CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Conste por el presente documento, el Convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud- SIS, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**, con R.U.C. Nº 20530688390, con domicilio legal en AV. CIRCUNVALACIÓN SUR KM. 147 (PANAM. NORTE), distrito de Santa Maria, provincia de Huaura, departamento de Lima, debidamente representada por su Gobernador Regional, **RICARDO CHAVARRIA ORIA**, identificado con DNI N° 08518299, acreditado mediante Resolución N°3594-2018-JNE, de fecha 26 de Diciembre del 2018, al que en adelante se denominará **"EL PRESTADOR"**; y, de la otra parte, la **IAFAS SEGURO INTEGRAL DE SALUD,** Unidad Ejecutora 001 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio legal en la Av. Paseo de la República N° 1645, distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10001 representado por su Jefe, M.C. **HECTOR MIGUEL GARAVITO FARRO,** identificado con DNI N° 10304977, designado mediante Resolución Suprema N° 028-2021-SA, de fecha 17 de noviembre del 2021, a cuya institución en adelante se denominará **"LA IAFAS SIS"**, y la **IAFAS FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD,** Unidad Ejecutora 002 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20546736718, con domicilio legal en Calle 41 N° 840, Urbanización Córpac, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10003, representada por su Jefa (e), M.C. **EDITH ORFELINA MUÑOZ LANDA**, identificada con DNI N° 10017336, designada mediante la Resolución Jefatural N° 093-2021/SIS de fecha 21 de julio del 2021, a la cual en adelante se le denominará "**LA IAFAS FISSAL**"; sin perjuicio y que por fines de practicidad se les denominará a ambas IAFAS como "**LAS IAFAS**", de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

1.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
1.2 Ley N° 27812, Ley que determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
1.3 Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
1.4 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
1.5 Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas
1.6 Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
1.7 Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
1.8 Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado.
1.9 Ley N°31125, Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma.
1.10 Ley N°31336, Ley Nacional del Cáncer.
1.11 Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022
1.12 Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba las Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud y su Reglamento.
1.13 Decreto Legislativo N° 1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado
1.14 Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud.
1.15 Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
1.16 Decreto Legislativo N° 1436 Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público
1.17 Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
1.18 Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.
1.19 Decreto de Urgencia N° 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19.

1.20 Decreto de Urgencia N° 078-2021, Decreto de Urgencia que modifica el Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID19.

1.21 Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba Identificaciones Estándar de Datos en Salud.

1.22 Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal

1.23 Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA.

1.24 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.

1.25 Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprueba "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas".

1.26 Decreto Supremo N° 044-2018-PCM, que aprueba el Plan Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción 2018 – 2021.

1.27 Decreto Supremo N° 004-2019-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.

1.28 Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas y sus modificatorias.

1.29 Decreto Supremo N° 026-2019-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.

1.30 Decreto Supremo N° 082-2019-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado.

1.31 Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, se declara el Estado de Emergencia Nacional, y sus prorrogas.

1.32 Decreto Supremo N° 008-2020-SA, se declara en Emergencia Sanitaria y sus prorrogas.

1.33 Decreto Supremo N° 005-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.

1.34 Decreto Supremo N° 006-2020-SA Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS-SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

1.35 Decreto Supremo N° 023-2021-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

1.36 Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, que aprueba el listado de enfermedades de alto costo de atención.

1.37 Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA, que aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

1.38 Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021".

1.39 Resolución Ministerial N° 467-2017/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud y sus modificatorias.

1.40 Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".

1.41 Resolución Ministerial N°116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED".

1.42 Resolución Ministerial N° 1288-2018/MINSA que aprueba el Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales.

1.43 Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA, aprueba el Documento Técnico: Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas.

1.44 Resolución Ministerial N° 513-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA/2020/DGAIN/DGOS: Gestión de camas hospitalarias para hospitalización COVID – 19 y camas UCI

OGPPDO V°B° E. OLIVA

V°B° OFICINA GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA C. TENGAN

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA GERENCIA GENERAL V°B°

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA SECRETARÍA GENERAL V°B°

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL V°B°

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA V°B° SGRAJ

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA Dirección Regional de Salud Dirección General de Gestión Descentralizada en Salud

V°B° JEFATURA H. GARAVITO

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA EN SALUD

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA GOBERNADOR

V°B° Oficina de Negocios y Financiamiento E. VALDEZ

V°B° JEFA (e) FISSAL E. Muñoz

V°B° Gerencia del Asegurado M. BAZAN L.

V°B° GERENTE GREP C. VILA

SECRETARIO GENERAL V°B° V. ZUMARÁN

COVID – 19 para paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID – 19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas.

1.45 Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA, que aprueba las Directivas Administrativas N° 308-MINSA/2021/DGAIN, N° 309-MINSA/2021/DGAIN, N° 310-MINSA/2021/DGAIN, N° 311-MINSA-MINSA/2021/DGAIN, y N° 312-MINSA/2021/DGAIN, la metodología de los mecanismos de pago del Seguro Integral de Salud.

1.46 Resolución Ministerial N° 860-2021-MINSA que aprueba la actualización del Anexo Nº 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud"

1.47 Resolución Ministerial Nº 007-2022/MINSA, la cual aprueba la Directiva Administrativa N° 322-MINSA/CENARES-2022 -"Directiva Administrativa que establece disposiciones para la solicitud de recursos estratégicos en salud y el uso de los recursos destinados a su adquisición y distribución, a favor de afiliados al seguro integral de salud en el marco del aseguramiento universal en salud".

1.48 Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, aprueba las Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS).

1.49 Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, mediante la cual se aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por la Unidad Ejecutora 002 – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para los asegurados del Seguro Integral de Salud.

1.50 Resolución Jefatural N° 022-2019-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Guía Operativa N° 01-2019-SIS-FISSAL "Guía Operativa de Asignación y Reasignación de Asegurado SIS que requieren Hemodiálisis en las IPRESS privadas a nivel nacional".

1.51 Resolución Jefatural N° 187-2019/SIS, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-SIS/FISSAL-DIGEA-DIF-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Autorización y Financiamiento de las Prestaciones Administrativas en el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL."

1.52 Resolución Jefatural N° 002-2020-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS-FISSAL "Directiva administrativa para el cálculo de la transferencia y liquidación de los recursos financieros otorgados a las Unidades Ejecutoras por las prestaciones de salud y administrativas brindadas a los asegurados del SIS con cobertura FISSAL".

1.53 Resolución Jefatural N°112-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2020- SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud", publicado en el diario oficial El Peruano, el 19 de setiembre de 2020 y sus modificatorias.

1.54 Resolución Jefatural N°121-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°002-2020-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula la gestión de reclamos en salud de los usuarios del Seguro Integral de Salud y sus modificatorias.

1.55 Resolución Jefatural N° 076-2021/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2020-SIS/GNF- V.01" Directiva Administrativa para el control financiero y sus procedimientos de Monitoreo, Supervisión y Seguimiento a las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud".

1.56 Resolución Jefatural N° 119-2021-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa Interna N° 006-2021-SIS/FISSAL "Directiva Administrativa Interna sobre el Proceso de Control de las Prestaciones de Salud brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas".

1.57 Resolución Jefatural N° 185-2021/SIS que aprueba la directiva Administrativa N° 003- 2021-SIS/GNF-V.01, "Directiva Administra que regula el procedimiento de liquidación de las Prestaciones brindadas a los asegurados al SIS"

1.58 Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.

E. OLIVA
C. TENGAN
H. GARAVITO
V. ZUMARÁN
C. VILA
E. Muñoz
M. BAZAN L.

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

2.1. De conformidad con el artículo 4 del Decreto Legislativo Nº 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en concordancia con el artículo 12 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 030-2014-SA, modificado por Decretos Supremos Nº 012-2017-SA y Nº 025-2018-SA, la transferencia de fondos o pago que efectúe el Seguro Integral de Salud- SIS requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables, en las cuales podrán establecerse diferentes modalidades y mecanismos de pago.

2.2. Mediante Oficio Circular N° 006-2022-SIS/J de fecha 14 de enero de 2022, la **IAFAS SIS** realizó la invitación al Gobierno Regional de Lima para la firma de convenio aplicable para el año 2022, con el objeto de preservar la continuidad de los servicios con las IPRESS de **EL PRESTADOR**, adjuntándose las condiciones y términos que se encuentran contenidos en el convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud- SIS, que a través del presente instrumento se hace constar.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

3.1. La **IAFAS SIS** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, con Registro de IAFAS N° 10001, constituido en Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en virtud a lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficio le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud, de acuerdo a las normas vigentes. Asimismo, en el artículo 11 del Decreto. Legislativo N 1163, se dispone que todos los asegurados de la IAFAS SIS son asegurados del Fondo Intangible Solidario de Salud.

3.2. La **IAFAS FISSAL** mediante Ley N° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", fue creado como Unidad Ejecutora N° 002 del Pliego SIS; con Registro de IAFAS N° 10003; con la finalidad de financiar la atención de las enfermedades de alto costo, enfermedades raras o huérfanas y procedimientos de alto costo.

3.3. EL **GOBIERNO REGIONAL**, conforme a lo dispuesto en el artículo 191 de la Constitución Política del Perú, tiene autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia. Asimismo, de conformidad con el artículo 192, este promueve y conduce las actividades en materia de salud, dentro de su ámbito de competencia. Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional se denomina **EL PRESTADOR,** término que incluye en forma conjunta o indistinta a las UE e IPRESS públicas inscritas en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente Convenio y que se detallan en el Anexo N° 01 del presente convenio.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente Convenio **EL PRESTADOR**, a través de sus Unidades Ejecutoras- UE e IPRESS públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, se obliga a brindar los servicios de salud y administrativos a los asegurados de **LAS IAFAS**, que se encuentran debidamente acreditados de acuerdo a su Plan de Salud; y, **LAS IAFAS** se obligan a financiar los servicios de salud a sus asegurados por **EL PRESTADOR,** y adicionalmente financiara prestaciones administrativas conforme a la Directiva Administrativa N° 308-MINSA/2021/DGAIN, aprobada con Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA u norma que haga sus veces.

