



PERÚ

Ministerio del Interior

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL

Gerencia General



Firmado digitalmente por VALDERRAMA GAITAN Jaime Roberth FAU 20178922581 soft Cargo: Gerente General Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 01.06.2024 22:28:20 -05:00



Firmado digitalmente por FERNANDEZ SANCHEZ Giovanna FAU 20178922581 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 21:14:09 -05:00



Firmado digitalmente por ESPEJO FERNANDEZ Oscar Manuel FAU 20178922581 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 21:07:59 -05:00



Firmado digitalmente por DIAZ BAZAN Pepe Hernando FAU 20178922581 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 19:49:26 -05:00



Firmado digitalmente por ASCARZA LOPEZ Ilich Maximo FAU 20178922581 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 19:13:03 -05:00



Firmado digitalmente por TORRES CORCUERA Fernando Gian Pierre FAU 20178922581 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 20:45:23 -05:00



Firmado digitalmente por VILLANUEVA VILLANUEVA Jose Luis FAU 20178922581 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 01.06.2024 18:18:07 -05:00

## LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA COMPRA EXCEPCIONAL DE PRESTACIONES DE SALUD DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ- SALUDPOL

### DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO Y PLANES DE SALUD

Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
LINEAMIENTO N° 001 - 2024-SALUDPOL-GG	1.1	RGG N° 187-2024-IN-SALUDPOL-GG	01 / 06 /2024



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	OBJETIVO .....	5
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
IV.	BASE LEGAL.....	5
V.	DISPOSICIONES GENERALES .....	6
VI.	DEFINICIONES OPERACIONALES.....	6
VII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS .....	9
7.1	Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud .....	9
7.2	Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud no consideradas de emergencia a través de Carta de Garantía.....	10
7.3	Del inicio de la Compra excepcional de prestaciones de Salud como Emergencia médica y/o quirúrgica a través de carta de garantía .....	12
7.3.1	El inicio de compra excepcional de prestaciones de salud para beneficiarios en condición de emergencia médica o quirúrgica se da a través de las siguientes condiciones: .....	12
7.3.2	De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS PNP.....	12
7.3.4	De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS No PNP .....	14
7.4	Del Estudio de oferta de servicio de Salud Negativo .....	15
7.5	De la emisión de la Carta y la Cobertura de la Prestación de Salud.....	15
7.5.1	De la cobertura de la prestación de salud consideradas emergencias .....	15
7.5.2	De la cobertura de la prestación de salud consideradas no emergencias.....	15
7.6	Del sinceramiento de carta de garantía .....	16
7.7	Del Proceso de Inactivación de Cartas de Garantía: .....	16
7.8	Del Proceso de Reactivación de Cartas de Garantía: .....	16
7.9	De la remisión de expedientes de compra excepcional.....	17
7.10	De la Solicitud de Ampliación de Cartas de Garantía .....	17



7.11	De la prestación de salud detallada en la Carta de garantía .....	18
7.12	Del cambio de IPRESS .....	18
VIII.	RESPONSABILIDADES .....	18
8.1	Dirección de Prestaciones de Salud .....	18
8.2	Dirección del Asegurado.....	18
8.3	Dirección de Financiamiento y Planes de Salud .....	19
8.4	Oficina de Administración .....	19
8.5	Oficina de Tecnología de la Información.....	19
IX.	DISPOSICIONES FINALES:.....	20
X.	DISPOSICIONES EXCEPCIONALES.....	21
XI.	VIGENCIA .....	21
XII.	ANEXOS.....	21
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21
	Anexo 01: Modelo Referencial de Solicitud de Prestación de Salud (SPS).....	23
	Anexo 02: Modelo Referencial de Formato de Auditoría de Ampliación de carta de garantía (FAACG) .....	24
	Anexo 03: Modelo Referencial de cotización .....	25
	Anexo 04: Modelo referencial de solicitud de ampliación de cartas de garantía .....	26
	Anexo 05: Modelo Referencial de Informe Médico y Sustento del Plan de Trabajo <sup>1</sup> .....	27
	Anexo 06: Información del personal que se acredita .....	29
	Anexo 07: Flujoograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP .....	30
	Anexo 08: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – Emergencia .....	31
	Anexo 09: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – No Emergencia .....	32
	Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial .....	33

## LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA COMPRA EXCEPCIONAL DE PRESTACIONES DE SALUD DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ- SALUDPOL

### I. INTRODUCCIÓN

El Fondo de Salud de la Policía “Fondo de Salud para el Personal de la Policía Nacional del Perú” (FOSPOLI) se creó mediante el Decreto Supremo N° 015-B-87-IN del 30 de mayo de 1987, con la finalidad de financiar la atención integral de la salud de los miembros de la Policía Nacional del Perú en situación de Actividad, Disponibilidad y Retiro, así como la de sus familiares con derecho, señalándose que ésta será complementaria a las funciones del servicio de sanidad de la Policía Nacional del Perú.

Asimismo, si bien el Decreto Supremo N° 015-B-87-IN fue modificado por los Decretos Supremos N°s 001-91-IN, 014-2004-IN y 009-2008-IN, dicha modificación alcanzó a su estructura y cobertura, no siendo afectada su naturaleza, configurada como un Fondo de Salud, destinado a financiar la atención en salud del personal policial y derechohabientes reconocidos.

En el contexto de la Política de Aseguramiento Universal en Salud, se promulgaron distintos dispositivos legales dentro del que se contempla a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que en su artículo 6° establece que el Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Con el propósito de promover y fortalecer el aseguramiento universal en salud, el artículo 7° de la citada ley, reconoce como agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) dentro de las que se contempla a la Sanidad de la Policía Nacional del Perú quienes son integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece en el literal e. del art. 11° dentro de las funciones de las IAFAS la de definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes, a las IPRESS con las cuales haya establecido convenios o contratos o se encuentre vinculada en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad o accidente.

En ese orden de ideas, y a través del Decreto Legislativo N° 1174, Ley de Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, en su art. 2° se aprueba la modificación de Fondo de Salud para el Personal de la Policía Nacional del Perú (FOSPOLI) a Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) considerada como una IAFAS Pública y dentro de las funciones conferidas a través del Decreto Supremo N° 002-2015-IN, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú se establece en el literal l. del art. 5° el de garantizar el acceso y la cobertura de servicios de salud a sus beneficiarios/as.

El presente documento contempla los principios de simplicidad y armonización, flexibilidad, la orientación al ciudadano y a resultados, que permita fortalecer el acceso a los servicios de salud de nuestros beneficiarios/as.

## II. OBJETIVO

Establecer los procedimientos para la compra excepcional de prestaciones de salud para los beneficiarios de SALUDPOL según la cobertura de su Plan de Salud vigente a través de Cartas de Garantía.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Normativo es de aplicación obligatoria por todos los órganos del SALUDPOL a nivel nacional.

## IV. BASE LEGAL

- 4.1 Constitución Política del Perú
- 4.2 Ley N° 26842, que aprueba la Ley General de Salud y su modificatoria a través de la Ley de Emergencia N° 27604.
- 4.3 Ley N° 29344, que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4 Ley N° 29414, que aprueba la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.5 Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto
- 4.6 Decreto Legislativo N° 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería
- 4.7 Decreto Legislativo N° 1174, que aprueba la Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú y sus modificatorias.
- 4.8 Decreto Legislativo N° 1175, que aprueba la Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú y sus modificatorias.
- 4.9 Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General
- 4.10 Decreto Legislativo N° 1267, que aprueba la Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 4.11 Decreto Supremo N° 002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 4.12 Decreto Supremo N° 003-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 4.13 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.14 Decreto Supremo N° 026-2017-IN, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 4.15 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
- 4.16 Resolución Ministerial N° 158-2019-IN que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL y su modificatoria mediante Resolución Ministerial N° 1270-2019-IN
- 4.17 Resolución Directoral N° 829-2016-DIRGEN/EMG-PNP, que aprueba la Directiva N° 18-20-2016-DIRGEN PNP/DIREJSAN-B, Normas y procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia de la Red de servicios de Salud de la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- 4.18 Resolución de Directorio N° 05-2019-IN-SALUDPOL-PD, que aprueba el Tarifario del SALUDPOL 2019.
- 4.19 Resolución de Directorio N° 006-2021-IN-SALUDPOL-PD, que aprueba la Política del Sistema Integrado de Gestión del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.
- 4.20 Resolución de Gerencia General N° 131-2018-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba el Mapa de Procesos del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

- 4.21 Resolución de Gerencia General N° 310-2023-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba el documento normativo denominado “Directiva para la Elaboración de Documentos en el Fondo en Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL”.
- 4.22 Resolución de Gerencia General N° 000284-2023-SALUDPOL/GG, que aprueba la modificación del Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

## V. DISPOSICIONES GENERALES

- 5.1 El presente documento establece los procedimientos para la compra excepcional de prestaciones de salud en IPRESS no PNP dentro de las que se contempla la emisión de Carta de Garantía u otras que implemente SALUDPOL con procedimientos técnico normativos específicos que permita complementar la oferta de servicios de salud de las IPRESS de la Policía Nacional del Perú -PNP que no puedan brindar los servicios de salud requeridos por los beneficiarios del SALUDPOL.
- 5.2 Los procesos de control y evaluación de la calidad de los servicios de salud se ejecutan en el marco de la normatividad vigente.
- 5.3 También se establecen procedimientos para la compra excepcional de prestaciones de salud y complementarias, en los casos en que los beneficiarios se encuentren en condición de emergencia.
- 5.4 A través de la compra excepcional de prestaciones de salud, SALUDPOL brinda cobertura financiera para una atención integral a sus beneficiarios de manera complementaria a las IPRESS PNP, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
- 5.5 Toda IPRESS pública, privada o mixta que brinde prestaciones de salud a los beneficiarios del SALUDPOL fuera de la Red de IPRESS PNP, debe ceñirse al cumplimiento de la normatividad vigente del SALUDPOL; así como a todos los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

## VI. DEFINICIONES OPERACIONALES

- 6.1 **Activación de Carta de Garantía:** Se denomina así a la acción de notificación que realiza la IPRESS al inicio del uso de la carta de garantía en una IPRESS No PNP, la que debe ser sustentada a través del SIP o documentariamente.
- 6.2 **Atención de Salud<sup>1</sup>:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicitan un beneficiario/a de SALUDPOL en una IPRESS con que se halla establecido convenio o contrato o se encuentre vinculada, que puede ser de tipo promocional, preventivo, recuperativo o de rehabilitación en salud, según su Plan de Salud vigente.
- 6.3 **Atención de Emergencia:** Es la atención de salud de un paciente en condición de emergencia médica o quirúrgica.
- 6.4 **Auditoría de seguro:** Es una auditoría de gestión clínica, objetiva, sistemática, integral, ordenada, que evalúa el cumplimiento normativo y de los estándares de salud vigente que permite verificar que se brinde la adecuada entrega de servicios de salud a los asegurados de SALUDPOL de manera oportuna según su Plan de Salud vigente.

