



PERÚ

Ministerio
del Interior

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA
NACIONAL DEL PERÚ

GERENCIA GENERAL

**“DIRECTIVA QUE REGULA EL PROCESO DE LA GESTIÓN DE COMPRA DE
PRESTACIONES DE SALUD A TRAVÉS DE CONVENIOS 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
DIRECTIVA N.º -2024-SALUDPOL/GG	1	RGG N.º -2024-IN-SALUDPOL/GG	/ / 2024

**ÍNDICE**

I. OBJETIVO.....	3
II. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
III. BASE LEGAL.....	3
IV. RESPONSABILIDADES.....	4
V. DISPOSICIONES GENERALES.....	6
5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES	6
5.2. TIPOS DE CONVENIO	11
5.3. INSTRUMENTOS PARA LA GESTIÓN DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD REGULAR A TRAVÉS DE CONVENIO: ..	11
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	12
6.1. SUSTENTO Y FORMULACIÓN DEL CONVENIO.....	12
6.2. NEGOCIACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO	13
6.3. SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO	15
6.4. IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO.....	16
6.5. OPERATIVIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE SALUD	16
6.6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL CONVENIO.....	17
VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES	18
VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS.....	18
IX. VIGENCIA.....	18
X. ANEXOS	19
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.....	19

**“DIRECTIVA QUE REGULA EL PROCESO DE LA GESTIÓN DE COMPRA DE PRESTACIONES
DE SALUD A TRAVÉS DE CONVENIOS DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA
POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL”**

I. OBJETIVO

Establecer las disposiciones técnicas y administrativas, así como los instrumentos necesarios para la gestión de Convenios con Gobiernos Regionales (GORE), Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), dentro de las condiciones establecidas por la normatividad vigente.

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria por todos los órganos del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

III. BASE LEGAL

- 3.1. Constitución Política del Perú.
- 3.2. Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- 3.3. Ley N.º 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias.
- 3.4. Ley N.º 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus modificatorias.
- 3.5. Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 3.6. Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 3.7. Ley N.º 29743, que modifica el Art. 10 de la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- 3.8. Decreto Legislativo N.º 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 3.9. Decreto Legislativo N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, que adecúa el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 3.10. Decreto Legislativo N.º 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 3.11. Decreto Legislativo N.º 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 3.12. Decreto Legislativo N.º 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público y su reglamento Decreto Supremo N.º 012-2019.
- 3.13. Decreto Legislativo N.º 1601 que dicta medidas para fortalecer el régimen de salud de la Policía Nacional del Perú.
- 3.14. Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 3.15. Decreto Supremo N.º 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 3.16. Decreto Supremo N.º 002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 3.17. Decreto Supremo N.º 003-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional.

- 3.18. Decreto Supremo N.° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.° 27444 Procedimiento Administrativo General.
- 3.19. Decreto Supremo N.° 012-2019 -SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- 3.20. Resolución Ministerial N.° 158-2019-IN, que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional de Perú – SALUDPOL y sus modificatorias.
- 3.21. Resolución de Superintendencia N.° 004-2020-SUSALUD/S, que 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)”.
- 3.22. Resolución de Gerencia General N°0029-2020-IN-SALUDPOL-GG. Aprueba la creación de las unidades funcionales de los Órganos de Línea que comprende la estructura funcional del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú-SALUDPOL; así como las funciones de los mismos.
- 3.23. Resolución de Gerencia General N°105-2021-IN-SALUDPOL-GG. Aprueba documento normativo: Directiva para el Proceso de Evaluación de Estándares de Calidad en las IPRESS que brindan prestaciones de Salud a los Beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú-SALUDPOL.
- 3.24. Resolución de Gerencia General N.° 335-2023-IN-SALUDPOL-GG, que rectifica el Documento Técnico "Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú".
- 3.25. Resolución de Gerencia General N.° 342-2023-IN-SALUDPOL-GG que aprueba la “Directiva para el registro de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL”.
- 3.26. Resolución de Gerencia General N.° 310-2023-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba la “Directiva para la elaboración de documentos normativos del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL”.
- 3.27. Resolución de Gerencia General N.° 008-2024-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba la “Directiva para la Gestión de la Información en el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL Versión 1.0”.

IV. RESPONSABILIDADES

4.1. De la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud:

- a) Identificar la demanda insatisfecha de prestaciones de salud para los beneficiarios del SALUDPOL.
- b) Elaborar el informe de sustento para ampliar la red prestacional, mediante la suscripción de convenios.
- c) Formular proyectos de convenios a suscribirse con GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, acompañado de su correspondiente sustento técnico.
- d) Evaluar la propuesta de tarifas presentadas por el GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, según sea el caso.
- e) Solicitar la Certificación de Crédito Presupuestal y/o previsión en caso corresponda, previa a la suscripción de convenios con el GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, según sea el caso.

- f) Coordinar la implementación de los convenios suscritos con el GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, con participación de los órganos de línea y apoyo involucrados.
- g) Dirigir el proceso del seguimiento y evaluación de los convenios suscritos con el GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, según corresponda.
- h) Brindar asistencia técnica e información a las Unidades Territoriales, en relación con las consultas vinculadas a la presente Directiva, a fin de gestionar los convenios suscritos en las jurisdicciones correspondientes.

4.2. De la Dirección del Asegurado

- a) Proponer, revisar y evaluar las cláusulas de los proyectos de convenio en el marco de sus competencias, así como dar visto bueno al proyecto de convenio antes de la suscripción.
- b) Colaborar y participar en el proceso de negociación a través de las Unidades Territoriales, así como las capacitaciones a la Sanidad PNP, a las IPRESS, a los beneficiarios, entre otros; y el seguimiento del cumplimiento de los términos del convenio en el marco de sus competencias.

4.3. De las Unidades Territoriales:

- a) Apoyar en las coordinaciones e informar a las unidades de organización respecto de la gestión de negociación y suscripción del convenio, en el ámbito de su jurisdicción.
- b) Realizar el seguimiento de los convenios suscritos para la prestación de servicios de salud dentro de su ámbito territorial, en coordinación con la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.

4.4. De la Dirección de Prestaciones de Salud:

- a) Proponer, revisar y evaluar las cláusulas de los proyectos de convenio en el marco de sus competencias, así como dar visto bueno al proyecto de convenio antes de la suscripción del mismo.
- b) Participar en el proceso de negociación, así como las capacitaciones y el monitoreo de los términos del convenio en el marco de sus competencias, así mismo se encuentra a cargo del control prestacional y liquidación de prestaciones de salud.
- c) De la Unidad de gestión de la Calidad Prestacional de Salud
 - Evaluar a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), en materia de cumplimiento de estándares de calidad para la atención de los beneficiarios según la normatividad vigente.
 - Registrar la información relacionada a características de operaciones, condiciones y otros de las Unidades prestadoras de Servicios de Salud de las IPRESS.
 - Formular proyectos de los estándares de calidad para evaluar las prestaciones de salud otorgadas a los beneficiarios de SALUDPOL.
 - Emitir opinión técnica y brindar asistencia técnica sobre los temas vinculados al ámbito de su competencia.

4.5. De la Oficina de Tecnología de la Información:

- a) Publicar el convenio a través del portal web de la Institución dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes de su suscripción, luego de la remisión por parte de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.
- b) Brindar soporte técnico a los sistemas de interoperabilidad para la gestión de la información de los convenios.

4.6. De la Oficina de Gestión y Mejora Continua:

- a) Emitir opinión técnica para la suscripción del convenio, en el marco de sus competencias.
- b) Supervisar el cumplimiento del proceso de la gestión de convenio.

4.7. De la Oficina de Asesoría Jurídica:

- a) Emitir opinión legal al proyecto de convenio antes de la suscripción del mismo. Así como brindar asesoría técnico-legal en casos de resolución de controversia sobre la ejecución del convenio.

4.8. De la Oficina de Administración:

- a) A través de la Unidad de Presupuesto, tiene la responsabilidad de realizar la Certificación de Crédito Presupuestal (CPP) por el monto estimado de las prestaciones a financiar en el marco del convenio a suscribir, a solicitud de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.
- b) A través de la Unidad de Tesorería, tiene la responsabilidad de realizar el desembolso respectivo luego de efectuadas las prestaciones, previa conformidad de las unidades de organización correspondientes.
- c) A través de la Unidad de Contabilidad y Control Previo, tiene la responsabilidad de realizar los registros contables correspondientes de las prestaciones liquidadas por convenio.

4.9. De la Gerencia General:

- a) Proponer al Directorio del SALUDPOL la aprobación de la suscripción del convenio, y de efectuar la suscripción del convenio aprobado, en calidad de representante legal del SALUDPOL.

4.10. Del Directorio del SALUDPOL:

- a) Evaluar y aprobar la suscripción del convenio.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operacionales

5.1.1. Acreditación de asegurados¹: Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por la IAFAS.

5.1.2. Adenda²: Documento mediante el cual se realizan modificaciones y/o prórrogas a los términos del Convenio suscrito. La aprobación de la Adenda requiere seguir el mismo procedimiento determinado para la firma de un convenio.

¹ Resolución de Superintendencia N.º 004-2020-SUSALUD/S

² Elaboración propia.

- 5.13. Auditoría de Seguro³:** 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.
- 5.14. Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
 - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- 5.15. Autorización de Prestación de Salud⁴:** Es el documento de autorización que autoriza la prestación de salud de un beneficiario de SALUDPOL en las IPRESS de convenios o contratos suscritos con la IAFAS SALUDPOL.
- 5.16. Atención de salud⁵:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- 5.17. Cartera de Servicios de salud⁶:** Es el conjunto de servicios que produce una IPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la ANS. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las IPRESS.
- 5.18. Calidad de atención:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
- 5.19. Compra de prestación de salud:** Refiere al proceso mediante el cual la entidad adquiere servicios de salud de GORE/IPRESS/UGIPRESS/IAFAS, acuerdo al plan de cobertura de los beneficiarios, con el propósito de garantizar la atención médica a una población específica.
- 5.110. Compra de prestación de salud regular:** Proceso de compra de prestación de salud a través de convenio o contrato, en marco la normativa vigente.

³ Resolución de Gerencia General N.° 187-2024-IN-SALUDPOL-GG

⁴ Elaboración propia

⁵ 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 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.

- 5.1.11. Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.
- 5.1.12. Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.
- 5.1.13. Cobertura⁷:** Es la protección que se expresa en los contratos o pólizas de seguros y garantiza la IAFAS al asegurado. Las coberturas están relacionadas a los riesgos en salud que podría afrontar el asegurado cotidianamente.¹ La cobertura que ofrece la IAFAS SALUDPOL, se encuentra en el Plan de Salud la cual determina los límites, prestaciones y condiciones estipulados por las partes
- 5.1.14. Compra de servicios de salud⁸:** Es el acto a través del cual se adquiere un servicio de salud de acuerdo al plan de cobertura de los beneficiarios del SALUDPOL y sobre la base de los Convenios suscritos.
- 5.1.15. Convenio⁹:** Es el acuerdo de voluntades jurídicamente vinculante entre la UGIPRESS pública o IPRESS pública y las IAFAS SALUDPOL manifestando interés en los servicios y financiamiento de prestaciones de salud para el personal de la Policía Nacional del Perú y sus familiares derechohabientes.
- 5.1.16. Demanda insatisfecha¹⁰:** Necesidades de salud de la población asegurada, en términos de cantidad, calidad y oportunidad, que no son atendidas por falta de capacidad resolutive o de oferta, por incremento de la demanda o inexistencia de los servicios de salud requeridos, según el Plan de Salud de SALUDPOL.
- 5.1.17. Emergencia médica y/o quirúrgica:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a paciente con daños calificados como prioridad I y II.
- 5.1.18. Formato Único de Prestación de Salud¹¹:** Es el instrumento en el que se registra, en físico o digital, todos los datos de la prestación brindada por la IPRESS, donde se identifica al asegurado que recibe el servicio de salud, al profesional que lo brinda, a la IPRESS, detallando los diagnósticos, procedimientos médicos y sanitarios, así como los productos farmacéuticos, insumos y dispositivos médicos correspondientes a la prestación. Se caracteriza por contener una numeración única que lo identifica. El FUPS tiene carácter de declaración jurada.
- 5.1.19. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)¹²:** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como

⁷ Plan de Salud de SALUDPOL vigente.

⁸ Reglamento del Decreto Legislativo N.° 1159.

⁹ Resolución de Gerencia General N.° 113-2018-IN-SALUDPOL-GG

¹⁰ Decreto Supremo N.° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del decreto Legislativo N.° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

¹¹ Directiva N.° 007-2023-SALUDPOL-GG

¹² Ley N.° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud y su reglamento

aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

5.1.20. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)¹³: Son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

5.1.21. Mecanismo de pago¹⁴: Es el modo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del convenio suscrito, el cual puede ser: capitado, por servicio, paquete quirúrgico, etc.

5.1.22. Modalidad de pago¹⁵: Es la oportunidad de pago para retribuir recursos financieros por los servicios de salud prestados según Convenio entre UGIPRESS pública o IPRESS públicas e IAFAS, el cual puede ser: pago prospectivo (anticipado) o pago retrospectivo (pago después de la atención rendida).

5.1.23. Negociación¹⁶: Tratar y comerciar, comprando y vendiendo o cambiando géneros, mercancías o valores para aumentar el caudal.

5.1.24. Planes de aseguramiento en salud¹⁷: Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Planes Complementarios y Planes Específicos.

5.1.25. Plan específico¹⁸: Es el plan de aseguramiento de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, que posee mejores condiciones que el PEAS, estas se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a la IAFAS de acuerdo con la normativa aplicable a cada caso.

5.1.26. Plan de salud de SALUDPOL¹⁹: corresponde al Plan específico, es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que los beneficiarios tienen frente a distintas prestaciones de salud y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, su acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, amparándonos en los principios dados. El Plan de Salud del SALUDPOL responde a las principales necesidades de salud de la familia policial; comprende acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.

5.1.27. Prestaciones de salud²⁰: Se denomina así a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una IPRESS, en el contexto de una relación creada

¹³ Ley N.º29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud y su reglamento

¹⁴ Elaboración propia, en virtud de las cláusulas mínimas de SUSALUD.

¹⁵ Decreto Supremo 003-2016-SA, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N.º1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.

¹⁶ Según la Real Academia Española (RAE).

¹⁷ Plan de aseguramiento en salud.

¹⁸ Plan de aseguramiento en salud.

¹⁹ Plan de aseguramiento en salud.

²⁰ Plan de aseguramiento en salud

mediante un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones.

5.1.28. Servicios de salud²¹: todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

5.1.29. Siniestro²²: Es la materialización de un riesgo asegurado, es decir, es el evento que activa una póliza de seguros, ejm, un accidente o una enfermedad. Consultas médicas. Hospitalización por enfermedad o accidente, cirugías, exámenes de laboratorio, etc.

5.1.30. Siniestralidad²²: En salud se refiere al número, frecuencia o costos de los siniestros (eventos cubiertos por un seguro de salud), que ocurren en un periodo determinado en relación con las primas cobradas o el total de asegurados. Indicador clave para medir el desempeño financiero y operacional de una póliza de salud o de una aseguradora.

5.1.31. Gestión del siniestro²²: Es el proceso operativo que realiza una aseguradora para atender, evaluar y resolver un siniestro. Implica analizar si el siniestro que está cubierto por la póliza, determinar costos y realizar el pago de la prestación correspondiente. La calidad de la gestión del riesgo afecta la experiencia del cliente y la reputación de la aseguradora.

5.1.32. Tarifa²³: Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.

5.1.33. Tarifario²⁴: Es el listado de tarifas que se cobrará a los distintos usuarios de los procedimientos médicos o procedimientos sanitarios, que se deriva de ajustar los niveles de tarifas referenciales establecidos según los lineamientos de política.

5.1.34. Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)²⁵: Aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS.

5.1.35. Validación prestacional²⁶: Son los procesos de control previo, simultáneo o posterior (auditoría de la validez prestacional) que realizan las IAFAS para determinar la validez de la prestación para efectos de pago de servicios de salud.

5.1.36. Venta de servicios de salud²⁷: Es el acto a través del cual se ofrece un servicio de salud de acuerdo a los Convenios suscritos.

5.1.37. SIGLAS:

- a) **DFPS:** Dirección de Financiamiento y Planes de Salud
- b) **DPS:** Dirección de Prestaciones de Salud
- c) **UGCPS:** Unidad de Gestión de la Calidad Prestacional de Salud

²¹ Elaboración propia

²² Ley N°29946. Ley de Contrato de Seguro. Resolución de SBS N°3202-2013, Reglamento para la Gestión y pago de Siniestros. Resolución de Superintendencia N°010-2014-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/CD.

²³ Decreto Supremo N° 003-2016-SA

²⁴ Resolución Ministerial N.° 899-2019-MINSA

²⁵ Resolución de Superintendencia N.° 091-2014-SUNASA/S

²⁶ Decreto Supremo N° 003-2016-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba Disposiciones para la Implementación y Desarrollo del Intercambio Prestacional en el Sector Público.

²⁷ Decreto Supremo N.° 003-2016-SA

- d) **DA:** Dirección del Asegurado
- e) **OTI:** Oficina de Tecnología de la Información
- f) **OGMC:** Oficina de Gestión y Mejora Continua
- g) **UT:** Unidad Territorial
- h) **CCP:** Certificado de Crédito Presupuestal
- i) **GORE:** Gobierno Regional
- j) **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- k) **UGIPRESS:** Unidad de Gestión de las IPRESS
- l) **IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
- m) **SPS:** Solicitud de Prestación de Salud
- n) **APS:** Autorización de Prestación de Salud

5.2. Tipos de Convenio

5.2.1. Convenio con Gobierno Regional: Convenio celebrado entre SALUDPOL y el Gobierno Regional, mediante el cual el Gobierno Regional, como Autoridad Sanitaria Regional, se compromete a garantizar a SALUDPOL la atención de salud de sus beneficiarios, a través de sus Unidades Ejecutoras e IPRESS. De considerarse, dicho convenios puede incluir las condiciones pactadas para la atención en las IPRESS de su jurisdicción y su financiamiento.

5.2.2. Convenio con UGIPRESS: Convenio celebrado entre SALUDPOL y una UGIPRESS, el cual tiene como objeto establecer los criterios, mecanismos, procesos e instrumentos técnicos que permitan asegurar el acceso y continuidad de atención en los servicios de salud a cargo de las IPRESS que conforma la red prestacional de la UGIPRESS pública, así como su financiamiento, en beneficio de la población asegurada del SALUDPOL, con el propósito de incrementar la cobertura prestacional en salud.

5.2.3. Convenio con IPRESS: Convenio celebrado entre SALUDPOL y una IPRESS, el cual tiene como objeto establecer los criterios, mecanismos, procesos e instrumentos técnicos que permitan asegurar el acceso y continuidad de atención en los servicios de salud a cargo de una IPRESS pública, así como su financiamiento, en beneficio de la población asegurada de SALUDPOL con el propósito de incrementar la cobertura prestacional en salud.

5.2.4. Convenio con IAFAS: Convenio celebrado entre SALUDPOL y una IAFAS, el cual tiene como objeto establecer los criterios, mecanismos, procesos e instrumentos técnicos que permitan asegurar el acceso y continuidad de atención, así como su financiamiento, en beneficio de la población asegurada de SALUDPOL con el propósito de optimizar la cobertura prestacional en salud.

5.3. Instrumentos para la gestión de compra de prestaciones de salud regular a través de convenio:

- Mecanismos de pago
- Tarifario
- Estudio de brecha
- Cálculo de la demanda

- Cartera de servicios
- Instrumento de seguimiento (indicadores)

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La gestión de compra de prestaciones de salud a través de convenios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú-SALUDPOL constituye una modalidad de compra regular y se enmarca en los lineamientos que regulan el proceso de gestión de compra de prestaciones de salud del SALUDPOL.

la gestión de compra de prestaciones de salud a través de convenios se gestiona con GORE, UGIPRESS, IPRESS e IAFAS y consta de las siguientes etapas, según corresponda:

- i. Sustento y formulación del proyecto de convenio.
- ii. Negociación de los términos del convenio
- iii. Suscripción del convenio
- iv. Implementación del convenio
- v. Operativización del convenio para la atención de salud
- vi. Seguimiento y evaluación periódica, prestacional y financiera del convenio

6.1. Sustento y formulación del convenio

- 6.1.1.** La DFPS identifica la demanda insatisfecha de servicios de salud de los beneficiarios del SALUDPOL a través de un estudio de brecha, el análisis desarrollado por las UT sobre las necesidades de compra de prestaciones de salud de los beneficiarios en el ámbito de su jurisdicción, informe técnico de siniestralidad emitido por la DPS, u otro mecanismo que sirva de sustento para ampliar la red prestadora.
- 6.1.2.** La DFPS, con base al resultado del estudio o análisis, propone mediante un informe técnico (cuyo contenido mínimamente debe contener demanda insatisfecha, oferta de la IPRESS, capacidad resolutive de red preferente en el ámbito jurisdiccional, capacidad resolutive de la IPRESS propuesta para Convenio, entre otros), la suscripción de convenio con la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, dirigiendo a la DPS y DA para opinión técnica, aportes y observaciones en relación a la propuesta de convenio.
- 6.1.3.** La DPS revisa los términos de la propuesta de convenio, en el marco de sus competencias, y remite un Informe Técnico a la DFPS, en el que comunica las observaciones y/o recomendaciones al proyecto de convenio.
- 6.1.4.** La DA revisa la propuesta de convenio y remite a la DFPS un Informe técnico con sus aportes u observaciones en el marco de sus competencias.
- 6.1.5.** La DFPS recopila la información recibida por parte de la DPS y DA, y elabora el proyecto de Convenio en el marco de las cláusulas mínimas de SUSALUD, considerando los modelos estipulados en el Anexo N.º 8 de la presente Directiva, y lo remite a la Oficina de Gestión y Mejora Continua, para su opinión técnica en el marco de sus competencias, previo a ser remitida a la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS a través de la Gerencia General del SALUDPOL, para iniciar con la siguiente fase.

6.2. Negociación de los términos del Convenio

El convenio debe ser celebrado en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, computados desde que el prestador demuestre interés del convenio hasta la suscripción de la misma.

La negociación del convenio la realiza la DFPS, con la participación de la DA, las UT, la DPS y la OTI, en el marco de sus competencias. La Gerencia General a través de la DFPS, envía a los GOREs/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, mediante documento formal o correo electrónico, el proyecto de convenio. La negociación comienza una vez que SALUDPOL comunica el proyecto de convenio y la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS acepta su disposición a establecer dicho acuerdo.

Cuando la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS demuestre interés de suscribir el convenio, la DFPS inicia las coordinaciones para iniciar las acciones sobre la gestión del convenio.

Las obligaciones de ambas partes son establecidas teniendo como base la normatividad vigente.

6.2.1. Las unidades de organización involucradas en la negociación brindan soporte técnico para la absolución de las consultas que realice la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS.

6.2.2. Para la negociación de los términos del convenio se consideran los siguientes criterios:

a. **Prestaciones de salud:** Las prestaciones de salud a ser brindadas por las IPRESS que forman parte del convenio, a los beneficiarios del SALUDPOL, son determinadas de la siguiente manera:

- Cartera de servicios de salud de las IPRESS que forman parte del convenio.
- Demanda insatisfecha identificada.
- Planes de salud del SALUDPOL vigentes.
- Tarifario.
- Horario de atención disponible.

b. **Mecanismo de pago de las prestaciones de salud:** El mecanismo de pago es propuesto por SALUDPOL, considerando lo siguiente:

- Nivel y categoría de atención de las IPRESS públicas que forman parte del proyecto de convenio.
- Cartera de Servicios requerida a incluir en el Convenio.
- Cálculo estimado de prestaciones de salud que se brindarán.
- Disponibilidad presupuestal de la IAFAS.
- Unidad de pago (Ejemplo: prestación de salud, paquete de prestaciones de salud, asegurado).

c. **La modalidad de pago de las prestaciones de salud:** Para los pagos prospectivos, deben proyectar un promedio de consumo de las

prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL, que deben ser rendidas mensualmente por la IPRESS, de acuerdo al cronograma de rendiciones pactados (Anexo N.º 4). En el marco de las normas de presupuesto, se debe considerar los tiempos convenidos para efectuar los desembolsos a las IPRESS, previendo el oportuno abastecimiento de recursos para la atención a nuestros beneficiarios.

El pago retrospectivo se realiza de acuerdo a las prestaciones brindadas por las IPRESS en un periodo determinado, rendido y realizado el control prestacional por la DPS.

