las siguientes columnas:

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
Prestación_Valida	0	Prestación rechazada
	1	Prestación válida
Cantidad_Valida	Cantidad del consumo valido, que supera la validación documental de la prestación	

Por ejemplo:

Prestación_Valida	Cantidad_Valida
0	0
1	30
1	90
0	0

Una vez determinadas las prestaciones validas, se consolida el resultado final de la validación documental de la prestación en la pestaña "ATENCIONES".

#### 3.2. PESTAÑA ATENCIONES:

Se registrará la siguiente columna:

Columna de la BDVDP	Código	Descripción
Resultado_Final_Validacion_Prestacional	Conforme	La atención tiene todos sus consumos conformes
	Rechazo Parcial	La atención tiene al menos un consumo rechazado
	Rechazo Total	La atención tiene todos sus consumos rechazados

Por ejemplo:

Resultado_Final_Validacion_Prestacional
Rechazo Parcial
Conforme
Rechazo Total
Rechazo Parcial



**ANEXO E  
MODELO DE ACTA DE CONFORMIDAD DE SERVICIO**

**ACTA DE CONFORMIDAD DE SERVICIO**

**[NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]**

**FECHA DE EMISION DE CONFORMIDAD:**

<b>CONTRATISTA:</b>

<b>N° DE CONTRATO:</b>	
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	
<b>ITEM</b>	
<b>RENIPRESS</b>	

<b>MES DE CIERRE DE PRODUCCIÓN</b>	
<b>CONFORMIDAD PRESTACIONAL:</b>	

<b>VALIDACIÓN A LAS PRESTACIONES:</b>	<b>VALIDACIÓN DEL MONTO NETO:</b>
<b>DIRECCIÓN DE COBERTURA Y EVALUACIÓN DE PRESTACIONES DE ALTO COSTO (ÁREA USUARIA)</b>	<b>DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES DE ALTO COSTO</b>

--	--