---

<sup>1</sup> Resolución Ministerial N° 653-2020-MINSA, Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

- 6.5 **Auditoría de seguro concurrente:** Auditoría de seguro in situ o remota, que permite evaluar si la oferta de servicios de salud puede resolver la necesidad en salud del beneficiario de SALUDPOL en condición de emergencia del paciente.
- 6.6 **Auditoría de seguro de pertinencia:** Auditoría de seguro in situ o remota, que permite evaluar si la oferta de servicios de salud que brinda la prestación de salud es acorde a la necesidad de salud de los beneficiarios de SALUDPOL.
- 6.7 **Beneficiario:** Comprende a los titulares y derechohabientes previstos en el Decreto Legislativo N° 1174 y sus modificatorias y su Reglamento; que se encuentre en condición de activo en el SALUDPOL.
- 6.8 **Carta de Garantía Inicial:** Corresponde al documento emitido por la IAFAS dirigido a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS)<sup>2</sup> para autorizar el financiamiento de la prestación de salud a través la compra excepcional.
- 6.9 **Carta de Garantía Ampliatoria:** Documento adicional que se emite a la carta de garantía inicial, a solicitud de la IPRESS no PNP y previamente ser auditada como pertinente por la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS).
- 6.10 **Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud (CPMS):** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos y Sanitarios.<sup>3</sup>
- 6.11 **CIE-10:** Clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico.
- 6.12 **Disponibilidad presupuestal:** Es la constatación de la existencia de créditos presupuestarios disponibles y que son posibles de ser utilizados de acuerdo con su programación inicial o modificada (PIA-PIM).
- 6.13 **Emergencia médica o quirúrgica:** Toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente.
- 6.14 **Estudio de oferta de servicio de Salud:** Acción de búsqueda de IPRESS solicitando cotización a esta, incluidas en la base de datos de IPRESS de SALUDPOL cuyas UPSS y/o servicios se encuentren debidamente registrados y autorizados, a fin de obtener fuentes con mejores ofertas económicas y de oportunidad de las IPRESS del mercado, según la jurisdicción, ante una SPS pertinente.
- 6.15 **Evento de Salud:** Conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un/a beneficiario/a.
- 6.16 **Hoja de Referencia:** Es un documento que forma parte de la historia clínica donde se registra de manera ordenada, integrada y secuencial los datos del asegurado SALUDPOL con el que la IPRESS PNP solicita la transferencia de la responsabilidad de atención de salud de un asegurado de SALUDPOL o exámenes de ayuda diagnóstica a otra IPRESS NO PNP.
- 6.17 **Hoja de Trámite (HT):** Es el código único de registro que otorga automáticamente el Sistema de Trámite Documentario al registrar un expediente en el SALUDPOL. Asimismo, se usa para identificar los expedientes físicos de cobro presentados por la IPRESS.

<sup>2</sup> SUSALUD (2011) Manual de Contabilidad de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – Entidades Prestadoras de Salud, Resolución de Consejo Normativo de Contabilidad N.° 049-2011-EF30

<sup>3</sup> Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud.

- 6.18 **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados o mixtos que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.<sup>4</sup>
- 6.19 **IPRESS PNP:** Son las IPRESS pertenecientes a la red prestacional en salud de la Dirección de la Sanidad Policial-DIRSAPOL. Las cuales están registradas y activas en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD.
- 6.20 **Prestación de Salud:** Atenciones de salud que recibe un beneficiario de SALUDPOL<sup>5</sup>.
- 6.21 **Procedimiento Médico:** Es la prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal de la salud de las IPRESS.<sup>6</sup>
- 6.22 **Sistema de Interacción con Proveedores (SIP):** Sistema informático implementado por SALUDPOL que permite a las IPRESS remitir sus cotizaciones a las solicitudes de la SPS, activar y solicitar el pago de las cartas de garantía, que sustentan las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS.
- 6.23 **Solicitud de Prestación de Salud (SPS):** Documento o formato establecido que registra la solicitud de prestación de salud para un beneficiario de SALUDPOL cuando la IPRESS PNP no puede brindarlo. Los datos que contiene deben ser exactos, íntegros, coherentes, consistes y confiables; capta información de la Hoja de Referencia emitida por el profesional de salud de la IPRESS PNP. Este documento tiene una vigencia de 3 meses, una vez cumplido el plazo se inactiva previa verificación de no persistencia de la necesidad y/o cambio de la situación de salud del beneficiario.
- 6.24 **Sistema de Procedimientos Médicos (SPM):** Es un sistema informático administrado por SALUDPOL, donde se atienden las SPS, a través de la emisión de autorizaciones de prestaciones de salud por Convenios y/o Contratos en primera instancia, en caso de no poder atender la solicitud a través de estos mecanismos se procede a la evaluación de oferta de servicios de salud para la emisión de Cartas de Garantía; así como las autorizaciones de prestaciones de salud por Convenios y/o Contratos.
- 6.25 **Usuario del SIP:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizado por SALUDPOL para utilizar el SIP.
- 6.26 **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.<sup>7</sup>
- 6.27 **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.
- 6.28 **Unidad Territorial:** Unidad dependiente de la Dirección del Asegurado, responsable de la ejecución de las actividades orientadas a la prestación de los servicios de salud a los

<sup>4</sup> Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud.

<sup>5</sup> Resolución Ministerial N° 653-2020-MINSA, Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

<sup>6</sup> Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".

<sup>7</sup> Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud."

beneficiarios, en su ámbito jurisdiccional, en el marco de los criterios y mecanismos establecidos por los órganos de línea.

- 6.29 **Valor referencial:** Monto de referencia establecido por SALUDPOL, producto del estudio de mercado, a fin de gestionar la emisión de la Carta de Garantía.

## VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 7.1 Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud

- 7.1.1 La compra excepcional de prestaciones de salud contempla al financiamiento de prestaciones de salud a través de la emisión documentos (Carta de Garantía) por la IAFAS dirigido a instituciones de salud que brinden prestaciones de salud que permita complementar la oferta de servicios de salud de la Red prestacional de SALUDPOL y que contarán con procedimientos técnico normativos específicos una vez implementados.
- 7.1.2 La IAFAS SALUDPOL ha implementado la compra excepcional de prestaciones de salud a través de carta de garantía.
- 7.1.3 Para el caso de la compra excepcional de prestaciones de salud a través de carta garantía se contempla lo siguiente:
- 7.1.3.1 Tiene una vigencia de treinta (30) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comienza a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia. Para los casos de emergencias rige a partir de ocurrido del evento.
- 7.1.3.2 Toda Carta de Garantía emitida debe ser comunicada al paciente a través del medio que establezca SALUDPOL y entregada a la IPRESS NO PNP mediante medio virtual, de igual forma la SPS.
- 7.1.3.3 Emitida y comunicada la carta de garantía, es obligación de la IPRESS no PNP otorgar la atención del beneficiario de manera integral, la misma que es posteriormente auditada según las normas vigentes de SALUDPOL; pudiendo ésta, ser sujeta a los procedimientos legales correspondientes.
- 7.1.3.4 Para la atención del Beneficiario en la IPRESS PNP, es requisito obligatorio presentar el Documento Nacional de Identidad - DNI, Carnet de Extranjería u otro documento que lo identifique, a fin de que la IPRESS verifique en el sistema informático que corresponda la acreditación del beneficiario en el marco del modelo de Sistema de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud (SITEDS).
- 7.1.4 Culminada la prestación de salud otorgada por la IPRESS no PNP a través de cartas de garantía, se debe iniciar el proceso de liquidación en un periodo máximo de 30 días calendario posterior a la culminación de la prestación médica, independientemente del vencimiento de la carta de garantía, considerando el marco normativo vigente.
- 7.1.5 La Base General de IPRESS del SALUDPOL debe ser actualizada por la Dirección de Prestaciones de Salud de manera mensual, los primeros días del mes, previa remisión de información de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud (IPRESS PNP y NO PNP con convenio o contrato vigente) tomando en consideración el soporte técnico de la Oficina de Tecnología de la Información que garantiza la operatividad de los sistemas que administra.

- 7.1.6 Toda IPRESS que está incluida en la base general del SPM, siempre y cuando se encuentre activa, está facultada para participar en los procesos de compras excepcionales. Asimismo, deben de actualizar los datos según el anexo 06.
- 7.1.7 La verificación de la habilitación de una IPRESS no PNP que brinde prestación a través de la compra excepcional está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad Prestacional de Salud de la Dirección de Prestaciones de Salud de SALUDPOL, teniendo que verificar si la UPSS se encuentran registradas y autorizadas por SUSALUD en el RENIPRESS. En el caso que un asegurado se encuentre en condición de emergencia y durante la auditoría de seguros se identifique que la UPSS no se encuentre registrada y autorizada por SUSALUD, se informa a la Dirección del Asegurado a efectos de que gestione su referencia a otra IPRESS que esté autorizada y pueda brindar la prestación de salud requerida y se informa a SUSALUD de lo identificado.