CLÁUSULA QUINTA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Para efecto del presente convenio, las siguientes definiciones y acrónimos tendrán los significados que a continuación se indican:

Acta de Compromisos:
Es un documento formal suscrito por **LAS PARTES,** donde se consigna el marco presupuestal anual, indicadores y condiciones para la ejecución de los recursos transferidos por cada una de las UE de **EL PRESTADOR**, según corresponda. Adicionalmente puede considerar otros acuerdos relacionados al desarrollo de los términos del Convenio.

Acreditación:
Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho de cobertura.

Adscripción:
Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada.

Ajustes:
Es el importe referido a reembolsos (ajuste positivo) o descuentos (ajuste negativo), que son determinados por procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento, calidad de la atención, financiero y relacionados, siendo aplicado en el proceso de liquidación de las prestaciones.

Asegurado o Afiliado:
Toda persona residente en el país que se encuentra bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Atención de Salud:
Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, la familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios de salud:
Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (3) niveles de atención de acuerdo con su capacidad resolutiva y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.

Cobertura:
Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.

Cobro indebido:
Requerimiento de pago por indicación de algún agente o trabajador de la IPRESS a los asegurados del SIS, representantes y/o familiares, por concepto de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieran para su atención, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional y que, en consecuencia, resulte en un gasto indebido del asegurado.

Corrupción:
Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.

Deducción:
Es el importe determinado por procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, que reduce el monto del marco presupuestal del mecanismo de pago per cápita de una Unidad ejecutora, calculado para un año fiscal.

Enfermedades Raras o Huérfanas:
Son aquellas que se encuentran contenidas en el Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas vigente, aprobado por el MINSA.

Fecha de Atención:
Fecha en la cual el afiliado del Seguro Integral de Salud recibe la atención en las IPRESS.

Gestión de Riesgos de Corrupción:
Es el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas estas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción

Guías de práctica clínica:
Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Liquidación de Prestaciones:
Instrumento financiero mediante el cual **LAS IAFAS** determinan el saldo financiero de las prestaciones ejecutadas por UE, aplicado a los mecanismos de pago y por fuente de financiamiento, cuyo resultado del saldo puede ser a favor de la UE (saldo negativo) o a favor de **LAS IAFAS** (saldo positivo).

Marco Presupuestal:
Importe constituido por las transferencias financieras regulares, el saldo de balance del periodo anterior y el importe asignado a CENARES para la compra centralizada realizada en el marco del convenio suscrito

Mecanismo de Pago:
Es la forma en que **LAS IAFAS** estructuran u organizan la retribución económica al proveedor de servicios de salud por las prestaciones convenidas o contratadas, para generar distintos incentivos para la eficacia y la calidad para atender las necesidades de salud de la población.

Modalidades de pago:
Son los diferentes medios mediante los cuales **LAS IAFAS** retribuye económicamente al prestador, el valor/costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco de un convenio y/o contrato suscrito.

Paciente ámbito VRAEM:
Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención directa y de influencia del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro – VRAEM.

Paciente ámbito Amazónico:
Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana en el marco de la normativa establecida.

Periodo de Producción:
El tiempo durante el cual los prestadores pueden registrar en los aplicativos del SIS, la información de las atenciones brindadas a los asegurados que serán consideradas en la valorización de las prestaciones que realizan **LAS IAFAS**, según corresponda.

Plan de Beneficios SIS:
Son las prestaciones financiadas por el SIS a todos los asegurados a los dos regímenes de financiamiento con los que cuenta el SIS.

Prestaciones Administrativas (por expediente):
Son servicios Complementarios a la prestación de salud brindados por las IPRESS o Proveedores, tales como: traslado de emergencia, traslado y estadía de paciente oncológico estable, asignación por alimentación en casa maternas para gestantes y/o puérperas, procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional, prestación económica de sepelio COVID-19, prestación económica de sepelio regular, y otros que apruebe la autoridad.

Prestación de salud:
Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS de acuerdo con su categoría y según etapa de vida correspondiente. Pueden ser prestaciones promocionales, preventivas, recuperativas, paliativas y de rehabilitación, se desarrollan de forma intramural y extramural. No incluye prestaciones administrativas.

Prestaciones de Alto Costo:
Son las prestaciones que, por diagnóstico, procedimiento o por el uso de productos farmacéuticos altamente especializados, representan una alta carga financiera. **LAS IAFAS** establecerán los criterios de alto costo de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

Proceso de Validación Prestacional:
Es el macroproceso que realiza **LAS IAFAS** para determinar la validez de la prestación de acuerdo al mecanismo de pago para efectos de pago. Incluyen: Proceso de Evaluación Automática, Proceso de Control Presencial Posterior y otros que puedan implementarse.

Producción por fecha de atención:
Producción generada en un mes determinado en el cual el afiliado recibió la atención en el Establecimiento de Salud.

Protocolo de transferencias de ficheros (FTP):
Protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red, basado en la arquitectura cliente-servidor.

Riesgo:
Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.

Riesgo de corrupción:
Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Ruptura de Adscripción:
Es cuando los asegurados del SIS pueden atenderse en cualquier IPRESS del I nivel de atención a nivel nacional y no necesariamente en el que se le asignó al momento de afiliarse.

Tablero de Gestión Financiera:

Es una herramienta de gestión que permite el monitoreo de incorporación, ejecución y saldos del presupuesto asignado a la UE/DIRIS/UGIPRESS hasta el nivel de clasificadores de gastos; a través del reporte SIAF de ingresos y gastos en base a la información remitida periódicamente por las UE/DIRIS/UGIPRESS. de los recursos transferidos por el SIS y de las demás fuentes de financiamiento que procesa la GNF.

Tablero de Stock Disponible de PF, DM y PS:

Es una herramienta de gestión que permite el monitoreo del Stock Disponible de PF, DM y PS con que cuenta las UE/DIRIS/UGIPRESS, de acuerdo con la información del ICI proporcionada al SIS mensualmente que permite visualizar el nivel de abastecimiento y de stock crítico, según el consumo SIS, a nivel de IPRESS, Unidad Ejecutora, Gobierno Regional y Gobierno Nacional.

Tecnología Sanitaria (TS):

Es la aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida. Para efectos de la incorporación al financiamiento de **LAS IAFAS**, las TS comprenden los medicamentos, insumos, dispositivos médicos y procedimientos que podrían contemplarse en el plan de cobertura y están sujetas a evaluación prestacional y financiera previa para su utilización por parte del SIS o quien indique norma expresa.

Traslado de paciente oncológico estable:

Es la prestación administrativa que se brinda en las IPRESS públicas y que se otorga cuando el paciente en condición estable deba trasladarse a una IPRESS de mayor capacidad resolutiva a fin de recibir la prestación de salud no disponible en la IPRESS de origen, el traslado puede efectuarse por medio terrestre, aéreo, acuático o mixto; incluye el pasaje de ida y retorno.

Transeúnte:

Es aquel asegurado, que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la región a la que pertenece el establecimiento de salud al cual está adscrito.

Los asegurados adscritos a una de las cuatro DIRIS no serán considerados transeúnte al interior del ámbito de Lima Metropolitana. Excepcionalmente y previa comunicación de **LA IAFAS SIS**, los asegurados que brinden servicio militar voluntario o los estudiantes beneficiarios del Programa Nacional de Becas- PRONABEC podrán recibir atenciones de salud dentro de su misma región, en establecimientos de salud distintos al que se encuentran adscritos.

ACRÓNIMOS

ARFSIS	Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud.
ANM	Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, actualmente la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
CLAS	Comunidad Local de Administración en Salud.
CECONAR	Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.
CE	Carné de Extranjería.
CUI	Código Único de Identificación.
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
CPMS	Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios.
DICOE	Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones de alto costo del FISSAL
DIF	Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo del FISSAL
DIGEA	Dirección de Gestión del Asegurado de prestaciones de alto costo del FISSAL
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DM	Dispositivos médicos.

DNI	Documento Nacional de Identidad.
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud del Ministerio de Salud.
DyT	Donaciones y Transferencias.
FTP	Protocolo de transferencias de ficheros.
FUA	Formato Único de Atención.
GA	Gerencia del Asegurado del SIS.
GMR	Gerencia Macroregional.del SIS.
GNF	Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS.
GORE	Gobierno Regional
GREP	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones del SIS
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud. .
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
ICI	Informe de Consumo Integrado.
MINSA	Ministerio de Salud.
NRUS	Nuevo Régimen Único Simplificado.
OAA	Oficina de Atención al Asegurado.
OCI	Órgano de Control Institucional.
OGTI	Oficina General de Tecnología de la Información del SIS.
OTI	Oficina de Tecnología de la Información del FISSAL.
PCPP	Proceso de Control Presencial Posterior.
PEA	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones.
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
PF	Productos Farmacéuticos.
PP	Programa Presupuestal.
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
PS	Productos Sanitarios.
RENIPRESS	Registro Nacional de IPRESS.
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera del MEF.
SIASIS	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa del MEF.
SIGEPS	Sistema de Información de Gestión de Prestaciones de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos.
SOA	SOA (Arquitectura orientada a servicios).
SOASIS	Plataforma de Interoperabilidad para el Registro de Prestaciones de Salud (FUAs) del SIS basada en la Arquitectura Orientada a Servicios (SOA).
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud.
UDR	Unidad Desconcentrada Regional del SIS.
UE	Unidad Ejecutora.
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

6.1. Las IPRESS de EL PRESTADOR solicitarán a los afiliados del SIS la presentación del documento de identidad (DNI/CE) y verificará la condición de asegurado al SIS en estado ACTIVO y su plan de beneficios en el portal web de SUSALUD (Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud – RAAUS o el que corresponda) y/o SIS (Consulta en Línea o el que corresponda), al momento de demandar una atención de salud en las IPRESS.