- 623.** Luego de consensuado las prestaciones de salud y el mecanismo y la modalidad de pago, la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS remite al SALUDPOL, a través de las Unidades Territoriales, su propuesta de tarifas (caso contrario, el SALUDPOL puede realizar la propuesta de las mismas), de acuerdo a la normativa vigente sobre política tarifaria del sector salud para su evaluación, según corresponda. Una vez evaluada, la DFPS y en caso corresponda, envía sus observaciones y contrapropuesta a la propuesta de tarifas a las UT del SALUDPOL, para que sean remitidas a la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS y continúe con la negociación.
- 624.** Las tarifas son establecidas por acuerdo entre SALUDPOL y la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS. Las tarifas no deben tener fines de lucro.
- 625.** Con respecto al procedimiento para la atención del beneficiario del SALUDPOL en la IPRESS pública, el procedimiento administrativo para el inicio y término de la atención en la IPRESS pública es propuesto por SALUDPOL y validado por la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, considerando la ubicación geográfica donde se encuentran ubicada las IPRESS que brindarán la atención.
- 626.** En relación al envío de la información de prestaciones brindadas por la IPRESS, la DPS establece los requisitos necesarios que debe remitir la IPRESS para sustentar las prestaciones de salud brindadas. Dichos requisitos, así como el proceso de envío de información, debe ser señalado de forma específica en el convenio, estipulando además los responsables y plazos acordados entre la IPRESS y SALUDPOL para el envío de los mismos.
- 627.** La DFPS en coordinación con las unidades de organización involucrados, establece los requisitos (ver Anexo N.º 6), plazos para la recepción, conformidad y pago de las prestaciones ofrecidas por la UGIPRESS/IPRESS pública, de acuerdo con lo estipulado en el proyecto de convenio.
- 628.** Las UT del SALUDPOL informan acerca de la gestión de la suscripción del Convenio a la DFPS, así como a los órganos de línea del SALUDPOL que lo requieran.
- 629.** Lo señalado respecto a la negociación es aplicable para las adendas de los convenios suscritos.
- 6210.** La formulación de la adenda se sustenta en la garantía de la prestación de salud con estándares de calidad y oportunidad de la prestación explícitas, modificación del tarifario, ampliación de cartera de servicios, y demás cláusulas del convenio, optándose por la extensión de la vigencia; los cuales pueden ser

identificados por la DFPS o demás unidades de organización o por la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS.

6.2.11. Los términos a negociar en una adenda deben estar estrictamente relacionados con la justificación que la motiva.

El proceso de negociación concluye cuando la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS emite conformidad al proyecto de convenio, incluyendo su tarifario. Esta conformidad puede ser remitida mediante documentación formal o correo electrónico institucional.

6.3. Suscripción del Convenio

6.3.1. La DFPS remite un Informe Técnico de proyecto de Convenio con la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS a la Oficina de Gestión y Mejora Continua para su opinión técnica y validación.

6.3.2. La DFPS remite el Informe Técnico de proyecto de Convenio con la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS con opinión favorable de la OGMC a la DPS y DA para su visto bueno, en el cual se incluye lo siguiente:

- a) Análisis de la demanda insatisfecha de servicios de salud de los beneficiarios del SALUDPOL, según ámbito territorial.
- b) Nombre de la Institución con la que se va a suscribir el Convenio (GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS), identificando su cartera de servicios de salud, según corresponda.
- c) Proyecto de Convenio a suscribir, cuyos términos han sido consensuados en la etapa de negociación, teniendo como referencia los contenidos mínimos establecidos por la normativa vigente emitida por SUSALUD. Se debe adjuntar como anexo el tarifario correspondiente; estimación de pago a desembolsar por las prestaciones de salud que se brindara durante la vigencia del convenio a suscribir, por periodo.

6.3.3. Luego del visto bueno de la DA y la DPS, la DFPS remite el proyecto de Convenio, con su respectivo informe de sustento, a la OA, solicitando la emisión de la certificación y/o previsión de crédito presupuestal.

6.3.4. Emitida la certificación y/o previsión del crédito presupuestal, la OA remite el proyecto de Convenio con su respectivo Informe de sustento a la OAJ.

6.3.5. La OAJ remite el proyecto de Convenio con su respectivo Informe de sustento y visto bueno a la Gerencia General para que proponga su aprobación al Directorio del SALUDPOL.

6.3.6. El Directorio del SALUDPOL, de ser pertinente, aprueba la suscripción del Convenio propuesto, el cual es remitido a la Gerencia General para su visto bueno.

6.3.7. Tras el visto bueno de la Gerencia General, la DFPS y el Área de Comunicación e Imagen realizan las coordinaciones para la suscripción del convenio, mediante acto protocolar o mediante su envío en físico.

6.3.8. Una vez suscrito el convenio, este procede a tener la vigencia establecida en el mismo y puede ser renovado, por acuerdo de las partes, mediante la suscripción de una Adenda.

- 63.9.** La DFPS pone de conocimiento a SUSALUD el convenio suscrito a través de los medios establecidos mediante normatividad, y gestiona con la Oficina de Tecnología de la Información su publicación en el portal web del SALUDPOL.
- 63.10.** Una vez suscrito el convenio, la IPRESS/UGIPRESS/GORES/IAFAS, serán evaluadas con los estándares mínimos de calidad y las garantías explícitas en el marco de la Ley del Aseguramiento Universal y de acuerdo a las normas vigentes.

6.4. Implementación del convenio

La implementación del convenio no debe ser mayor a treinta (30) días calendarios desde la suscripción del convenio.

- 64.1.** La DFPS remite a la DA, a la DPS y a la OTI copia del Convenio suscrito para articular el flujo de atención entre la IPRESS PNP y la Institución con la que se ha firmado dicho convenio.
- 64.2.** La DFPS coordina las capacitaciones en el uso y/o registro en el Sistema Informático del SALUDPOL, con asistencia técnica de la DPS y la OTI, en el marco de sus competencias.
- 64.3.** La DPS, DA-UT y la DFPS brindan capacitaciones a la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, de acuerdo a lo estipulado en el convenio suscrito (temas de control prestacional, liquidación de prestaciones de salud, acreditación del asegurado, referencias de los asegurados, estándares de calidad, etc.), cada una en el marco de sus competencias.
- 64.4.** La OTI otorga las credenciales (usuario y contraseña) al personal de la IPRESS que ha sido previamente validado por la DFPS para ingresar las prestaciones al sistema.
- 64.5.** La DA, a través de sus UT, efectúa el monitoreo de las atenciones al beneficiario del SALUDPOL dentro del marco del convenio suscrito, reportando las incidencias, quejas, reclamos y nudos críticos que se presenten durante dicho proceso a la UGCPS para la supervisión respectiva.
- 64.6.** En caso de pagos prospectivos al inicio del convenio, la DFPS solicita con Informe a la OA, la transferencia de recursos, a fin de que inicie las prestaciones. La DFPS requiere el comprobante de pago de la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, en función al cronograma de rendiciones pactados (anexo N.º 4).
- 64.7.** Para el caso de pago retrospectivo, se realiza de acuerdo al monto rendido conforme. La DFPS requiere el comprobante de pago de la GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS, en función al cronograma de rendiciones pactados (anexo N.º 4).

6.5. Operativización para la atención de salud

- 65.1.** La atención de salud obedece a los siguientes aspectos:
- Necesidad de atención.
 - Disponibilidad de IPRESS PNP/no PNP con convenio.

- 65.2.** Todo beneficiario que requiera atención médica debe verificar, a través de los canales de información dispuestos por SALUDPOL, si existe oferta disponible en una IPRESS de la red preferente en su jurisdicción. Si existe una red preferente cercana el beneficiario debe acudir para su atención, donde se verifica su acreditación antes de proceder con la atención.
- 65.3.** En caso de que no exista oferta de la red preferente cercana a su jurisdicción, el beneficiario acude a una IPRESS no PNP cercana a su jurisdicción que cuente con convenio vigente. Esta atención debe ser comunicada a la UT del SALUDPOL para garantizar el seguimiento adecuado.
- 65.4.** Durante el proceso de atención, si se determina que la IPRESS no PNP inicial no cuenta con la capacidad resolutive necesaria, se refiere al paciente a otra IPRESS de mayor nivel, siguiendo el criterio médico establecido. Este proceso debe ser comunicado a SALUDPOL para la emisión de la APS.
- 65.5.** La DPS realiza una auditoría de pertinencia para determinar la viabilidad de la referencia, considerando la existencia de convenios dentro del ámbito jurisdiccional. Si existe convenio, se identifica la IPRESS adecuada. Caso contrario, se inicia el proceso de compra excepcional para garantizar la atención del beneficiario.
- 65.6.** Si el servicio requerido no se encuentra en el tarifario del convenio, se traslada la consulta para su inclusión, mediante acta o adenda. La IPRESS recibe la solicitud y evalúa su incorporación. Una vez aprobado, el CPMS es integrado al tarifario y a los sistemas del SALUDPOL, garantizando su disponibilidad para futuros casos.
- 65.7.** La emisión del APS marca la autorización para la atención médica en la IPRESS correspondiente. Este documento es comunicado tanto al beneficiario como a la IPRESS responsable, asegurando la cobertura financiera de la prestación de salud y el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el mismo.
- 65.8.** La IPRESS reporta las prestaciones brindadas a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (SRPS) o el que haga sus veces; el registro de prestaciones de salud está habilitado desde el primer día del mes de producción hasta el vigésimo día calendario del siguiente mes, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, presentada hasta el día siguiente del plazo indicado, en cuyo caso puede ser ampliado el plazo para el registro de las prestaciones hasta el último día calendario del referido periodo.
- 65.9.** Al día siguiente de culminado el plazo de registro de las prestaciones del mes de producción, **LA IAFAS** realiza el cierre automático de registros de prestaciones de salud, lo cual será comunicado a la IPRESS mediante correo electrónico institucional, no pudiendo la IPRESS registrar más prestaciones.
- 65.10.** La OTI aplica las reglas de consistencia y validación a las prestaciones de salud registradas en el sistema. El resultado es remitido a la DPS para el control y conformidad de las prestaciones de salud.

6.6. Seguimiento y evaluación periódica del convenio

El seguimiento y la evaluación se realiza durante el periodo de vigencia del convenio, el cual se utilizará de insumo para la renovación del convenio.

- 6.6.1. La DFPS en coordinación con las demás unidades de organización del SALUDPOL, realiza el seguimiento y evaluación continua de los términos establecidos en el convenio en el marco de sus competencias.
- 6.6.2. La DPS es el encargado de conducir y controlar el proceso de Gestión de Sinistro, a través de la UGCPS se realiza la **evaluación de los estándares de calidad**, así mismo evalúa el cumplimiento de garantías explícitas en el proceso de atención en la IPRESS. Comprende también la evaluación y control prestacional relacionado con los planes de salud para asegurar el cumplimiento de los establecido en el convenio con la IPRESS.
- 6.6.3. La DA realiza la emisión y el seguimiento a la ejecución de la APS. Asimismo, realiza las encuestas de satisfacción del usuario que es atendido en las IPRESS públicas con convenio, de acuerdo a su marco normativo correspondiente.
- 6.6.4. La DFPS analiza los resultados de la evaluación de los indicadores que forma parte de la evaluación de los convenios.
- 6.6.5. La DFPS elabora de forma anual un informe de evaluación del convenio, con el informe que contiene las evaluaciones, que remite la DPS y la DA en el marco de sus competencias, el cual se eleva a la Gerencia General con las recomendaciones correspondientes.
- 6.6.6. La DFPS en coordinación con la DPS, la DA y la OTI realiza la evaluación de aquellos convenios cuya vigencia esta por culminar antes de los treinta (30) días calendario, emitiendo un informe a la Gerencia General sobre la pertinencia de la renovación.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

- 7.1. Los Convenios vigentes cuyos términos no se adecúen a lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, al momento de la suscripción de una Adenda o un nuevo Convenio, según corresponda, deben ser reformulados progresivamente según los procesos señalados en la presente Directiva.
- 7.2. Aquellos aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva, deben ser reglamentados e implementados por las unidades de organización del SALUDPOL, en coordinación con la DFPS, la que debe emitir los documentos que resulten necesarios.

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- 8.1. En el periodo de negociación del proyecto de Convenio, SALUDPOL a través de DPS/UGCPS, de ser necesario evaluará la pertinencia de realizar una inspección previa a la suscripción del convenio con la finalidad de garantizar la calidad de la cobertura prestacional de la IPRESS/UGIPRESS/GORES/IAFAS sujetas a convenio, a necesidad de la DFPS.

IX. VIGENCIA

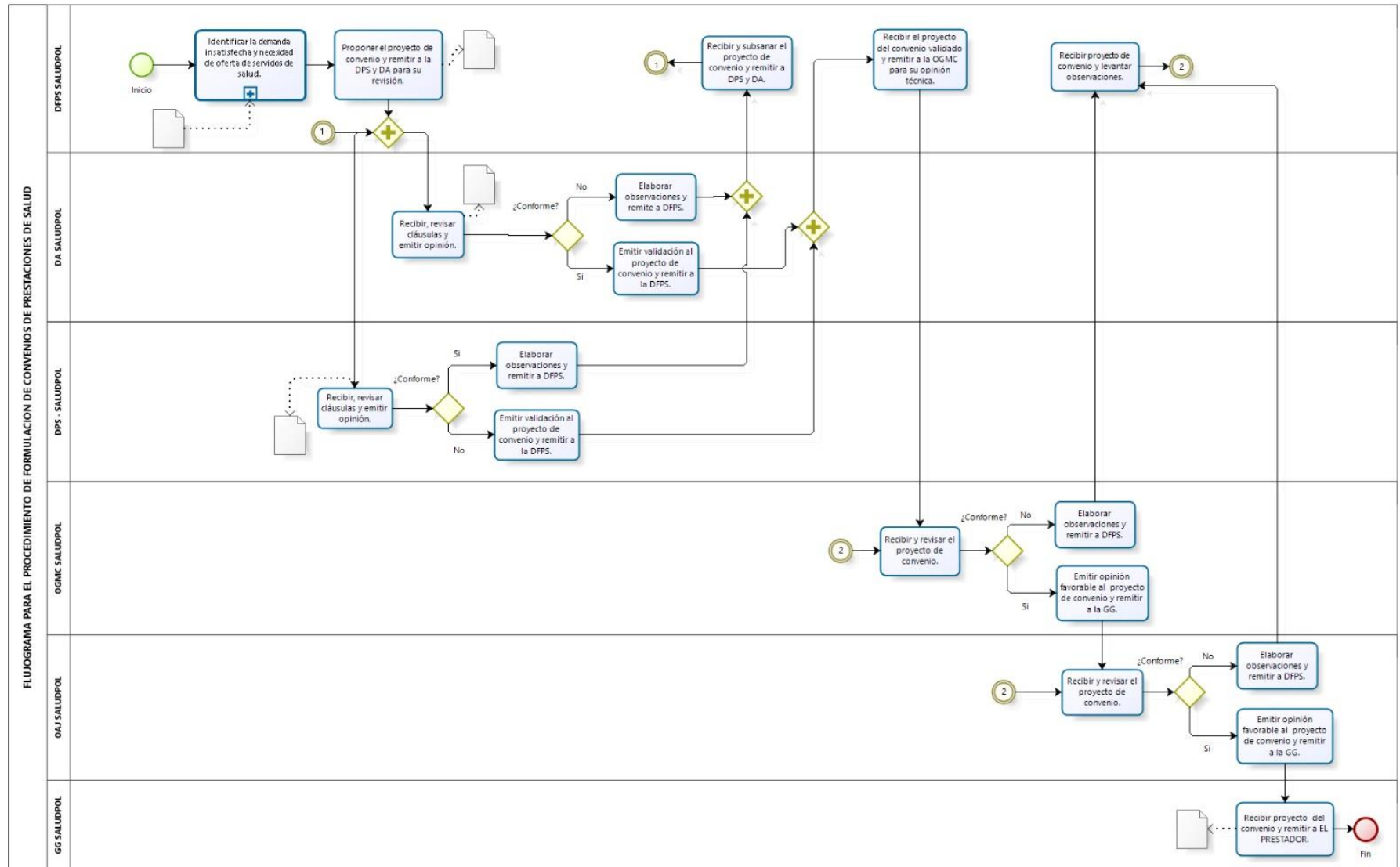
La presente Directiva entra en vigencia al día siguiente de su aprobación mediante Resolución de Gerencia General.

X. ANEXOS

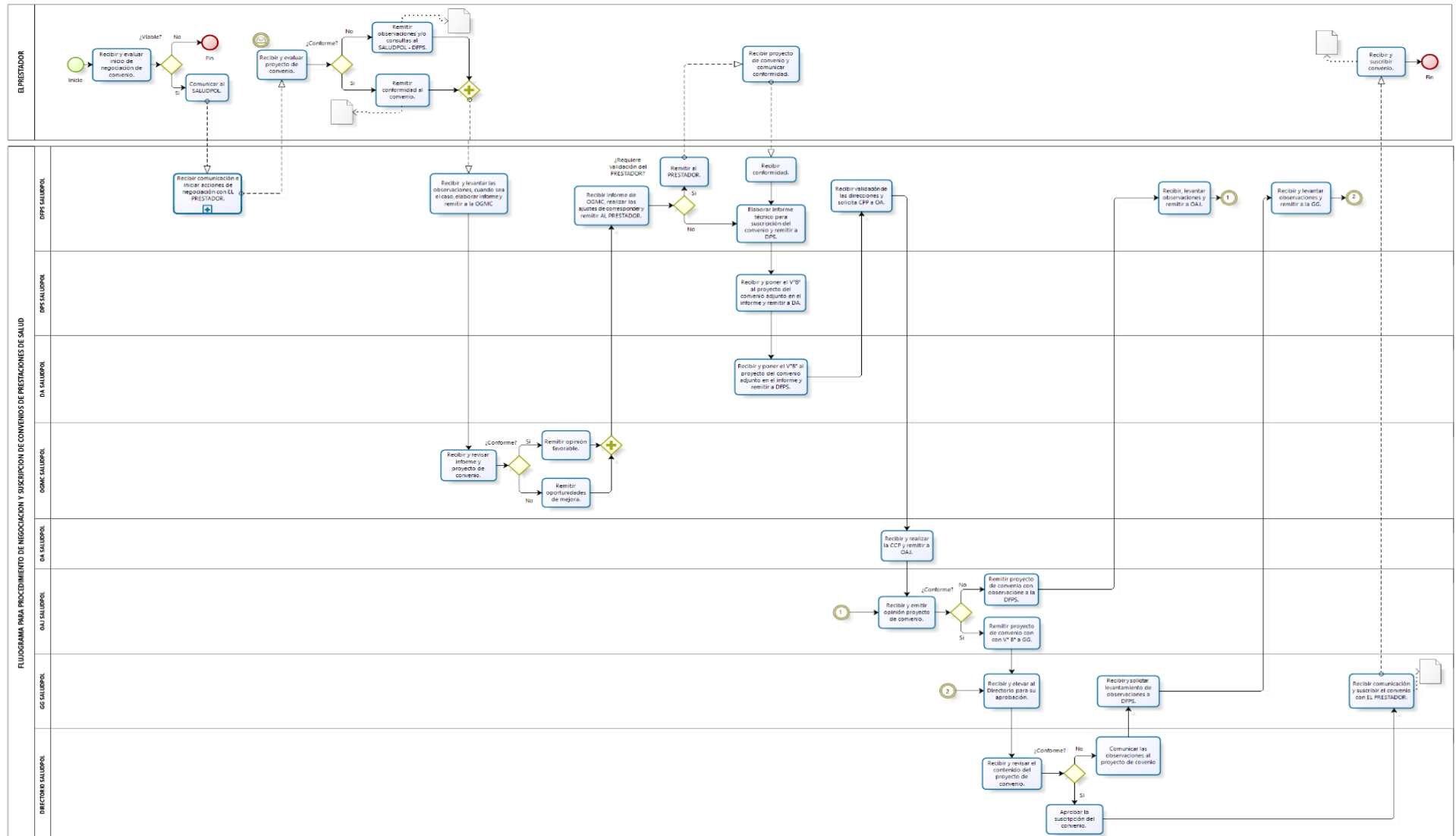
- Anexo N.º 1: Flujograma para la gestión del convenio. (Formulación, negociación, suscripción y registro)
- Anexo N.º 2: Flujograma de atención de beneficiarios
- Anexo N.º 3: Flujograma de atención de beneficiarios en casos de emergencia
- Anexo N.º 4: Cronograma de rendición del convenio
- Anexo N.º 5: Registro de seguimiento de convenios
- Anexo N.º 6: Requisitos para el control previo de las rendiciones por convenio prospectivo.
- Anexo N.º 7: Indicadores para la suscripción y evaluación de convenios
- Anexo N.º 8: Modelo de Convenio con el GORE/UGIPRESS/IPRESS/IAFAS públicas

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

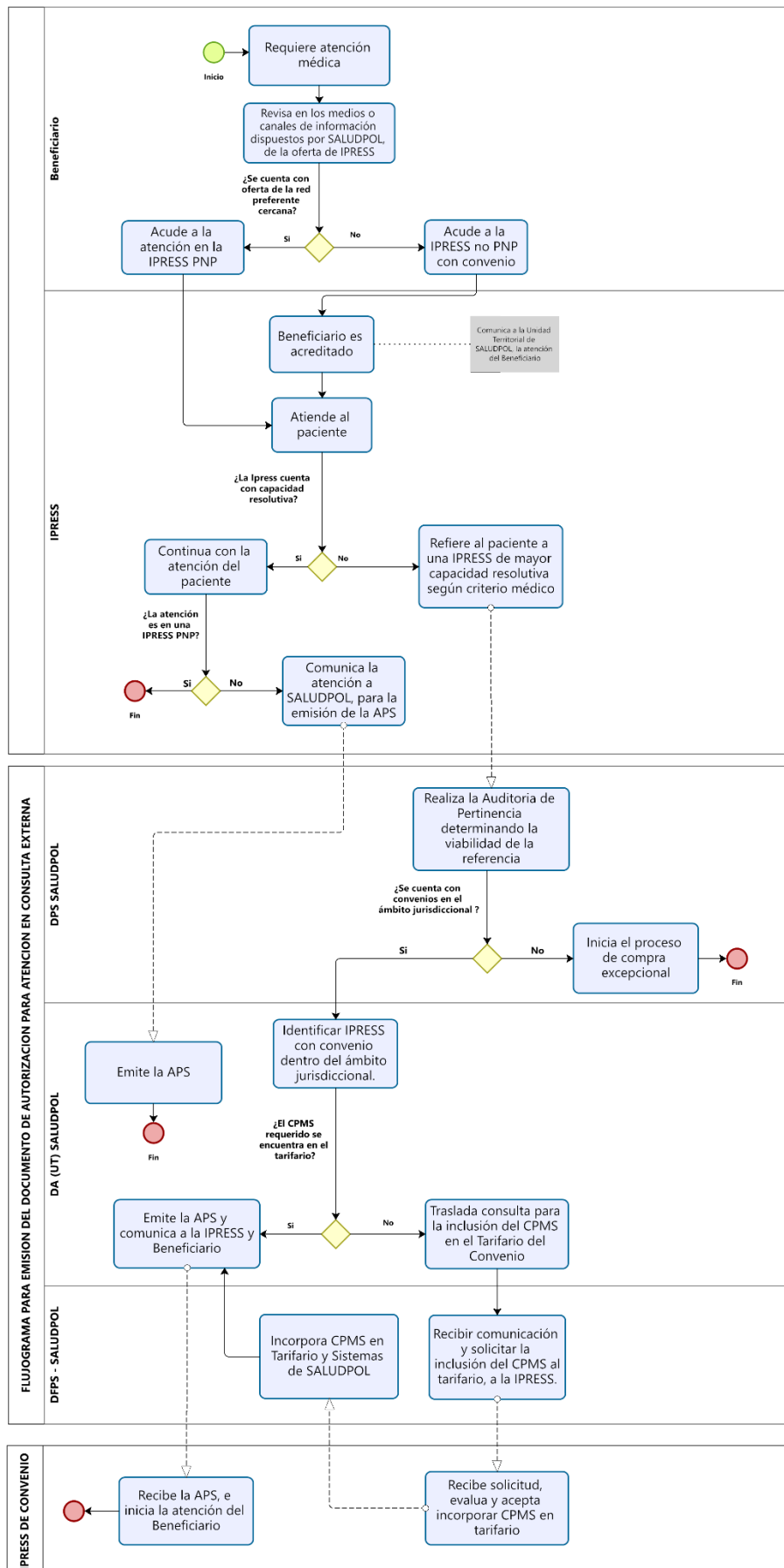
1. Decreto Supremo N.º 003-2016-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1159, que aprueba Disposiciones para la Implementación y Desarrollo del Intercambio Prestacional en el Sector Público.
2. Decreto Supremo N.º 008-2010-SA
3. Resolución Ministerial N.º 653-2020-MINSA, Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
4. Resolución de Superintendencia N.º 004-2020-SUSALUD/S
5. Plan de Salud de SALUDPOL vigente.
6. Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1159.
7. Resolución de Gerencia General N.º 113-2018-IN-SALUDPOL-GG
8. Resolución de Gerencia General N.º 187-2024-IN-SALUDPOL-GG / LINEAMIENTO N.º 001 - 2024-SALUDPOL-GG

Anexo N.º 1: Flujograma para la gestión del convenio: formulación


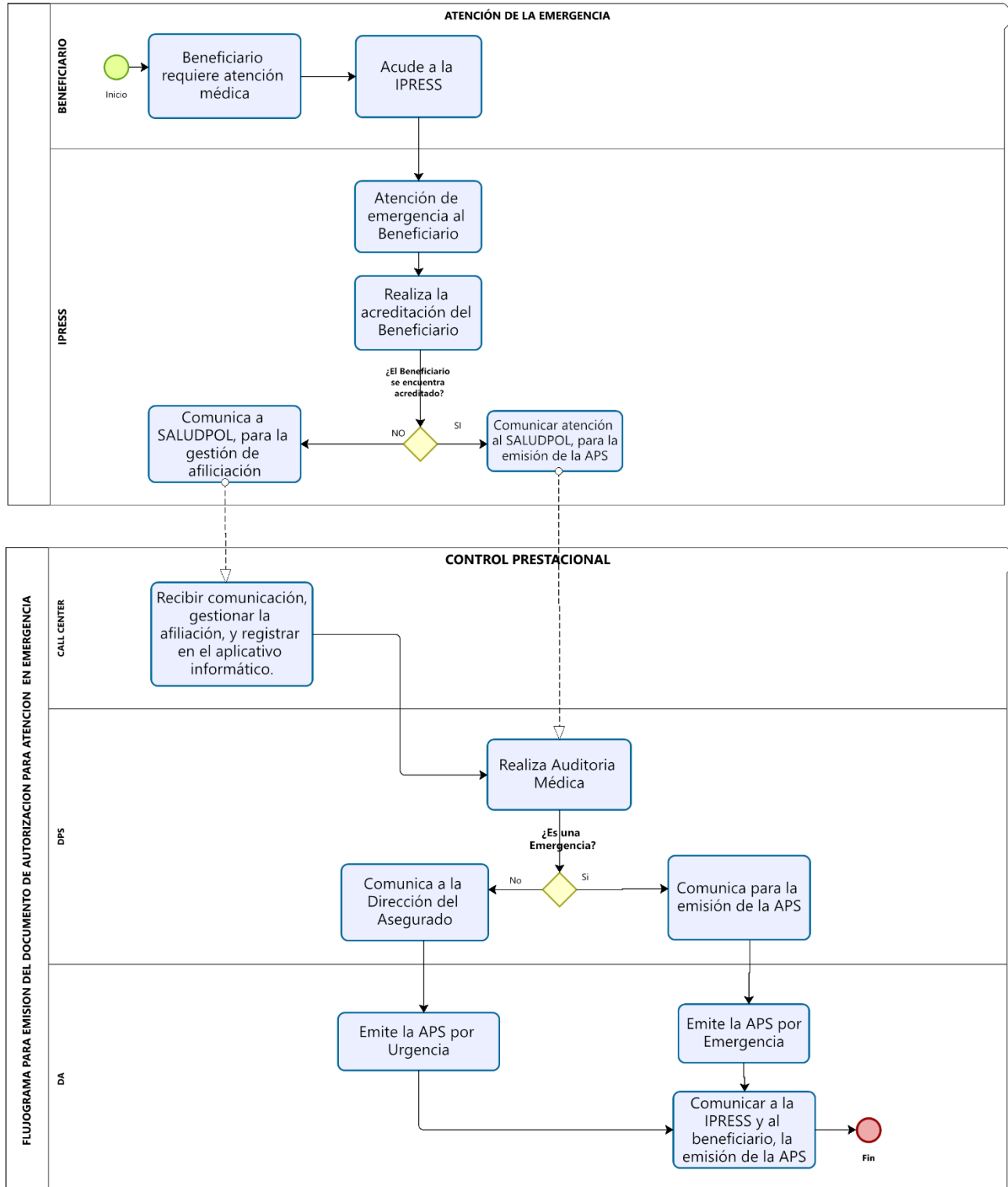
Flujograma para la gestión del convenio: negociación, suscripción y registro



Anexo N.º 2: Flujoograma de atención de beneficiarios



Anexo N.º 3: Flujoograma de atención de beneficiarios en casos de emergencia



**Anexo N.º 4:** Cronograma de rendición del Convenio

MES	VENCIMIENTO	MONTO PROYECTADO DE CONSUMO MENSUAL	MONTO TRANSFERIDO
			SALDO
1	5 – 20 días hábiles del mes siguiente		
2	5 – 20 días hábiles del mes siguiente		
...	...		
12	5 – 20 días hábiles del mes siguiente		

Nota: Formato empleado al momento de la negociación.