## **7.2 Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud no consideradas de emergencia a través de Carta de Garantía**

- 7.2.1 La compra excepcional de prestaciones de salud para los beneficiarios del SALUDPOL se inicia mediante la Solicitud de Prestación de Salud, en adelante SPS (Anexo 01) por parte de la IPRESS PNP de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- 7.2.2 Toda SPS debe proceder del Área de Referencias y Contrarreferencias de la IPRESS PNP o quien haga sus veces, siendo responsabilidad de la IPRESS PNP y la DIRSAPOL el correcto registro de los datos consignados, por lo cual deben de presentar congruencia y consistencia en el marco de la normatividad vigente, así como el control de la no duplicidad de la emisión de la SPS. Lo descrito es evaluado por la Dirección de Prestaciones de Salud a través de la Unidad de Auditoría Prestacional de Salud de SALUDPOL con la finalidad de fortalecer la correcta emisión y registro de la SPS.
- 7.2.3 Para el caso de falta de capacidad resolutive de las IPRESS PNP, la DIRSAPOL declara a través del aplicativo informático de SALUDPOL que ha agotado la identificación de la capacidad resolutive en otra IPRESS PNP, evaluando la ubicación geográfica y accesibilidad de la IPRESS en caso de requerir la prestación de salud en una zona específica.
- 7.2.4 Posteriormente la Dirección de Prestaciones de Salud, procede a realizar la auditoría de seguro de pertinencia, para validar lo registrado en la SPS así como la existencia de oferta disponible en IPRESS PNP a nivel nacional, IPRESS no PNP con convenio o contrato vigente, luego del cual la SPS puede ser PERTINENTE o NO PERTINENTE, esta auditoría debe realizarse en un plazo máximo de 48 horas.
- 7.2.5 En el caso se determine la no pertinencia de la SPS, la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS) realiza la observación respectiva en el aplicativo informático (SPM).
- 7.2.6 En el caso se determine la pertinencia de la SPS, el SPM valida la posibilidad de compra de prestación de salud mediante convenio o contrato; siendo la Dirección del Asegurado, la encargada de contactar a la IPRESS NO PNP de convenio y/o contrato, contemplándose un plazo máximo de 48 horas para brindar respuesta a la referencia.
- 7.2.7 Posterior a una negativa o ausencia de respuesta por IPRESS de convenio y/o contrato, la Dirección del Asegurado deriva la SPS a la bandeja de Oferta de Servicios de Salud, para inicio de la búsqueda de oferta de servicios de salud por

parte de otras IPRESS NO PNP, haciendo uso del sistema informático (SPM) que interactúa con el Sistema de Interacción con Proveedores (SIP).

- 7.2.8 Ante una respuesta negativa o ausencia de esta por parte de las IPRESS NO PNP de convenio y/o contratos, se informa mensualmente a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, para que, como parte del seguimiento de la operatividad de convenios y contratos, realice las gestiones correspondientes, con la finalidad de optimizar la eficiencia de ellos.
- 7.2.9 Para la evaluación de las ofertas de servicios de salud, se toma en consideración los siguientes criterios
- La IPRESS debe estar dentro de la Base General de IPRESS del SALUDPOL.
  - Evaluación de las tarifas presentadas según el tarifario vigente del SALUDPOL.
  - Para el caso de los procedimientos que no están contemplados en el tarifario vigente de SALUDPOL, se considera el histórico de precios por emisión de cartas de garantía según la prestación de salud solicitada, lo cual es reportado a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, como parte del informe mensual, para evaluación de la actualización del tarifario.
  - Evaluar la ubicación geográfica y accesibilidad de la IPRESS en caso de requerir la prestación de salud en una zona específica.
  - Las solicitudes de cotización (ANEXO 04) deben tener un orden de prelación. Se prioriza la búsqueda de IPRESS públicas dentro del área geográfica, donde se requiere la prestación de salud. Asimismo, se realiza la búsqueda de oferta de servicios de salud de las IPRESS privadas con la finalidad de salvaguardar la atención del beneficiario.
  - El proceso de estudio de oferta de servicios de salud debe contar como mínimo 03 cotizaciones, cuya respuesta debe darse dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas, y de no cumplir con la condición previa, se reitera la solicitud de cotización otorgando un plazo adicional de veinticuatro (24) horas para la respuesta. Habiendo transcurrido el plazo y de contar como mínimo de una (01) cotización, se adjudica a la única IPRESS que cotizó.
  - En el caso que las Unidades Territoriales, cuenten con menos de tres (03) proveedores de servicios que brinden la prestación de salud requerida para el beneficiario, la Coordinación de la Unidad Territorial, o quien haga sus veces, informa y sustenta mediante correo electrónico a la Dirección del Asegurado, la(s) IPRESS que podría(n) cotizar, por lo que, se exceptúa el plazo establecido en los numerales precedentes para iniciar la compra excepcional. De no obtenerse cotizaciones, se reitera el procedimiento ampliando a otras IPRESS de jurisdicciones territoriales cercanas.
- 7.2.10 Se tiene un plazo máximo de espera de treinta (30) días calendarios para la obtención de cotizaciones; durante el cual, se reitera las invitaciones para cotizar cada 72 horas. De no obtenerse respuestas, se determina sin oferta de servicios de salud (**Estudio de oferta de servicio de Salud NEGATIVO**) y se informa mediante documento oficial a la IPRESS PNP solicitante.
- 7.2.11 Una vez culminado el estudio de oferta de servicio salud, el personal responsable realiza el registro en el aplicativo o medio informático vigente de SALUDPOL y se procede a emitir la Carta de garantía en un plazo no mayor a 02 horas.

- 7.2.12 La IPRESS no PNP activa el inicio de la cobertura en el SIP, dentro del periodo de vigencia (30 días). En el caso no se utilice la carta de garantía durante el periodo señalado, la carta de garantía queda sin efecto para la liquidación posterior y se inactiva en el SPM y se comunica a la IPRESS no PNP lo actuado, según lo detallado en el proceso de sinceramiento

### **7.3 Del inicio de la Compra excepcional de prestaciones de Salud como Emergencia médica y/o quirúrgica a través de carta de garantía**

#### **7.3.1 El inicio de compra excepcional de prestaciones de salud para beneficiarios en condición de emergencia médica o quirúrgica se da a través de las siguientes condiciones:**

- 7.3.1.1 Solicitud de SPS por parte de la IPRESS PNP a través del aplicativo informático vigente de SALUDPOL y la pertinencia de la misma a través de la auditoría de seguros de acuerdo al marco normativo vigente.
- 7.3.1.2 Solicitud del beneficiario, familiar o algún tercero a través de la llamada a la Central de Llamadas o por el aplicativo informático vigente de SALUDPOL; la pertinencia de la misma se realiza mediante la auditoría de seguros de acuerdo al marco normativo vigente.

#### **7.3.2 De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS PNP**

- 7.3.2.1 La compra excepcional de prestaciones de salud para los beneficiarios del SALUDPOL se inicia mediante la Solicitud de Prestación de Salud, en adelante SPS (Anexo 01) por parte de la IPRESS PNP de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- 7.3.2.2 Posteriormente la Dirección de Prestaciones de Salud, realiza la auditoría de seguro de pertinencia determinando el estado de la solicitud como PERTINENTE o NO PERTINENTE lo cual se realiza en un plazo no mayor a 1 hora, así mismo se evalúa la oferta disponible en IPRESS PNP a nivel nacional, IPRESS no PNP con convenio o contrato vigente, de identificarla comunica a la Dirección del Asegurado.
- 7.3.2.3 En el caso se determine la no pertinencia de la SPS, la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS) realiza la observación respectiva en el aplicativo informático (SPM).
- 7.3.2.4 En caso de ser pertinente la SPS, el Sistema de Procedimientos Médicos valida la posibilidad de compra de prestación de salud mediante convenio o contrato; siendo la Dirección del Asegurado, el encargado de contactar a la IPRESS NO PNP de Convenio y/o contrato, contemplándose un plazo máximo de 3 horas para brindar respuesta a la referencia.
- 7.3.2.5 Posterior a una negativa o ausencia de respuesta por IPRESS de convenio y/o contrato, la Dirección del Asegurado, a través de la Unidad de Gestión del Asegurado, deriva la SPS a la bandeja de Oferta de Servicios de Salud, para inicio de cotizaciones por parte de otras IPRESS NO PNP, haciendo uso del sistema informático (SPM) que interactúa con el Sistema de Interacción con Proveedores (SIP).
- 7.3.2.6 Ante una respuesta negativa o ausencia de esta por parte de las IPRESS NO PNP de convenio y/o contratos, se informa mensualmente a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, para que, como parte del seguimiento de la operatividad de convenios y contratos, realice las

gestiones correspondientes, con la finalidad de optimizar la eficiencia de los mismos.

7.3.2.7 La Dirección del Asegurado considera lo siguiente para la evaluación de las cotizaciones del estudio de oferta de servicio de salud:

- La IPRESS debe estar dentro de la Base General de IPRESS del SALUDPOL.
- Evaluación de las tarifas presentadas según el tarifario vigente del SALUDPOL.
- Para el caso de los procedimientos que no están contemplados en el tarifario vigente de SALUDPOL, se considera el histórico de precios por emisión de cartas de garantía según la prestación de salud solicitada, lo cual es reportado a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, como parte del informe mensual, para evaluación de la actualización del tarifario.
- Evaluar la ubicación geográfica y accesibilidad de la IPRESS en caso de requerir la prestación de salud en una zona específica.
- Las solicitudes de cotización (ANEXO 03) deben tener un orden de prelación. Se prioriza la búsqueda de IPRESS públicas dentro del área geográfica, donde se requiere la prestación de salud. Asimismo, realizar la indagación de oferta de servicios de salud de las IPRESS privadas con la finalidad de salvaguardar la atención del beneficiario.
- El proceso de estudio de oferta de servicios de salud debe contar como mínimo 03 cotizaciones, cuya respuesta debe darse dentro del plazo máximo de tres (03) horas, y de no cumplir con la condición previa, se reitera la solicitud de cotización otorgando un plazo adicional de una (01) hora para la respuesta. Habiendo transcurrido el plazo y de contar como mínimo de una (01) cotización, se adjudica a la única IPRESS que cotizó.
- En el caso que las Unidades Territoriales, cuenten con menos de tres (03) proveedores de servicios que brinden la prestación de salud requerida para el beneficiario, la Coordinación de la Unidad Territorial, o quien haga sus veces, informa y sustenta mediante correo electrónico a la Dirección del Asegurado la IPRESS que podría cotizar, exceptuando el plazo establecido en los numerales precedentes para iniciar la compra excepcional. De no obtenerse cotizaciones, se reitera el procedimiento ampliando a otras IPRESS de jurisdicciones territoriales cercanas.