6.2. En caso de que la condición del asegurado en la base de consulta utilizada se encuentre en estado "ANULADO o INACTIVO", no contará con la cobertura financiera de **LAS IAFAS**. Si los asegurados al SIS en el régimen

semicontributivo se encuentran en estado "INACTIVO" y cuentan con los respectivos vouchers de pago antes de acceder a la atención, podrán ser atendidos con financiamiento de **LAS IAFAS.**

6.3. Para el caso de las afiliaciones directas temporales sin documento de identidad, la verificación se realizará en la consulta en línea del SIS y la acreditación será de acuerdo con la normativa establecida y vigente. En la afiliación directa temporal de los recién nacidos se debe registrar el número del Certificado de Nacido Vivo (CNV) y el documento de identidad de la madre, con la finalidad de realizar la vinculación de la afiliación cuando se efectúe la afiliación permanente (con DNI).

6.4. En el caso de menores de edad que requieran el financiamiento de prestaciones de alto costo bajo la cobertura de la **IAFAS FISSAL**, la verificación de la condición del menor asegurado incluirá a sus padres, de detectarse casos con derecho a otro seguro de salud, se deberá suscribir una declaración jurada simple en la que se consigne que no procede su atención y tratamiento a través de los seguros a los que estén afiliados. Los casos excepcionales serán consultados directamente a la DIGEA.

CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

7.1. Efectuar transferencias financieras oportunamente a favor de las UE de **EL PRESTADOR**, para financiar las prestaciones de salud y administrativas que se brinden a los asegurados del SIS, según normativa, según los mecanismos de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre **LAS PARTES** en el presente convenio, de acuerdo con el marco presupuestal de **LAS IAFAS.**

7.2. Establecer el marco presupuestal del financiamiento a **EL PRESTADOR,** materia del presente Convenio, que incluye los saldos de balance del periodo anterior, otros recursos financieros asignados por dispositivos legales emitidos por el gobierno en el año correspondiente y las transferencias financieras que realicen **LAS IAFAS** en el marco del convenio suscrito, el mismo que se consignará en el Acta de Compromisos.

7.3. Realizar la evaluación de los procesos de afiliación, control prestacional y supervisión financiera de las prestaciones realizadas por **EL PRESTADOR**, de acuerdo con la normativa vigente.

7.4. Realizar el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las condiciones definidas en el presente convenio.

7.5. Poner a disposición de **EL PRESTADOR** los aplicativos informáticos (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS u otros) y herramientas de gestión que les permitan registrar o enviar las prestaciones de salud y/o administrativas oportunamente.

7.6. Poner a disposición a un usuario único asignado por **EL PRESTADOR** la información registrada, a través de un acceso de un FTP (Protocolo de transferencias de ficheros).

7.7. Brindar asistencia técnica a EL PRESTADOR sobre los procesos que desarrollen LAS IAFAS en el marco del presente convenio, lo que incluye la implementación del FUA electrónico

7.8. Realizar visitas programadas o inopinadas a **EL PRESTADOR** a través de las GMR/UDR para la validación de la información registrada/remitida a **LAS IAFAS** en materia financiera, prestacional y de aseguramiento, y de corresponder realizará los ajustes a las liquidaciones correspondientes o las deducciones a realizar al marco presupuestal según el presente convenio.

7.9. **LAS IAFAS** emitirán los documentos técnicos que correspondan para la Operativización del presente Convenio.

7.10. Informar a los Órganos de Control correspondientes sobre presuntas irregularidades detectadas en el ámbito de **EL PRESTADOR** en el marco del presente convenio y al amparo de lo dispuesto en la normativa vigente.

7.11. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con **EL PRESTADOR**, a través de los canales de comunicación implementados por **LAS IAFAS.**

7.12. Brindar oportunamente información a **EL PRESTADOR**, sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.

7.13. Financiar los traslados de emergencia de los asegurados que gestione la IPRESS de **EL PRESTADOR** con otra IPRESS pública con el cual **LA IAFAS SIS** tiene Convenio Vigente. de acuerdo con la normativa vigente al momento del traslado. En caso, de asegurados con COVID-19 o con sospecha de COVID-19 financiar los traslados de emergencia de los asegurados que gestionen las IPRESS de **EL PRESTADOR** con otras IPRESS públicas, privadas o mixtas, con Convenio o Contrato vigente con **LA IAFAS SIS**, de acuerdo con la normativa

vigente al momento del traslado. **LA IAFAS FISSAL**, de acuerdo con su cobertura, financiará las prestaciones por traslado de paciente oncológico estable, según normativa.

7.14. Informar a **EL PRESTADOR** sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LAS IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.

7.15. **LAS IAFAS** financian la cobertura del PEAS y Plan Complementario de los afiliados en el marco de la normativa vigente.

7.16. Coordinar y asumir directamente la referencia de los asegurados a otras IPRESS que conforma otra red de atención de salud cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, o cuando la Dirección Regional o unidad ejecutora no haya podido referirlo a otra IPRESS de la red de LAS IAFAS, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normatividad vigente, a fin de asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los asegurados, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia y de acuerdo a las disposiciones establecidas en las normas sanitarias correspondientes.

7.17. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.

E. OLIVA

OBLIGACIONES EXCLUSIVAS DE LA IAFAS SIS:

7.18. Afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en territorio nacional que no cuente con un seguro de salud, con esta afiliación se garantizará la cobertura, de acuerdo con el plan de seguro que le corresponda.

7.19. **LA IAFAS SIS** en cumplimiento de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022 contemplará como parte del marco presupuestal las transferencias financieras que se efectúe a las unidades ejecutoras por el gasto incurrido por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) para las compras de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a favor de afiliados al SIS.

C. TENGAN

7.20. **LA IAFAS** SIS permitirá el registro de las prestaciones de UPSS reconocidas por la Autoridad Sanitaria, de manera preliminar, en tanto se regulariza la situación de la IPRESS.

CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR

8.1. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción, brinden prestaciones de salud y prestaciones administrativas en forma gratuita, oportuna y de calidad a los asegurados, en el marco del Plan de Beneficios de **LAS IAFAS**, en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

8.2. Mantener vigente sus autorizaciones, licencia de apertura, funcionamiento y demás permisos que, de acuerdo con la Ley, le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD

8.3. **El PRESTADOR** deberá informar de forma oportuna los cambios de estado y/o nuevas IPRESS que realicen en el registro de RENIPRESS a la **IAFAS SIS**, para la actualización del Anexo N° 01 del presente convenio.

8.4. Realizar los procesos de afiliación y otros establecidos por **LAS IAFAS** de acuerdo con lo señalado en la normativa vigente, según corresponda.

8.5. Brindar las facilidades para la implementación de las OAA.

8.6. Registrar todas las atenciones del asegurado en la Historia Clínica, sean intra o extramurales, de acuerdo con la normatividad vigente. La Historia Clínica es el respaldo de los registros en el FUA del SIS.

M. BAZAN L.

8.7. Registrar o enviar todas las prestaciones realizadas a los asegurados en los aplicativos informáticos que proporcione el SIS dentro de los plazos establecidos por **LAS IAFAS**.

J. GARAVITO

8.8. Verificar que las IPRESS de su jurisdicción guardan estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LAS IAFAS** y de aquella que se genere en la IPRESS respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su

V. ZUMARÁN

E. VALDEZ

E. Muñoz

C. VILA

Reglamento y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, así como en sus respectivos reglamentos.

8.9. Administrar eficientemente los recursos transferidos por **LAS IAFAS**, en el marco del presente Convenio y de la normativa vigente; priorizando que los créditos presupuestarios estén destinados para la adquisición de los PF, DM y PS necesarios para la atención de los asegurados del SIS. EL PRESTADOR a través de sus IPRESS adscritas, se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.

8.10. Cumplir con las disposiciones y procedimientos establecidos a través de normas, directivas administrativas u otros documentos que aprueben **LAS IAFAS** y se encuentre vigentes.

8.11. Ejecutar de forma inmediata las acciones y medidas dictadas por norma en caso de desabastecimiento inminente de PF, DM y PS en la IPRESS de **EL PRESTADOR**, que pongan en riesgo la salud de la población afiliada al SIS.

8.12. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los saldos de balance (SB), de acuerdo con los siguientes criterios:

8.12.1. LA IAFAS SIS:

- SB PES COVID
- SB DU 046 -2021 - Prestaciones de Salud
- SB DU 046 -2021 - Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- SB Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- SB Prestaciones de salud.

8.12.2. LA IAFAS FISSAL

- SB DU 046 -2021 - Prestaciones de Salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).
- SB Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo con la especifica de gasto 23.21.21 Pasajes y Gastos de Transporte)
- SB No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con la especifica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud)
- SB Prestaciones de salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.12.3. OTROS FINANCIADORES (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.13. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los recursos transferidos, de acuerdo con los siguientes criterios:

8.13.1. LA IAFAS SIS:

- Transferencia Prestaciones de salud
- Transferencia Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- Transferencia Ley N° 31365 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones de Salud
- Transferencia Ley N° 31365 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- Transferencia PES COVID
- Otras transferencias que realice LA IAFAS SIS

8.13.2. LA IAFAS FISSAL

- Transferencia Prestaciones de salud.
- Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo a especifica de gasto 23.21.21 Pasajes y Gastos de Transporte)
- No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con especifica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud)

- Otras transferencias que realice LA IAFAS FISSAL

8.13.3. OTROS FINANCIADORES

8.14. Diferenciar en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los recursos transferidos de prestaciones de salud, DU, y las prestaciones administrativas (por expediente), de la **IAFAS FISSAL**, la incorporación debe realizarse de acuerdo con la categoría presupuestal en la que se transfiere los recursos, de acuerdo con las prioridades, necesidades y la finalidad.