**Anexo N.º 5:** Registro de seguimiento de convenios

MES	VENCIMIENTO (plazo máximo)	MONTO RENDIDO				MONTO TRANSFERIDO (Según corresponda en soles)
		PROYECTADO	RENDIDO	LIQUIDADO	PAGADO	SALDO
1	5 – 20 días hábiles del mes siguiente					
2	5 – 20 días hábiles del mes siguiente					
...	...					
12	5 – 20 días hábiles del mes siguiente					

Nota: para el seguimiento con información proporcionada por Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, DPS y la Oficina de Administración.

Anexo N.º 6: Requisitos para el control previo de las rendiciones por convenio prospectivo.

Luego de otorgada la conformidad, las IPRESS deberán remitir a **LA IAFAS** de forma física y/o mesa de partes virtual y/o a través de correo electrónico dentro de los cinco (05) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación:

- Documento formal por mesa de partes físico o virtual.
- **Factura electrónica** (con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes)
- **Hoja resumen de liquidación** (el cual deberá contemplar como mínimo los siguientes datos: Mes de producción, N.º de Documento de Autorización, DNI, Nombre completo del paciente, Monto del procedimiento, Monto medicamento, Monto total, Fecha factura, N.º factura, Monto de factura, detallado en **Anexo N.º8** del convenio)

Además, el expediente de liquidación debe contener, como mínimo:

- Informe de la Oficina de Tecnología de la Información por el cierre de la prestación suscrito por el analista, indicando: Mes y año de cierre, Cantidad de prestaciones, Monto por procedimientos, Monto por productos, Nombre de IPRESS según convenio, Indicar si adjunta el Excel del cierre o indicar link de acceso.
- Memorándum Oficina de Tecnología de la Información suscrito por el jefe de la Oficina, indicando: Nombre de IPRESS según suscripción del convenio, Mes y año de cierre, Cantidad de prestaciones - conformes y/o observados, Monto por procedimientos - conformes y/o observados, Monto por productos - conformes y/o observados, Nombre de IPRESS según suscripción del convenio, Conclusión CONFORMIDAD PRESTACIONAL, Nombre de IPRESS según suscripción del convenio, Mes y año de cierre.
- Informe de Auditoría Medica de Validación prestacional, suscrito por el Auditor Medico y suscrito por el jefe de la Unidad de Auditoria Prestacional indicando: Mes y año de cierre, Cantidad de prestaciones - conformes y/o observados, Monto por procedimientos - conformes y/o observados, Monto por productos - conformes y/o observados, Nombre de IPRESS según suscripción del convenio y Conclusión CONFORMIDAD PRESTACIONAL, según corresponda.
- Memorándum de CONFORMIDAD suscrito por el director de la Dirección Prestaciones de Salud.
- Informe Técnico suscrito por el director de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, sobre la determinación de la modalidad de financiamiento por las prestaciones de salud.

**Anexo N.º 7:** Indicadores para la suscripción y evaluación de convenios

N.º	Nombre del indicador	Unidad de medida	Formula	Tendencia	Medición	Tipo	Resp.
1	Porcentaje de ejecución financiera respecto de los recursos pagados por SALUDPOL	%	Monto ejecutado rendido por la IPRESS no PNP con convenio del periodo/Monto total pagado por SALUDPOL a la IPRESS no PNP con convenio del periodo	Ascendente	Anual	Financiero	DFPS
2	Porcentaje de satisfacción del beneficiario usuario de los servicios de salud	%	Número de beneficiarios atendidos con nivel de satisfacción en las IPRESS en el periodo/ Número de beneficiarios atendidos en IPRESS en el periodo	Ascendente	Trimestral y/o Semestral y/o Anual	Calidad	DA
3	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad de las IPRESS evaluadas	%	Número de Servicios que presentan un nivel de cumplimiento favorables en las IPRESS en el periodo/ Número total de servicios evaluados en las IPRESS en el periodo	Ascendente	Anual	Proceso	DPS

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

Datos del Indicador

Identificador: I-1	Nombre: Porcentaje de ejecución financiera respecto de los recursos pagados por SALUDPOL
------------------------------	--

Objetivo:

Evaluar el desempeño en la gestión del gasto

Definición:

Medir la capacidad del gasto de las IPRESS no PNP para una gestión financiera efectiva y eficiente respecto de los recursos pagados por SALUDPOL.

Justificación:

Proporciona una medida clara del grado de cumplimiento respecto del presupuesto pagado por SALUDPOL. Promueve la optimización de los recursos financieros, garantizando que los fondos sean utilizados de manera eficiente y efectiva. Proporciona datos críticos para la planificación financiera y la toma de decisiones estratégicas.

Responsables:

Dirección de Financiamiento y Planes de Salud

Metodología de Cálculo

Fórmula: $\frac{\text{Monto ejecutado rendido por la IPRESS no PNP con convenio del periodo}}{\text{Monto total pagado por SALUDPOL a la IPRESS no PNP con convenio del periodo}} \times 100$	Especificaciones Técnicas: Numerador (Valor): Monto ejecutado y rendido por la IPRESS no PNP o convenio del periodo Denominador: Monto total pagado por SALUDPOL a la IPRESS no PNP o convenio del periodo Unidades Porcentaje (%)
---	--

Sentido esperado: X Ascendente Descendente Estable	Tipo: Financiero
--	--------------------------------

	Línea de base (*)	Logros esperados			
Año	2023	2024	2025	2026	2027
Valor en absoluto	60%	65%	70%	75%	80%

Fuente de Datos

Proceso de recolección y análisis:

- Consolidación de pagos por IPRESS no PNP o por convenios por periodo evaluado.
- Consolidación de rendiciones por IPRESS no PNP o por convenios por periodo evaluado.

Fuente y bases de datos:

- Reporte de pagos de la Unidad de Tesorería de la Oficina de Administración.
- Matriz de seguimiento de pagos y rendiciones de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.

Frecuencia de Evaluación:	Fechas de Evaluación:
Trimestral, Semestral, y Anual.	30 de enero del año siguiente del periodo evaluado

Referencias:

Cláusula del convenio relacionada a recepción, validación y conformidad prestacional.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR											
Datos del Indicador											
Identificador: I-2	Nombre: Porcentaje de satisfacción del beneficiario usuario de los servicios de salud										
Objetivo: Evaluar la percepción de los beneficiarios sobre la calidad de los servicios de salud brindados en las IPRESS.											
Definición: Niveles de satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos en las IPRESS PNP y No PNP, medido a través de encuestas SERVQUAL.											
Justificación: El indicador permite medir la percepción de calidad del servicio desde la perspectiva del usuario final, identificando áreas de mejora en la atención de las IPRESS PNP y No PNP. Esto fortalece la toma de decisiones para el diseño y ajuste de los convenios.											
Responsables: Dirección del Asegurado											
Metodología de Cálculo											
Fórmula: $\frac{\text{Número de beneficiarios atendidos con nivel de satisfacción en las IPRESS en el periodo}}{\text{Número de beneficiarios atendidos en las IPRESS en el periodo}} \times 100$			Especificaciones Técnicas: Numerador (Valor): Número de beneficiarios atendidos con nivel de satisfacción en las IPRESS en el periodo Denominador: Número de beneficiarios atendidos en las IPRESS en el periodo Unidades Porcentaje (%)								
Sentido esperado: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>☒</td> <td>Ascendente</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Descendente</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Estable</td> </tr> </table>			☒	Ascendente	☐	Descendente	☐	Estable	Tipo: Calidad		
☒	Ascendente										
☐	Descendente										
☐	Estable										
	Línea de base (*)		Logros esperados								
Año	2022	2023	2024	2025	2026						
Valor en absoluto	79%	84%	85%	86%	97%						
Fuente de Datos											
Proceso de recolección y análisis: - Aplicación de encuestas SERVQUAL y teniendo en cuenta la metodología de recolección. - Consolidación de resultados por convenios. - Análisis estadístico para determinar niveles de satisfacción.											
Fuente y bases de datos: - Encuestas de satisfacción del paciente dentro del periodo. - Listado de beneficiarios atendidos con atención registrada.											
Frecuencia de Evaluación:			Fechas de Evaluación:								
Trimestral y/o semestral y/o anual			30 del mes siguiente del periodo evaluado								
Referencias:											

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR					
Datos del Indicador					
Identificador: I-3	Nombre: Porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad de las IPRESS evaluadas				
Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en los servicios de salud brindados por las IPRESS PNP y No PNP.					
Definición: Porcentaje de IPRESS que cumplen con los estándares de calidad establecidos según la normativa vigente.					
Justificación: Este indicador mide el cumplimiento de estándares mínimos establecidos, que garantiza la calidad de la atención en las IPRESS. Es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios.					
Responsables: Dirección de Prestaciones de Salud					
Metodología de Cálculo					
Fórmula: $\frac{\text{Número de Servicios que presentan un nivel de cumplimiento favorables en las IPRESS en el periodo}}{\text{Número total de servicios evaluados en las IPRESS en el periodo}} \times 100$		Especificaciones Técnicas: Numerador (Valor): Número de Servicios que presentan un nivel de cumplimiento favorables en las IPRESS en el periodo Denominador: Número total de servicios evaluados en las IPRESS en el periodo Unidades Porcentaje (%)			
Sentido esperado:		☒ Ascendente ☐ Descendente ☐ Estable		Tipo: Proceso	
	Línea de base (*)	Logros esperados			
Año	2024	2025	2026	2027	2028
Valor en absoluto	95 %	97 %	98 %	100 %	100 %
Fuente de Datos					
Fuente: Plan Anual de Evaluación de estándares de Calidad de la atención en salud en las IPRESS Base de Datos: Informes de cumplimiento. Reportes de los resultados de las supervisiones.					
Fuente y bases de datos: Plan anual de Supervisiones. Base de datos de resultados de supervisión					
Frecuencia de Evaluación:			Fechas de Evaluación:		
Anual			No aplica		
Referencias:					

Anexo N.º 8: Modelo de Convenio con Gobierno Regional/UGIPRESS/ IPRESS/IAFAS pública

MODELO DE CONVENIO ENTRE UN GOBIERNO REGIONAL CON SEGURO SALUDPOL.

Conste por el presente documento, el Convenio de Prestación en salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC N°20178922581, con domicilio legal en Calle Domingo Elías N°148, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, con registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N°206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, y Certificado Registro N°10005, representada por el Gerente General _____, identificado con DNI N.º _____, con facultades de representación, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N° _____, de fecha _____, y autorizado para la suscripción del presente convenio, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de otra parte el Gobierno Regional de _____ con RUC N° _____, con domicilio legal en _____ del distrito de _____, provincia de _____ y departamento de _____, representado por su Gobernador Regional, _____, identificado con DNI N° _____, designado mediante Resolución N° _____, de fecha _____, a quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de las IPRESS de la región _____, precisando que, cuando se haga alusión a **LA IAFAS** y **EL PRESTADOR** de forma conjunta, en adelante se denominará **LAS PARTES** en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

- 1.1. Constitución Política del Perú de 1993.
- 1.2. Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 1.3. Ley N°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificaciones.²⁸
- 1.4. Ley N°27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias.
- 1.5. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento, que fue aprobado por el Decreto Supremo N°008-2010-SA.
- 1.6. Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA.
- 1.7. Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS.
- 1.8. Ley N°30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°009-2017-SA.
- 1.9. Ley N°30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento.
- 1.10. Decreto Legislativo N°295, Código Civil.
- 1.11. Decreto Legislativo N°1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.
- 1.12. Decreto Legislativo N°1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N°1230, 1267 y 1601.
- 1.13. Decreto Legislativo N°1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2015-IN.
- 1.14. Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N°1318, 1451 y 1604.
- 1.15. Decreto Legislativo N°1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el

²⁸ Considerado como precedente para la implementación de las IAFAS.

funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

- 1.16. Decreto Legislativo N°1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- 1.17. Decreto Legislativo N°1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.18. Decreto Supremo N°009-1997-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- 1.19. Decreto Supremo N°002-99-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud
- 1.20. Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.21. Decreto Supremo N°017-2011-SA, que aprueba la creación del programa nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU”
- 1.22. Decreto Supremo N°020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
- 1.23. Decreto Supremo N°002–2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
- 1.24. Decreto Supremo N°034-2015-SA, Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones administradoras de Fondos De Aseguramiento en Salud, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 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°026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.27. Decreto Supremo N°002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- 1.28. Decreto Supremo N°019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- 1.29. Decreto Supremo N°016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°27604, que modifica la Ley General de Salud N.º 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 1.30. Decreto de Urgencia N°007-2019, 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, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 026-2019-SA.
- 1.31. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- 1.32. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.

- 1.33. Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- 1.34. Resolución Ministerial N.º 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- 1.35. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N.º 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.
- 1.36. Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N.º 265-2018/MINSA,
- 1.37. Resolución Ministerial N.º 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.38. Resolución Ministerial N.º 951-2019-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 276-MINSA-2019-DGAIN, “Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- 1.39. Resolución Ministerial N.º 1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- 1.40. Resolución Ministerial N.º 433-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 291-MINSA/2020/DGAIN, “Disposiciones Complementarias al Intercambio Prestacional en Salud en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466”.
- 1.41. Resolución Ministerial N.º 653-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud”.
- 1.42. Resolución Ministerial N.º 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.43. Resolución de Superintendencia N.º 004-2020-SUSALUD/S, que 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 (IPRESS)”.
- 1.44. Resolución Ministerial N.º 346-2021/MINSA, que aprueba el Listado del Costo Estándar de los Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios de Pre Hospitalaria y del Transporte Asistido de Pacientes.
- 1.45. Resolución Ministerial N.º 539-2022/MNSA, que aprueba la actualización del “Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su Costo Estándar”.
- 1.46. Resolución de Superintendencia N.º 086-2021-SUSALUD/S que aprueba el “Reglamento del Modelo De Transacción Electrónica De Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF-IP”.
- 1.47. Todas aquellas normas vigentes que resulten aplicables y que se emitan en materia de salud

en el marco del presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:

- 2.1. **Adenda:** Documento mediante el cual se realizan modificaciones o prórrogas a los términos del Convenio suscrito. La aprobación de la Adenda requiere seguir el mismo procedimiento determinado para la firma de un convenio.
- 2.2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 2.3. **Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
 - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
 - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- 2.4. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que este bajo la cobertura de algunos de los regímenes del AUS.
- 2.5. **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, familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud-UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
- 2.6. **Beneficiario de SALUDPOL:** Toda persona titular de la PNP, y familiares derechohabientes, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 19 del Decreto Supremo N° 002-2015-IN y sus modificatorias, que gozan de la cobertura de salud financiada por SALUDPOL según corresponda.
- 2.7. **Beneficiario de SALUDPOL:** Son beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL), los siguientes:
 - a) El personal policial de la Policía Nacional del Perú en Situación de Actividad, así como el personal policial en Situación de Disponibilidad o Retiro con derecho a pensión.
 - b) Los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.

- c) Los Alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
 - d) El o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley; así como los cónyuges sobrevivientes del personal policial con derecho a pensión, en tanto no contraigan matrimonio o unión de hecho.
 - e) Los hijos menores de edad, hijos mayores de edad hasta los 28 años, siempre y cuando cursen estudios ininterrumpidos o mayores con incapacidad en forma total y permanente para el trabajo y los padres, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.
- 2.8. **Calidad de la atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
- 2.9. **Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.
- 2.10. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) publicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.
- 2.11. **Capacidad resolutive de la IPRESS:** Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que produce.
- 2.12. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos Sanitarios.
- 2.13. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de servicios que produce una IPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la Autoridad Nacional de Salud. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las IPRESS.
- 2.14. **Categoría:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- 2.15. **Categorización:** Proceso que conduce a clasificar a los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

- 2.16. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
- 2.17. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por conceptos de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
- 2.18. **Conjunto Mínimo de Datos (CMD):** Es el conjunto mínimo de datos del asegurado que recibe una prestación de salud; que LA UGIPRESS deberá remitir a LA IAFAS en formato y/o medio que LA IAFAS defina; según lo establecido normativamente por SUSALUD.
- 2.19. **Control prestacional:** Son los procesos de control previo, simultáneo o posterior que realizan las IAFAS para realizar el análisis a los registros y documentación que sustenta las prestaciones brindadas a los asegurados para garantizar la eficiencia, calidad, equidad y transparencia en la atención médica brindada a los asegurados.
- 2.20. **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.
- 2.21. **Documento de Autorización por Convenio:** Es el documento que brinda la autorización de Prestación de Salud al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en IPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.
- 2.22. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a paciente con daños calificados como prioridad I y II.
- 2.23. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por LA IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.
- 2.24. **Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.
- 2.25. **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.
- 2.26. **Liquidación de Prestación de Salud:** Proceso realizado por la IAFAS, aplicable a las prestaciones de salud declaradas por los Prestadores, según el mecanismo de pago acordado, mediante el cual se determina el importe y se reconoce la prestación de salud.

- 2.27. **Intercambio prestacional en Salud:** Acciones de articulación Interinstitucional que garantizan el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura prestacional y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.
- 2.28. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente el pagador.
- 2.29. **Oferta Móvil:** Este tipo de oferta está referido a todas las modalidades de entrega de servicios de salud en las que los recursos necesarios se movilizan al encuentro con la demanda. Dependiendo de los objetivos a cubrir se han diseñado un conjunto amplio de modalidades. En general, se puede mencionar que este tipo de oferta se da de manera individual a través de la asistencia de personal de salud al domicilio u otro lugar en busca de los usuarios o pacientes, o de manera organizada a través del traslado de equipos de profesionales con el equipamiento necesario, conformando brigadas e incluso hasta hospitales que de manera programada o en respuesta a eventos se constituyen en lugares con inexistente o insuficiente oferta o con necesidad de complementar servicios.
- 2.30. **Observaciones:** Se da al ser observada una prestación de salud, y no cumple con reglas de conformidad entre IAFAS e IPRESS.
- 2.31. **Pago por servicio de salud prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud.
- 2.32. **Pago por servicio de salud retrospectivo:** Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.
- 2.33. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.
- 2.34. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:** Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- 2.35. **Plan de Salud del SALUDPOL:** corresponde al Plan específico, es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que los beneficiarios tienen frente a distintas prestaciones de salud y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, su acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, amparándonos en los principios dados. El Plan de Salud del SALUDPOL responde a las principales necesidades de

salud de la familia policial; comprende acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.

- 2.36. **Precios de Operación (SISMED):** Se hace referencia a los precios de adquisición y el porcentaje establecido en la directiva sanitaria vigente para la gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 2.37. **Prestaciones de Salud:** Se reconocen 2 acepciones:
1. Se usa como sinónimo de atenciones de salud.
 2. Dentro de la Teoría de Seguros, se denomina así a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una IPRESS, en el contexto de una relación creada mediante un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones.
- 2.38. **Red de Salud:** Conjunto de IPRESS públicas, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones de salud, en función de las necesidades de la población.
- 2.39. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad
- 2.40. **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.
- 2.41. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC):** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud, de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.
- 2.42. **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”.
- 2.43. **Tarifa:** Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.
- 2.44. **Titular:** Personal policial oficial, técnico, sub oficial y alumnos de las escuelas de formación en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión de jubilación, mediante una planilla de pago.
- 2.45. **Validación prestacional:** Son los procesos de control que realizará la IAFAS SALUDPOL para determinar la validez de la prestación para efectos de pago, incluyen el Proceso de

Validación en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud, Proceso de Reconsideración y Proceso de Control Presencial Posterior, y otros que pueden ser implementados.

- 2.46. **Usuario de los servicios de salud:** Es la persona que requiere y hace uso de los servicios de salud intramurales y extramurales de una IPRESS. No implica necesariamente que esté enfermo. Podría ser que use servicios orientados a la prevención de enfermedades, o a la promoción de la salud o de estilos de vida saludables, o algún servicio de tipo administrativo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS:

EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, la que se encuentra inscrita en el Registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N° 206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Certificado Registro N° 10005; es una institución con personería jurídica de derecho público adscrita al Ministerio del Interior que cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable y tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura de los riesgos de salud, de conformidad al marco normativo vigente, la cual ha identificado una brecha de demanda insatisfecha. A quién se le denominará **LA IAFAS** y será el **FINANCIADOR**.

DEL GOBIERNO REGIONAL:

EL GOBIERNO REGIONAL DE _____ de acuerdo a la Ley N° 27867, “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”, es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. El Gobierno Regional de _____, emana de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial conforme a ley. Tiene como misión organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.

La Gerencia Regional de Salud _____, garantiza que, la cobertura de las prestaciones de salud se brinde de manera oportuna, completa y con calidad en los establecimientos de salud del ámbito jurisdiccional del GOBIERNO REGIONAL DE _____, de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo la GERESA _____, la encargada de ejecutar las prestaciones de salud, en el presente Convenio en coordinación con sus Unidades Ejecutoras correspondientes.

Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional de _____ se denomina **EL PRESTADOR**, en representación de las UGIPRESS y/o IPRESS (Unidades Ejecutoras) que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente convenio.

DE LAS IPRESS ADSCRITAS

Son organismos públicos pertenecientes a las Unidades Ejecutoras de la GERESA _____ del Gobierno Regional de _____, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo N° 01 del presente convenio y son responsables de formular, adecuar, implementar y evaluar las políticas del sector salud en la región. Están encargadas de promover la salud y proveer una atención integral de salud con calidad, para lo cual se constituyen en instituciones que tienen por objetivo

satisfacer las necesidades de salud de la Región.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el intercambio prestacional en salud, **EL PRESTADOR** a través de sus IPRESS que forman parte de la GERESA _____, detalladas en el Anexo N°01 adjunto, se obliga a brindar los servicios de salud de tipo preventivo, recuperativo, promocional, rehabilitación, oferta móvil y flexible, de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud establecido en el Anexo N°02 que forma parte del presente Convenio, a los asegurados de **LA IAFAS** que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a sus Planes de Aseguramiento en Salud a cambio de la contraprestación prevista en la Cláusula Decima del presente convenio.