7.3.2.8 Se tiene un plazo máximo de espera de 15 días calendarios para la obtención de cotizaciones; durante el cual, se reiterará las invitaciones para cotizar cada 24 horas. De no obtenerse respuestas, se determina sin oferta de servicios de salud (**Estudio de oferta de servicio de Salud NEGATIVO**) y se informa mediante documento oficial a la IPRESS PNP solicitante.

7.3.2.9 Una vez culminado el estudio de oferta de servicio salud, el personal responsable realiza el registro en el aplicativo o medio informático vigente de SALUDPOL y se procede a emitir la Carta de garantía en un plazo no mayor a 30 minutos.

7.3.3 La IPRESS no PNP activa el inicio de la cobertura en el SIP, dentro del periodo de vigencia. En el caso no se utilice la carta de garantía durante el periodo señalado,

la carta de garantía queda sin efecto para la liquidación posterior y se inactiva en el SPM y se comunica a la IPRESS no PNP lo actuado, según lo detallado en el proceso de sinceramiento en el numeral 7.6.

#### 7.3.4 **De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS No PNP**

7.3.4.1 El inicio de solicitud de compra excepcional de prestaciones de salud por emergencia médica o quirúrgica ocurrida fuera de la Red de la Dirección de la Sanidad Policial – DIRSAPOL se comunica a través del número telefónico habilitado para tal fin por la Central de Llamadas y/o la web institucional en el enlace: “Comunica tu emergencia”, por parte del beneficiario, familiar o algún tercero; (en el caso de que la comunicación sea a través de la central de llamada, el personal de SALUDPOL realiza el registro en la web institucional) el aplicativo migra la comunicación de forma automática a través del SPM, con la Historia Clínica de Emergencia adjunta (u otro formato de atención de Emergencia) según disposición de la Dirección del Asegurado, notificando al especialista en auditoría médica, o el que haga sus veces, el registro de la emergencia, para el inicio del procedimiento de auditoría de seguros concurrente. La comunicación debe darse dentro de las 72 horas de iniciada la atención por emergencia en la IPRESS No PNP.

7.3.4.2 Si este no figura como beneficiario, en el aplicativo mencionado se apertura campos para ingresar los requisitos para la afiliación al SALUDPOL y deriva directamente a la Dirección del Asegurado, la cual debe ser atendida en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas. Luego de la afiliación, se procede con la auditoría de seguros concurrente.

7.3.4.3 Posteriormente la Dirección de Prestaciones de Salud, realiza la auditoría de seguro de concurrencia, a efectos de evaluar la condición de emergencia así como la capacidad resolutive de la IPRESS no PNP, dentro de la que se contempla la evaluación de la/s UPSS que pudieran atender la necesidad en salud y que esté en condiciones administrativas de trabajar con entidades del Estado (Por ejemplo, el registro nacional de proveedores, no estar inhabilitada, entre otras), luego del cual podría resultar lo siguiente:

- No PERTINENTE debido a que la condición de salud no es una EMERGENCIA, para lo cual, la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS) registra su observación en el aplicativo informático respectivo e informa a la Dirección del Asegurado.
- No PERTINENTE debido a que la IPRESS no cuenta con la capacidad resolutive, se informa a la Dirección del Asegurado para que se inicie la búsqueda de IPRESS a través de convenios o contratos vigentes, de ser negativo este, se inicia el procedimiento de estudio de Oferta de servicio de salud.
- PERTINENTE, debido a que existe la condición de emergencia, el asegurado tiene vigente su seguro y su Plan de Salud contempla esa cobertura, por lo que la Dirección de Prestaciones de Salud procede a emitir la autorización respectiva a través del formato establecido (Anexo 01) en un plazo no mayor a las 24 horas, y se realiza la

comunicación a la Dirección del Asegurado a efectos de realizar la asignación en el Sistema de Procedimientos Médicos.

7.3.4.4 La verificación de la IPRESS no PNP en donde se está atendiendo la emergencia médica o quirúrgica, está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad Prestacional de Salud, dentro de la que se contempla la evaluación de la/s UPSS que pudieran atender la necesidad en salud y que esté en condiciones administrativas de trabajar con entidades del Estado.

7.3.4.5 La Dirección del Asegurado, solicita a la IPRESS NO PNP la cotización (ANEXO 03) para la emisión de la carta de garantía correspondiente. Una vez emitida la Carta de Garantía se notifica a la IPRESS y al beneficiario y/o familiar.

7.3.5 Dirección del Asegurado realiza el monitoreo, seguimiento y control de los reportes de emergencia a nivel nacional a través de sus Unidades Territoriales mediante los medios informáticos que disponga SALUDPOL

7.3.6 En las Unidades Territoriales donde no se cuente con especialista en auditoría de seguros, o quien haga sus veces, la Coordinación de la Unidad Territorial, o quien haga sus veces, de no contar con la historia clínica cargada en el SPM, debe gestionar la remisión de la Historia Clínica mediante el SPM.

#### **7.4 Del Estudio de oferta de servicio de Salud Negativo**

7.4.1 En el caso que las IPRESS no PNP no efectúen la oferta respectiva para otorgar la prestación médica al beneficiario, la Dirección del Asegurado se comunica mediante documento oficial a la IPRESS PNP de origen a fin de que esta realice las gestiones de referencia a una IPRESS de mayor capacidad resolutoria dentro de su red geográficamente cercana, en el marco de la normativa vigente y convenio de intercambio prestacional en salud entre el SALUDPOL y la DIRSAPOL.

7.4.2 La SPS posterior al **Estudio de oferta de servicio de Salud** negativo retorna mediante el SPM a la IPRESS de origen para reevaluar la prestación de salud.

#### **7.5 De la emisión de la Carta y la Cobertura de la Prestación de Salud**

Culminado el estudio de oferta de servicios de salud y habiendo una IPRESS adjudicada para la carta de garantía, se procede a la entrega automáticamente en formato digital a través del SPM de los documentos que sustentan la cobertura de la prestación de salud (carta de garantía y SPS – Anexo 01).

##### **7.5.1 De la cobertura de la prestación de salud consideradas emergencias**

Se otorga la cobertura desde el inicio de ocurrencia del evento (fecha y hora de ingreso del beneficiario a la IPRESS, detallado en la Historia Clínica), tomando en consideración el reporte emitido por el beneficiario o el familiar durante las 72 horas de acuerdo con el marco normativo vigente.

##### **7.5.2 De la cobertura de la prestación de salud consideradas no emergencias**

Inicia la cobertura desde la fecha de emisión de la carta de garantía, la cual tiene un periodo de vigencia de treinta (30) días calendario contabilizados desde la fecha de emisión para el inicio de la atención.

7.5.2.1 La IPRESS no PNP activa el inicio de la cobertura en el SIP, dentro del periodo de vigencia. En el caso no se utilice la carta de garantía durante el periodo señalado, la carta de garantía queda sin efecto para la

liquidación posterior y se inactiva en el SPM y se comunica a la IPRESS no PNP lo actuado, según lo detallado en el proceso de sinceramiento.

- 7.5.2.2 La cobertura está relacionada a los procedimientos y diagnósticos que consigna la carta de garantía, donde la IPRESS adjudicada está obligada a garantizar la prestación requerida en su totalidad.

## 7.6 Del sinceramiento de carta de garantía

La Dirección del Asegurado está facultado a realizar el seguimiento, verificar el cumplimiento del estado de la ejecución o estado de la carta de garantía en el SPM a fin de sincerar el estado correspondiente a la emisión, ejecución y liquidación de las Cartas de Garantía y de coordinar acciones con otras Unidades Orgánicas que permita fortalecer el sinceramiento.

## 7.7 Del Proceso de Inactivación de Cartas de Garantía:

- 7.7.1 La inactivación de las Cartas de Garantía está a cargo de la Dirección del Asegurado a través de sus Unidades responsables de la emisión de las mismas y se realiza en las siguientes situaciones:

- En caso la IPRESS no atienda al beneficiario dentro de los treinta (30) días calendario de vigencia de la carta de garantía o no active el inicio de la prestación de salud en el SIP dentro del plazo de la vigencia.
- Si una IPRESS emplea medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar la condición del beneficiario.
- En caso de error material y/o error administrativo, previo sustento del personal encargado de la emisión de la carta de garantía.
- Si la IPRESS indica que no puede brindar el servicio de salud mediante correo electrónico o documentación formal.
- Frente a ausencia de respuesta al sinceramiento de cartas de garantía solicitado por las Unidades responsables.
- La IPRESS que tiene una Carta de Garantía Asignada y en caso el Beneficiario no se acerque a las instalaciones de la IPRESS dentro del plazo establecido, dicha carta de garantía es inactivada y se comunica al Beneficiario las acciones y trámites posteriores que debe hacer ante la IPRESS PNP.
- Toda carta de garantía que, en el lapso de tres (03) años, se haya mantenido en estado de "generada o emitida" y no haya sido objeto de reclamo por la IPRESS no PNP en ningún momento, se procede a realizar la INACTIVACIÓN automáticamente.

- 7.7.2 La Dirección del Asegurado notifica la inactivación de la carta de garantía a la IPRESS por alguna(s) de las condiciones expuestas en el 7.7.1. mediante documento formal o correo electrónico institucional.

- 7.7.3 La inactivación de una carta de garantía la deja sin efecto para la liquidación.

## 7.8 Del Proceso de Reactivación de Cartas de Garantía:

- 7.8.1 La reactivación de las Cartas de Garantía está a cargo de la Dirección del Asegurado a través de sus Unidades responsables de la emisión de las mismas y se realiza en las siguientes condiciones:

- Cuando por trámite administrativos propios de la entidad se inactivó erróneamente una carta de garantía.
- Cuando la IPRESS NO PNP por error propio solicita la inactivación de la carta de garantía, el cual debe de sustentar la ejecución de la prestación.

- 7.8.2 La Dirección del Asegurado notifica la acción de reactivación de la carta de garantía a la IPRESS y al beneficiario.