8.15. **EL PRESTADOR** debe incorporar los recursos financieros transferidos por la **IAFAS SIS** a nivel de la partida "ACTIVIDADES", categoría presupuestal, cumpliendo la cadena funcional programática de acuerdo con la prioridades y necesidades de la IPRESS.

8.16. **EL PRESTADOR** que tiene a su cargo **CLAS** deberá realizar la ejecución de los gastos correspondientes y de acuerdo con los requerimientos y necesidades de los **CLAS** y estos gastos deben estar permitidos de acuerdo la Directiva Administrativa de Control Financiero de la IAFAS SIS.

8.17. Permitir y otorgar las facilidades a **LAS IAFAS**, para que realicen los procesos de control prestacional, auditoría médica, promoción de sus deberes y derechos, protección al asegurado, monitoreo, supervisión y seguimiento a las transferencias financieras, y otras que correspondan

8.18. Realizar el monitoreo, supervisión y el cumplimiento de los indicadores acordados en el presente Convenio.

8.19. Devolver a los asegurados al SIS el importe económico equivalente al cobro indebido que se hubiera realizado en las IPRESS de su jurisdicción

8.20. Implementar las acciones y recomendaciones, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los procesos de control y supervisión que efectúen **LAS IAFAS**.

8.21. Informar a los Órganos de Control correspondientes sobre presuntos incumplimientos de **LAS IAFAS** en el marco del presente Convenio.

8.22. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción no realicen cobros indebidos, por los servicios de salud que son objeto del presente CONVENIO.

8.23. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción, que intervienen en el presente convenio cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo con su nivel resolutivo. Para tal efecto, debe garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicables para tales efectos.

8.24. Verificar que las IPRESS de su jurisdicción no discriminen en su atención en salud a los asegurados de **LAS IAFAS** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras, en el marco de la normatividad vigente.

8.25. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este convenio que no hayan sido previamente acordado entre **LAS PARTES**.

8.26. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo con las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como el llenado de los formatos de atención según los requerimientos de **LAS IAFAS**

8.27. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción cuenten con una Historia Clínica única por paciente o usuario de salud, donde conste todas sus atenciones de salud, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas por las normas aplicables para tal propósito. LA IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a la IAFAS la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atienden en mérito al presente CONVENIO.

8.28. En caso de que la IPRESS no cuente con oferta disponible o capacidad resolutiva suficiente para atender las necesidades de salud del Asegurado SIS, ésta debe realizar las gestiones conforme a lo establecido normativamente, para su respectiva referencia a otra IPRESS de la red de **LAS IAFAS**, según corresponda.

E. OLIVA
C. TENGAN
H. GARAVITO
M. BAZAN L.
V. ZUMARÁN
C. VILA
E. VALDEZ
E. Muñoz

8.29. Presentar a **LAS IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados y demás información requerida por SUSALUD, incluyendo la información de su cartera de servicios en el RENIPRESS.

8.30. Informar de inmediato a **LAS IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.

8.31. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.

8.32. Garantizar la verificación de la adscripción, identidad del paciente o usuarios de salud y su condición de asegurado.

8.33. Cumplir con los procedimientos y/o normativas establecidas por **LAS IAFAS** para la autorización con fines de cobertura de las tecnologías sanitarias.

8.34. Participar activamente en las visitas de supervisión efectuadas por **LAS IAFAS**, con el propósito de cautelar los derechos del asegurado SIS.

8.35. En caso de traslado aéreo de pacientes en condición de emergencia prioridad I financiados por el SIS, la IPRESS de origen garantiza el efectivo abordaje del paciente en el transporte aéreo, caso contrario se realizará un ajuste negativo a **EL PRESTADOR** por los costos que genere el traslado aéreo trunco a la IPRESS de destino

8.36. Los recursos transferidos no podrán ser destinados, bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR** que recibe la transferencia, para fines distintos a los cuales han sido autorizados, como por ejemplo el efectuar pagos de obligaciones de periodos presupuestales anteriores.

8.37. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** deberán sincerar y oficializar su cartera de servicios de acuerdo con la normativa vigente y brindar como mínimo los servicios que le correspondan de acuerdo con su categoría.

8.38. Realizar la asignación de asegurados que requieran recibir atenciones de hemodiálisis en IPRESS privadas, en aras de contribuir al acceso oportuno, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Jefatural N° 022-2019-SIS/FISSAL/J, Guía Operativa N° 01-2019-SIS-FISSAL "Guía Operativa de Asignación y Reasignación de asegurados SIS que requieren Hemodiálisis en las IPRESS Privadas a nivel nacional". Asimismo, la IPRESS pública deberá continuar brindado la atención en los servicios que requieran dichos pacientes, con el propósito de realizar el seguimiento de los mismos.

8.39. Reportar quincenalmente la data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento de acuerdo con el cronograma establecido por la GNF-SIS, el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**. La omisión de un envío quincenal ocasionará la suspensión y perderán el derecho de la evaluación del indicador financiero 1 "Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT y Porcentaje de ejecución del gasto primer orden", por lo tanto, no se transferirá el porcentaje del presupuesto asignado.

8.40. Reportar mensualmente a DIGEMID el ICI en los plazos según cronograma establecido por DIGEMID, de acuerdo con la normativa vigente y remitir simultáneamente una copia a **LA IAFAS SIS** vía electrónica así como las tablas complementarias a solicitar del aplicativo SISMED. Los resultados que se generen por el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**. La omisión de un envío mensual ocasionará la suspensión y perderán el derecho de evaluación del indicador financiero 2 "Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS", por lo tanto, no se transferirá el porcentaje del presupuesto asignado.

8.41. Mantener el Porcentaje de Stock Disponible PF, DM y PS en un margen no menor de 2% con respecto a la meta establecida para el IF2 posterior al mes de evaluación hasta el cierre del año fiscal; en caso de no cumplir no tendrá opción a la negociación de la meta del IF2: Porcentaje de Stock Disponible PF, DM y PS en la Adenda del siguiente año fiscal.

8.42. Reportar mensualmente a la DIGEMID los precios de operación de PF, DM y PS de las IPRESS de **EL PRESTADOR,** en el marco de la normatividad establecida por la ANM.

8.43. Reportar mensualmente la data de las notas de modificación presupuestal y genera data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento a **LAS IAFAS**.

E. OLIVA

C. TENGAN

H. GARAVITO

E. VALDEZ

E. Muñoz

M. BAZAN L.

C. VILA

V. ZUMARÁN

8.44. Las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** que tienen a cargo CLAS, son responsables de la administración y utilización de los recursos transferidos por la IAFAS SIS, atendiendo las necesidades prioritarias del CLAS de acuerdo con la Directiva Administrativa de control financiero y la normativa vigente

8.45. Implementar progresivamente un Sistema Historia Clínica Electrónica o un Sistema de Gestión Hospitalaria que permita enviar los FUAs de forma automática usando la plataforma SOASIS de la **IAFAS SIS**, en reemplazo de los aplicativos ARFSIS y SIGEPS.

8.46. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** que realicen el diagnóstico o brinden tratamiento al asegurado con Enfermedades Raras o Huérfanas, deberán verificar y en su defecto, garantizar que éste se encuentre en el Registro Nacional de Pacientes que padecen de Enfermedades Raras y Huérfanas que es administrado por el Ministerio de Salud.

8.47. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** que se encuentren comprendidas en la disposición complementaria transitoria número 8.7 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" aprobada con Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA y sus modificatorias, deberán reportar mensualmente a DIGEMID las autorizaciones de adquisición y/o utilización de medicamentos no incluidos en el PNUME aprobadas por su Comité Farmacoterapéutico y remitirá simultáneamente una copia a LA IAFAS FISSAL vía electrónica.

8.48. Brindar las facilidades para la ejecución de visitas de protección y seguimiento de asegurados SIS con cobertura FISSAL en forma presencial y remota, esto incluye la gestión de reclamos.

CLÁUSULA NOVENA: COBERTURA PRESTACIONAL DEL TRANSEÚNTE

Los asegurados en condición de transeúnte o que sean parte de la "Población Amazónica o VRAEM", podrán recibir en el primer nivel de atención las prestaciones preventivas y recuperativas, fuera del ámbito de su Región.

CLÁUSULA DÉCIMA: GESTIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD

10.1. En caso **LAS IAFAS** identifique presuntas situaciones de fraude en las prestaciones brindadas por **EL PRESTADOR**, comunicarán a los órganos competentes de acuerdo con la normativa vigente.

10.2. El contenido del FUA tienen carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR.**

10.3. **LAS PARTES** declaran que, en la ejecución o cumplimiento del objeto del presente Convenio, se adoptan los mecanismos o medidas convenientes a fin de prevenir la posible comisión de actos de corrupción y/o cualquier otro acto vinculado con el mismo.

10.4. **LAS PARTES** reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio serán realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.

10.5. **LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tienen relaciones directa o indirecta, no han ofrecido, entregado, autorizado, negociado o efectuado, cualquier pago solicitado o aceptado alguna ventaja ilícita, pecuniaria, económica o similar, o en general, cualquier beneficio o incentivo en relación con el CONVENIO.