LA IAFAS se obliga a pagar por los servicios de salud que se brindan a sus asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según la Cláusula Decima: De las Tarifas y Anexo N°03 que forma parte del presente convenio

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados de **LA IAFAS** se realizarán en las instalaciones y servicios de **LAS IPRESS** detalladas en el Anexo N°01 que forma parte del presente Convenio, de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio se aplica en la jurisdicción del Gobierno Regional de _____, beneficiando a la población asignada a **LA IAFAS**; reconocida como demanda insatisfecha, con el propósito de incrementar la oferta de servicios de salud. En el caso de la atención a asegurados en condición de transeúntes (adscritos a otra región), **LA IAFAS** se compromete a garantizar el pago de las prestaciones de salud conforme a lo establecido en este convenio.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

6.1 LAS PARTES acuerdan gestionar la acreditación de asegurados en el marco a las “Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud Modelo SITEDS”, de acuerdo con lo establecido por SUSALUD.

No obstante, en tanto no se haya realizado implementado el MODELO SITEDS, y/o alguna de las partes no se encuentre operativo para tal implementación, se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

6.1.1 Para identificar a los asegurados objeto del convenio, y estos puedan acceder a la prestación del servicio de salud, es obligatorio que la persona presente al personal de admisión de LAS IPRESS, alguno de los siguientes documentos:

- 1) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 2) Carné de Extranjería, pasaporte.
- 3) Certificado de nacido vivo (CNV).

- 6.1.2 En el marco del presente Convenio, LAS PARTES utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Beneficiarios (disponible en la página web [www.saludpol.gob.pe](https://app-cbo.saludpol.gob.pe) cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por **LA IAFAS** en el cual podrá verificar la condición de asegurado “ACTIVO”.
- 6.1.3 En caso de que el beneficiario pierda su condición de activo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, se reconocerá las prestaciones que hubieran sido autorizadas previamente a la pérdida de su condición de activo hasta la finalización de su atención, siempre y cuando estas no correspondan a exclusiones de la cobertura. Esto, de acuerdo al Plan de Salud vigente de **LA IAFAS**.

CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

- 7.1 La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente convenio se encuentra detallada en Anexo N° 02, que forma parte del presente Convenio y será brindada según el Plan de Salud de **LA IAFAS**, que corresponde al Plan Específico y que posee mejores condiciones que el PEAS, para lo cual **EL PRESTADOR** comunicará la actualización de la cartera de servicios de las IPRESS, a través de documento formal, el cual será evaluado por **LA IAFAS**.
- 7.2 **EL PRESTADOR** a través de sus IPRESS adscritas (según Anexo N° 01), se obliga a brindar las prestaciones de salud convenidas en las instalaciones y servicios de las IPRESS; 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 y disponiendo del personal idóneo, de infraestructura y equipamiento adecuado para cumplir tal fin.
- 7.3 **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.
- 7.4 **LAS PARTES** de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.
- 7.5 La solicitud de prestación de salud de los beneficiarios es realizada por las IPRESS PNP y NO PNP (consulta externa) y/o reporte de emergencias realizada por el beneficiario, acompañante o la IPRESS que admite al beneficiario, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM).

CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y MECANISMOS DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer la siguiente modalidad y mecanismo de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es **pago prospectivo**. Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada.
- El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por *prestaciones, procedimientos, productos*

farmacéuticos y dispositivos médicos, acordado entre **LAS PARTES** según los valores y las tarifas contenidas en el Anexo N°03 y lo establecido en la Cláusula sobre TARIFAS del presente Convenio respectivamente.

La modalidad y mecanismo de pago se encuentra detallado en el Anexo N°09 del presente convenio.

LA IAFAS realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes a **EL PRESTADOR**, por las prestaciones brindadas. **EL PRESTADOR** se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de **LA IAFAS**.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

CLÁUSULA NOVENA: DE LAS TARIFAS

- 9.1. Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro y han sido establecidas de mutuo acuerdo. Las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios incluyen los costos de los insumos y materiales médicos y se encuentran estipuladas en el Anexo N° 03, _____ y podrán ser actualizadas a solicitud de la IPRESS de **EL PRESTADOR** a través de documento formal y previo análisis y aceptación de LA IAFAS.
- 9.2. Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED.²⁹
- 9.3. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario de este Convenio podrán ser actualizadas a solicitud de las IPRESS de **EL PRESTADOR** mediante documento formal o correo electrónico institucional, según el Anexo N° 3.1; previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**, y en forma posterior se debe regularizar a través de la suscripción de una Adenda.

CLÁUSULA DÉCIMA: DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN E INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS

- 10.1. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** garantizan que las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a las IAFAS y a SUSALUD de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD, siendo el plazo de implementación de este modelo, previo acuerdo mediante documento adicional firmado por los representantes de LAS PARTES.
- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Único de Registro de Prestaciones de Salud- SURPS o el que haga sus veces), que contenga al menos el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el Anexo N° 06 y de acuerdo con la normativa vigente.

²⁹ Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.

- 10.3. Por medio del Sistema de Procedimientos de Médicos (SPM), la IAFAS emitirá la Autorización de Prestación de Salud (APS), ante la solicitud de prestación de salud correspondiente.
- 10.4. Para las IPRESS de **EL PRESTADOR** que no cuenten con acceso directo al Sistema de Registro de Prestaciones por diversas razones entre ellas el acceso a internet, se recolectará la información requerida de acuerdo al Anexo N° 06 y 6.1. Posteriormente la IPRESS y/o UGIPRESS debe registrar las prestaciones en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, en el plazo señalado en la cláusula sobre recepción, validación y conformidad prestacional.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RECEPCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

- 11.1. **LA IAFAS** realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con **EL PRESTADOR** según normativa vigente y condiciones pactadas en el presente convenio, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.
- 11.2. El registro de prestaciones de salud está habilitado desde el primer día del mes de producción hasta el vigésimo día calendario del siguiente mes, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, presentada hasta el día siguiente del plazo indicado, en cuyo caso puede ser ampliado el plazo para el registro de las prestaciones hasta el último día calendario del referido periodo.
- 11.3. Al día siguiente de culminado el plazo de registro de las prestaciones del mes de producción, **LA IAFAS** realiza el cierre automático de registros de prestaciones de salud, lo cual será comunicado a la IPRESS mediante correo electrónico institucional, no pudiendo **EL PRESTADOR** registrar más prestaciones.
- 11.4. Para la validación y conformidad prestacional, **LA IAFAS** cuenta con un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente del documento de la OTI-SALUDPOL sobre la comunicación del cierre automático.
- 11.5. Las prestaciones observadas producto del proceso de validación y conformidad prestacional deben ser comunicadas por **LA IAFAS** a las IPRESS o UGIPRESS de culminada la validación, caso contrario se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente.
- 11.6. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** levantarán las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, mediante correo electrónico o sistema informático de **LA IAFAS**, según se le indique, para las subsanaciones correspondientes en función a la complejidad del servicio. Todo el proceso de levantamiento de observaciones debe realizarse en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones. Se considera la ampliación del plazo de manera excepcional hasta por quince (15) días hábiles adicionales, salvo justificación sustentada de la UGIPRESS o IPRESS y debidamente comunicada a la IAFAS antes del vencimiento del plazo inicial.
- 11.7. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles desde que **EL PRESTADOR** realice el levantamiento.
- 11.8. De no cumplir la IPRESS e UGIPRESS con la subsanación de la observación dentro del plazo establecido, LA IAFAS dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago.

- 11.9. Las prestaciones que no son subsanadas por la IPRESS de **EL PRESTADOR** en el plazo establecido no forman parte de la producción del periodo gestionado.
- 11.10. Las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con el proceso de liquidación de prestaciones.
- 11.11. Luego de otorgada la conformidad, las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** deberán remitir a la IAFAS de forma física y/o mesa de partes virtual y/o a través de correo electrónico dentro de los diez (10) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación: la factura, la hoja resumen de liquidación (Anexo N° 07); y Declaración Jurada (según Anexo N° 08).
- 11.12. En el proceso de la liquidación, se agregará el monto por IGV a través de la facturación, sumándose el IGV a las tarifas ya concertadas por procedimientos médicos.
- 11.13. LA IAFAS se compromete a efectuar la transferencia y/o rendición de pagos prospectivos, según corresponda, en el plazo de treinta (30) días calendario y el mecanismo de pago acordado respetando las condiciones establecidas en el convenio.
- 11.14. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por las Unidades Ejecutoras, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes. Asimismo, las PARTES acuerdan que para suscribir un nuevo convenio no debe de existir pagos pendientes involucrados en el citado convenio y otras por pago por deudas ajenas al convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES NO REGISTRADAS Y/O PRESTACIONES OBSERVADAS

La IPRESS podrá interponer recursos de reconsideración de las prestaciones de salud observadas (que no lograron ser subsanadas ya sea por no haber sido levantadas oportunamente dentro del plazo correspondiente y/o por no haber logrado superar la validación de la subsanación realizadas), así como de prestaciones no registradas, en el plazo perentorio de quince (15) días calendarios posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico de la unidad de organización de **LA IAFAS**.

- 12.1. El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación de **LA IAFAS**.
- 12.2. **LA IAFAS** emitirá pronunciamiento en el plazo de 30 días calendario.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En caso la IPRESS de **EL PRESTADOR** no cuente con la capacidad resolutoria suficiente para atender las necesidades de salud del asegurado, comunica en forma inmediata a la Dirección del Asegurado de **LA IAFAS**³⁰ a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del asegurado, según las normas vigentes.

En este caso, los costos que demanden el traslado y la atención de salud del asegurado, serán financiados a la IPRESS de **EL PRESTADOR** en dicho periodo y/o mes de producción.

³⁰ De acuerdo a los canales de comunicación debidamente socializados de la IAFAS.

En casos la IPRESS de **EL PRESTADOR** no cuente con ambulancia disponible, debe comunicar a la Dirección del Asegurado de **LA IAFAS** de la región a fin de que se coordinen y adopten las acciones necesarias.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

La IPRESS de **EL PRESTADOR** se compromete a capacitar al personal que labora en la plataforma de atención al usuario en salud, sobre el contenido del presente convenio de intercambio prestacional en salud a efectos que se puedan brindar información y absolver consultas sobre los asegurados que así lo requieran.

Las denuncias y reclamos que formulen los 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 las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, la IPRESS de **EL PRESTADOR** informará mensualmente a la 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de LA IAFAS:

- 15.1. Informar a sus beneficiarios sobre el alcance de los servicios de salud que serán brindados por las IPRESS de **EL PRESTADOR** en el marco del presente Convenio.
- 15.2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario, para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por las IPRESS de **EL PRESTADOR** en el marco del presente Convenio.
- 15.3. Brindar oportunamente información a **EL PRESTADOR**, sobre los beneficiarios con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 15.4. Informar a **EL PRESTADOR** sobre los procedimientos administrativos para la atención de los beneficiarios y aquellos que se derivan en su relación con LA IAFAS, así como las modificaciones que se susciten.
- 15.5. Efectuar la transferencia de recursos oportunamente a favor de **EL PRESTADOR** por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 15.6. Comunicar a **EL PRESTADOR** sobre la normativa vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
- 15.7. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el registro de auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
- 15.8. Capacitar al personal designado por **EL PRESTADOR** en las características de sus planes de salud siempre que formen parte del presente Convenio.

- 15.9. Informar en forma detallada a **EL PRESTADOR**, sobre cualquier modificación que realice en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en las IPRESS de **EL PRESTADOR**.
- 15.10. Establecer, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
- 15.11. Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos.
- 15.12. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
- 15.13. Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 15.14. Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
- 15.15. Supervisar y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad, de las prestaciones brindadas a los beneficiarios por **EL PRESTADOR**.
- 15.16. Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR

Son obligaciones de **EL PRESTADOR**:

- 16.1. Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con LA IAFAS, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratado.
- 16.2. Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 16.3. Garantizar la verificación de la acreditación identidad del asegurado o usuario de salud y su condición de asegurado de LA IAFAS, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 16.4. No realizar cobros adicionales de ningún tipo, a los asegurados de LA IAFAS por los servicios de salud que son objeto del presente Convenio.
- 16.5. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a LA IAFAS, a fin de que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
- 16.6. Garantizar que se cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá 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 normativa aplicable para tales efectos.
- 16.7. No discriminar en su atención a los beneficiarios de LA 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.

- 16.8. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de LA IAFAS y de aquella que se genere en LA IPRESS, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.
- 16.9. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con LA IAFAS, siendo LA IPRESS responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable en la vía civil.
- 16.10. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo con las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención según los requerimientos de **LA IAFAS**.
- 16.11. Mantener una Historia Clínica única por asegurado, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS** la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiende en mérito del contrato.
- 16.12. En aras de la digitalización de procesos y la simplificación administrativa, las IPRESS deberán considerar el uso de las Historias Clínicas Electrónicas en función de la viabilidad técnica y de manera progresiva.
- 16.13. En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS**, dentro de las veinticuatro (24) horas de identificado la necesidad, sobre beneficiarios con contingencias que exceden la cobertura convenida o la capacidad de resolución de **LA IPRESS**, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 16.14. Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
- 16.15. Informar de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.
- 16.16. Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con guía u hoja de liquidación de gastos debidamente detallada y valorizada.
- 16.17. Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes
- 16.18. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente Convenio o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y demás normas aplicables.
- 16.19. En cuanto a los criterios de calidad de las prestaciones de salud a brindarse, la Dirección de Prestaciones de Salud se basará en los protocolos y estándares de calidad aprobados por el Ministerio de Salud – MINSAL y/o por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, vinculados a las normas técnicas de Estándares de Calidad. Asimismo, los criterios de calidad están sobre la base de la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno.

- 16.20. LA IPRESS prestará su atención con médicos especialistas, en caso corresponda, los mismos que contarán con su respectivo Registro Nacional de Especialista (RNE), del Colegio Médico del Perú (CMP). Para especialistas que cuenten con RNE en trámite, la IPRESS de **EL PRESTADOR** deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egresado de la especialidad del médico tratante.
- 16.21. LA IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a LA IAFAS la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio, para efectos de auditoría prestacional.
- 16.22. Brindar información en forma oportuna a LA IAFAS, al asegurado y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, la IPRESS realice las gestiones que corresponda con la nueva IAFAS para que ésta brinde la cobertura de las prestaciones cuando la cobertura de la primera IAFAS se haya agotado.
- 16.23. Garantizar que se presente a la IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como la demás información requerida por SUSALUD.
- 16.24. Implementar los aplicativos informáticos acordado por las partes.
- 16.25. Garantizar que sus IPRESS que forman parte del presente convenio, deben informar de inmediato a LA IAFAS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de salud a los asegurados.
- 16.26. Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones u omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
- 16.27. Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

- 17.1. **LA IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control de siniestralidad con la finalidad verificar las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS de **EL PRESTADOR** a sus asegurados. Para tal efecto **LA IAFAS** podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:
- 17.1.1. Verificación del cumplimiento de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares de calidad y la normativa vigente, a través de las visitas de evaluación programadas y/o inopinadas por **SALUDPOL**. De hallar observaciones comunica el resultado de la evaluación de los estándares de calidad al prestador para la elaboración del Plan de Mitigación, el cuál debe ser presentado en 15 días hábiles desde la notificación de los resultados de la evaluación, el mismo que debe de contener los plazos para su levantamiento según normativa vigente.
- 17.1.1. LA IAFAS, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en LA IPRESS, cuyos resultados serán comunicados a la Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS.
- 17.1.2. Efectuar auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas por **LA IAFAS**.

- 17.1.3. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros relacionados al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por LA IAFAS.
- 17.1.4. El proceso control presencial posterior a las prestaciones conformes liquidadas.
- 17.1.5. Realizar otras actividades de control que LA IAFAS considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio, comunicadas previamente a **EL PRESTADOR**.
- 17.2. Las observaciones producto de los procesos de control posterior realizados por LA IAFAS, será deducido del monto liquidado.
- 17.3. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.
- 17.4. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.
- 18. **LA IAFAS** puede 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 de acuerdo al procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- 18.1. Las IPRESS garantizan se apliquen las guías de práctica clínica y los protocolos de atención en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- 18.2. En caso de no disponer de Guías Nacionales, las IPRESS podrá optar por evidencia científica disponible.
- 18.3. Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.
- 18.4. LA IAFAS y las IPRESS de **EL PRESTADOR**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- 18.5. Las guías de diagnóstico y tratamiento no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

Para la remisión de información entre LAS PARTES, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos (CPMS y codificación CIE-10) normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o el Ministerio de Salud – MINSA; así como los formatos aprobados por dichas Entidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

- 20.1 Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio cuando la otra parte incumpla injustificadamente con sus obligaciones esenciales, contempladas en el presente Convenio,

debiendo previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.

20.2 Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuación del Convenio.

20.3 Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.

20.4 Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

20.5 En caso de que un asegurado esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, la IPRESS de **EL PRESTADOR** continuará con su atención hasta su alta o su referencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. LA IAFAS deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Los términos del presente Convenio se establecen sobre la base del principio de la buena fe, por lo que las partes convienen que; en caso de producirse alguna controversia relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, se podrán resolver mediante trato directo.

Sin perjuicio de lo anterior, de persistir conflicto o desavenencia que surja de la ejecución e interpretación del presente Convenio, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y de Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD, a cuyas normas las partes se someten.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ANTICORRUPCIÓN

LAS PARTES reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, será realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anti corrupción.

LAS PARTES declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene 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 al convenio de intercambio prestacional en salud.

Asimismo, declaran que no ofrecerán entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.

LAS PARTES se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente. Además, LA PARTES se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que

tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple, efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación de su vigencia.

El presente Convenio comienza a regir (inicio de operatividad) previa comunicación vía correo electrónico y/o documento formal, una vez se encuentre operativo e implementado; luego de haberse realizado las capacitaciones referentes al Convenio.

Asimismo, de manera anual se suscribirán actas de reunión en la cual se presentarán los marcos presupuestales y los procesos de liquidación del año previo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

El presente Convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre las partes, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las instituciones intervinientes y formarán parte integrante del presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DE LOS PAGOS QUE REALICE LA IAFAS

En el marco del presente Convenio, el Gobierno Regional de _____ autoriza a **LA IAFAS** a realizar pagos directamente a las Unidades Ejecutoras adscritas a la región en el marco del presente convenio.

En ese sentido, **LA IAFAS** podrá realizar el pago de recursos financieros directamente a las IPRESS del Anexo N° 01 que sean Unidades Ejecutoras, mientras que en el caso de las IPRESS que no sean Unidades Ejecutoras, las transferencias se realizarán directamente a la Unidad Ejecutora a la cual pertenezcan según lo estipulado en la Cláusula Octava del presente Convenio.

Para la operatividad del presente Convenio se considera el registro de prestaciones en el sistema de **LA IAFAS**, la rendición y la facturación.

Se consideran IPRESS con Personería Jurídica y Unidades Ejecutoras, o que pertenezcan a alguna, a las consignadas en la siguiente tabla:

TABLA DE TRANSFERENCIAS A UNIDADES EJECUTORAS ADSCRITAS AL GOBIERNO REGIONAL DE _____ EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

	CODIGO	NOMBRE LA UNIDAD EJECUTORA	CANTIDAD DE IPRESS	NÚMERO DE RUC	RAZON SOCIAL

...

El presente Convenio contempla un total de establecimientos de salud, los cuales pertenecen a Unidades Ejecutoras.

EL PRESTADOR debe remitir:

- Plantilla (según formato que remita la IAFAS) para la creación y habilitación de usuarios a los digitadores de las IPRESS quienes utilizarán el sistema informático.
- La siguiente información de sus Unidades Ejecutoras:
 - a) Razón Social (Tener en cuenta que el nombre sea congruente entre el nombre considerado en el Convenio y el que figura en la Consulta RUC de la SUNAT),
 - b) Número de RUC,
 - c) Nombre de Banco,
 - d) Cuenta Bancaria Corriente y CCI.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de LA IAFAS no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de **EL PRESTADOR** es de un año.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN Y COORDINACIÓN

Para coadyuvar a la ejecución e implementación del presente convenio, las partes designan como coordinadores:

- **Coordinador de LA IAFAS:** La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, o quien haga sus veces.
- **Coordinador del PRESTADOR:** La Dirección Regional de Salud _____ y áreas de seguros de las IPRESS del GORE _____, o quien haga sus veces.

Las partes conformaran equipos de trabajo, liderados por los coordinadores, para que, de manera conjunta, desarrollen, adecuen, definan e implementen los sistemas informáticos y procesos operativos y de control necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Así mismo, serán los responsables de la coordinación, seguimiento y control de la ejecución del Convenio, realizando una evaluación semestral, así como de la definición de las reglas de validación de las prestaciones de salud. Los equipos de trabajo de ambas partes firmaran un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

Los coordinadores serán los responsables, de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del convenio.

De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y pago; se considerará un periodo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la suscripción del convenio, para que las partes efectúen las acciones correspondientes. Durante dicho periodo **LA IAFAS** podrá reconocer las prestaciones de salud que hayan sido brindadas en **LA IPRESS**, posterior a la fecha de suscripción del presente Convenio, con cargo al primer pago prospectivo que realice **LA IAFAS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: DOMICILIO DE LAS PARTES

Los domicilios legales de las partes son los consignados en la parte introductoria del presente Convenio.

- **DOMICILIO DE LA IAFAS:** Calle Domingo Elías 148, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima.
- **DOMICILIO DE EL PRESTADOR:** _____ distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____

La variación del domicilio de alguna de las partes debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

CLAUSULA VIGÉSIMA NOVENA: ANEXOS

- ANEXO N° 1: DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
- ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS.
- ANEXO N° 3: TARIFARIO
- ANEXO N° 3.1 FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO
- ANEXO N° 4: DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.
- ANEXO N° 5: FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO.
- ANEXO N° 6: CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS
- ANEXO N° 6.1 FORMATO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACION
- ANEXO N° 7: MODELO DE PRESENTACIÓN DE HOJA RESUMEN DE LIQUIDACIÓN MENSUAL.
- ANEXO N° 8: DECLARACIÓN JURADA.
- ANEXO N° 9: MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LAS IPRESS DEL PRESTADOR

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 2024.

Gerente General
Fondo de Aseguramiento en Salud de la
Policía Nacional del Perú – SALUDPOL

Gobernador Regional
Gobierno Regional de _____

ANEXO N° 1

DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

N°	CODIGO UE	UNIDAD EJECUTORA	RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	CODIGO IPRESS	PROVINCIA	DISTRITO	CATEGORIA
1							
...							

ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS

ANEXO N° 3
TARIFARIO: RELACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS CON COSTO ESTANDAR,
DE LAS IPRESS ADSCRITAS

N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
1			
...			

ANEXO Nº 3.1

FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO:

“Sres. IAFAS SALUDPOL:

En el marco del Convenio vigente, nuestra IPRESS solicita la inclusión, modificación y/o actualización del siguiente procedimiento médico en el Tarifario del (NOMBRE DE IPRESS):

N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO CPMS	TARIFA S/

Quedamos atentos,

Saludos cordiales.”