## **7.9 De la remisión de expedientes de compra excepcional**

- 7.9.1 El envío de los expedientes de liquidación en físico o digital por compra excepcional de prestaciones de salud debe cumplir con lo señalado en el marco normativo vigente y debe ser remitida durante los treinta (30) días hábiles culminada la prestación de salud, lo cual es evidenciado en la Historia Clínica.
- 7.9.2 El expediente remitido a SALUDPOL en físico o formato digital debe referenciar a la carta de garantía atendida y contemplar la preliquidación detallada usando los identificadores de estándares de datos en salud (CPMS, codificación SISMED, CIE10, UPSS, entre otros). Asimismo, debe adjuntar la copia de historia clínica completa de la prestación de salud brindada (según NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica o norma vigente), incluyendo Epicrisis y todas las secciones que correspondan; i) identificación del paciente, ii) registro de la atención de salud, iii) información complementaria. Declaración Jurada del beneficiario y otros documentos de acuerdo a la norma vigente relacionada al proceso de auditoría médica financiera del SALUDPOL.

## **7.10 De la Solicitud de Ampliación de Cartas de Garantía**

- 7.10.1 Con la finalidad de cumplir oportunamente con la cobertura de nuestros beneficiarios se requiere que las IPRESS no PNP realicen el seguimiento del gasto de la carta de garantía y cuando se encuentre por lo menos en el 70% del consumo del monto establecido en la Carta de Garantía evalúe si la misma requiere ser ampliada a fin de evitar que el Beneficiario pierda la cobertura de salud.
- 7.10.2 En caso se requiera dicha ampliación son necesarios los siguientes documentos:
- Solicitud dirigida a la Gerencia General del SALUDPOL, indicando el número de la Carta de Garantía inicial (que se encuentre activa en el aplicativo SPM.) y el monto de ampliación solicitado de acuerdo al Anexo 04.
  - Informe médico que sustente la necesidad de ampliación de la atención del paciente, que incluye el reporte del tratamiento brindado de acuerdo a lo inicialmente solicitado, situación actual del paciente y plan de trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente (Anexo 05).
  - Presupuesto adicional proyectado, detallando lo que se requiere de acuerdo al plan de trabajo planteado.
  - Los documentos descritos anteriormente son remitidos hacia la Gerencia General mediante la Mesa de Partes Digital de SALUDPOL u otro medio según normativa vigente.
- 7.10.3 Posterior a la documentación remitida por la IPRESS el Especialista en auditoría médica, o quien haga sus veces, de la Unidad de Auditoría Prestacional de Salud de la Dirección de Prestaciones de Salud, de acuerdo al marco normativo vigente otorga la pertinencia a la solicitud de ampliación de la cobertura económica de la Carta de Garantía en un plazo no mayor de tres (03) días hábiles del trámite requerido a partir de la recepción del documento, tras lo cual la Dirección del Asegurado emite la Carta de Garantía ampliatoria, en un plazo no mayor de 24 horas.

7.10.4 En caso las IPRESS, contraigan circunstancias que motiven el retraso de la solicitud de ampliación de cartas de garantía, tienen como máximo treinta (30) días calendarios posterior al alta para solicitarla, sustentando debidamente las circunstancias que motivaron el retraso de esta, razones que están sujetas a evaluación por el Especialista en Auditoría Médica y/o encargado del procedimiento de Auditoría de Seguros de Pertinencia de Ampliaciones.

#### **7.11 De la prestación de salud detallada en la Carta de garantía**

7.11.1 La cobertura de prestación de salud que se brinda mediante la carta de garantía debe realizarse de manera integral (medicamentos, procedimientos médicos, insumos y materiales biomédicos) y en consecuencia al diagnóstico prescrito. Los servicios no contemplados en la carta de garantía y que no se encuentren relacionados a la condición de salud del beneficiario no son financiados por el SALUDPOL.

#### **7.12 Del cambio de IPRESS**

7.12.1 SALUDPOL realiza las acciones correspondientes para dar la atención que requiera el beneficiario de SALUDPOL en una IPRESS distinta a la que fue adjudicada inicialmente, por las siguientes razones:

- La IPRESS no puede brindar la atención, por razones debidamente justificadas por ella misma.
- Para asegurar la continuidad de la atención del beneficiario.
- Otras situaciones clínicas y/o administrativas que se considere para una atención completa y oportuna.
- Cuando la IPRESS de la red preferente (IPRESS PNP) cuenta con las condiciones para atender al beneficiario.

### **VIII. RESPONSABILIDADES**

Cada Oficina, Dirección y/o las unidades territoriales de SALUDPOL son responsables del cumplimiento del presente Lineamiento, en el marco de su competencia funcional.

#### **8.1 Dirección de Prestaciones de Salud**

Es su responsabilidad las siguientes precisiones:

- ✓ Ejecutar la auditoría de seguros de pertinencia a la SPS dentro de los plazos establecidos.
- ✓ Ejecutar la auditoría de seguros concurrente a las emergencias reportadas dentro de los plazos establecidos.
- ✓ Ejecutar la auditoría financiera de seguros a los expedientes de cartas de garantía dentro de los plazos establecidos.
- ✓ Realizar los diversos tipos de auditorías que estimen pertinentes durante el proceso de atención de beneficiarios en IPRESS a nivel nacional y elaborar el Formato de Solicitud de Emergencia.

#### **8.2 Dirección del Asegurado**

Es su responsabilidad las siguientes precisiones:

- ✓ Solicitar la disponibilidad presupuestal para la emisión de Cartas de Garantía.
- ✓ A través de las Unidades Territoriales o quien haga sus veces, socializar los formatos contenidos en el presente Lineamiento en las IPRESS a nivel nacional.

- ✓ Emisión de las Cartas de Garantía, comunicación a la IPRESS y beneficiarios, seguimiento administrativo, ejecución y monitoreo de la inactivación oportuna de las mismas según correspondan y del sinceramiento de cartas de garantía.
- ✓ Las Unidades Territoriales son responsables de realizar la búsqueda activa de nuevas IPRESS, o apertura de nuevas UPSS y/o servicios en las mismas, con la finalidad de ampliar la Base General de IPRESS a nivel nacional requerida por los beneficiarios.
- ✓ Verificar que la IPRESS privada no se encuentre inhabilitadas para contratar con el Estado.
- ✓ Identificar la necesidad del servicio en caso la IPRESS remita su carta de presentación para una posible evaluación de estándares de calidad.
- ✓ Seguimiento y monitoreo a los reportes de emergencia a nivel nacional.
- ✓ Si existe ausencia de respuesta o respuesta negativa ante una SPS por parte de las IPRESS NO PNP con contrato y/o convenio vigente, la Dirección del Asegurado informa a la IPRESS solicitante y a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud a efectos del control y seguimiento correspondiente.

### 8.3 Dirección de Financiamiento y Planes de Salud

Es su responsabilidad las siguientes precisiones:

- ✓ Realizar el monitoreo de los gastos realizados en las Cartas de Garantía, y de actualizar los documentos normativos de oficio a requerimiento de las áreas usuarias implicadas en el proceso de atención de cartas de garantía.
- ✓ Realizar la implementación y el seguimiento del presente Lineamiento en coordinación con la Dirección de Prestaciones de Salud, Dirección del Asegurado, Oficina de Administración y la Oficina de Tecnologías de la Información.
- ✓ Realiza el seguimiento de las IPRESS que contando con cartera de servicios y convenio y/o contrato vigente, no dan respuesta ante una solicitud para prestación de servicios a través de la SPS.
- ✓ La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, realiza la evaluación mensual de las compras excepcionales que sean parte de la cartera de servicios acordada mediante convenios y contratos, para el sinceramiento de la oferta por parte de las IPRESS y optimización de la ejecución de los convenios y contratos que SALUDPOL mantiene vigentes, comunicando a la Dirección del Asegurado de las gestiones realizadas.

### 8.4 Oficina de Administración

Es su responsabilidad las siguientes precisiones:

- ✓ A través de la Unidad de Presupuesto, la Unidad de Contabilidad y Control Previo y de la Unidad de Tesorería, es responsable de la cobertura presupuestal, disponibilidad, afectación presupuestal y pago de la prestación de salud.
- ✓ El seguimiento y monitoreo de la liquidación de expedientes a nivel nacional.
- ✓ Asimismo, es responsable de informar a la Dirección de Financiamiento y Planes de salud (DFPS) mediante documento formal la relación de Pagos (comprobantes de pago -CP) emitidos en un periodo mensual a favor del prestador por los importes realizados por la presente directiva, en merito a la directiva que regula el cálculo del saldo financiero de las prestaciones de Salud liquidadas por SALUDPOL.

### 8.5 Oficina de Tecnología de la Información

Es su responsabilidad las siguientes precisiones:

- ✓ Del correcto funcionamiento del Sistema de Procedimiento Médico -SPM, Sistema de Interacción con Proveedores – SIP y otros sistemas informáticos que correspondan, en base a la especificación de los requerimientos establecidos por las áreas usuarias o actores del proceso de compra excepcional de prestaciones de salud, según sus competencias.
- ✓ Gestionar el resguardo de la data procesada en los sistemas de información que intervienen dentro del proceso normado a través del presente lineamiento

## IX. DISPOSICIONES FINALES:

- 9.1 El financiamiento de la de atención de los beneficiarios de SALUDPOL en condición de emergencia, se realiza en forma posterior a la atención<sup>8</sup> y no pueden condicionar esta atención a la presentación de documento alguno, ni a la suscripción de pagaré, letra de cambio o cualquier otro medio de pago<sup>9</sup>.
- 9.2 La Oficina de Tecnología de la Información debe implementar y adecuar los Sistemas Informáticos de SALUDPOL, a fin de dar funcionamiento a lo estipulado en el presente lineamiento.
- 9.3 La Hoja de Referencia generada por la IPRESS PNP, deben contener la firma del médico tratante que autorice el traslado del paciente, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 9.4 En caso exista algún proceso judicial y/o investigación fiscal promovida y/o en contra de SALUDPOL vinculada al servicio y/o pago que deba realizarse a alguna IPRESS, la Oficina de Asesoría Jurídica debe emitir la opinión legal a la Oficina de Administración, informando si dicho proceso y/o investigación fiscal suspende el pago a favor de la IPRESS.
- 9.5 Los casos no previstos en el presente Lineamiento deben ser tratados por los órganos competentes mediante documentación interna bajo el marco de la normatividad vigente.
- 9.6 En el caso de emergencias por brotes epidemiológicos o emergencia sanitaria, la Dirección del Asegurado debe informar cada 24 horas de realizado la solicitud por parte DIRSAPOL, sobre las acciones realizadas en el marco de sus competencias.
- 9.7 Para los casos de comunicación de la Emergencia, el portal web tiene habilitada la opción para cargar la Historia Clínica, la misma que permite la agilización de la Auditoría de Seguros Concurrente; de no contar con la historia clínica el familiar puede solicitar al coordinador de la Unidad Territorial realice las gestiones para la obtención de la misma. Cabe precisar, que no es un requisito excluyente de la comunicación de la emergencia.
- 9.8 La Oficina de Tecnología de la Información implementa el mecanismo para notificar las credenciales de acceso a las IPRESS habilitadas por la UGCPS de DPS, a fin de que puedan realizar todas las gestiones de la compra de prestación de salud través del SIP.
- 9.9 En los casos que la IPRESS adjudicada con carta de garantía no pueda coberturar la prestación de salud en su totalidad a pesar de haber ofertado según lo solicitado y presente la liquidación por la atención brindada parcialmente del beneficiario, esta carta de garantía no es financiada por SALUDPOL, debiendo anularse, al recibir la

---

<sup>8</sup> Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos

<sup>9</sup> Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley n° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

comunicación de la atención. Adjudicándose la atención del beneficiario la IPRESS que quedo en segunda opción.