10.6. **LAS PARTES** se comprometen a que no ofrecerán, entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente CONVENIO, en el marco de la Resolución Jefatural N°133-2019/SIS.

10.7. Asimismo, **LAS PARTES** se comprometen a comunicar a la otra parte inmediatamente de haber tomado conocimiento de la ocurrencia de algunos de los supuestos antes contemplados a efectos de que se adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias; comunicando asimismo a las instancias competentes a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.

10.8. El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado constituye causal de nulidad del presente CONVENIO.

10.9. El contenido de la data de ingresos y egresos tienen carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR.**

10.10. El contenido del ICI tiene carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR.**

CLÁUSULA DÉCIMOPRIMERA: DE LOS AJUSTES Y DEDUCCIONES:

11.1. En caso **LAS IAFAS** mediante sus procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, detectase alguna prestación que no ha sido realizada o presenta inconsistencia, podrá aplicar los ajustes que correspondan en las liquidaciones de las prestaciones.

11.2. En caso de identificarse gastos no vinculados al objeto del presente convenio y/o discordancias en el cruce de información ICI-SIASIS y/o los indicados en la normativa que establezcan **LAS IAFAS**, se realizará los ajustes dentro de las liquidaciones correspondientes, en el marco de la normativa vigente.

11.3. En caso **LAS IAFAS** mediante sus procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, detectase el incumplimiento de normativa prestacional y de aseguramiento, así como la desviación de fondos y gastos que no correspondan a la normativa de utilización de los recursos transferidos por las **IAFAS** y este afecte al mecanismo PER cápita se aplicará la deducción correspondiente a su marco presupuestal del próximo periodo.

11.4. Lo descrito en el párrafo anterior (párrafo 11.3) también se aplicará a los resultados del proceso de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero que correspondan a las transferencias por el mecanismo de pago capitado de los convenios suscritos con anterioridad.

11.5. En caso la **IAFAS SIS** mediante el proceso de control, monitoreo y supervisión de aseguramiento identificará variación entre el número de asegurados de la fecha de corte utilizada para la transferencia correspondiente al presente periodo fiscal y el número de asegurados del periodo fiscal anterior se aplicará la deducción correspondiente en la próxima transferencia, considerando la variación de asegurados por el valor del cápita del periodo a evaluar.

CLÁUSULA DÉCIMOSEGUNDA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las IPRESS aplicarán las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención y/o normas técnicas y/u otros documentos normativos aprobados en las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS, según corresponda.

CLÁUSULA DÉCIMOTERCERA: GARANTÍAS EXPLÍCITAS

El PRESTADOR se compromete al cumplimiento de las garantías explícitas reconocidas y aprobadas por el Decreto Supremo N° 023-2021-SA, norma que rige el PEAS y sus Planes complementarios, en lo que corresponde a su nivel resolutivo.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

Para la remisión de la información entre **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR**, se utilizarán los códigos y estándares establecidos normativamente por el Ministerio de Salud, así como los formatos aprobados por SUSALUD de acuerdo con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMOQUINTA: DERECHO DE REPETICIÓN

En el caso que el registro de afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de SUSALUD no se encuentre actualizado por información insuficiente o inoportuna, proporcionada por cualquier IAFAS, el SIS podrá solicitar el reembolso de las prestaciones financiadas a **LAS IAFAS** correspondientes. El supuesto enunciado no es limitativo respecto a otros que ameriten el derecho de repetición, contra otras IPRESS o IAFAS.

CLÁUSULA DÉCIMOSEXTA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de **LAS IAFAS** no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente convenio y disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación con el objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente convenio. Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración los términos establecidos en el presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación del convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, teniendo en cuenta los principios que inspiran este convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán mediante Adenda. No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** se comprometen a someterse a Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

En caso **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** hayan acordado el someter sus controversias a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro de arbitraje competente, dentro de un plazo máximo de quince (15) días hábiles de suscitada la controversia, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: VIGENCIA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

19.1. **LAS PARTES** reconocen que las prestaciones de salud y administrativas brindadas por **EL PRESTADOR** a los afiliados SIS, así como el consecuente tratamiento por parte de **LAS IAFAS** de la información transmitida por **EL PRESTADOR** desde el 1º de enero del 2022 a la fecha de suscripción del presente instrumento, responden a las condiciones y términos estipuladas en el mismo, conducta de **LAS PARTES** que revela y confirma la existencia, desde la fecha indicada, del convenio de financiamiento de prestaciones de salud cuyos términos se describen en el presente documento, por lo que a través de la presente cláusula se acuerda precisar que el presente convenio surte efectos desde el 01 de enero del año 2022 y tiene una duración de tres (03) años

19.2. Cumplido el periodo de vigencia, podrá ser renovado previa evaluación y con la suscripción de la Adenda respectiva, salvo que exista solicitud expresa de término del convenio por una de **LAS PARTES,** con anticipación de quince (15) días antes de su término.

19.3. Si una de **LAS PARTES** considera pertinente modificar alguna de las cláusulas establecidas en el Convenio, comunicará a la otra parte de forma expresa, respecto de las modificaciones a efectuarse, a fin de que las mismas sean analizadas y evaluadas para su aprobación, a través de una Adenda.

19.4. Con posterioridad a la vigencia del presente convenio, subsistirán las obligaciones de **EL PRESTADOR** respecto de reportar información vinculada a las transferencias de recursos que se hubieran realizado en mérito del presente convenio hasta su total liquidación, así como de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio las siguientes:

20.1. De común acuerdo entre ambas partes, cualquiera de **ellas** podrá resolver el CONVENIO, sin ninguna responsabilidad, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del convenio.

20.2. Incumplimiento o cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier obligación de una de **LAS PARTES.** Para tal efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento debe requerir por escrito notarialmente a la otra parte el cumplimiento de la obligación esencial contemplada en el presente convenio en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución de CONVENIO. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.

20.3. La cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a una de las IAFAS o la cancelación de la inscripción de la IPRESS que forma parte de la jurisdicción de **EL PRESTADOR,** en el Registro Nacional de IPRESS-RENIPRESS.

20.4. Cuando se resuelva el CONVENIO, por causales imputables a alguna de **LAS PARTES,** se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.

20.5. **LAS PARTES** quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución del convenio.

20.6. En el caso de un paciente o usuario de salud asegurado que esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del contrato, LA IPRESS garantizará la continuidad de su atención, hasta su recuperación, alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LAS IAFAS** deben cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente CONVENIO

CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA: SOBRE LAS TRANSFERENCIAS REALIZADAS CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO

21.1 Los saldos resultantes de las liquidaciones de las prestaciones financiadas por las IAFAS del convenio del periodo anterior que tengan las UE, LAS IAFAS consideraran el saldo a las liquidaciones generadas en el presente convenio.

21.2 Los mecanismos de pago que no tengan continuidad en el presente convenio y que aun cuenten con saldos, se les realizaran los ajustes a la liquidación del mecanismo de pago que correspondan, y en el caso que esta deducción afecte al mecanismo PER cápita se aplicara a su marco presupuestal del próximo periodo. Para efectos del mecanismo Per cápita para el último año de vigencia del convenio, de identificarse alguna deducción, esta será aplicada para el siguiente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMOSEGUNDA: MECANISMOS DE PAGO, MODALIDADES Y CONDICIONES DE TRANSFERENCIA PARA EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN CON POBLACIÓN ADSCRITA

22.1. Está compuesto por dos (02) mecanismos de pago, que son: **Pago Per Cápita y Pago por Prestaciones de Salud,** que aplican según el nivel de atención

22.2. **Pago Per Cápita:** La unidad de pago es el asegurado. Este pago cubre las prestaciones de salud promocionales, preventivas, recuperativas que se brinden a los asegurados del SIS de acuerdo con su Plan de Beneficios, los cuales son brindados por las IPRESS del I y II nivel de atención con población adscrita. El importe asignado resulta de la metodología aplicada para el cálculo del Pago Per Cápita que realiza el SIS, y se consigna el valor por cada Unidad Ejecutora en el Acta de compromisos. El Cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza **LA IAFAS SIS** a **EL PRESTADOR** considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del presente convenio. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Acta de Compromisos, considerando los siguientes tramos y condiciones:

22.2.1. **Tramo I,** corresponde al **80 %** del monto total, el cual se transfiere según lo descrito en el cuadro N°01.

22.2.2. **Tramo II,** corresponde al **20 %** del monto total, el cual se transfiere en función a los resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas y porcentajes acordadas de los indicadores financieros, prestacionales y de gratuidad de la atención al afiliado, según lo descrito en el cuadro N° 01.