ANEXO N°4. DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Prestación de Salud Nro. CV-XXXXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXXX



CV-1401-201800000020



Señor(es):		
UGIPRESS:		
Teléfonos:		
Dirección:		
N° de Solicitud:		
Especialidad Solicitante:		
Diagnósticos:		Definitivo

De mi consideración:

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>

En caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento de autorización dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso el presente documento de autorización señale puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

Sobre la emergencia médica o quirúrgica (prioridad I y II), el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención o desde ocurrido el evento, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre la emergencia clasificada como urgencia menor (prioridad III) y patología común (prioridad IV); el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención por la IPRESS con convenio, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, y emisión del formato de solicitud de procedimiento por parte establecimiento de salud PNP de la jurisdicción, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

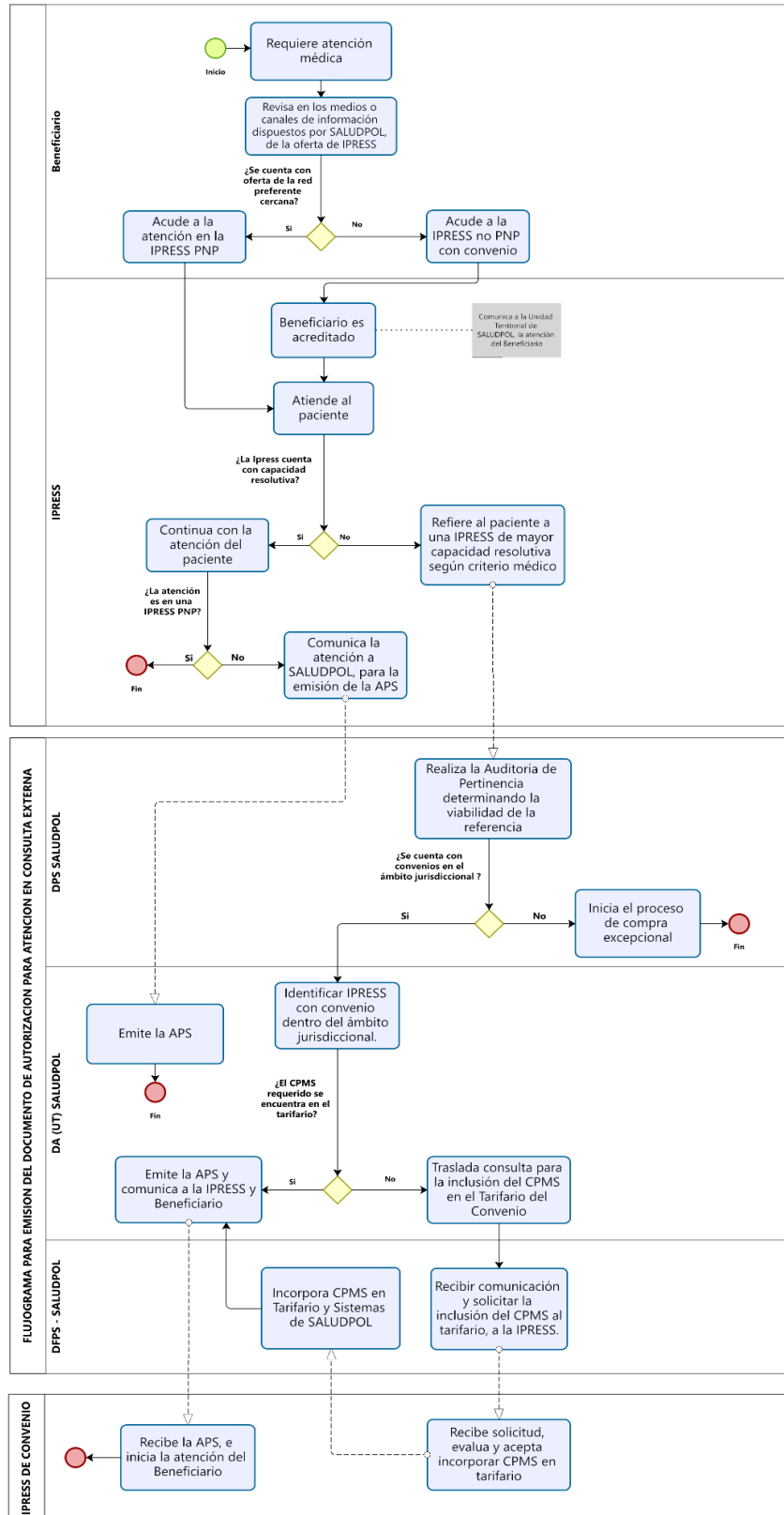
Sobre las prestaciones de salud que no sean clasificadas como emergencia; el documento de autorización rige a partir de la fecha de la emisión del documento de autorización.

La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

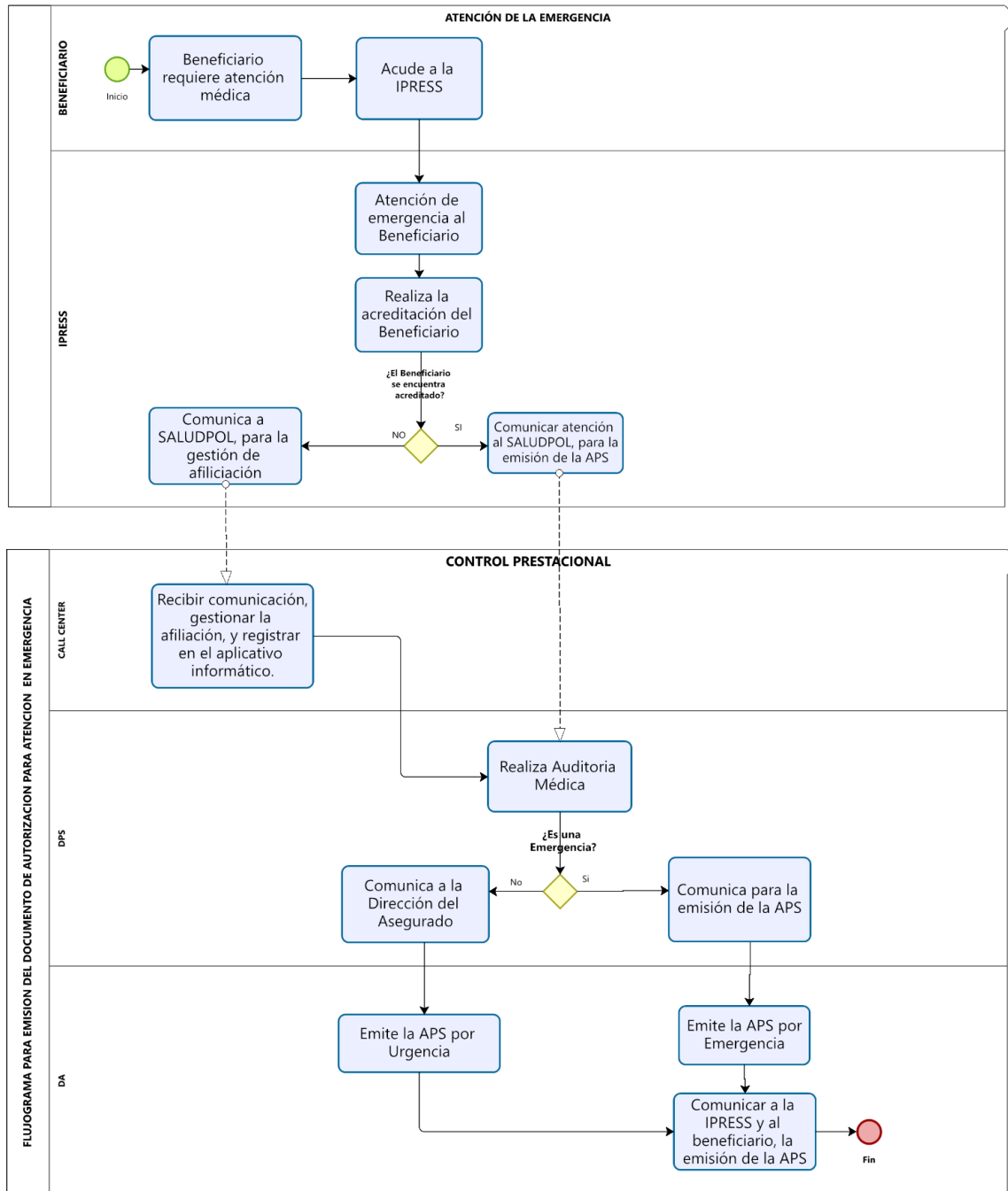
El documento de autorización tiene una vigencia hasta doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir de la fecha de la primera atención.

Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763

ANEXO N°5:
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL
CONVENIO
Atención Ambulatoria



Atención de Emergencia



ANEXO N°6. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS
(Según el sistema de registro de prestaciones)

1. ID de la prestación de salud
2. Número de Documento de Autorización
3. Tipo de documento de identidad del beneficiario
4. Número de documento de identidad del beneficiario
5. Apellido Paterno del Paciente
6. Apellido Materno del Paciente
7. Nombres del Paciente
8. N° de Historia Clínica
9. Fecha de nacimiento del beneficiario
10. Sexo
11. Código Prestacional
12. Fecha de ingreso
13. Fecha de atención o alta
14. Código CIE 10 del diagnóstico
15. Descripción del diagnóstico (según CIE 10)
16. N° RENUGIPRESS
17. Nombre de UGIPRESS
18. Código CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
19. Descripción según CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
20. Apellidos y nombres del responsable de la atención
21. Tipo de documento de identidad del responsable de la atención
22. Número del documento de identidad del responsable de la atención
23. Profesión del responsable de la atención.
24. N° de Colegiatura del responsable de la atención.
25. Especialidad del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
26. N° de Registro de Especialista del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
27. Circunstancias del egreso (mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción)
28. Codificación CPT de los procedimientos realizados
29. Descripción del procedimiento realizado (según CPT)
30. Codificación de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
31. Descripción de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
32. Valor de prestación de salud en soles (desagregando en valor de procedimiento médico y valor de productos farmacéuticos o dispositivos médicos).

ANEXO Nº6.1 FORMATO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

[illegible]

ANEXO N°7

MODELO DE PRESENTACION DE HOJA DE RESUMEN DE PRELIQUIDACIÓN MENSUAL

NOMBRE DE IPRESS - UGIPRESS:

N°	MES DE PRODUCCION	DOCUMENTO DE AUTORIZACION	DNI	NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE	MONTO PROCEDIMIENTOS	MONTO MEDICAMENTOS E INSUMOS	MONTO CONFORME TOTAL	FECHA FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/DÉBITO	NRO FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/DÉBITO	MONTO FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/DÉBITO

TOTAL

(NOMBRE COMPLETO)

Responsable/coordinador del Convenio

(CARGO)

Oficina de seguros

ANEXO N°8

DECLARACIÓN JURADA

La UGIPRESS e IPRESS,..... con Registro Único de Contribuyente (RUC) N°..... inscrito con Código RENIPRESS e UGIPRESS N°..... y con domicilio en del distrito.....Provincia....., Departamento....., declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Toda la información ingresada en el Sistema TEDEF o Registro de Prestaciones de Salud es válida (según corresponda), es conforme y sustentada en documentos y se encuentra registrada en nuestros sistemas de información.
2. La “Hoja Resumen de Liquidación” muestra el resumen de la totalidad de prestaciones realizadas en el mes de producción.
3. Me someto a la auditoria de control posterior que realizará vuestra IAFAS debidamente programada.
4. En caso se determine hallazgos en el informe de auditoría de control posterior, lo cuales no hayan sido levantadas por la IPRESS E UGIPRESS oportunamente o no sustente el hallazgo en la atención registrada, acepto el descuento sobre la rendición del mes de producción abierta para lo cual Facturaré sobre el saldo neto.

En la ciudad de..... a los días de.....del 20....

(NOMBRE COMPLETO responsable
o coordinador del convenio)
(CARGO)

ANEXO N°09. MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LAS IPRESS DEL PRESTADOR

Mecanismos de pago	Modalidad de pago
El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por <i>prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos</i>, en base a las tarifas establecidas en el Anexo N° 03 del presente convenio.	<u>Pago prospectivo</u> Una vez suscrito el presente convenio LA IAFAS realiza el pago prospectivo a las unidades ejecutoras (según razón social) de las IPRESS de EL PRESTADOR. El importe a desembolsar será estimado por LA IAFAS en base al histórico de prestaciones de salud brindadas a los asegurados de LA IAFAS en la IPRESS, del último periodo anual. Una vez ejecutado el 80% del pago realizado, las Unidades Ejecutoras podrán solicitar un pago prospectivo adicional, el mismo que será estimado según la producción de los tres (03) últimos meses que se hayan brindado conformidad y/o liquidación. Los pagos a realizarse a las Unidades Ejecutoras serán determinadas en el Acta de Implementación y control, que será suscrita dentro de los 30 días siguientes, en virtud de la cartera de servicios de las IPRESS que forman parte del presente convenio, según el anexo N° 01. En caso no se cuente con información prestacional valorizada en el último periodo anual, se aplicará el mecanismo de pago por servicio retrospectivo durante los tres (3) primeros meses del inicio del convenio, y una vez transcurrido dicho periodo, el mecanismo migrará automáticamente a prospectivo. Los pagos correspondientes estarán supeditados al registro y la remisión de documentos de liquidación oportuna de las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS.

MODELO DE CONVENIO ENTRE UNA UGIPRESS PUBLICA O MIXTA CON SEGURO SALUDPOL.

Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC

N° 20178922581, con domicilio legal en Calle Domingo Elías 150, urbanización Surquillo, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N°10005, representado por el Gerente General _____, identificado con DNI N° _____, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N.° _____ del _____, y autorizado para la suscripción del presente convenio, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**, de otra parte _____, con RUC N° _____, con domicilio fiscal _____ distrito de _____, provincia y departamento de _____, representado por la Directora General _____, con DNI N° _____ acreditado mediante Resolución Ministerial N° _____, a quien en adelante se le denominará **"LA UGIPRESS"**, precisando que, cuando se haga alusión a **LA IAFAS** y **LA UGIPRESS** de forma conjunta, en adelante se denominará **LAS PARTES**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

- 1.1. Constitución Política del Perú de 1993.
- 1.2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 1.3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento, que fue aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 1.4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 1.5. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
- 1.6. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
- 1.7. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integrales de Salud - RIS
- 1.8. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 1.9. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- 1.10. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.
- 1.11. Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267.
- 1.12. Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2015-IN.
- 1.1. Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú modificado por los Decretos Legislativos N°1318, 1451 y 1604.
- 1.13. Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 1.14. Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

- 1.15. Decreto Legislativo N° 1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.16. Decreto Supremo N.º 009-1997-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- 1.17. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.18. Decreto Supremo N.º 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
- 1.19. Decreto Supremo N° 002-2015, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
- 1.20. Decreto supremo 034-2015-SA, Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones administradoras de Fondos De Aseguramiento en Salud, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 1.21. Decreto Supremo N.º 010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 1.22. Decreto Supremo N°026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.23. Decreto Supremo N.º 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- 1.24. Decreto Supremo N.º 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 27604, que modifica la Ley General de Salud N.º 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 1.25. Decreto de Urgencia N° 007-2019, 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, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 026-2019-SA.
- 1.26. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- 1.27. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 1.28. Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 1.29. Resolución Ministerial N.º 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- 1.30. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N.º 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente

resolución.

- 1.31. Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N.º 265-2018/MINSA,
- 1.32. Resolución Ministerial N.º 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.33. Resolución Ministerial N.º 951-2019-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 276-MINSA-2019-DGAIN, “Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- 1.34. Resolución Ministerial N.º 1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- 1.35. Resolución Ministerial N.º 433-2020-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 291-MINSA/2020/DGAIN, “Disposiciones Complementarias al Intercambio Prestacional en Salud en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466”.
- 1.36. Resolución Ministerial N.º 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.37. Resolución de Superintendencia N.º 004-2020-SUSALUD/S, que 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 (UGIPRESS) o las Unidades de Gestión de UGIPRESS (UGIPRESS)”.
- 1.38. Resolución Ministerial N.º 346-2021/MINSA, que aprueba el Listado del Costo Estándar de los Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios de Atención Pre Hospitalaria y del Transporte Asistido de Pacientes.
- 1.39. Resolución Ministerial N.º 539-2022/MNSA, que aprueba la actualización del “Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su Costo Estándar”.
- 1.40. Resolución de Superintendencia N.º 086-2021-SUSALUD/S que aprueba el “Reglamento del Modelo De Transacción Electrónica De Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF-IP”.
- 1.41. Resolución de Gerencia General N°42-2023-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba la “Directiva para el registro de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL”
- 1.42. Todas aquellas normas vigentes que resulten aplicables y que se emitan en materia de salud en el marco del presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:

- 2.1. **Adenda:** Documento mediante el cual se realizan modificaciones o prórrogas a los términos del Convenio suscrito. La aprobación de la Adenda requiere seguir el mismo procedimiento determinado para la firma de un convenio.

- 2.2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la UGIPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra UGIPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 2.3. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
- 2.4. **Atención de salud:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- 2.5. **Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
 - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- 2.6. **Beneficiario de SALUDPOL:** Son beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL), los siguientes:
- a) El personal policial de la Policía Nacional del Perú en Situación de Actividad, así como el personal policial en Situación de Disponibilidad o Retiro con derecho a pensión.
 - b) Los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
 - c) Los Alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
 - d) El o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley; así como los cónyuges sobrevivientes del personal policial con derecho a pensión, en tanto no contraigan matrimonio o unión de hecho.
 - e) Los hijos menores de edad, hijos mayores de edad hasta los 28 años, siempre y cuando cursen estudios ininterrumpidos o mayores con incapacidad en forma total y permanente para el trabajo y los padres, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.
- 2.7. **Calidad de la atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.

- 2.8. **Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.
- 2.9. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) publicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.
- 2.10. **Capacidad resolutive de la UGIPRESS:** Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de UGIPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las UGIPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que produce.
- 2.11. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos Sanitarios.
- 2.12. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de los Procedimientos Médicos y Sanitarios que se brindan en una UGIPRESS, o una red de salud, y que incluye sus denominaciones correctas y los respectivos códigos de identificación estándar en salud.
- 2.13. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de servicios que produce una UGIPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la ANS. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las UGIPRESS.
- 2.14. **Categoría:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- 2.15. **Categorización:** Proceso que conduce a clasificar a los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.
- 2.16. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.
- 2.17. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la UGIPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por conceptos de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
- 2.18. **Conjunto Mínimo de Datos (CMD):** Es el conjunto mínimo de datos del asegurado que recibe una prestación de salud; que LA UGIPRESS deberá remitir a LA IAFAS en formato y/o medio que LA IAFAS defina; según lo establecido normativamente por SUSALUD.

- 2.19. **Control prestacional:** Son los procesos de control previo, simultáneo o posterior que realizan las IAFAS para realizar el análisis a los registros y documentación que sustenta las prestaciones brindadas a los asegurados para garantizar la eficiencia, calidad, equidad y transparencia en la atención médica brindada a los asegurados.
- 2.20. **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja directa o indirecta; realizado por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
- 2.21. **Documento de Autorización por Convenio:** Es el documento que brinda la autorización de Prestación de Salud al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en UGIPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.
- 2.22. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a paciente con daños calificados como prioridad I y II.
- 2.23. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por la IAFAS a sus beneficiarios, detallados en el plan de salud o producto.
- 2.24. **Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.
- 2.25. **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.
- 2.26. **Liquidación de Prestación de Salud:** Proceso realizado por la IAFAS, aplicable a las prestaciones de salud declaradas por los Prestadores, según el mecanismo de pago acordado, mediante el cual se determina el importe y se reconoce la prestación de salud.
- 2.27. **Intercambio prestacional en Salud:** Entiéndase por intercambio prestacional a las acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las UGIPRESS (UGUGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.
- 2.28. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la

utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente el pagador.

- 2.29. **Oferta Móvil:** Este tipo de oferta está referido a todas las modalidades de entrega de servicios de salud en las que los recursos necesarios se movilizan al encuentro con la demanda. Dependiendo de los objetivos a cubrir se han diseñado un conjunto amplio de modalidades. En general, se puede mencionar que este tipo de oferta se da de manera individual a través de la asistencia de personal de salud al domicilio u otro lugar en busca de los usuarios o pacientes, o de manera organizada a través del traslado de equipos de profesionales con el equipamiento necesario, conformando brigadas e incluso hasta hospitales que de manera programada o en respuesta a eventos se constituyen en lugares con inexistente o insuficiente oferta o con necesidad de complementar servicios.
- 2.30. **Observaciones:** Se da al ser observada una prestación de salud, y no cumple con reglas de conformidad entre IAFAS e UGIPRESS.
- 2.31. **Pago por servicio de salud prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud
- 2.32. **Pago por servicio de salud retrospectivo:** Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.
- 2.33. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.
- 2.34. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:** Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- 2.35. **Plan de Salud del SALUDPOL:** corresponde al Plan específico, es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que los beneficiarios tienen frente a distintas prestaciones de salud y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, su acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, amparándonos en los principios dados. El Plan de Salud del SALUDPOL responde a las principales necesidades de salud de la familia policial; comprende acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación
- 2.36. **Precios de Operación (SISMED):** Se hace referencia a los precios de adquisición y el porcentaje establecido en la directiva sanitaria vigente para la gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 2.37. **Prestaciones de Salud:** Se reconocen 2 acepciones:
1. Se usa como sinónimo de atenciones de salud.
 2. Dentro de la Teoría de Seguros, se denomina así a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una UGIPRESS, en el contexto de una relación creada mediante

un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones.

- 2.38. **Red de Salud:** Conjunto de UGIPRESS públicas, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones de salud, en función de las necesidades de la población.
- 2.39. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.
- 2.40. **Riesgo de Corrupción:** Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público para un beneficio privado.
- 2.41. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC):** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud, de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.
- 2.42. **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 UGIPRESS 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 UGIPRESS 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”.
- 2.43. **Tarifa:** Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.
- 2.44. **Titular:** Personal policial oficial, técnico, sub oficial y alumnos de las escuelas de formación en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión de jubilación, mediante una planilla de pago.
- 2.45. **Validación prestacional:** Son los procesos de control que realizada la IAFAS SALUDPOL para determinar la validez de la prestación para efectos de pago, incluyen el Proceso de Validación en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud, Proceso de Reconsideración, Proceso de Control Presencial Posterior, y otros que pueden ser implementados.
- 2.46. **Usuario de los servicios de salud:** Es la persona que requiere y hace uso de los servicios de salud intramurales y extramurales de una UGIPRESS. No implica necesariamente que esté enfermo. Podría ser que use servicios orientados a la prevención de enfermedades, o a la promoción de la salud o de estilos de vida saludables, o algún servicio de tipo administrativo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS:

EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL, inscrita en el Registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N.º 206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Certificado Registro N.º 10005; es una institución con personería jurídica de derecho público adscrita al Ministerio del Interior que cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable y tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de la cobertura de los riesgos de salud, de conformidad con el marco normativo vigente que ha identificado una brecha de demanda insatisfecha. En adelante se le denominará **LA IAFAS**.

DE LA UGIPRESS:

La _____ es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud dependiente de la Dirección General de Operaciones en Salud que se creó mediante Decreto Supremo N.º _____; que opera, gestiona y articula los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, conformando la Red Integrada de Salud (consignar la denominación de la red prestacional a su cargo y en anexo el detalle de las IPRESS) que están bajo el ámbito de competencia de la _____, la cual funciona de manera coordinada y articulada y complementaria a fin de fortalecer la capacidad resolutive de los servicios centrados en el ciudadano.

De conformidad con el marco legal vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de **LA IAFAS**. A quien en adelante se le denominará **LA UGIPRESS**.

DE LAS IPRESS ADSCRITAS A LA UGIPRESS

Las IPRESS son organismos públicos adscritos a las Unidades Ejecutoras de LA UGIPRESS, según corresponda, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo N.º 1 del presente convenio, responsables de formular, adecuar, implementar y evaluar las políticas del sector salud en la Región. Están encargadas de promover la salud y proveer una atención integral de salud con calidad, para lo cual se constituyen en instituciones que tienen por objetivo satisfacer las necesidades de salud de la Región.

De conformidad con el marco legal vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de **LA IAFAS**. A quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio, y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **LA UGIPRESS a través de LAS IPRESS**, se obliga a brindar las prestaciones de salud a los asegurados de **LA IAFAS**, que se encuentren debidamente acreditados de acuerdo a su Plan de Salud de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud detallado en el Anexo N.º 02. **LA IAFAS** se obliga a pagar por los servicios de salud que se brinden a sus asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, establecidas en el presente convenio.

LA IAFAS se obliga a pagar todos los servicios de salud que se brinden a sus asegurados según la modalidad y el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según las cláusulas establecidas en este convenio.

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados de LA IAFAS se realizarán en las instalaciones y servicios de LAS IPRESS detalladas en el Anexo N°01 que forma parte del presente Convenio, de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio se aplica en la jurisdicción de Lima Metropolitana beneficiando a la población asignada a **LA IAFAS**, reconocidos como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.

En caso de asegurados en condición de transeúntes (adscritos a otra región), **LA IAFAS** se compromete a garantizar el pago de las prestaciones de salud conforme a lo establecido en el presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

6.1 **LAS PARTES**, acuerdan gestionar la acreditación de asegurados en el marco a las “Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud Modelo SITEDS”, de acuerdo con lo establecido por SUSALUD.

No obstante, en tanto no se haya implementado el MODELO SITEDS, y/o alguna de las partes no se encuentre operativo para tal implementación, se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

6.1.1 Para identificar a los asegurados objeto del convenio, y estos puedan acceder a la prestación del servicio de salud, es obligatorio que la persona presente al personal de admisión de **LA IPRESS**, alguno de los siguientes documentos:

- 1) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 2) Carné de Extranjería, pasaporte.
- 3) Certificado de nacido vivo (CNV).

6.1.2 En el marco del presente Convenio, las Partes utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Beneficiarios (disponible en la página web [www.saludpol.gob.pe](https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/) cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por **LA IAFAS** en el cual se podrá verificar la condición de asegurado “ACTIVO”, en la fecha que se realiza la consulta.

6.1.3 En caso de que el beneficiario pierda su condición de activo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, se reconocerá las prestaciones que hubieran sido autorizadas previamente a la pérdida de su condición de activo hasta la finalización de su atención, siempre y cuando estas no correspondan a exclusiones de la cobertura. Esto, de acuerdo al Plan de Salud vigente de **LA IAFAS**.

CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

7.1 La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente convenio se encuentra detallada en Anexo N° 02, que forma parte del presente Convenio y será brindada según el Plan de Salud de **LA IAFAS**, que corresponde al Plan Específico y que posee mejores condiciones que el PEAS, para lo cual **EL PRESTADOR** comunicará la actualización de la

cartera de servicios de las IPRESS, a través de documento formal, el cual será evaluado por **LA IAFAS**.

- 7.2 **LA IPRESS**, se obliga a brindar las prestaciones de salud convenidas, en las instalaciones y detallado en el Anexo N° 01, del presente convenio, 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.
- 7.3 **LA IPRESS**, 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.
- 7.4 **LA IPRESS**, establecerá la programación y cupos correspondientes de cada prestación a realizar, entendiendo que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutive necesaria disponible sin que afecte las prestaciones de servicios de salud que brindan a las personas afiliadas y/o adscritas a ellas. De no contar con disponibilidad se comunicará este hecho en un plazo de 48 horas a **LA IAFAS** a fin de que esta pueda coordinar y tomar las acciones correspondientes.
- 7.5 **LAS PARTES** de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.
- 7.6 La solicitud de prestación de salud de los beneficiarios es realizada por las IPRESS PNP y NO PNP (consulta externa) y/o reporte de emergencias realizada por el beneficiario, acompañante o la IPRESS que admite al beneficiario, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM).

CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y EL MECANISMOS DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer las siguientes modalidades y mecanismos de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- ✓ La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es **pago prospectivo**. Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada.
- ✓ El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por *prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos*, acordado entre **LAS PARTES** según los valores y las tarifas contenidas en el Anexo N°03 y lo establecido en la Cláusula sobre TARIFAS del presente Convenio respectivamente.

La modalidad y mecanismo de pago se encuentra detallado en el Anexo N°09 del presente convenio.

LA IAFAS realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes a **LA UGIPRESS a través de LAS IPRESS**, por las prestaciones brindadas. **LA IPRESS** se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de **LA IAFAS**.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

CLÁUSULA NOVENA: DE LAS TARIFAS

- 9.1. Las tarifas se encuentran estipuladas en el Anexo N° 03, que forman parte del presente convenio, las mismas que han sido establecidas de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud, en los documentos normativos “Metodología para la estimación de costos estándar de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud” y “Metodología para la estimación de tarifas de procedimientos médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones prestadoras de servicios de salud”, para el sistema de salud, las mismas que puedan ser actualizadas por acuerdo de las partes, mediante la suscripción de adendas.
- 9.2. Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro, no consideran IGV, detalladas en el Anexo N° 03 y han sido establecidas de mutuo acuerdo. Las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios incluyen los costos de los insumos y materiales médicos, considerando como fuente de referencia la Resolución Ministerial N° 951-2019/MINSA y normas modificatorias, las cuales podrán ser actualizadas a solicitud de **LA UGIPRESS a través de LAS IPRESS**, a través de documento formal y previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**.
- 9.3. Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED.³¹
- 9.4. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario de este Convenio podrán ser actualizadas a solicitud de **LA UGIPRESS** mediante documento formal o correo electrónico institucional, según el Anexo N° 3.1; previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**, y en forma posterior se debe regularizar a través de la suscripción de una Adenda.

CLÁUSULA DÉCIMA: DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN E INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS

- 10.1. **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los beneficiarios de SALUDPOL, se registran y comunican a **LA IAFAS** y a SUSALUD, de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD. El plazo de implementación de este modelo será acordado mediante documento adicional firmado por los representantes de las partes.
- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Único de Registro de Prestaciones de Salud– SURPS o el que haga sus veces), que contenga al menos el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el Anexo N° 06 y de acuerdo con la normativa vigente.
- 10.3. Por medio del Sistema de Procedimientos Médicos – SPM, **LA IAFAS** emitirá la Autorización de Prestación de Salud (APS).
- 10.4. Durante el periodo de implementación del convenio **LA IAFAS** habilitará un Sistema Informático basado sobre la base del TEDEF y capacitará a **LA UGIPRESS a través de LA**

³¹ Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.

IPRESS a fin de que registren oportunamente las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de SALUDPOL en el marco del presente convenio.

- 10.5. Para las IPRESS de **EL PRESTADOR** que no cuenten con acceso directo al Sistema de Registro de Prestaciones por diversas razones entre ellas el acceso a internet, se recolectará la información requerida de acuerdo al Anexo N° 06 y 6.1. Posteriormente la IPRESS y/o UGIPRESS debe registrar las prestaciones en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, en el plazo señalado en la cláusula sobre recepción, validación y conformidad prestacional.

CLÁUSULA DECIMO PRIMERA: RECEPCION, VALIDACION Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

- 11.1. **LA IAFAS** realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con **UGIPRESS a través de LA IPRESS** según normativa vigente y condiciones pactadas en el presente convenio, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.
- 11.2. El registro de prestaciones de salud está habilitado desde el primer día del mes de producción hasta el vigésimo día calendario del siguiente mes, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, presentada hasta el día siguiente del plazo indicado, en cuyo caso puede ser ampliado el plazo para el registro de las prestaciones hasta el último día calendario del referido periodo.
- 11.3. Al día siguiente de culminado el plazo de registro de las prestaciones del mes de producción, **LA IAFAS** realiza el cierre automático de registros de prestaciones de salud, lo cual será comunicado a la IPRESS mediante correo electrónico institucional, no pudiendo **EL PRESTADOR** registrar más prestaciones.
- 11.4. Para la validación y conformidad prestacional, **LA IAFAS** cuenta con un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente del documento de la OTI-SALUDPOL sobre la comunicación del cierre automático.
- 11.5. Las prestaciones observadas producto del proceso de validación y conformidad prestacional deben ser comunicadas por **LA IAFAS** a las IPRESS o UGIPRESS de culminada la validación, caso contrario se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente.
- 11.6. **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS** levantará las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, mediante correo electrónico o sistema informático de **LA IAFAS**, según se le indique, para las subsanaciones correspondientes en función a la complejidad del servicio. Todo el proceso de levantamiento de observaciones debe realizarse en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.
- 11.7. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles desde que **EL PRESTADOR** realice el levantamiento.
- 11.8. De no cumplir **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS** con la subsanación de la observación dentro del plazo establecido, **LA IAFAS** dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago.
- 11.9. Las prestaciones que no son subsanadas por **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS** en el plazo establecido no forman parte de la producción del periodo gestionado.

- 11.10. Las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con el proceso de liquidación de prestaciones.
- 11.11. Luego de otorgada la conformidad, **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS** deberá remitir a la IAFAS de forma física y/o mesa de partes virtual y/o a través de correo electrónico dentro de los diez (10) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación: la factura, la hoja resumen de liquidación (Anexo N° 07); y Declaración Jurada (según Anexo N° 08).
- 11.12. En el proceso de la liquidación, se agregará el monto por IGV a través de la facturación, sumándose el IGV a las tarifas ya concertadas por procedimientos médicos.
- 11.13. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes. Asimismo, **LAS PARTES** acuerdan que para suscribir un nuevo convenio no debe de existir pagos pendientes involucrados en el citado convenio y otras por pago por deudas ajenas al convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES NO REGISTRADAS Y/O DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS

- 12.1. **LA UGIPRESS**, podrá interponer recursos de reconsideración de las prestaciones de salud observadas (que no lograron ser subsanadas ya sea por no haber sido levantadas oportunamente dentro del plazo correspondiente y/o por no haber logrado superar la validación de la subsanación realizada), así como de prestaciones no registradas, en el plazo perentorio de quince (15) días calendarios posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud a **LA UGIPRESS**.
- 12.2. El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación de **LA IAFAS**.
- 12.3. **LA IAFAS** emitirá pronunciamiento en el plazo de 30 días calendario.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- 13.1. En caso de que **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, no cuente con la capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o beneficiario de salud, comunica en forma inmediata a la Dirección del Asegurado **LA IAFAS** a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o beneficiario, según las normas vigentes.
- 13.2. En este caso, los costos que demanden el traslado y la atención de salud del asegurado, serán financiados **por LA IAFAS** en dicho periodo y/o mes de producción.
- 13.3. En casos excepcionales, si **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, careciera del servicio de ambulancia, deberá de comunicar a **LA IAFAS** a fin de que se coordinen y adopten las acciones necesarias.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

- 14.1. **LA UGIPRESS**, se compromete a capacitar al personal que labora en su plataforma de atención al beneficiario en salud sobre el contenido del presente convenio de intercambio prestacional en salud a efectos que se puedan brindar información y absolver consultas de los asegurados o y usuarios que así lo requieran.
- 14.2. Las denuncias y reclamos que formulen los pacientes o beneficiarios, 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 las IAFAS, UGIPRESS y IPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.
- 14.3. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, **LA UGIPRESS**, informará mensualmente a **LA IAFAS** de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación de presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de **LA IAFAS**:

- 15.1 Informar a sus beneficiarios sobre el inicio de la vigencia del presente convenio, así como el alcance de los servicios de salud que serán brindados por **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, en el marco del presente Convenio.
- 15.2 Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por **LA UGIPRESS** en el marco del presente Convenio.
- 15.3 Brindar oportunamente información a **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, sobre los beneficiarios, con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 15.4 Coordinar y asumir directamente, la referencia de los asegurados, así como la comunicación y socialización para reportar las emergencias y urgencias.
- 15.5 Informar a **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
- 15.6 Efectuar la transferencia de recursos oportunamente a favor de **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS** por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 15.7 Comunicar a **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, sobre la normativa vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias, para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
- 15.8 Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el registro de auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
- 15.9 Asumir la capacitación, soporte, mantenimiento, requerimientos técnicos, licencia de uso de los aplicativos informáticos, al personal designado por **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, siempre que formen parte del presente Convenio.
- 15.10 Informar en forma detallada a los asegurados y a **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación

no menor a cinco (5) días hábiles, a su implementación en **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**.

- 15.11 Establecer, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de aseguramiento en Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
- 15.12 Implementar y poner a disposición de **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo, que les permitan registrar las prestaciones de salud oportunamente, así como su buen funcionamiento.
- 15.13 Realizar visitas, para verificar la gratuidad, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, según se considere necesario.
- 15.14 Poner a disposición de los beneficiarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 15.15 Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
- 15.16 Supervisar y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad, de las prestaciones brindadas a los beneficiarios por **EL PRESTADOR**.
- 15.17 Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA UGIPRESS

Son obligaciones de **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**:

- 16.1 Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con **LA IAFAS**, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratado.
- 16.2 Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos a **LA IPRESS**. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 16.3. Garantizar la verificación de la acreditación identidad del asegurado o beneficiario de salud y su condición de asegurado de **LA IAFAS**, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 16.4. No realizar cobros adicionales de ningún tipo a los asegurados de **LA IAFAS** por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.
- 16.3 Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos o los montos pagados por **LA IAFAS**, para los fines del presente convenio y de la normativa correspondiente.
- 16.4 Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a **LA IAFAS**, a fin de que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
- 16.5 Garantizar que se cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá 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 normativa aplicable para tales efectos.
- 16.6 No discriminar en su atención a los beneficiarios de **LA 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.

- 16.7 Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS** y de aquella que se genere en **LA UGIPRESS**, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.
- 16.5 No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, que no hayan sido previamente acordados entre las partes. Salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con **LA IAFAS**, siendo **LA UGIPRESS**, responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable en la vía civil.
- 16.6 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 **LA IAFAS**.
- 16.7 Mantener una Historia Clínica particular por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. **LA UGIPRESS**, debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, la copia de la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atiende en mérito del presente convenio.
- 16.8 En aras de la digitalización de procesos y la simplificación administrativa, **LA UGIPRESS** deberán considerar el uso de las Historias Clínicas Electrónicas en función de la viabilidad técnica y de manera progresiva.
- 16.9 En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS**, dentro de las veinticuatro (24) horas de identificada la necesidad, sobre beneficiarios con contingencias que exceden las prestaciones convenidas o la capacidad de resolución de **LA IPRESS**, para su respectiva referencia a otra UGIPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra UGIPRESS, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 16.10 Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
- 16.11 Informar de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.
- 16.12 Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con guía u hoja de liquidación de gastos debidamente detallada y valorizada.
- 16.13 Poner a disposición de los beneficiarios, el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 16.14 En cuanto a los criterios de calidad de las prestaciones de salud a brindarse, la Dirección de Prestaciones de Salud se basará en los protocolos y estándares de calidad aprobados por el Ministerio de Salud – MINSA y/o por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, vinculados a las normas técnicas de Estándares de Calidad. Asimismo, los criterios de calidad están sobre la base de la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno.
- 16.15 **LA IPRESS**, prestará su atención con médicos especialistas, en caso corresponda, los mismos que contarán con su respectivo Registro Nacional de Especialista (RNE), del Colegio Médico del Perú (CMP). Para especialistas que cuenten con RNE en trámite, **LA UGIPRESS** deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egresado de la especialidad del médico tratante.
- 16.16 **LA IPRESS**, deben poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, la copia de la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio, cuando sea solicitado para efectos de auditoría prestacional.

- 16.17 Brindar información en forma oportuna a **LA IAFAS**, al paciente o beneficiario de salud y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, **LA IPRESS**, realice las gestiones que corresponda con la nueva IAFAS para que ésta brinde la cobertura de las prestaciones cuando la cobertura de la primera IAFAS se haya agotado.
- 16.18 Garantizar que se presente a la IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como la demás información requerida por SUSALUD.
- 16.19 Implementar los aplicativos informáticos acordado por las partes.
- 16.20 Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones u omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
- 16.21 Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

- 17.2. **LA IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas, control de siniestralidad con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por **LA IPRESS** a sus beneficiarios. Para tal efecto **LA IAFAS** podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:
 - 17.2.1. Verificación del cumplimiento de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares de calidad y la normativa vigente, a través de las visitas de evaluación programadas y/o inopinadas por **SALUDPOL**. De hallar observaciones comunica el resultado de la evaluación de los estándares de calidad al prestador para la elaboración del Plan de Mitigación, el cuál debe ser presentado en 15 días hábiles desde la notificación de los resultados de la evaluación, el mismo que debe de contener los plazos para su levantamiento según normativa vigente.
 - 17.2.2. **LA IAFAS**, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en **LA IPRESS**, cuyos resultados serán comunicados a la Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**.
 - 17.2.3. Efectuar auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas por **LA IAFAS**.
 - 18.1.1. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros relacionados al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por **LA IAFAS**.
 - 17.2.4. De acuerdo al volumen y carga de la producción en las prestaciones de salud, se consignará un equipo de auditores de acuerdo a los criterios antes mencionados, para el proceso de liquidación y/o pago.
 - 17.2.5. **LA IAFAS** podrá realizar el control presencial posterior de las prestaciones conformes liquidadas, a través de la auditoría médica in situ de la historia clínica que valide la prestación, según el procedimiento normativo vigente.
- 17.3. Las observaciones producto de los procesos de control posterior realizados por **LA IAFAS**, será deducido del monto liquidado.
 - 17.4. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.

- 17.5. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- 18.1 **LA IPRESS**, garantiza que se apliquen las guías de práctica clínica y los protocolos de atención en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- 18.2 En caso de no disponer de Guías Nacionales, **LA IPRESS** podrá optar por la mejor evidencia científica disponible.
- 18.3 Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.
- 18.4 **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

- 19.1. Para la remisión de información entre **LA IAFAS** y **LA UGIPRESS**, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos (CPMS y codificación CIE-10) normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o el Ministerio de Salud – MINSA; así como los formatos aprobados por dichas Entidades.

CLÁUSULA VIGESIMA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio.

- 20.1 De común acuerdo entre ambas partes, cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuación del Convenio. Para tal efecto se deberá comunicar de forma escrita, a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación, no menor de treinta (30) días hábiles previos.
- 20.2 Incumplimiento o el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de una de las partes. Para tal efecto la parte que se perjudica, debe previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.
- 20.3 El convenio podrá ser resuelto en caso se cancele la autorización de funcionamiento otorgada por SUSALUD a **LA IAFAS** o por la cancelación de la inscripción de **LA IPRESS** en el Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS.
- 20.4 Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá 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.
- 20.6 En caso de que un beneficiario de **LA IAFAS**, esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IPRESS**, continuará con su atención hasta su

alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- 21.1. Los términos del presente Convenio se establecen sobre la base del principio de la buena fe, por lo que las partes convienen que; en caso de producirse alguna controversia relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, se podrán resolver mediante trato directo.
- 21.2. Sin perjuicio de lo anterior, de persistir conflicto o desavenencia que surja de la ejecución e interpretación del presente convenio, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y de Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD, a cuyas normas las partes se someten.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ANTICORRUPCIÓN

- 22.1. **LAS PARTES** reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, será realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.
- 22.2. **LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene 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 al convenio de intercambio prestacional en salud.
- 22.3. **LAS PARTES** declaran que no ofrecerán entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.
- 22.4. **LAS PARTES** se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente. Además, **LAS PARTES** se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.
- 22.5. **LAS PARTES** se compromete 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 así mismo a las instancias competentes, a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.
- Basados en lo ocurrido se adoptarán, medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.
- El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado y debidamente comprobado, constituye causal de nulidad del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

- 23.1. El presente Convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple, efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación de su vigencia.
- 23.2. En caso de solicitud expresa de alguna de las partes, para la no ampliación del plazo de vigencia del presente convenio se deberá comunicar de forma escrita a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación no menor de treinta (30) días hábiles antes de su término.
- 23.3. El presente Convenio comienza a regir (inicio de operatividad), previa comunicación vía correo electrónico y/o documento formal, una vez se encuentre operativo e implementado; luego de haberse realizado las capacitaciones referentes al Convenio.
- 23.4. Asimismo, de manera anual se suscribirán actas de reunión en la cual se presentarán los marcos presupuestales y los procesos de liquidación del año previo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

- 24.1. El presente Convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre las partes, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las instituciones intervinientes y formarán parte integrante del presente Convenio, las cuales estarán sujetas a la normativa legal vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DE LOS PAGOS QUE REALICE LAS IAFAS SALUDPOL

- 25.1. **LA IAFAS** podrá realizar el pago de recursos financieros directamente a **LA IPRESS** con PERSONERÍA JURÍDICA del Anexo N.º 01 que sean Unidades Ejecutoras.
- 25.2. Para la operatividad del presente Convenio, se considera el registro de prestaciones en el sistema de **LA IAFAS**, la rendición y la facturación.
- 25.3. Se considera LA IPRESS con Personería Jurídica y Unidades Ejecutoras, o que pertenezcan a alguna, a las consignadas en el cuadro siguiente:

TABLA DE TRANSFERENCIAS A UNIDADES EJECUTORAS EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

UNIDADES EJECUTORAS EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO						
	CODIGO UE	NOMBRE LA UNIDAD EJECUTORA	CANTIDA D DE IPRESS	NÚMERO DE RUC	RAZON SOCIAL	MODALID AD DE PAGO

TOTAL

El presente Convenio contempla _____ (____) establecimiento de salud, el cual pertenece a _____ (____) Unidad Ejecutora detallada en el cuadro precedente.

LA UGIPRESS debe remitir:

- Plantilla (según formato que remita la IAFAS) para la creación y habilitación de beneficiarios a los digitadores de LA UGIPRESS quienes utilizarán el sistema informático.
- La siguiente información de sus Unidades Ejecutoras:
 - a) Razón Social (Tener en cuenta que el nombre sea congruente entre el nombre considerado en el Convenio y el que figura en la Consulta RUC de la SUNAT),
 - b) Número de RUC,
 - c) Nombre de Banco,
 - d) Cuenta Bancaria Corriente y CCI.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

26.1. La conformidad del servicio por parte de LA IAFAS no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad LA UGIPRESS es de un año.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN Y COORDINACION

27.1 Para coadyuvar a la ejecución e implementación del presente convenio, las partes designan como coordinadores:

- Coordinador de **LA IAFAS**: la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, o quién haga sus veces.
- Coordinador **LA UGIPRESS**: La Dirección de Economía, Unidad de Servicios de Salud – Convenios y la Unidad de Seguros o quién haga sus veces.
- Coordinador **LA IPRESS (Unidad Ejecutora)**: La Unidad de Seguros o quien haga sus veces

27.2. Las partes conformaran equipos de trabajo, liderados por los coordinadores, para que, de manera conjunta, desarrollen, adecuen, definan e implementen los sistemas informáticos y procesos operativos y de control necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Asimismo, serán los responsables de la coordinación, seguimiento y control de la adecuada ejecución del Convenio, realizando una evaluación semestral, así como de la definición de las reglas de validación de las prestaciones de salud. Los equipos de trabajo de ambas partes firmaran un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

27.3. Los coordinadores serán los responsables, de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación y conformidad, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del convenio.

27.4. De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y pago; se considerará un periodo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la suscripción del convenio, para que las partes efectúen las acciones correspondientes. Durante dicho periodo **LA IAFAS** podrá reconocer las prestaciones de salud que hayan sido brindadas en **LA UGIPRESS a través de LA IPRESS**, posterior a la fecha de suscripción del presente Convenio, con cargo al primer pago prospectivo que realice **LA IAFAS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: DOMICILIO DE LAS PARTES

Las partes declaran, el siguiente domicilio, para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente convenio.

- **DOMICILIO DE LA IAFAS:** Calle Domingo Elías 150, urbanización Surquillo, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima.
- **DOMICILIO de LA UGIPRESS:**

La variación del domicilio de alguna de las partes, debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación, no menor de quince (15) días calendario de producida la variación.

Caso contrario toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados, se entenderá válidamente efectuada.

CLAUSULA VIGÉSIMA NOVENA: ANEXOS

- **ANEXO N° 1:** DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
- **ANEXO N° 2:** CARTERA DE SERVICIOS
- **ANEXO N° 3:** TARIFARIO
- **ANEXO N° 3.1:** FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO
- **ANEXO N° 4:** DOCUMENTO INFORMATIVO - AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE SALUD (APS).
- **ANEXO N° 5:** FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO – ATENCIÓN AMBULATORIA
- **ANEXO N° 5-A:** FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN UGIPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO – ATENCIÓN EMERGENCIA
- **ANEXO N° 6:** CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS
- **ANEXO N° 7:** LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD
- **ANEXO N° 8:** DECLARACIÓN JURADA
- **ANEXO N° 9:** MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LA UGIPRESS

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 2024.

GENERAL
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE
LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

DIRECTORA GENERAL
UGIPRESS _____

ANEXO N.º 1
DATOS DE LAS IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

	Unidad Ejecutora	Nombre del establecimiento	Código Único	Provincia	Distrito	Categoría

ANEXO N.º 2
CARTERA DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN _____
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA IPRESS

	PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Cirugía General y digestiva
	(...)	(....)

**NOTA: La consulta ambulatoria corresponde solo a controles post quirúrgicos.*

ANEXO N.º 3

TARIFARIO

**RELACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS CON COSTO ESTANDAR, DE
LAS IPRESS ADSCRITAS**

	CP MS	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTOS SEGÚN R.M N° 550 MINSA-2023	ESPECIALIDAD	TARIFA	RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN
	517 02	Inserción de catéter vesical temporal; simple (p. ej. Foley)	Procedi mientos de Enferme ría	S/ 28.60	
			...	S/	...

ANEXO N° 3.1

FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO:

“Sres. IAFAS SALUDPOL:

En el marco del Convenio vigente, nuestra UGIPRESS solicita la inclusión, modificación y/o actualización del siguiente procedimiento médico en el Tarifario del (NOMBRE DE UGIPRESS):

N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO CPMS	TARIFA S/

*Quedamos atentos,
Saludos cordiales.”*

ANEXO N.º 4
DOCUMENTO INFORMATIVO

Autorización de Prestación de Salud Nro. CV-XXXXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXXX



CV-1401-201800000020



Señor(es):		
UGUGIPRESS:		
Teléfonos:		
Dirección:		
Nº de Solicitud:		
Especialidad Solicitante:		
Diagnósticos:		Definitivo

De mi consideración:

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>

En caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento de autorización dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso el presente documento de autorización señale puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

Sobre la emergencia médica o quirúrgica (prioridad I y II), el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención o desde ocurrido el evento, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre la emergencia clasificada como urgencia menor (prioridad III) y patología común (prioridad IV); el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención por la UGIPRESS con convenio, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, y emisión del formato de solicitud de procedimiento por parte establecimiento de salud PNP de la jurisdicción, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre las prestaciones de salud que no sean clasificadas como emergencia; el documento de autorización rige a partir de la fecha de la emisión del documento de autorización.