9.10 La prestación de salud finaliza con el alta médica del beneficiario y a partir de la emisión de esta, puede ser presentada al SALUDPOL para iniciar el proceso de liquidación de pago correspondiente.

9.11 SALUDPOL se encuentra en proceso de modificación del Manual de Operaciones, el mismo que determina el órgano que asume el total del proceso de gestión de compra de prestaciones de salud.

## **X. DISPOSICIONES EXCEPCIONALES**

10.1 En el caso de las prestaciones de salud debido a emergencias o urgencias brindadas hasta el año fiscal 2023 en las IPRESS NO PNP que cuenten con Carta de Garantía inicial emitida, se les exceptúan del tiempo máximo de 30 días para solicitar la Carta de Garantía Ampliatoria, debidamente sustentada, para la evaluación del Auditor Medico y/o encargado/a del procedimiento de Auditoria de Seguros de Pertinencia.

10.2 Aquellas prestaciones de salud médicas y/o quirúrgicas brindadas hasta el año fiscal 2023 en IPRESS NO PNP que no cuenten con una carta de garantía inicial emitida, pueden ser recibidos y evaluados a fin de regularizar la emisión de la carta de garantía para proceder al trámite de pago, siempre y cuando se evidencie que la situación clínica del paciente sea catalogada como emergencia médica y/o quirúrgica. Los pagos correspondientes a esta disposición estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria de la Institución.

## **XI. VIGENCIA**

El presente documento entra en vigencia al día siguiente de su aprobación y publicación.

## **XII. ANEXOS**

Anexo 01: Modelo Referencial de Solicitud de Prestación de Salud (SPS)

Anexo 02: Modelo Referencial de Formato de Auditoría de Seguros de Ampliación de carta de garantía (FAACG)

Anexo 03: Modelo Referencial de cotización.

Anexo 04: Modelo Referencial de solicitud de ampliación de cartas de garantía

Anexo 05: Modelo Referencial de informe médico y sustento del plan de trabajo

Anexo 06: Información del personal que se acredita

Anexo 07: Flujograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP

Anexo 08: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – Emergencia.

Anexo 09: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – No Emergencia

Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial

## **XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos
2. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley n° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
3. Decreto Supremo N° 004-2019-SA, Reglamento de la Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.
4. Resolución Ministerial N° 653-2020-MINSA, Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
5. Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud.
6. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud.”
7. SUSALUD (2011) Manual de Contabilidad de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – Entidades Prestadoras de Salud, Resolución de Consejo Normativo de Contabilidad N.° 049-2011-EF30



Anexo 01: Modelo Referencial de Solicitud de Prestación de Salud (SPS)

Table with 3 columns: Médico Tratante / Auditor de concurrencia, Jefe de Referencia / jefe de UAPS, Nro de Solicitud. Includes fields for RNE, authorization dates, and QR code.

1. IPRESS de origen: Table with 4 columns: CUI RENIPRESS, NOMBRE IPRESS, CATEGORÍA, and a section for UPS/UPSS with location and contact info.

2. Identificación del Paciente: Table with fields for Tipo Doc., N° de documento, Apellidos y Nombres, Edad, Sexo, Tel. Contacto, Vigencia del Seguro, HCL, CIF / CIP, Correo electrónico del paciente. Includes a section for Identificación del Titular.

3. ANAMNESIS: Table with sections for Ubicación actual del paciente, Fecha y Hora de Ingreso, Antecedentes Patológicos, Antecedentes Quirúrgicos, Signos y síntomas principales, Relato médico, and a detailed Examen Físico section with vital signs and gestation data.

4. Diagnóstico(s): Table with 4 columns: NRO, Cod. CIE-10, DESCRIPCIÓN DX, TIPO DX. Lists conditions like HIPERTENSIÓN and HEMORRAGIA INTRACRENEAL.

5. IPRESS NO PNP DE DESTINO DE LA REFERENCIA / IPRESS NO PNP DONDE ESTÁ INTERNADO EL PACIENTE EP1: Table with fields for COD. RENIPRESS sugerida, Categoría mínima IPRESS, UPSS/UPS MÍNIMAS REQUERIDAS, and Tipo de procedimientos requeridos.

6. Procedimientos y/o Examen Solicitado: Table with 4 columns: Cod. CPMS, Descripción del Procedimiento, Motivo de requerimiento (brecha) cuando está en cartera, and Precisiones del procedimiento (Opcional).

7. Traslado asistido (SERA DESARROLLADO EN EL PROCESO DE AMP Y EM): Table with 4 columns: Tipo de traslado, Trayecto de traslado, Punto de origen, and Punto de destino.



## Anexo 02: Modelo Referencial de Formato de Auditoría de Ampliación de carta de garantía (FAACG)

.-- Firmado --  
Médico Auditor - Coleg. 82624 - RNA A07915  
(MEJÍA SIFUENTES, JORGE HOMERO)

Fecha de Auditoría	Especialidad	Carta de Garantía inicial	Carta de Garantía ampliatoria
<b>1.0 IPRESS</b>			
RUC	Razón Social		RENIPRESS
<b>2.0 Identificación del Paciente</b>			
Apellidos y Nombres		DNI	
Edad	Sexo	Parentesco	
<b>2.1 R.N (En caso agreguen)</b>			
Apellidos	Sexo		
<b>3.0 Información Médica de la IPRESS</b>			
Análisis			
4.0 Diagnóstico	Cod. CIE-10	Tipo de DX	Diagnóstico detallado
<b>5.0 Procedimiento y/o Examen Solicitado</b>			
Cod. Proc.	Procedimiento	Tipo de Procedimiento	Referencia
<b>6.0 Monto solicitado por ampliación</b>			
<b>7.0 Observación</b>			

**Anexo 03: Modelo Referencial de cotización**

Número de SPS: \_\_\_\_\_

DETALLE	PARCIAL (S/)
GASTOS DE CLINICA (Hospitalización) * - Habitación - UCI	
HONORARIOS MEDICOS Y/O QUIRURGICOS*:	
SERVICIOS AUXILIARES*:	
MEDICINAS*:	
INSUMOS*:	
CONSUMO DE OXIGENO*:	
OTROS (especificar)*:	
<b>SUBTOTAL</b>	
<b>IGV</b>	
<b>TOTAL S/</b>	

(\*) OPCIONAL SEGÚN EL CPMS A SER OFERTADO

**Anexo 04: Modelo referencial de solicitud de ampliación de cartas de garantía**

Distrito, xx de xxxxxxxx del 20xx

**CARTA N° XXX-20XX/Siglas de la IPRESS.**

Señor

Xxxxxxx

Gerente General

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú-SALUDPOL

Pueblo Libre. -

Asunto: **Solicitud de Ampliación de carta de garantía**

De nuestra/ De mi mayor consideración:

Sirva la presente para saludarlo cordialmente y, a la vez solicito a usted disponer a quien corresponda se sirva emitir la Ampliación de la Carta de Garantía Inicial N° **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, que comprende la atención médica que se brinda al/a beneficiario/a **Sr./Sra. XXXXXXXXXXXXXXX**, identificado con **DNI N° XXXXXXXX**;, que se detalla a continuación:

MONTO TOTAL DE LA PRESTACIÓN	MONTO DE CARTA(S) DE GARANTIA (Suma total de Carta de Garantía)	MONTO DE AMPLIACION DE CARTA DE GARANTIA SOLICITADO*
S/ XXX.XX Soles	S/ XXX.XX Soles	S/ XXX.XX

Se adjunta:

- 1) Copia de Carta de Garantía N° XXXXXXX (Folio xx).
- 2) Informe Médico que sustente la necesidad de ampliación de la atención del paciente (Folio xx).
- 3) Presupuesto Adicional Proyectado (Folio xx)
- 4) Otros documentos que estime pertinente (Folio xx).