Cuadro N° 01

	Tramo I		Tramo II		
MECANISMO DE PAGO	PAGO PER CAPITA				
MODALIDAD	Prospectiva	Prospectiva	Retrospectiva	Retrospectiva	Retrospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	1era. Transferencia	2da. Transferencia	Número de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores.		
TIPOS DE INDICADOR	No Aplica	No Aplica	Financiero, descritos en el Anexo N° 02.	Gratuidad de la atención al afiliado, descritos en el Anexo N° 02.	Indicadores prestacionales descritos en el Anexo N° 02.
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	70 %	10 %	10 %	5 %	5 %
MES DE EVALUACIÓN	No Aplica	Al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo).	Al cierre de julio	Al cierre del mes de junio del 2022.	Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas en los aplicativos informáticos del SIS hasta el 30 de junio de 2022.
CONDICIÓN GENERAL	A la suscripción del Convenio y Acta de Compromisos.	Cumplir con el total de los tres (03) objetivos financieros, los cuales se describen líneas abajo. En caso de no cumplir con los objetivos establecidos de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, se pierde el porcentaje del presupuesto asignado y no se transfiere. La evaluación será a nivel de UE.	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores acordado en el Acta de Compromisos. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se pierde el porcentaje del presupuesto asignado. La evaluación será a nivel de UE	Para ser acreedor del 5% de transferencia, se debe cumplir con 2 condiciones: 1. Cumplir con las metas y porcentajes del indicador de Gratuidad acordado en el Acta de Compromisos, y 2. Las GMRs, a través de las UDRs, revisarán una muestra mínima al azar de 50 FUAS. De identificarse inconsistencias de datos en los FUAs evaluados, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación	Cumplir con las metas y porcentajes del indicador acordado en el Acta de Compromisos. El 5% de la trasferencia se divide por cada indicador de acuerdo con los pesos ponderados. La evaluación es individual. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se anula el porcentaje del presupuesto asignado.
CONDICIÓN ESPECIAL	No aplica	No aplica	No aplica.	No aplica.	No aplica.

Objetivos financieros:

i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS SIS** de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por **LA IAFAS SIS** en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por **LA IAFAS SIS (**UE 001 SIS), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con ***secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar***, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.12 y 8.13 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado)
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado)
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado)

- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente)

22.3. **Pago por prestaciones de salud para el I nivel de atención:** La unidad de pago es la prestación de salud, que reportan las IPRESS y de acuerdo con las especificaciones que **LA IAFAS SIS** establezca. El financiamiento cubre determinadas prestaciones que se brinden a los asegurados al SIS de acuerdo con su plan de seguro, las cuales son brindadas en IPRESS del I nivel de atención que apliquen según norma vigente. La transferencia que realiza **EL SIS** es **retrospectiva** al cierre de la liquidación, la cual se realiza bajo el mecanismo de Pago por Prestación de Salud. Las prestaciones priorizadas que incluye este mecanismo son las siguientes:

a. Consultas externas brindadas a los asegurados SIS con diagnósticos CIE 10 definitivos/repetitivos relacionados a las siguientes patologías:

   i. Hipertensión arterial sin complicaciones.
   ii. Diabetes mellitus sin complicaciones.
   iii. Diagnósticos de salud mental (atendido por médico psiquiatra y/o médico de familia en los Centros de Salud Mental Comunitarios).

b. Atenciones registradas en el código de servicio 908 correspondientes a Cuidados Paliativos Domiciliarios, según los tarifarios aprobados por el SIS.

c. Otras prestaciones de salud según evaluación y disponibilidad presupuestal de **LA IAFAS SIS**.

22.4. **Pago por Prestaciones de Salud realizado por médico especialista (II nivel de atención con población adscrita):**

La unidad de pago es la prestación de salud, que reportan las IPRESS y corresponde a las prestaciones recuperativas que no se encuentren contenidas excluidas en el Listado de prestaciones recuperativas que se encuentren incluidas en la Capita que brindan los hospitales del II nivel de atención con población adscrita correspondiente a los servicios realizados por médico especialista, según los tarifarios aprobados por EL SIS, estas prestaciones están exceptuadas del cálculo de la cápita. El Cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza **LA IAFAS SIS** al PRESTADOR considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del presente convenio. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Acta de Compromisos, considerando los siguientes tramos y condiciones, según lo descrito en el cuadro N° 02.

Cuadro N° 02

	Tramo I		Tramo II	
MECANISMO DE PAGO	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD			
MODALIDAD	Prospectiva	Prospectiva	Retrospectiva	Retrospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	1era. Transferencia	2da. Transferencia	Número de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores.	
TIPOS DE INDICADOR	No Aplica	No Aplica	Financiero, descritos en el Anexo N° 03.	Gratuidad de la atención al afiliado, descritos en el Anexo N° 03
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	70%	10%	15%	5%
MES DE EVALUACIÓN	No aplica	Al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo)	Al cierre de julio	Al cierre del mes de junio del 2022.

E. OLIVA
C. TENGAN
H. GARAVITO
E. VALDEZ
E. Muñoz
M. BAZAN L.
C. VILA
V. ZUMARÁN

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CONDICIÓN GENERAL	A la suscripción del Convenio y Acta de Compromisos	Cumplir con el total de los tres (03) objetivos financieros, los cuales se describen líneas abajo. En caso de no cumplir con los objetivos establecidos de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, se pierde el porcentaje del presupuesto asignado y no se transfiere. La evaluación será a nivel de UE.	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores acordados en el Acta de Compromisos. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se pierde el porcentaje del presupuesto asignado. La evaluación será a nivel de UE.	Para ser acreedor del 5% de transferencia, se debe cumplir con 2 condiciones: 1. Cumplir con las metas y porcentajes del indicador de Gratuidad acordado en el Acta de Compromisos, y 2. Las GMRs, a través de las UDRs, revisarán una muestra mínima al azar de 50 FUAS. De identificarse inconsistencias de datos en los FUAs evaluados, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación
CONDICIÓN ESPECIAL	No aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica

Objetivos financieros:

i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS SIS** de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por **LA IAFAS SIS** en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por cada una de **LAS IAFAS** (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con ***secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar***, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.14 y 8.15 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado)
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado)
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado)
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente)

22.5. Una vez realizadas las transferencias anteriores y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores por el mecanismo de pago por prestación de salud, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS SIS** y según disponibilidad presupuestal.

22.6. Todas las transferencias efectuadas a las UE de **EL PRESTADOR** forman parte de la liquidación.

22.7. Si durante la vigencia del Convenio se determina otro mecanismo de pago según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA para las IPRESS del I nivel y/o II nivel con población adscrita, las transferencias efectuadas formarán parte de la asignación presupuestal que determine **LAS IAFAS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMOTERCERA: MECANISMOS DE PAGO, MODALIDADES Y CONDICIONES DE TRANSFERENCIA PARA EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ADSCRITA

23.1. El mecanismo de pago que aplica para las IPRESS de II y III nivel de atención sin población adscrita es el de **"Pago por Prestación de Salud".** La unidad de pago es la prestación de salud, la misma que incluye las prestaciones recuperativas, rehabilitación y paliativas, que se brinden a los asegurados al SIS de acuerdo con su plan de seguros y según especificaciones que **LAS IAFAS** establezcan. Incluye el pago por consumo según indica el tarifario de servicios del SIS. Para el caso de **LA IAFAS FISSAL** aplicarán las IPRESS según Anexo 01.

E. OLIVA
C. TENGAN
E. Muñoz
H. GARAVITO
M. BAZAN L.
V. ZUÑARÁN
C. VILA
F. VALDEZ

23.2. El Cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza **LAS IAFAS** al **PRESTADOR** considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del presente convenio y el saldo balance del año previo, según corresponda. El presupuesto asignado para las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** se consigna en el Acta de Compromisos, considerando los siguientes tramos y condiciones, según lo descrito en el Cuadro N° 03 y Cuadro N° 04.

23.2.1. LA IAFAS SIS

Cuadro N° 03

	Tramo I		Tramo II	
MECANISMO DE PAGO	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD			
MODALIDAD	Prospectiva	Prospectiva	Retrospectiva	Retrospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	1era. Transferencia	2da. Transferencia	Número de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores.	
TIPOS DE INDICADOR	No Aplica	No Aplica	Financiero, descritos en el Anexo N° 03.	Gratuidad de la atención al afiliado, descritos en el Anexo N° 03
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	70%	10%	15%	5%
MES DE EVALUACIÓN	No aplica	Al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo)	Al cierre de julio	Al cierre del mes de junio del 2022.
CONDICIÓN GENERAL	A la suscripción del Convenio y Acta de Compromisos	Cumplir con el total de los tres (03) objetivos financieros, los cuales se describen líneas abajo. En caso de no cumplir con los objetivos establecidos de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, se pierde el porcentaje del presupuesto asignado y no se transfiere. La evaluación será a nivel de UE.	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores acordados en el Acta de Compromisos. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se pierde el porcentaje del presupuesto asignado. La evaluación será a nivel de UE.	Para ser acreedor del 5% de transferencia, se debe cumplir con 2 condiciones: 1. Cumplir con las metas y porcentajes del indicador de Gratuidad acordado en el Acta de Compromisos, y 2. Las GMRs, a través de las UDRs, revisarán una muestra mínima al azar de 50 FUAS. De identificarse inconsistencias de datos en los FUAs evaluados, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación
CONDICIÓN ESPECIAL	No aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica

Objetivos financieros:

i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS SIS** de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por **LA IAFAS SIS** en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por cada una de **LAS IAFAS** (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con ***secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar***, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.14 y 8.15 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado).
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado).
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado).

- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente).

23.2.2. LA IAFAS FISSAL

Cuadro N° 04

	Tramo I	Tramo II
MECANISMO DE PAGO	**PAGO POR PRESTACIÓN**	
MODALIDAD	Prospectiva	Prospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	Única	N° de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores (*)
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	80%	20%
MES DE EVALUACIÓN	No Aplica	Al cierre del I Semestre (junio)
CONDICIÓN	A la suscripción del convenio y acta de compromiso	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores financieros acordados en el Acta de Compromiso.
		Si el prestador no cumpliera con los porcentajes establecidos se realizará una segunda evaluación al cierre del mes de julio. De no cumplir con la meta no se transfiere y se anula el porcentaje del presupuesto asignado.
CONDICION ESPECIAL	Transferencia del 100% a las IPRESS cuyo marco presupuestal sea menor a S/ 50,000 y hayan ejecutado al 100% los recursos transferidos en el año fiscal anterior.	No Aplica

(*) De realizarse alguna transferencia por Producción No Tarifada, sólo se considerará hasta el mes de mayo para evaluar los indicadores financieros al 30 de junio y al 31 de julio de 2022.