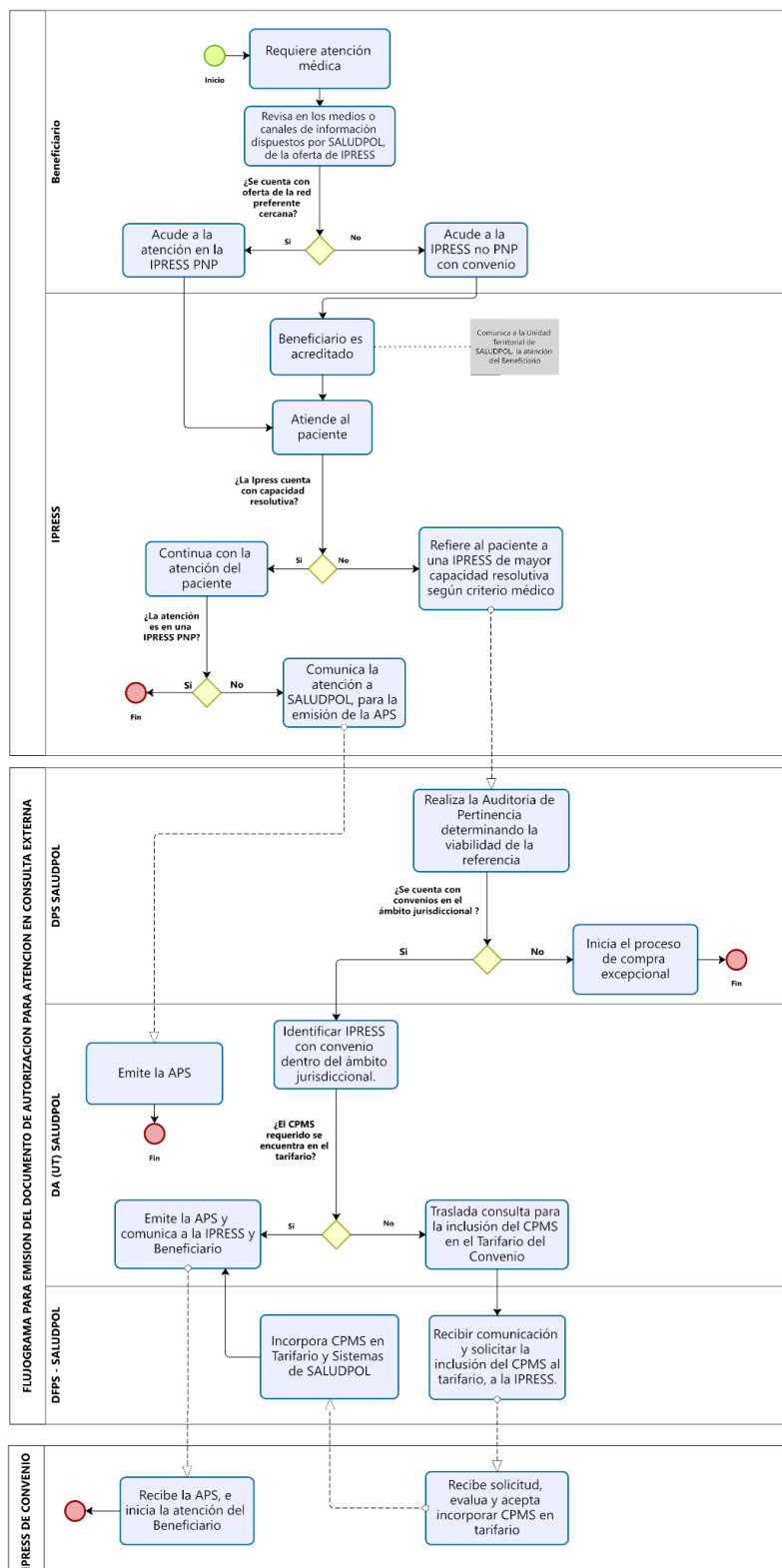
La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

El documento de autorización tiene una vigencia hasta doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir de la fecha de la primera atención.

Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763

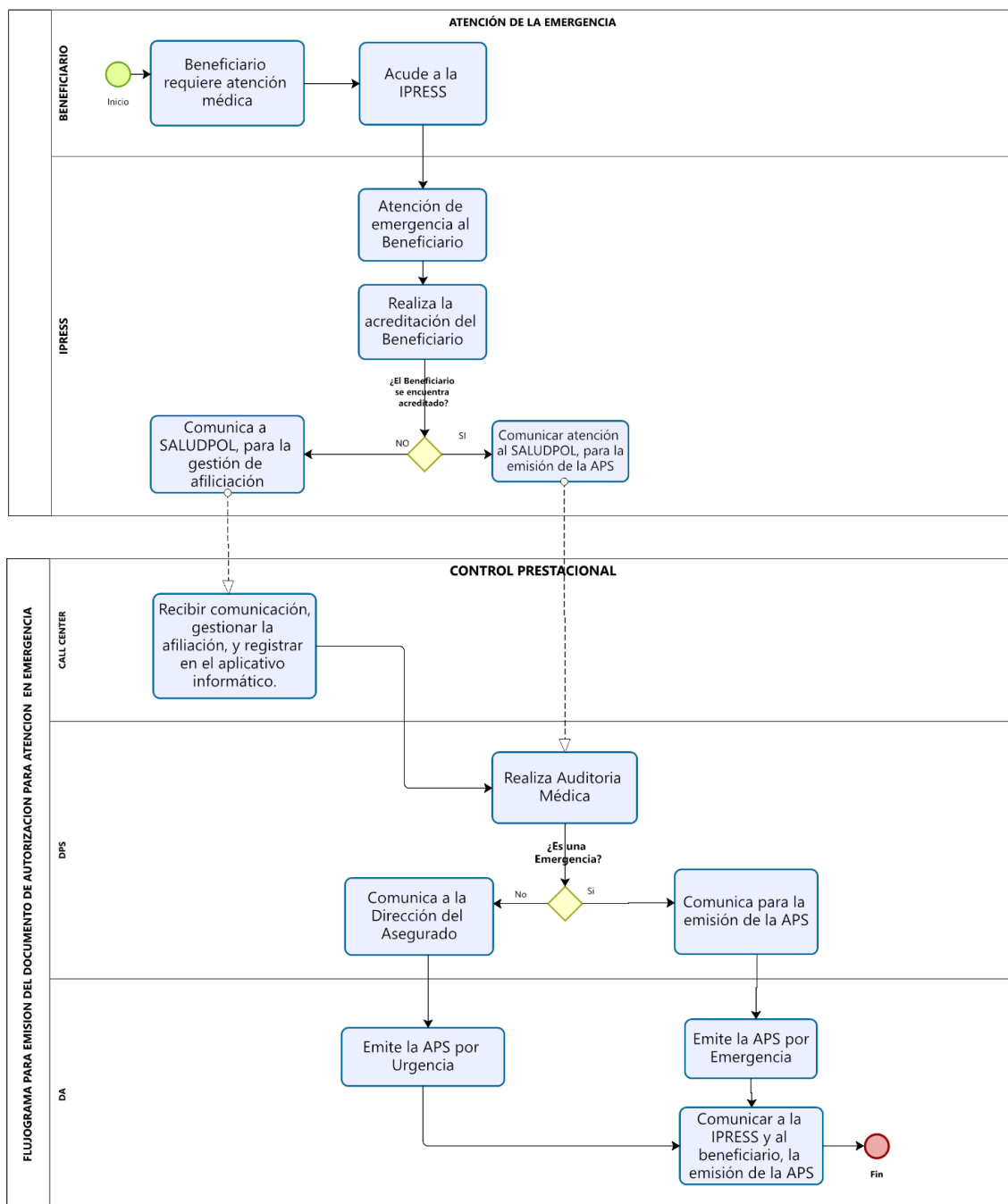
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N°
20178922581)

ANEXO N.º 5
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN LA IPRESS NO PNP EN EL
MARCO DEL CONVENIO
Atención Ambulatoria



ANEXO N.º 5-A
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN LA IPRESS NO PNP EN
EL MARCO DEL CONVENIO

Atención de Emergencia



ANEXO N.º 6
CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

1. ID de la prestación de salud
2. Número de Documento de Autorización
3. Tipo de documento de identidad del beneficiario
4. Número de documento de identidad del beneficiario
5. Apellido Paterno del Paciente
6. Apellido Materno del Paciente
7. Nombres del Paciente
8. N° de Historia Clínica
9. Fecha de nacimiento del beneficiario
10. Sexo
11. Código Prestacional
12. Fecha de ingreso
13. Fecha de atención o alta
14. Código CIE 10 del diagnóstico
15. Descripción del diagnóstico (según CIE 10)
16. N° RENUGUGIPRESS
17. Nombre de UGIPRESS
18. Código CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
19. Descripción según CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
20. Apellidos y nombres del responsable de la atención
21. Tipo de documento de identidad del responsable de la atención
22. Número del documento de identidad del responsable de la atención
23. Profesión del responsable de la atención.
24. N° de Colegiatura del responsable de la atención.
25. Especialidad del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
26. N° de Registro de Especialista del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
27. Circunstancias del egreso (mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción)
28. Codificación CPT de los procedimientos realizados
29. Descripción del procedimiento realizado (según CPT)
30. Codificación de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
31. Descripción de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
32. Valor de prestación de salud en soles (desagregando en valor de procedimiento médico y valor de productos farmacéuticos o dispositivos médicos).

ANEXO N.º 7
LIQUIDACION DE PRESTACIONES DE SALUD
HOJA DE RESUMEN DE LIQUIDACIÓN

NOMBRE DE LA IPRESS:

	MES DE PROD U- CCIO N	DOCUMENTO DE AUTORIZA CIÓN	DNI	NOMB RE Y APELLI DO PACIE NTE	MONT O PROCE DI- MIENT OS	MON TO MEDI CA- MEN TOS	MONTO CONFO RME TOTAL	FECHA FACTU RA	NRO FACTU RA	MONT O FACTU RA

TOTAL

 (NOMBRE COMPLETO
 Representantes o coordinador del convenio)
 (CARGO)
 Oficina de seguros

ANEXO 8
DECLARACIÓN JURADA

La IPRESS / Unidad Ejecutora, con Registro Único de Contribuyente N°..... inscrito con código RENUGIPRESS / UGIPRESS N°..... y con domicilio en

..... del distrito, provincia, departamento....., declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Toda la información ingresada en el Sistema TEDEF o Registro de Prestaciones de Salud es válida (según corresponda), es conforme y sustentada en documentos y se encuentra registrada en nuestros sistemas de información.
2. La “Hoja Resumen de Liquidación” muestra el resumen de la totalidad de prestaciones realizadas en el mes de producción señalada en la hoja resumen.
3. Me someto a la auditoria de control posterior que realizará vuestra IAFAS.
4. En caso se determine hallazgos en el informe de auditoría de control posterior, los cuales no hayan sido levantados por la UGIPRESS oportunamente o no sustente el hallazgo en la atención registrada, acepto el descuento sobre la rendición del mes de producción abierta para lo cual emitiré la nota de crédito o facturaré sobre el saldo neto.

En la ciudad de, a los días de del 20....

(NOMBRE COMPLETO
Representantes o coordinador del convenio)
(CARGO)
Oficina de

ANEXO N°9
MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LA UGIPRESS (a través de LA IPRESS)

Mecanismos de pago	Modalidad de pago
El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por <i>prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos</i>, en base a las tarifas establecidas en el Anexo N° 03 del presente convenio.	<u>Pago prospectivo</u> Una vez suscrito el presente convenio LA IAFAS realiza el pago prospectivo a LA UGIPRESS. El importe a desembolsar será estimado por LA IAFAS en base al histórico de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de LA IAFAS en la UGIPRESS, del último periodo anual liquidado, y/o en proporción a la población afiliada en la jurisdicción. Una vez ejecutado el 80% del pago realizado, LA UGIPRESS podrá solicitar un pago prospectivo adicional, el mismo que será estimado según la producción de los tres (03) últimos meses que se hayan brindado conformidad y/o liquidación. Los pagos a realizarse a LA UGIPRESS serán determinados en el Acta de Implementación y control, que será suscrita dentro de los 30 días siguientes, en virtud del presente convenio, según el anexo N° 01. En caso no se cuente con información prestacional valorizada en el último periodo anual, se aplicará el mecanismo de pago por servicio retrospectivo durante los tres (3) primeros meses del inicio del convenio, y una vez transcurrido dicho periodo, el mecanismo migrará automáticamente a prospectivo. Los pagos correspondientes estarán supeditados al registro y la remisión de documentos de liquidación oportuna de las prestaciones de salud brindadas por LA UGIPRESS.

MODELO DE CONVENIO ENTRE UNA IPRESS PUBLICA O MIXTA CON SEGURO SALUDPOL.

Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con **RUC**

N° 20178922581, con domicilio legal en Calle Domingo Elías 150, urbanización Surquillo, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N°10005, representado por el Gerente General _____, identificado con DNI N.º _____, con facultades de representación, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N° _____, de fecha _____, y autorizado para la suscripción del presente convenio, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**, y de otra parte el _____ con **RUC N.º** _____ con domicilio legal en _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, representado por su Director General _____, identificado con DNI N.º _____, designado mediante Resolución Ministerial N.º _____ del _____, a quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**, precisando que, cuando se haga alusión a **LA IAFAS** y **LA IPRESS** de forma conjunta, en adelante se denominará **LAS PARTES**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

- 1.1. Constitución Política del Perú de 1993.
- 1.2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 1.3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento, que fue aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 1.4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 1.5. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
- 1.6. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
- 1.7. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integrales de Salud - RIS
- 1.8. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 1.9. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- 1.10. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.
- 1.11. Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267.
- 1.12. Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2015-IN.
- 1.2. Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú modificado por los Decretos Legislativos N°1318, 1451 y 1604.
- 1.13. Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 1.14. Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector

público.

- 1.15. Decreto Legislativo N° 1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.16. Decreto Supremo N.º 009-1997-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- 1.17. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.18. Decreto Supremo N.º 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
- 1.19. Decreto Supremo N° 002-2015, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
- 1.20. Decreto supremo 034-2015-SA, Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones administradoras de Fondos De Aseguramiento en Salud, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 1.21. Decreto Supremo N.º 010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 1.22. Decreto Supremo N°026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.23. Decreto Supremo N.º 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- 1.24. Decreto Supremo N.º 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 27604, que modifica la Ley General de Salud N.º 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 1.25. Decreto de Urgencia N° 007-2019, 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, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 026-2019-SA.
- 1.26. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- 1.27. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 1.28. Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 1.29. Resolución Ministerial N.º 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- 1.30. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N.º 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del

Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

- 1.31. Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N.º 265-2018/MINSA,
- 1.32. Resolución Ministerial N.º 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.33. Resolución Ministerial N.º 951-2019-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 276-MINSA-2019-DGAIN, "Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- 1.34. Resolución Ministerial N.º 1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- 1.35. Resolución Ministerial N.º 433-2020-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 291-MINSA/2020/DGAIN, "Disposiciones Complementarias al Intercambio Prestacional en Salud en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466".
- 1.36. Resolución Ministerial N.º 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.37. Resolución de Superintendencia N.º 004-2020-SUSALUD/S, que 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 (IPRESS)".
- 1.38. Resolución Ministerial N.º 346-2021/MINSA, que aprueba el Listado del Costo Estándar de los Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios de Atención Pre Hospitalaria y del Transporte Asistido de Pacientes.
- 1.39. Resolución Ministerial N.º 539-2022/MNSA, que aprueba la actualización del "Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su Costo Estándar".
- 1.40. Resolución de Superintendencia N.º 086-2021-SUSALUD/S que aprueba el "Reglamento del Modelo De Transacción Electrónica De Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF-IP".
- 1.41. Resolución de Gerencia General N°42-2023-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba la "Directiva para el registro de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL"
- 1.42. Todas aquellas normas vigentes que resulten aplicables y que se emitan en materia de salud en el marco del presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:

- 2.1. **Adenda:** Documento mediante el cual se realizan modificaciones o prórrogas a los términos del Convenio suscrito. La aprobación de la Adenda requiere seguir el mismo procedimiento determinado para la firma de un convenio.

- 2.2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 2.3. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
- 2.4. **Atención de salud:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- 2.5. **Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
 - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- 2.6. **Beneficiario de SALUDPOL:** Son beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL), los siguientes:
- a) El personal policial de la Policía Nacional del Perú en Situación de Actividad, así como el personal policial en Situación de Disponibilidad o Retiro con derecho a pensión.
 - b) Los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
 - c) Los Alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
 - d) El o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley; así como los cónyuges sobrevivientes del personal policial con derecho a pensión, en tanto no contraigan matrimonio o unión de hecho.
 - e) Los hijos menores de edad, hijos mayores de edad hasta los 28 años, siempre y cuando cursen estudios ininterrumpidos o mayores con incapacidad en forma total y permanente para el trabajo y los padres, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.
- 2.7. **Calidad de la atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.

- 2.8. **Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.
- 2.9. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) publicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.
- 2.10. **Capacidad resolutive de la IPRESS:** Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que produce.
- 2.11. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos Sanitarios.
- 2.12. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de los Procedimientos Médicos y Sanitarios que se brindan en una IPRESS, o una red de salud, y que incluye sus denominaciones correctas y los respectivos códigos de identificación estándar en salud.
- 2.13. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de servicios que produce una IPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la ANS. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las IPRESS.
- 2.14. **Categoría:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- 2.15. **Categorización:** Proceso que conduce a clasificar a los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.
- 2.16. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.
- 2.17. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por conceptos de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
- 2.18. **Conjunto Mínimo de Datos (CMD):** Es el conjunto mínimo de datos del asegurado que recibe una prestación de salud; que LA UGIPRESS deberá remitir a LA IAFAS en formato y/o medio que LA IAFAS defina; según lo establecido normativamente por SUSALUD.
- 2.19. **Control prestacional:** Son los procesos de control previo, simultáneo o posterior que realizan las IAFAS para realizar el análisis a los registros y documentación que sustenta las

prestaciones brindadas a los asegurados para garantizar la eficiencia, calidad, equidad y transparencia en la atención médica brindada a los asegurados.

- 2.20. **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja directa o indirecta; realizado por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
- 2.21. **Documento de Autorización por Convenio:** Es el documento que brinda la autorización de Prestación de Salud al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en IPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.
- 2.22. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a paciente con daños calificados como prioridad I y II.
- 2.23. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por la IAFAS a sus beneficiarios, detallados en el plan de salud o producto.
- 2.24. **Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.
- 2.25. **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.
- 2.26. **Liquidación de Prestación de Salud:** Proceso realizado por la IAFAS, aplicable a las prestaciones de salud declaradas por los Prestadores, según el mecanismo de pago acordado, mediante el cual se determina el importe y se reconoce la prestación de salud.
- 2.27. **Intercambio prestacional en Salud:** Entiéndase por intercambio prestacional a las acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.
- 2.28. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente el pagador.
- 2.29. **Oferta Móvil:** Este tipo de oferta está referido a todas las modalidades de entrega de servicios de salud en las que los recursos necesarios se movilizan al encuentro con la

demanda. Dependiendo de los objetivos a cubrir se han diseñado un conjunto amplio de modalidades. En general, se puede mencionar que este tipo de oferta se da de manera individual a través de la asistencia de personal de salud al domicilio u otro lugar en busca de los usuarios o pacientes, o de manera organizada a través del traslado de equipos de profesionales con el equipamiento necesario, conformando brigadas e incluso hasta hospitales que de manera programada o en respuesta a eventos se constituyen en lugares con inexistente o insuficiente oferta o con necesidad de complementar servicios.

- 2.30. **Observaciones:** Se da al ser observada una prestación de salud, y no cumple con reglas de conformidad entre IAFAS e IPRESS.
- 2.31. **Pago por servicio de salud prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud
- 2.32. **Pago por servicio de salud retrospectivo:** Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.
- 2.33. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.
- 2.34. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:** Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- 2.35. **Plan de Salud del SALUDPOL:** corresponde al Plan específico, es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que los beneficiarios tienen frente a distintas prestaciones de salud y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, su acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, amparándonos en los principios dados. El Plan de Salud del SALUDPOL responde a las principales necesidades de salud de la familia policial; comprende acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación
- 2.36. **Precios de Operación (SISMED):** Se hace referencia a los precios de adquisición y el porcentaje establecido en la directiva sanitaria vigente para la gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 2.37. **Prestaciones de Salud:** Se reconocen 2 acepciones:
3. Se usa como sinónimo de atenciones de salud.
 4. Dentro de la Teoría de Seguros, se denomina así a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una IPRESS, en el contexto de una relación creada mediante un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones.
- 2.38. **Red de Salud:** Conjunto de IPRESS públicas, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y

complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones de salud, en función de las necesidades de la población.

- 2.39. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.
- 2.40. **Riesgo de Corrupción:** Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público para un beneficio privado.
- 2.41. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC):** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud, de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.
- 2.42. **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”.
- 2.43. **Tarifa:** Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.
- 2.44. **Titular:** Personal policial oficial, técnico, sub oficial y alumnos de las escuelas de formación en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión de jubilación, mediante una planilla de pago.
- 2.45. **Validación prestacional:** Son los procesos de control que realizada la IAFAS SALUDPOL para determinar la validez de la prestación para efectos de pago, incluyen el Proceso de Validación en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud, Proceso de Reconsideración, Proceso de Control Presencial Posterior, y otros que pueden ser implementados.
- 2.46. **Usuario de los servicios de salud:** Es la persona que requiere y hace uso de los servicios de salud intramurales y extramurales de una IPRESS. No implica necesariamente que esté enfermo. Podría ser que use servicios orientados a la prevención de enfermedades, o a la promoción de la salud o de estilos de vida saludables, o algún servicio de tipo administrativo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS:

EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL, inscrita en el Registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N.º 206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Certificado Registro N.º 10005; es una institución con personería jurídica de derecho público adscrita al Ministerio del Interior que cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable y tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de

salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de la cobertura de los riesgos de salud, de conformidad con el marco normativo vigente que ha identificado una brecha de demanda insatisfecha. En adelante se le denominará **LA IAFAS**.

DE LA IPRESS:

_____, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, y Unidad Ejecutora, así mismo, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código único de IPRESS N° _____ con categoría ___, que brinda atención integral a pacientes, usuarios y familias, en la rehabilitación, protección, con inclusión social y aseguramiento universal.

De conformidad con el marco legal vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de **LA IAFAS**. A quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio, y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **LA IPRESS**, se obliga a brindar las prestaciones de salud a los asegurados de **LA IAFAS**, que se encuentren debidamente acreditados de acuerdo a su Plan de Salud de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud detallado en el Anexo N.º 02. **LA IAFAS** se obliga a pagar por los servicios de salud que se brinden a sus asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, establecidas en el presente convenio.

LA IAFAS se obliga a pagar todos los servicios de salud que se brinden a sus asegurados según la modalidad y el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según las cláusulas establecidas en este convenio.

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados de **LA IAFAS** se realizarán en las instalaciones y servicios de **LA IPRESS** detalladas en el Anexo N°01 que forma parte del presente Convenio, de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio se aplica en la jurisdicción de _____ beneficiando a la población asignada a **LA IAFAS**, reconocidos como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.

En caso de asegurados en condición de transeúntes (adscritos a otra región), **LA IAFAS** se compromete a garantizar el pago de las prestaciones de salud conforme a lo establecido en el presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

6.1 **LAS PARTES**, acuerdan gestionar la acreditación de asegurados en el marco a las “Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud Modelo SITEDS”, de acuerdo con lo establecido por SUSALUD.

No obstante, en tanto no se haya implementado el MODELO SITEDS, y/o alguna de las partes no se encuentre operativo para tal implementación, se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

6.1.1 Para identificar a los asegurados objeto del convenio, y estos puedan acceder a la prestación del servicio de salud, es obligatorio que la persona presente al personal de admisión de **LA IPRESS**, alguno de los siguientes documentos:

- 1) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 2) Carné de Extranjería, pasaporte.
- 3) Certificado de nacido vivo (CNV).

6.1.2 En el marco del presente Convenio, las Partes utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Beneficiarios (disponible en la página web www.saludpol.gob.pe cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por **LA IAFAS** en el cual se podrá verificar la condición de asegurado “ACTIVO”, en la fecha que se realiza la consulta.

6.1.3 En caso de que el beneficiario pierda su condición de activo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, se reconocerá las prestaciones que hubieran sido autorizadas previamente a la pérdida de su condición de activo hasta la finalización de su atención, siempre y cuando estas no correspondan a exclusiones de la cobertura. Esto, de acuerdo al Plan de Salud vigente de **LA IAFAS**.

CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

7.1 La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente convenio se encuentra detallada en Anexo N° 02, que forma parte del presente Convenio y será brindada según el Plan de Salud de **LA IAFAS**, que corresponde al Plan Específico y que posee mejores condiciones que el PEAS, para lo cual **EL PRESTADOR** comunicará la actualización de la cartera de servicios de las IPRESS, a través de documento formal, el cual será evaluado por **LA IAFAS**.

7.2 **LA IPRESS**, se obliga a brindar las prestaciones de salud convenidas, en las instalaciones y detallado en el Anexo N° 01, del presente convenio, 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.

7.3 **LA IPRESS**, 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.

7.4 **LA IPRESS**, establecerá la programación y cupos correspondientes de cada prestación a realizar, entendiendo que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutive necesaria disponible sin que afecte las prestaciones de servicios de salud que brindan a las personas afiliadas y/o adscritas a ellas. De no contar con disponibilidad se comunicará este hecho en un plazo de 48 horas a **LA IAFAS** a fin de que esta pueda coordinar y tomar las acciones correspondientes.

- 7.5 **LAS PARTES** de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.
- 7.6 La solicitud de prestación de salud de los beneficiarios es realizada por las IPRESS PNP y NO PNP (consulta externa) y/o reporte de emergencias realizada por el beneficiario, acompañante o la IPRESS que admite al beneficiario, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM).

CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y EL MECANISMOS DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer las siguientes modalidades y mecanismos de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- ✓ La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es **pago prospectivo**. Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada.
- ✓ El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por *prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos*, acordado entre **LAS PARTES** según los valores y las tarifas contenidas en el Anexo N°03 y lo establecido en la Cláusula sobre TARIFAS del presente Convenio respectivamente.

La modalidad y mecanismo de pago se encuentra detallado en el Anexo N°09 del presente convenio.

LA IAFAS realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes a **LA IPRESS**, por las prestaciones brindadas. **LA IPRESS** se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de **LA IAFAS**.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

CLÁUSULA NOVENA: DE LAS TARIFAS

- 9.1. Las tarifas se encuentran estipuladas en el Anexo N° 03, que forman parte del presente convenio, las mismas que han sido establecidas de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud, en los documentos normativos “Metodología para la estimación de costos estándar de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud” y “Metodología para la estimación de tarifas de procedimientos médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones prestadoras de servicios de salud”, para el sistema de salud, las mismas que puedan ser actualizadas por acuerdo de las partes, mediante la suscripción de adendas.
- 9.2. Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro, no consideran IGV, detalladas en el Anexo N° 03 y han sido establecidas de mutuo acuerdo. Las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios incluyen los costos de los insumos y materiales médicos, considerando como fuente de referencia la Resolución Ministerial N° 951-2019/MINSA y normas modificatorias, las cuales podrán ser actualizadas a solicitud de **LA IPRESS**, a través de documento formal y previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**.