Sin otro particular y agradeciendo su atención

Atentamente,

---

**Nombre y Apellido de la Persona Encargada**

Cargo en la IPRESS

\*Este monto debe ser el monto a ampliar, no incluye el monto otorgado en Cartas de Garantía Anteriores



### Anexo 05: Modelo Referencial de Informe Médico y Sustento del Plan de Trabajo<sup>1</sup>

Distrito, xx de xxxxxxxx del 20xx

#### I. DATOS GENERALES

- Nombre y apellido del asegurado: \_\_\_\_\_
- N° de historia clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- Fecha de Ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### II. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Tiempo de Enfermedad: \_\_\_\_\_
- Resumen de Historia Clínica y Evolución médica hasta la fecha: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Diagnósticos de Ingreso:
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
- Diagnósticos Actuales:
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ CIE10: \_\_\_\_\_
- Plan de Trabajo Actual:
  - Procedimientos Médicos – Quirúrgicos: *(Nombre del procedimiento y fecha)*
  - Imágenes de ayuda diagnósticas: *(Radiografía, TAC, RM, entre otros y fecha)*
  - Exámenes de laboratorio: *(Nombre del examen y fecha).*
  - Interconsultas: *(Especialidad cursada y fecha)*
  - Exámenes de Anatomía patológica: *(Nombre del examen y fecha).*
  - Medicamentos / Fármacos *(Consignar Nombre Genérico - Marca, presentación, dosis, frecuencia y vía de administración) <sup>2</sup>.*
  - Otros: *(Especificar)*
- Evolución: \_\_\_\_\_ Pronóstico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### III. PLAN DE TRABAJO PROPUESTO:

- Sustento del Plan de Trabajo Propuesto:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



- Detalle de Plan Propuesto:
  - Cantidad de días adicionales
  - Procedimientos Médicos – Quirúrgicos: *(nombre del procedimiento y fecha)*
  - Imágenes de ayuda diagnósticas: *(Radiografía, TAC, RM, entre otros y fecha)*
  - Exámenes de laboratorio: *(Nombre del examen y fecha).*
  - Interconsultas: *(Especialidad cursada y fecha)*
  - Exámenes de Anatomía patológica: *(Nombre del examen y fecha).*
  - Medicamentos / Fármacos *(Consignar Nombre Genérico - Marca, Presentación, Dosis, Frecuencia y vía de administración).*
  - Otros: *(Especificar)*

\_\_\_\_\_

Sello y firma del Médico Tratante

Especialidad: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_ / RNE: \_\_\_\_\_

**Anexo 06: Información del personal que se acredita**

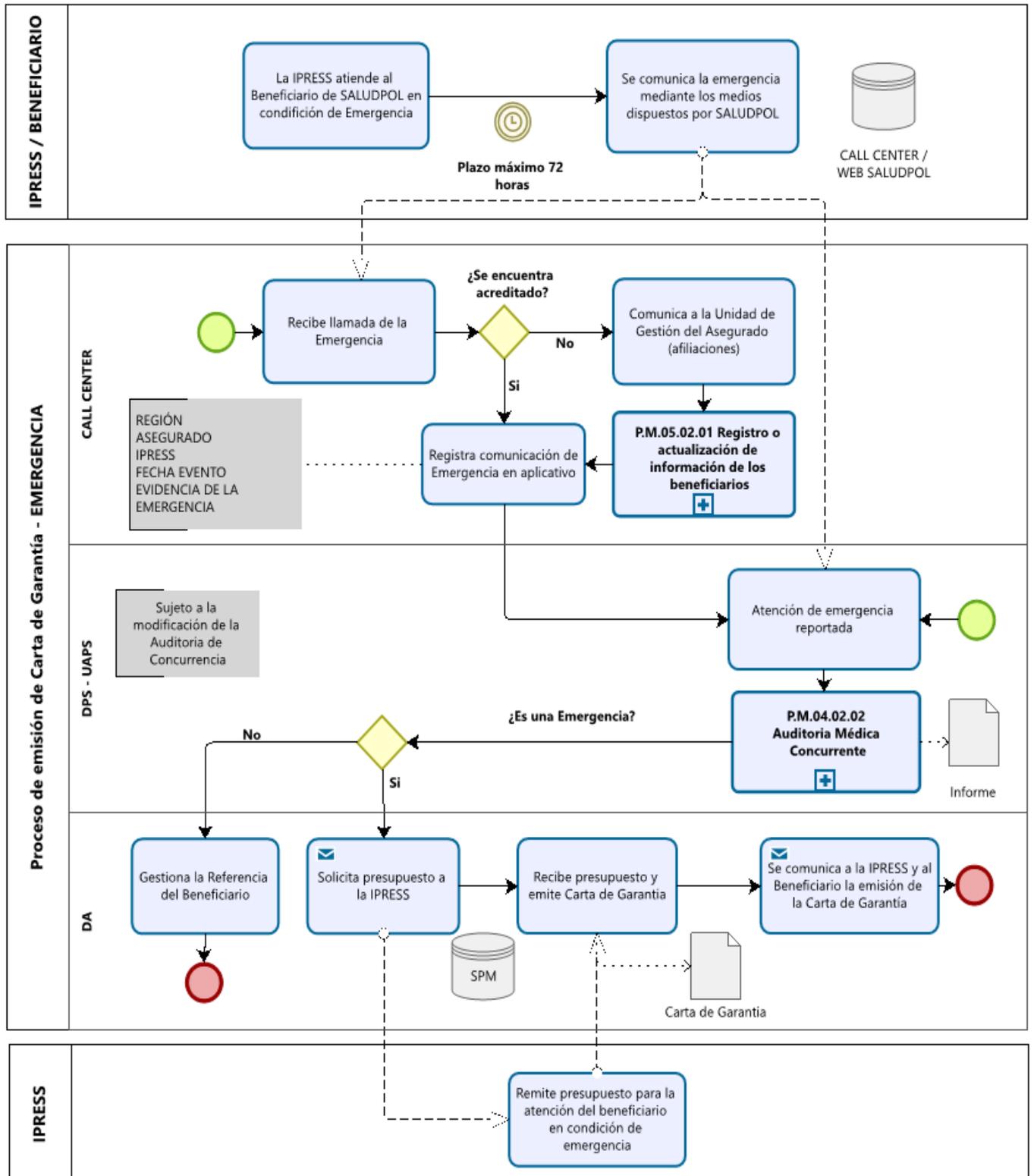
RUC	
CÓDIGO IPRESS	
NOMBRE DE LA IPRESS	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
<b>DATOS DEL RESPONSABLE DE COTIZAR</b>	
LICITADOR 1	
DNI	
NÚMERO DE CELULAR Y/O TELÉFONO / ANEXO:	
CORREO	
<b>DATOS DEL RESPONSABLE DE COBRANZA</b>	
DATOS COMPLETOS:	
DNI:	
NÚMERO DE CELULAR Y/O TELÉFONO / ANEXO:	
CORREO:	
SEDE SALUDPOL:	