23.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias adicionales, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

23.4. Todas las transferencias efectuadas a las UE de **EL PRESTADOR**, según corresponda, forman parte de la liquidación.

23.5. EL FISSAL asumirá el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados a partir de establecido el "diagnóstico definitivo", de acuerdo con las coberturas determinadas en la normativa vigente.

23.6. Si durante la vigencia del Convenio y por norma expresa, se determine otro mecanismo de pago según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA para las IPRESS del nivel del II y III nivel sin población adscrita, las transferencias efectuadas formarán parte de la asignación presupuestal que determinen **LAS IAFAS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMOCUARTA: CONTROL FINANCIERO, STOCK DISPONIBLE, PRESTACIONAL Y DE GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN, EVALUACIÓN DE INDICADORES Y METAS APLICABLES PARA EL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

24.1. **LAS IAFAS** para el control financiero, prestacional y aseguramiento utilizará los instrumentos establecidos en la normatividad vigente u otros que se aprueben.

24.2. **LAS IAFAS** en caso de detectar presunción de fraude en la ejecución presupuestal reportada en el marco de este convenio, excluirá de la evaluación a realizarse por los indicadores y será reportado a los órganos de control.

24.3. **LAS PARTES** acuerdan que todas las transferencias financieras efectuadas por **LAS IAFAS** a las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** son sujetas de control financiero, prestacional y de aseguramiento, así como la liquidación en el marco de la normativa vigente, debiendo priorizarse estos recursos en la adquisición de los PF, DM y PS necesarios para la atención de los asegurados de **LAS IAFAS.**

24.4. Las transferencias se realizarán en base a los resultados de la medición de los indicadores financieros, prestacionales y de gratuidad de la atención al afiliado con sus respectivos pesos ponderados consignados en el Anexo N° 02 y N° 03 del presente Convenio, las Fichas Técnicas de los indicadores se encuentran adjuntas en los Anexo N° 05, 06, 07, 08 y 09 del presente convenio. Las metas de los indicadores serán consignadas en las Actas de Compromiso suscritas entre **LAS PARTES**.

24.5. El plazo para el registro de las prestaciones en el aplicativo informático del SIS para el cálculo del indicador prestacional y de gratuidad de la atención será de acuerdo con lo señalado en las Fichas Técnicas adjuntas al presente convenio.

24.6. De los indicadores financieros aplicados por **LA IAFAS FISSAL:**

24.6.1. Las transferencias otorgadas por **LA IAFAS FISSAL** del Tramo II, se realizarán en base a los resultados de la medición de los siguientes indicadores financieros:

Tipo de Indicador	Código de Indicador	Indicador		Fases	Meta a Junio	Meta a Julio	Peso Ponderado
Financiero	IF1	SC01	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	Certificado	>=70.00%	>=75.00%	1.00
				Compromiso Anual	>=50.00%	>=55.00%	
				Devengado	>=40.00%	>=45.00%	
		SC02	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT-Primer Orden	Certificado	>=70.00%	>=75.00%	
				Compromiso Anual	>=50.00%	>=55.00%	
				Devengado	>=40.00%	>=45.00%	

- *Para las Unidades Ejecutoras que tengan el servicio propio de hemodiálisis y diálisis peritoneal se evalúa el segundo componente a nivel de las transferencias por recursos incorporados en la actividad 5006372 Hemodiálisis por Insuficiencia Renal.*

24.6.2. Las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** podrán solicitar reconsideración respecto a la evaluación de indicadores financieros al 31/08/2022 (meta: 82%-62%-52% para ambos componentes) cuando al 31/07/2022 en cualquiera de las fases la diferencia para alcanzar la meta establecida sea menor o igual al 1%.

24.7. De los indicadores prestacionales aplicados por **LA IAFAS FISSAL:**

24.7.1. Para incentivar el cierre de brechas en la atención del asegurado con Enfermedad Renal Crónica (ERC), LA IAFAS FISSAL aplicará indicadores con el objeto de lograr la optimización e incremento de capacidad resolutiva para la atención del asegurado con ERC:

Sub componente (SC)	Código de Indicador	Indicador	IPRESS	Línea basal	Meta a Agosto	Peso Ponderado por SC
01 - Acceso a cirugía vascular	SC-IP-FISSAL-01-A	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron referidos a cirugía vascular.	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que no cuentan con oferta de cirugía vascular.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 10.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 8.00%.	0.50
	SC-IP-FISSAL-01-B	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron atendidos en cirugía vascular	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que cuentan con oferta de cirugía vascular.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 5.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 4.00%.	
03 - Acceso a consulta cardiológica con ecocardiografía	SC-IP-FISSAL-03-A	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron atendidos en cardiología y referidos para ecocardiografía	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que no cuentan con oferta de ecocardiografía.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 10.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 8.00%.	0.50

Sub componente (SC)	Código de Indicador	Indicador	IPRESS	Línea basal	Meta a Agosto	Peso Ponderado por SC
	SC-IP-FISSAL-03-B	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron atendidos en cardiología y ecocardiografía	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que cuentan con oferta de ecocardiografía.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 5.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 4.00%.	

Como resultado de la medición de los indicadores prestacionales, **LA IAFAS FISSAL** podrá otorgar el incentivo 2, de acuerdo con el numeral 24.8.2 del presente convenio.

24.8. De los incentivos otorgados por **LA IAFAS FISSAL**

24.8.1. **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar incentivos sujetos a evaluación y disponibilidad presupuestal, los cuales no son acumulables:

INCENTIVO 1: CUMPLIMIENTO DE INDICADORES FINANCIEROS
Incentivo del 5% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 50,000 (sujeto a disponibilidad presupuestal)
Criterio de evaluación: Informe de cumplimiento de indicadores financieros con corte a junio 2022. Se transfiere con el Tramo II.

24.8.2. **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de los indicadores prestacionales que constan de dos SUBCOMPONENTES descritos en el numeral 24.7 del presente convenio, los cuales son acumulables:

INCENTIVO 2: INDICADORES SOBRE EL CIERRE DE BRECHAS EN LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Incentivos del 5% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 50,000 por los dos SUBCOMPONENTES, (sujeto a disponibilidad presupuestal).
Criterio de evaluación: Informe del análisis de cumplimiento de indicadores prestacionales, el cual se evalúa en el mes de setiembre 2022, con corte de información a agosto 2022.

CLÁUSULA VIGESIMO QUINTA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS (POR EXPEDIENTE)

25.1. El mecanismo de pago que aplica para los procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional, traslados de emergencia y asignación por alimentación (casa materna), y traslado y/o estadía de paciente oncológico estable, es pago por expediente y la unidad de pago es el expediente.

25.2. La modalidad de pago para las prestaciones administrativas como traslados de emergencia y asignación por alimentación es prospectiva y retrospectiva según la transferencia financiera que corresponda. Los cálculos que realiza **LA IAFAS SIS** son en base a la producción histórica realizada por las IPRESS de I, II y III nivel de atención. Las transferencias que realizan **LA IAFAS SIS** a las UE de **EL PRESTADOR**, se dan considerando las siguientes condiciones:

25.2.1. TRASLADOS DE EMERGENCIA, que incluye las siguientes transferencias:

25.2.1.1. 1era. transferencia: Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a EL PRESTADOR para el financiamiento de las prestaciones de traslados

de emergencia por brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.

25.2.1.2. 2da. transferencia: Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.

25.2.1.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

25.2.2. ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN (CASA MATERNA)

25.2.2.1. 1era. Transferencia: Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a EL PRESTADOR para el financiamiento de las prestaciones Casas Maternas por brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.

25.2.2.2. 2da. Transferencia: Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.

25.2.2.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de LAS IAFAS y según disponibilidad presupuestal.

25.3. La modalidad de pago para las prestaciones de salud denominadas como procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional puede ser prospectiva y retrospectiva. Los cálculos que realiza **LA IAFAS SIS** son en base a la producción histórica realizada por las IPRESS de II y III nivel de atención. Las transferencias que realizan **LA IAFAS SIS** a las UE de **EL PRESTADOR**, se dan considerando las siguientes condiciones y disponibilidad presupuestal:

25.3.1. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES Y SUBCOMPONENTE PRESTACIONAL, que incluye las siguientes transferencias:

25.3.1.1. 1era. transferencia: Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a EL PRESTADOR para el financiamiento de los procedimientos a brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.

25.3.1.2. 2da. transferencia: Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.

25.3.1.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

25.4. La modalidad de pago para las prestaciones administrativas como traslados de paciente oncológico estable puede ser prospectiva y retrospectiva. Las transferencias financieras que se realicen a las UE es previa evaluación y disponibilidad presupuestal de **LA IAFAS FISSAL**.

25.4.1. **TRASLADO DE PACIENTE ONCOLOGICO ESTABLE, LA IAFAS FISSAL** asumirá el financiamiento de las prestaciones a los asegurados a partir del "diagnóstico definitivo", de acuerdo con las coberturas determinadas en la normativa vigente a las IPRESS.
La(s) Unidad(es) Ejecutora(s) (UE) que recibe(n) financiamiento por este concepto están descritas en el Anexo N° 04 del presente convenio, según corresponda. La inclusión de otras IPRESS/UE no señaladas, se realizará mediante Adenda y su transferencia estará condicionada a la disponibilidad presupuestal.

E. OLIVA

25.5. El financiamiento de los traslados de paciente oncológico estable está a cargo de **EL FISSAL**, el servicio será brindado únicamente a los asegurados SIS con diagnóstico oncológico definitivo establecido en el Listado de Enfermedades de Alto Costo, las transferencias serán realizadas a las UE de **EL PRESTADOR** según Anexo N° 04.