---

Firma y sello del representante legal

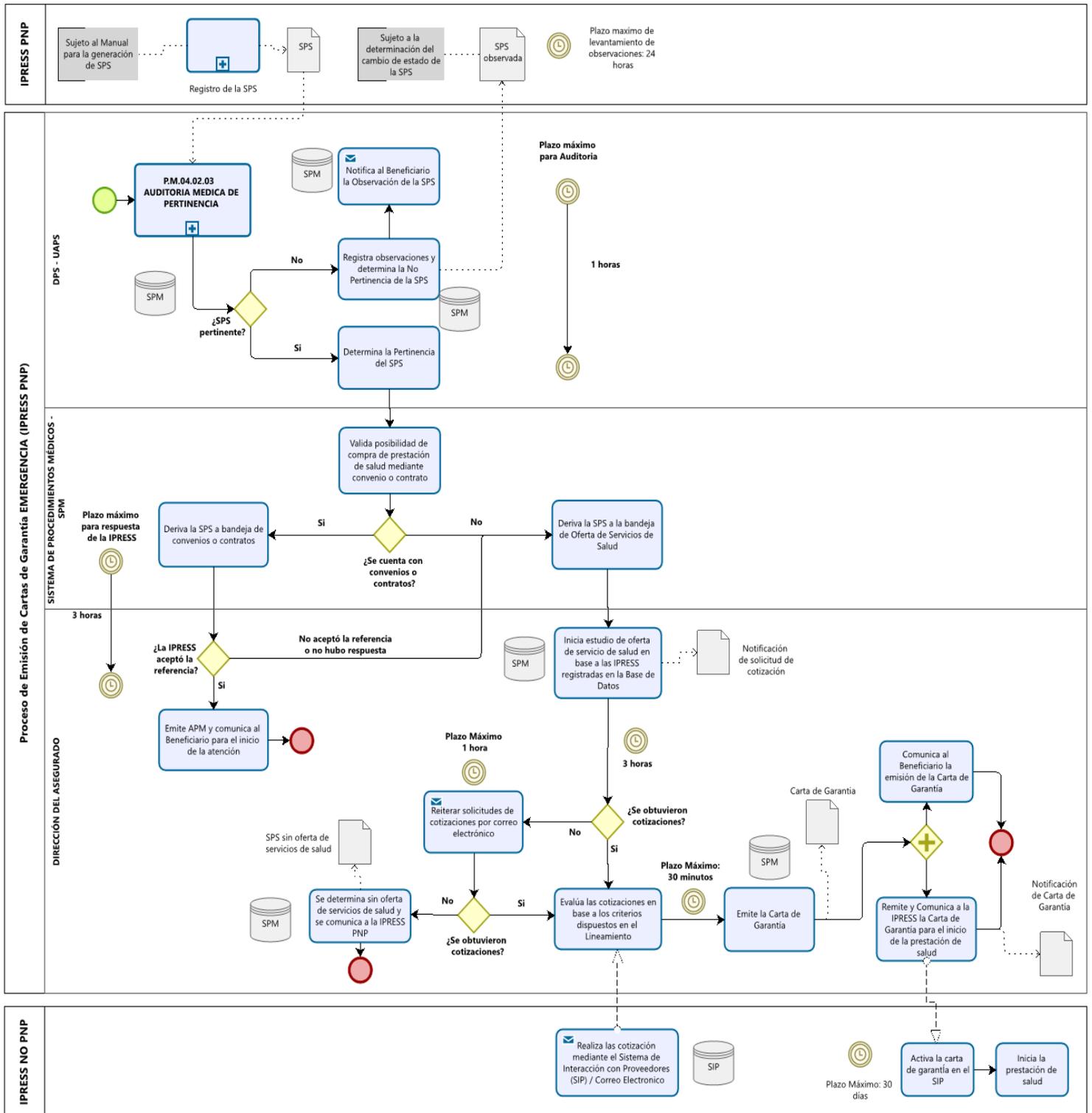


### Anexo 07: Flujoograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP



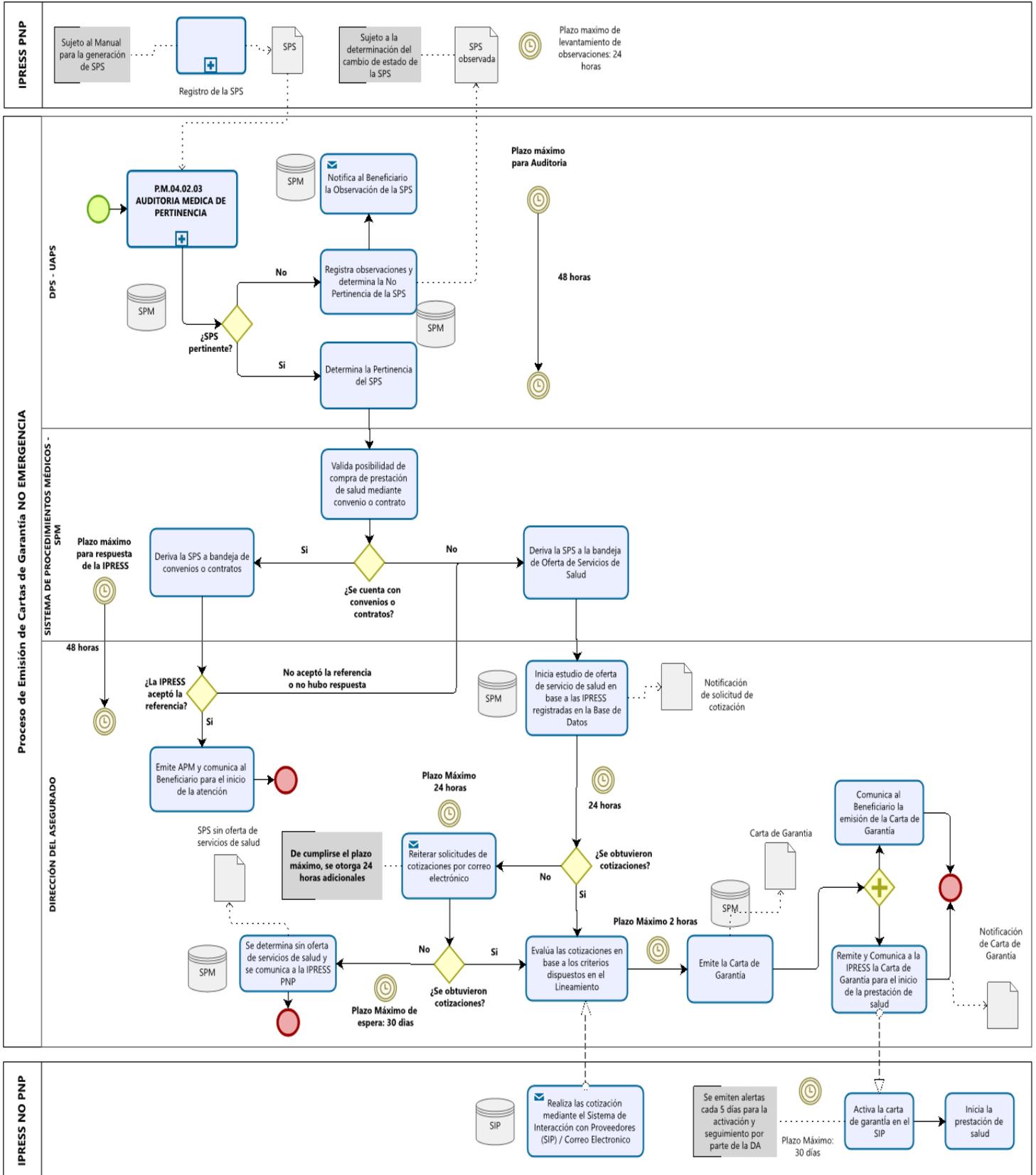


### Anexo 08: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – Emergencia





### Anexo 09: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – No Emergencia





Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial



Lugar y fecha

Carta de Garantía Nro. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.IN/SALUDPOL/GG/GCS



1401-201917539



Señor(es): XXXXXXXX (RUC: XXXXXXXX)
IPRESS: XXXXXXXX
Teléfonos: XXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXX
N° de Solicitud: 1401-1911000XXXXX
Especialidad Solicitante: XXXXXXXX
Diagnósticos: CIE10 XXXXXXXX Reiterativo
Fecha de Vencimiento: XX de XXXX del 20XX

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente, y a la vez solicitar se efectúe la atención al paciente de XX años de edad, asegurado de SALUDPOL,

NOMBRE XXXXXXXXXXXXXXXX (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia al siguiente procedimiento:

Table with 3 columns: Cod. Proc., Procedimiento, Referencia. Row 1: XXXX, XXXXXXXXX, XXXX

Con una cobertura económica hasta por el importe de: S/XXX.XX (XXX Soles), la misma que proviene del estudio de mercado correspondiente.

La vigencia de este documento para iniciar la atención es de 30 días calendarios a partir de la fecha de su emisión. El expediente de liquidación deberá contener los documentos detallados en la parte posterior de la presente carta y registrado en el SIP. de SALUDPOL dentro del plazo de 30 días posteriores a la culminación de la atención del paciente.

El presente documento debe ser obligatoriamente activado al momento del inicio de la prestación de salud en el sistema de Interacción de Proveedores dentro del plazo de la vigencia precisado en el párrafo precedente; de no ser activado dentro del mencionado plazo, se asume el no uso de la presente carta de garantía y se procede con la anulación correspondiente.

En los casos que la IPRESS adjudicada con carta de garantía no pueda coberturar la prestación de salud en su totalidad a pesar de haber cotizado según lo solicitado y presente la liquidación por la atención brindada parcialmente del beneficiario, esta carta de garantía no será financiada por SALUDPOL, debiendo anularse, al recibir la comunicación de la atención. Adjudicándose la atención del beneficiario a la IPRESS que quedo en segunda opción.

Este documento cuenta con Disponibilidad Presupuestal, otorgada mediante INFORME N° XXX-XXXX-SALUDPOL/GG-DA XXXXX, en ese contexto, SALUDPOL manifiesta una cobertura económica únicamente para el procedimiento indicado en la Solicitud de Prestación de Salud (SPS) respectivo por el importe señalado en la presente carta; el pago de la prestación estará supeditado a la auditoría médica correspondiente y a los controles previos al expediente de pago que serán materia de la emisión de la Certificación de Crédito Presupuestal.

El plazo para la facturación de la prestación de salud es de 30 días calendario posterior a la culminación de la prestación médica independientemente del vencimiento de la carta de garantía, considerando el marco normativo vigente.

La carta de garantía sujeta a auditoría médica tomando como referencia el tarifario vigente de SALUDPOL. se solicita adjuntar todos los informes de exámenes auxiliares (laboratorio, RX, etc.) realizados.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Cualquier Consulta al Teléfono (01) 680-2710 anexos 600, 601, 602, 603, 604 o 605

**DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE DE LIQUIDACIÓN QUE LAS IPRESS NO PNP DEBEN DE REGISTRAR EN EL APLICATIVO SIP. DE SALUDPOL**

N°	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO
1	Solicitud de pago dirigida a la Gerencia General del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL, consignando el Registro Nacional de Proveedores y el Código RENIPRESS activo.
2	Copia de Carta de Garantía. Solicitud de Prestación de Salud (SPS), según corresponda.
3	Copia de la historia clínica completa*. Incluye Epicrisis y las secciones de: i) identificación del paciente, ii) registro de la atención de salud, iii) información complementaria; según corresponda a la prestación brindada (si la prestación corresponde solo a procedimiento de apoyo al diagnóstico, entonces corresponde adjuntar el resultado del mismo).
4	Informe del progreso de las sesiones de terapia (en casos de terapias especializadas: diálisis, quimioterapia ambulatoria, aféresis terapéutica, fisioterapia, etc.) + Kárdex de enfermería + Tarjeta de Asistencia firmada por el paciente o familiar (adjuntar copia del DNI del familiar).
5	Sticker y/o código de los materiales proporcionados por la IPRESS.
6	Reporte de Liquidación detallada de acuerdo al manual de normas de facturación.
7	Otros documentos que sustenten que la prestación se brindó con oportunidad y calidad

(\* Segun NT de Salud N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

**Nota:** El expediente debe presentarse en el SIP. escaneado y foliado iniciando el primer folio en la primera página.

**REQUISITOS PARA SOLICITAR AMPLIACIÓN DE CARTA DE GARANTÍA**

(Presentación de la Solicitud antes de que el gasto supere el importe autorizado en la presente Carta de Garantía)

N°	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO
1	Solicitud de ampliación de carta de garantía dirigida a la Gerencia General del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
2	Informe Médico que sustente la necesidad de ampliación de la atención del paciente, que incluye reporte del tratamiento brindado de acuerdo a lo inicialmente solicitado, situación actual del paciente y plan de trabajo.
3	Presupuesto adicional proyectado que se requiere para ampliar la atención solicitada de acuerdo al plan de trabajo planteado.
4	Los documentos descritos anteriormente serán remitidos hacia la Gerencia General mediante la Mesa de Partes Digital de SaludPol u otro medio según normativa vigente.

**ATENCIÓN**

La Carta de Garantía tienen una validez de 30 días siempre y cuando el afiliado mantenga su estado activo en el Plan de SALUDPOL y las condiciones de cobertura que apliquen al caso no hayan sufrido variación entre la fecha de emisión de la carta y la fecha de atención. Por tal razón, antes de brindar la atención de salud es indispensable validar en el aplicativo de la WEB <https://www.saludpol.gob.pe/consultas-en-linea/> el registro del beneficiario de SALUDPOL.

La evaluación de la Carta de Garantía, independientemente del cumplimiento de los requisitos médicos, se complementará con las disposiciones administrativas del Plan de Salud y con lo estipulado en el Manual de Normas de Facturación de la ACHP, así como cualquier convenio / contrato previo entre SALUDPOL y la IPRESS.

La aprobación de la carta de garantía en ningún caso exonera la evaluación posterior de los procesos de auditoría médica concurrente, auditoría médica retrospectiva y auditoría administrativa, más aún si existe variación en la información consignada en la solicitud de la carta de garantía.

La presente Carta de Garantía cubre todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una enfermedad o los procedimientos por accidente bajo cobertura del beneficiario, sea esta de atención médica ambulatoria u hospitalaria, en base al Petitorio Institucional vigente de la Sanidad PNP, <https://www.saludpol.gob.pe/>.

Todo procedimiento y/o tratamiento diagnóstico o terapéutico, deberá tener el sustento médico científico y de consenso aceptado a nivel nacional e internacional, así mismo estos se deberán costear incluyendo el IGV en soles (S/.) de forma individual bajo el codificador CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY (CPT).