C. TENGAN

25.6. El mecanismo de pago que aplica para el financiamiento de los traslados de paciente oncológico estable es el pago por expediente.

25.7. Todas las transferencias efectuadas por **LAS IAFAS** por el concepto de no tarifados son sujetas de liquidación.

CLÁUSULA VIGESIMO SEXTA: DE LAS TARIFAS Y PRECIOS

M. BAZAN L.

26.1. Las tarifas que se aplicarán a las IPRESS de II nivel de atención sin población adscrita y a las IPRESS de III nivel, son aquellas aprobadas por **LAS IAFAS** y que se encuentren vigentes.

26.2. **EL PRESTADOR** podrá solicitar la inclusión de nuevos procedimientos, los cuales serán evaluados por **LAS IAFAS** y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal serán incluidos en el tarifario correspondiente, para ello tendrá que remitir a **LAS IAFAS** la estructura de costos respectiva para su evaluación

E. Muñoz

26.3. Los Precios para asignar a los PF, DM y PS reportados por **EL PRESTADOR** serán los proporcionados por la DIGEMID, según lo estipulado en el numeral 8.42.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

E. VALDEZ

27.1. **EL PRESTADOR,** se compromete a capacitar en temas relacionados con los procesos de atención del asegurado al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud de las IPRESS que conforman su red de atención de salud a efectos que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes o usuarios de salud que así lo requieran.

27.2. Los reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de los Servicios de Salud de LAS IAFAS, IPRESS o UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado con Decreto Supremo N° 002-2019-SA y sus modificatorias.

27.3. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior **EL PRESTADOR** a través de sus Direcciones Regionales o IPRESS adscritas informan mensualmente a **LAS IAFAS** de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio.

H. GARAVITO

C. VILA

V. ZUMARÁN

CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: AUDITORIA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRIALIDAD

28.1. **LAS IAFAS** tienen la facultad de efectuar auditorías médicas y control de la siniestralidad, con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto **LAS IAFAS** pueden efectuar acciones de supervisión y otras actividades en el marco de la normatividad vigente.

28.2. **LAS IAFAS** pueden formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos o de tarifas relacionadas con la prestación de salud que se haya brindado a los asegurados, las cuales serán comunicadas a **EL PRESTADOR** de acuerdo con el procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

28.3. Todas las observaciones que **LAS IAFAS** comuniquen a **EL PRESTADOR**, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica.

28.4. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los pacientes o usuarios de salud asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA: VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

LAS IAFAS realizan las transferencias de los recursos de acuerdo con el mecanismo de pago acordado con **EL PRESTADOR** según procedimientos establecidos por **LAS IAFAS** y condiciones pactadas en el presente convenio y sus respectivas adendas. Para los efectos de la validación prestacional, conformidad prestacional y transferencias financieras, se cumplirán los procedimientos y plazos establecidos por **LAS IAFAS**, de acuerdo con la normativa vigente. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la IPRESS adscrita a **EL PRESTADOR**, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA: FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE SEPELIO POR COVID-19

LAS PARTES acuerdan que de manera temporal mientras dure la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 y en el marco de la normativa vigente y los emitidos por parte del Ejecutivo para hacer frente a la pandemia, así como la relacionada a la cobertura de prestaciones económicas de sepelio a favor de los asegurados SIS que fallezcan con diagnóstico o sospecha de coronavirus (COVID-19), así como aquellos enmarcados en el Decreto de Urgencia N° 012-2021 o normatividad vigente. **LA IAFAS SIS** efectuará transferencias financieras a favor de las unidades ejecutoras que pertenezcan al **PRESTADOR.** Dichas transferencias no forman parte del marco presupuestal para el presente periodo fiscal, sin embargo, las Unidades Ejecutoras deberán cumplir con los procedimientos establecidos por **LA IAFAS SIS** y teniendo en cuenta los numerales 8.12 y 8.13 del presente convenio.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-PRIMERA: FINANCIAMIENTO PARA FORTALECER EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA NACIONAL POR LA COVID-19 CONSIDERANDO EL ARTÍCULO 39 DE LA LEY 31365 (AMPLIACIÓN DEL DU 046-2021)

31.1. **LAS IAFAS,** en el marco del artículo 39 de la Ley 31365, que amplía el Decreto de Urgencia 046-2021, financian la cobertura del PEAS y Plan Complementario de los afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N° 017-2019, quedando exceptuados para dicho efecto de lo establecido en el artículo 2.2 del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

31.2. **LA IAFAS SIS** afilia a toda persona de nacionalidad peruana residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, independientemente de la clasificación socioeconómica, garantizando a los beneficiarios la cobertura gratuita del PEAS y de los planes complementarios, quedando exceptuados para dicho efecto de lo establecido en el artículo 2.2 del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

31.3. **LAS PARTES** acuerdan que en el marco del Artículo 39 de la Ley 31365, de manera excepcional y temporal, hasta el 31 de diciembre de 2022, **LAS IAFAS** financian la continuidad de las políticas de Aseguramiento Universal en Salud dispuestas por los numerales 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7 y 2.8 del artículo 2 y los numerales 3.1, 3.2, 3.3 y 3.7 del artículo 3 del Decreto de Urgencia 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas

extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el Aseguramiento Universal en Salud en el marco de la Emergencia Nacional por la COVID-19.

31.4. Del numeral 31.3 del presente convenio, se deduce que en el marco de los numerales 3.1 y 3.2 del Decreto de Urgencia N° 046-2020, los Gobiernos Regionales implementarán un Plan de intervención para la atención de salud de las comunidades nativas amazónicas y altoandinas, quien seleccionará las comunidades altoandinas de intervención de acuerdo a la identificación de brecha de aseguramiento en coordinación con UDR que corresponde.

31.5. LA **IAFAS SIS,** de acuerdo al numeral 31.4 del presente convenio**,** efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones de salud a favor de las Unidades Ejecutoras que cuenten con IPRESS de I nivel de atención (UE con población indocumentada de comunidades nativas amazónicas y altoandinas); éstas se realizarán de acuerdo al Plan de intervención para la atención de salud de las comunidades nativas amazónicas y altoandinas presentado por las Unidades Ejecutoras, teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal para esta finalidad.

31.6. LAS **IAFAS,** de acuerdo al numeral 31.3 del presente convenio**,** efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones de salud a favor de las Unidades Ejecutoras que cuenten con IPRESS del II y III nivel de atención bajo el mecanismo de pago por prestación de servicios de salud; así como efectuarán transferencias por el mecanismo de pago por expediente según corresponda, y que formen parte del convenio vigente, considerando la disponibilidad presupuestal para esta finalidad.

31.7. Las transferencias financieras por el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud del II y III nivel de atención sin población adscrita, será de acuerdo con lo señalado en el numeral 23.2.1 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.

31.8. **LAS IAFAS** efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones por el mecanismo de pago Prestaciones Administrativas (Pago por Expediente) a favor de las Unidades Ejecutoras, de acuerdo con lo descrito en el numeral 25.1, 25.2 y 25.3 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.

31.9. Las transferencias financieras por el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud para el I nivel de atención con población adscrita, será de acuerdo con lo señalado en el numeral 22.3 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.

31.10. **LAS IAFAS** realizan la evaluación de los procesos de afiliación, control prestacional, supervisión y control financiero de las prestaciones realizadas por **EL PRESTADOR,** de acuerdo con la normativa vigente.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-SEGUNDA: AMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación para la región de Lima beneficiando a la población afiliada a la IAFAS

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-TERCERA: DOMICILIO

Para los efectos que se deriven del presente Convenio, **LAS PARTES** fijan como sus domicilios los señalados en la parte introductoria, donde se cursarán las comunicaciones que correspondan. Cualquier variación y/o cambio domiciliario, durante la vigencia del presente Convenio, deberá de ser comunicada a las otras partes en forma expresa con una antelación de quince (15) días de producida la variación y/o cambio. Caso contrario, toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados en la introducción del presente documento se entenderá válidamente efectuada.

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CLÁUSULA TRIGÉSIMO- CUARTA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES

LAS PARTES declaran que, en armonía con lo estipulado en el numeral 19.1 de la cláusula décimo novena precedente, a partir de la fecha de inicio del presente convenio, la relación entre **LAS PARTES** se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el presente documento.

En señal de conformidad se suscribe el presente convenio, en tres ejemplares de igual valor, en la ciudad de Lima, a los 08 días del mes de Marzo del 2022.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° OFICINA GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA
C. TENGAN

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Ing. RICARDO CHAVARRIA ORIA
GOBERNADOR REGIONAL DE LIMA

RICARDO CHAVARRIA ORIA
Gobernador Regional
Gobernador Regional de Lima

MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
M.C. HÉCTOR MIGUEL GARAVITO FARRO
Jefe

HECTOR MIGUEL GARAVITO FARRO
Jefe
Seguro Integral de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA GERENCIA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA V°B° SECRETARÍA GENERAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia del Asegurado
E. VALDEZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFA (e) FISSAL
E. Muñoz

EDITH ORFELINA MUÑOZ LANDA
Jefa
Fondo Intangible Solidario de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL V°B°

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia del Asegurado V°B°
M. BAZAN L.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP
C. VILA

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA V°B° SGRAJ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD OGPPDO V°B°
E. OLIVA

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA DIRECTIVO DE GESTIÓN DE CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA Dirección Regional de Salud Dirección General Gerencia Regional de Desarrollo Social

SIS SECRETARIO GENERAL SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B°
V. ZUMARÁN