- 9.3. Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED.³²
- 9.4. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario de este Convenio podrán ser actualizadas a solicitud de **LA IPRESS** mediante documento formal o correo electrónico institucional, según el Anexo N° 3.1; previo análisis y aceptación de LA IAFAS, y en forma posterior se debe regularizar a través de la suscripción de una Adenda.

CLÁUSULA DÉCIMA: DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN E INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS

- 10.1. **LA IPRESS**, garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los beneficiarios de SALUDPOL, se registran y comunican a **LA IAFAS** y a SUSALUD, de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD. El plazo de implementación de este modelo será acordado mediante documento adicional firmado por los representantes de las partes.
- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Único de Registro de Prestaciones de Salud– SURPS o el que haga sus veces), que contenga al menos el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el Anexo N° 06 y de acuerdo con la normativa vigente.
- 10.3. Por medio del Sistema de Procedimientos Médicos – SPM, **LA IAFAS** emitirá la Autorización de Prestación de Salud (APS).
- 10.4. Durante el periodo de implementación del convenio **LA IAFAS** habilitará un Sistema Informático basado sobre la base del TEDEF y capacitará a **LA IPRESS** a fin de que registren oportunamente las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de SALUDPOL en el marco del presente convenio.
- 10.5. Para las IPRESS de **EL PRESTADOR** que no cuenten con acceso directo al Sistema de Registro de Prestaciones por diversas razones entre ellas el acceso a internet, se recolectará la información requerida de acuerdo al Anexo N° 06 y 6.1. Posteriormente la IPRESS y/o UGIPRESS debe registrar las prestaciones en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, en el plazo señalado en la cláusula sobre recepción, validación y conformidad prestacional.

CLÁUSULA DECIMO PRIMERA: RECEPCION, VALIDACION Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

- 11.1. **LA IAFAS** realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con **LA IPRESS** según normativa vigente y condiciones pactadas en el presente convenio, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.
- 11.2. El registro de prestaciones de salud está habilitado desde el primer día del mes de producción hasta el vigésimo día calendario del siguiente mes, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, presentada hasta el día siguiente del plazo indicado, en cuyo caso

³² Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.

puede ser ampliado el plazo para el registro de las prestaciones hasta el último día calendario del referido periodo.

- 11.3. Al día siguiente de culminado el plazo de registro de las prestaciones del mes de producción, **LA IAFAS** realiza el cierre automático de registros de prestaciones de salud, lo cual será comunicado a la IPRESS mediante correo electrónico institucional, no pudiendo **EL PRESTADOR** registrar más prestaciones.
- 11.4. Para la validación y conformidad prestacional, **LA IAFAS** cuenta con un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente del documento de la OTI-SALUDPOL sobre la comunicación del cierre automático.
- 11.5. Las prestaciones observadas producto del proceso de validación y conformidad prestacional deben ser comunicadas por **LA IAFAS** a las IPRESS o UGIPRESS de culminada la validación, caso contrario se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente.
- 11.6. **LA IPRESS** levantará las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, mediante correo electrónico o sistema informático de **LA IAFAS**, según se le indique, para las subsanaciones correspondientes en función a la complejidad del servicio. Todo el proceso de levantamiento de observaciones debe realizarse en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.
- 11.7. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles desde que **EL PRESTADOR** realice el levantamiento.
- 11.8. De no cumplir **LA IPRESS** con la subsanación de la observación dentro del plazo establecido, **LA IAFAS** dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago.
- 11.9. Las prestaciones que no son subsanadas por **LA IPRESS** en el plazo establecido no forman parte de la producción del periodo gestionado.
- 11.10. Las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con el proceso de liquidación de prestaciones.
- 11.11. Luego de otorgada la conformidad, **LA IPRESS** deberá remitir a la IAFAS de forma física y/o mesa de partes virtual y/o a través de correo electrónico dentro de los diez (10) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación: la factura, la hoja resumen de liquidación (Anexo N° 07); y Declaración Jurada (según Anexo N° 08).
- 11.12. En el proceso de la liquidación, se agregará el monto por IGV a través de la facturación, sumándose el IGV a las tarifas ya concertadas por procedimientos médicos.
- 11.13. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por **LA IPRESS**, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes. Asimismo, **LAS PARTES** acuerdan que para suscribir un nuevo convenio no debe de existir pagos pendientes involucrados en el citado convenio y otras por pago por deudas ajenas al convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES NO REGISTRADAS Y/O DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS

- 12.1. **LA IPRESS**, podrá interponer recursos de reconsideración de las prestaciones de salud observadas (que no lograron ser subsanadas ya sea por no haber sido levantadas oportunamente dentro del plazo correspondiente y/o por no haber logrado superar la

validación de la subsanación realizada), así como de prestaciones no registradas, en el plazo perentorio de quince (15) días calendarios posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud a **LA IPRESS**.

- 12.2. El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación de **LA IAFAS**.
- 12.3. **LA IAFAS** emitirá pronunciamiento en el plazo de 30 días calendario.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- 13.1. En caso de que **LA IPRESS**, no cuente con la capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o beneficiario de salud, comunica en forma inmediata a la Dirección del Asegurado de **LA IAFAS** a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o beneficiario, según las normas vigentes.
- 13.2. En este caso, los costos que demanden el traslado y la atención de salud del asegurado, serán financiados **por LA IAFAS** en dicho periodo y/o mes de producción.
- 13.3. En casos excepcionales, si **LA IPRESS**, careciera de ambulancia por estar ocupadas, deberá de comunicar a **LA IAFAS** a fin de que se coordinen y adopten las acciones necesarias.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

- 14.1. **LA IPRESS**, se compromete a capacitar al personal que labora en su plataforma de atención al beneficiario en salud sobre el contenido del presente convenio de intercambio prestacional en salud a efectos que se puedan brindar información y absolver consultas de los asegurados o y usuarios que así lo requieran.
- 14.2. Las denuncias y reclamos que formulen los pacientes o beneficiarios, 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 las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.
- 14.3. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, **LA IPRESS**, informará mensualmente a **LA IAFAS** de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación de presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de **LA IAFAS**:

- 15.1 Informar a sus beneficiarios sobre el inicio de la vigencia del presente convenio, así como el alcance de los servicios de salud que serán brindados por **LA IPRESS**, en el marco del presente Convenio.

- 15.2 Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por **LA IPRESS** en el marco del presente Convenio.
- 15.3 Brindar oportunamente información a **LA IPRESS**, sobre los beneficiarios, con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 15.4 Coordinar y asumir directamente, la referencia de los asegurados, así como la comunicación y socialización para reportar las emergencias y urgencias.
- 15.5 Informar a **LA IPRESS**, sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
- 15.6 Efectuar la transferencia de recursos oportunamente a favor de **LA IPRESS** por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 15.7 Comunicar a **LA IPRESS**, sobre la normativa vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias, para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
- 15.8 Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el registro de auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
- 15.9 Asumir la capacitación, soporte, mantenimiento, requerimientos técnicos, licencia de uso de los aplicativos informáticos, al personal designado por **LA IPRESS**, siempre que formen parte del presente Convenio.
- 15.10 Informar en forma detallada a los asegurados y a **LA IPRESS**, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles, a su implementación en **LA IPRESS**.
- 15.11 Establecer, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de aseguramiento en Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
- 15.12 Implementar y poner a disposición de **LA IPRESS**, los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo, que les permitan registrar las prestaciones de salud oportunamente, así como su buen funcionamiento.
- 15.13 Realizar visitas, para verificar la gratuidad, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, según se considere necesario.
- 15.14 Poner a disposición de los beneficiarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 15.15 Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
- 15.16 Supervisar y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad, de las prestaciones brindadas a los beneficiarios por **EL PRESTADOR**.
- 15.17 Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA IPRESS

Son obligaciones de **LA IPRESS**:

- 16.1 Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con **LA IAFAS**, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratado.

- 16.2 Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos a **LA IPRESS**. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 16.3 Garantizar la verificación de la acreditación identidad del asegurado o beneficiario de salud y su condición de asegurado de **LA IAFAS**, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 16.4 No realizar cobros adicionales de ningún tipo a los asegurados de **LA IAFAS** por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.
- 16.5 Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos o los montos pagados por **LA IAFAS**, para los fines del presente convenio y de la normativa correspondiente.
- 16.6 Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a **LA IAFAS**, a fin de que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
- 16.7 Garantizar que se cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá 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 normativa aplicable para tales efectos.
- 16.8 No discriminar en su atención a los beneficiarios de **LA 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.
- 16.9 Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS** y de aquella que se genere en **LA IPRESS**, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.
- 16.10 No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, que no hayan sido previamente acordados entre las partes. Salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con **LA IAFAS**, siendo **LA IPRESS**, responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable en la vía civil.
- 16.11 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 **LA IAFAS**.
- 16.12 Mantener una Historia Clínica particular por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. **LA IPRESS**, debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, la copia de la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atiende en mérito del presente convenio.
- 16.13 En aras de la digitalización de procesos y la simplificación administrativa, **LA IPRESS** deberán considerar el uso de las Historias Clínicas Electrónicas en función de la viabilidad técnica y de manera progresiva.
- 16.14 En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS**, dentro de las veinticuatro (24) horas de identificada la necesidad, sobre beneficiarios con contingencias que exceden las prestaciones convenidas o la capacidad de resolución de **LA IPRESS**, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 16.15 Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
- 16.16 Informar de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.

- 16.17 Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con guía u hoja de liquidación de gastos debidamente detallada y valorizada.
- 16.18 Poner a disposición de los beneficiarios, el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 16.19 En cuanto a los criterios de calidad de las prestaciones de salud a brindarse, la Dirección de Prestaciones de Salud se basará en los protocolos y estándares de calidad aprobados por el Ministerio de Salud – MINSA y/o por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, vinculados a las normas técnicas de Estándares de Calidad. Asimismo, los criterios de calidad están sobre la base de la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno.
- 16.20 **LA IPRESS**, prestará su atención con médicos especialistas, en caso corresponda, los mismos que contarán con su respectivo Registro Nacional de Especialista (RNE), del Colegio Médico del Perú (CMP). Para especialistas que cuenten con RNE en trámite, LA IPRESS deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egresado de la especialidad del médico tratante.
- 16.21 **LA IPRESS**, deben poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, la copia de la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio, cuando sea solicitado para efectos de auditoría prestacional.
- 16.22 Brindar información en forma oportuna a **LA IAFAS**, al paciente o beneficiario de salud y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, **LA IPRESS**, realice las gestiones que corresponda con la nueva IAFAS para que ésta brinde la cobertura de las prestaciones cuando la cobertura de la primera IAFAS se haya agotado.
- 16.23 Garantizar que se presente a la IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como la demás información requerida por SUSALUD.
- 16.24 Implementar los aplicativos informáticos acordado por las partes.
- 16.25 Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones u omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
- 16.26 Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

- 17.1. **LA IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas, control siniestralidad con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por **LA IPRESS** a sus beneficiarios. Para tal efecto **LA IAFAS** podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:
- 17.1.1. Verificación del cumplimiento de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares de calidad y la normativa vigente, a través de las visitas de evaluación programadas y/o inopinadas por **SALUDPOL**. De hallar observaciones comunica el resultado de la evaluación de los estándares de calidad al prestador para la elaboración del Plan de Mitigación, el cuál debe ser presentado en 15 días hábiles desde la notificación de los resultados de la evaluación, el mismo que debe de contener los plazos para su levantamiento según normativa vigente.
- 17.1.2. LA IAFAS, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en LA IPRESS, cuyos resultados serán comunicados a la Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS.

- 17.1.3. Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas por **LA IAFAS**.
 - 17.1.4. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros relacionados al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por LA IAFAS.
 - 17.1.5. De acuerdo al volumen y carga de la producción en las prestaciones de salud, se consignará un equipo de auditores de acuerdo a los criterios antes mencionados, para el proceso de liquidación y/o pago.
 - 17.1.6. **LA IAFAS** podrá realizar el control presencial posterior de las prestaciones conformes liquidadas, a través de la auditoría médica in situ de la historia clínica que valide la prestación, según el procedimiento normativo vigente.
- 17.2. Las observaciones producto de los procesos de control posterior realizados por LA IAFAS, será deducido del monto liquidado.
 - 17.3. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.
 - 17.4. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- 18.1 **LA IPRESS**, garantiza que se apliquen las guías de práctica clínica y los protocolos de atención en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- 18.2 En caso de no disponer de Guías Nacionales, **LA IPRESS** podrá optar por la mejor evidencia científica disponible.
- 18.3 Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.
- 18.4 **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

- 19.1. Para la remisión de información entre LA IAFAS y LA IPRESS, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos (CPMS y codificación CIE-10) normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o el Ministerio de Salud – MINSA; así como los formatos aprobados por dichas Entidades.

CLÁUSULA VIGESIMA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio.

- 20.1 De común acuerdo entre ambas partes, cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuación del Convenio. Para tal efecto se deberá comunicar de

forma escrita, a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación, no menor de treinta (30) días hábiles previos.

- 20.2 Incumplimiento o el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de una de las partes. Para tal efecto la parte que se perjudica, debe previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.
- 20.3 El convenio podrá ser resuelto en caso se cancele la autorización de funcionamiento otorgada por SUSALUD a **LA IAFAS** o por la cancelación de la inscripción de **LA IPRESS** en el Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS.
- 20.4 Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá 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.
- 20.6 En caso de que un beneficiario de **LA IAFAS**, esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IPRESS**, continuará con su atención hasta su alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- 21.1. Los términos del presente Convenio se establecen sobre la base del principio de la buena fe, por lo que las partes convienen que; en caso de producirse alguna controversia relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, se podrán resolver mediante trato directo.
- 21.2. Sin perjuicio de lo anterior, de persistir conflicto o desavenencia que surja de la ejecución e interpretación del presente convenio, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y de Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD, a cuyas normas las partes se someten.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ANTICORRUPCIÓN

- 22.1. **LAS PARTES** reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, será realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.
- 22.2. **LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene 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 al convenio de intercambio prestacional en salud.
- 22.3. **LAS PARTES** declaran que no ofrecerán entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.
- 22.4. **LAS PARTES** se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente. Además, **LAS PARTES** se compromete a comunicar a

las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

- 22.5. **LAS PARTES** se compromete 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 así mismo a las instancias competentes, a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.

Basados en lo ocurrido se adoptarán, medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado y debidamente comprobado, constituye causal de nulidad del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

- 23.1. El presente Convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple, efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación de su vigencia.
- 23.2. En caso de solicitud expresa de alguna de las partes, para la no ampliación del plazo de vigencia del presente convenio se deberá comunicar de forma escrita a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación no menor de treinta (30) días hábiles antes de su término.
- 23.3. El presente Convenio comienza a regir (inicio de operatividad), previa comunicación vía correo electrónico y/o documento formal, una vez se encuentre operativo e implementado; luego de haberse realizado las capacitaciones referentes al Convenio.
- 23.4. Asimismo, de manera anual se suscribirán actas de reunión en la cual se presentarán los marcos presupuestales y los procesos de liquidación del año previo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

- 24.1. El presente Convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre las partes, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las instituciones intervinientes y formarán parte integrante del presente Convenio, las cuales estarán sujetas a la normativa legal vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DE LOS PAGOS QUE REALICE LAS IAFAS SALUDPOL

- 25.1. **LA IAFAS** podrá realizar el pago de recursos financieros directamente a **LA IPRESS** con PERSONERÍA JURÍDICA del Anexo N.º 01 que sean Unidades Ejecutoras.
- 25.2. Para la operatividad del presente Convenio, se considera el registro de prestaciones en el sistema de **LA IAFAS**, la rendición y la facturación.
- 25.3. Se considera IPRESS con Personería Jurídica y Unidades Ejecutoras, o que pertenezcan a alguna, a las consignadas en el cuadro siguiente:

TABLA DE TRANSFERENCIAS A UNIDADES EJECUTORAS EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

UNIDAD EJECUTORA DE IPRESS EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO						
	CODIGO UE	NOMBRE LA UNIDAD EJECUTORA	CANTIDAD DE IPRESS	NÚMERO DE RUC	RAZON SOCIAL	MODALIDAD DE PAGO

TOTAL

El presente Convenio contempla un (1) establecimiento de salud, el cual pertenece a la única Unidad Ejecutora detallada en el cuadro precedente.

LA IPRESS debe remitir:

- Plantilla (según formato que remita la IAFAS) para la creación y habilitación de beneficiarios a los digitadores de LA IPRESS quienes utilizarán el sistema informático.
- La siguiente información de sus Unidades Ejecutoras:
 - a) Razón Social (Tener en cuenta que el nombre sea congruente entre el nombre considerado en el Convenio y el que figura en la Consulta RUC de la SUNAT),
 - b) Número de RUC,
 - c) Nombre de Banco,
 - d) Cuenta Bancaria Corriente y CCI.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

26.1. La conformidad del servicio por parte de LA IAFAS no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad LA IPRESS es de un año.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN Y COORDINACION

27.1 Para coadyuvar a la ejecución e implementación del presente convenio, las partes designan como coordinadores:

- Coordinador de **LA IAFAS**: la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, o quién haga sus veces.
- Coordinador **LA IPRESS**: La Dirección de Economía, Unidad de Servicios de Salud – Convenios y la Unidad de Seguros o quién haga sus veces.

27.2. Las partes conformaran equipos de trabajo, liderados por los coordinadores, para que, de manera conjunta, desarrollen, adecuen, definan e implementen los sistemas informáticos y procesos operativos y de control necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Asimismo, serán los responsables de la coordinación, seguimiento y control de la adecuada ejecución del Convenio, realizando una evaluación semestral, así como de la definición de las reglas de validación de las prestaciones de salud. Los equipos de trabajo de ambas partes firmaran un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

27.3. Los coordinadores serán los responsables, de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los

sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación y conformidad, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del convenio.

- 27.4. De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y pago; se considerará un periodo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la suscripción del convenio, para que las partes efectúen las acciones correspondientes. Durante dicho periodo **LA IAFAS** podrá reconocer las prestaciones de salud que hayan sido brindadas en **LA IPRESS**, posterior a la fecha de suscripción del presente Convenio, con cargo al primer pago prospectivo que realice **LA IAFAS**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: DOMICILIO DE LAS PARTES

Las partes declaran, el siguiente domicilio, para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente convenio.

- **DOMICILIO DE LA IAFAS:** Calle Domingo Elías 150, urbanización Surquillo, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima.
- **DOMICILIO de LA IPRESS:**

La variación del domicilio de alguna de las partes, debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación, no menor de quince (15) días calendario de producida la variación.

Caso contrario toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados, se entenderá válidamente efectuada.

CLAUSULA VIGÉSIMA NOVENA: ANEXOS

- **ANEXO N° 1:** DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
- **ANEXO N° 2:** CARTERA DE SERVICIOS
- **ANEXO N° 3:** TARIFARIO
- **ANEXO N° 3.1:** FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO
- **ANEXO N° 4:** DOCUMENTO INFORMATIVO - AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE SALUD (APS).
- **ANEXO N° 5:** FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO – ATENCIÓN AMBULATORIA
- **ANEXO N° 5-A:** FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO – ATENCIÓN EMERGENCIA
- **ANEXO N° 6:** CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS
- **ANEXO N° 7:** LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD
- **ANEXO N° 8:** DECLARACIÓN JURADA
- **ANEXO N° 9:** MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LA IPRESS

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 2024.

GERENTE GENERAL
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE
LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

M.C. _____
DIRECTOR GENERAL

ANEXO N.º 1
DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

	Unidad Ejecutora	Nombre del establecimiento	Código Único	Provincia	Distrito	Categoría

ANEXO N.º 2
CARTERA DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN _____
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA IPRESS

	PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Cirugía General y digestiva
	(...)	(....)

**NOTA: La consulta ambulatoria corresponde solo a controles post quirúrgicos.*

ANEXO N.º 3

TARIFARIO

**RELACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS CON COSTO ESTANDAR, DE
LAS IPRESS ADSCRITAS**

	CPMS	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTOS SEGÚN R.M N° 550 MINSA-2023	ESPECIALIDA D	TARIFA	RESOLUCIÓN DE APROBACION
	517 02	Inserción de catéter vesical temporal; simple (p. ej. Foley)	Procedimient os de Enfermería	S/ 28.60	
			...	S/	...

ANEXO N° 3.1

FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO:

“Sres. IAFAS SALUDPOL:

En el marco del Convenio vigente, nuestra IPRESS solicita la inclusión, modificación y/o actualización del siguiente procedimiento médico en el Tarifario del (NOMBRE DE IPRESS):

N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO CPMS	TARIFA S/

*Quedamos atentos,
Saludos cordiales.”*

ANEXO N.º 4
DOCUMENTO INFORMATIVO

Autorización de Prestación de Salud Nro. CV-XXXXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXXX



CV-1401-201800000020



Señor(es):		
UGIPRESS:		
Teléfonos:		
Dirección:		
Nº de Solicitud:		
Especialidad Solicitante:		
Diagnósticos:		Definitivo

De mi consideración:

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>

En caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento de autorización dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso el presente documento de autorización señale puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

Sobre la emergencia médica o quirúrgica (prioridad I y II), el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención o desde ocurrido el evento, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre la emergencia clasificada como urgencia menor (prioridad III) y patología común (prioridad IV); el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención por la IPRESS con convenio, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, y emisión del formato de solicitud de procedimiento por parte establecimiento de salud PNP de la jurisdicción, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre las prestaciones de salud que no sean clasificadas como emergencia; el documento de autorización rige a partir de la fecha de la emisión del documento de autorización.

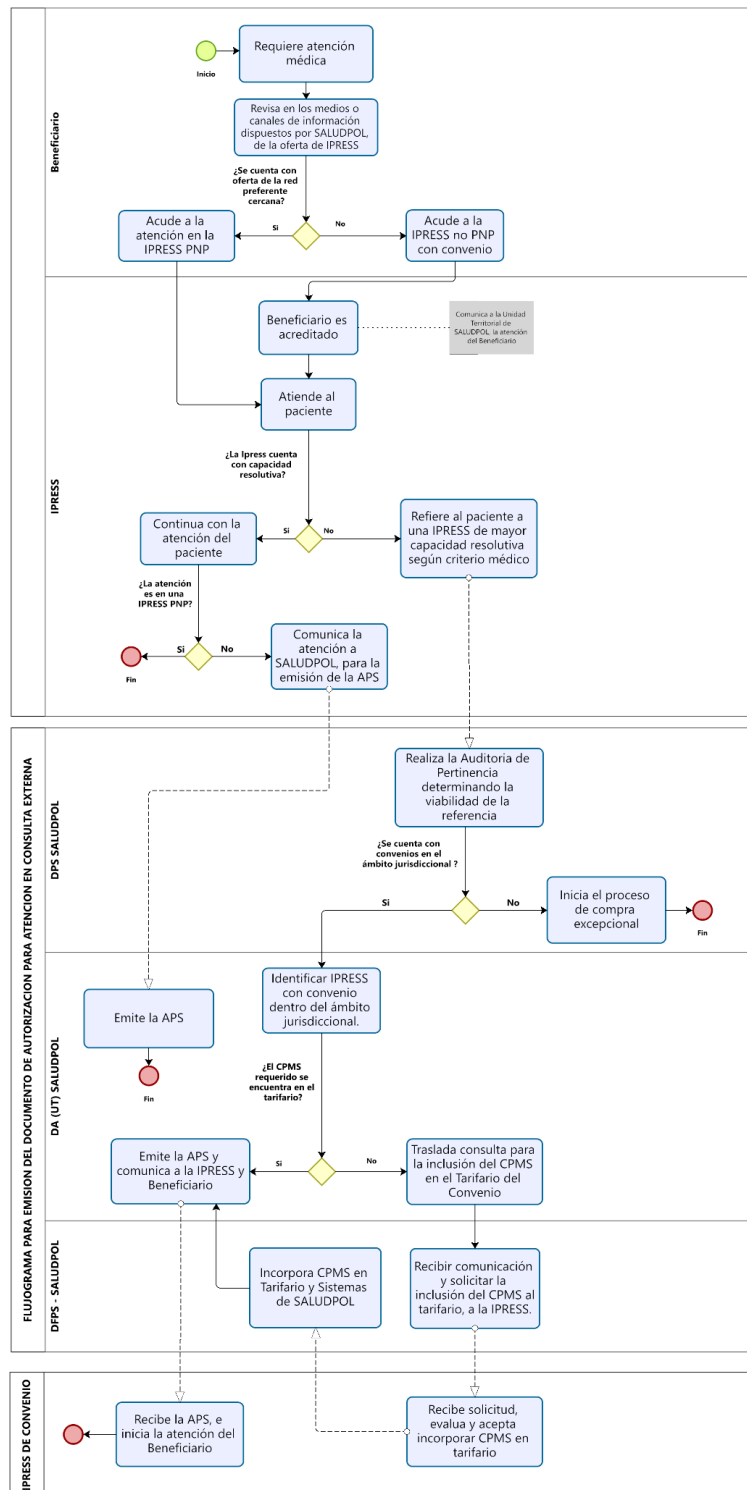
La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

El documento de autorización tiene una vigencia hasta doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir de la fecha de la primera atención.

Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763

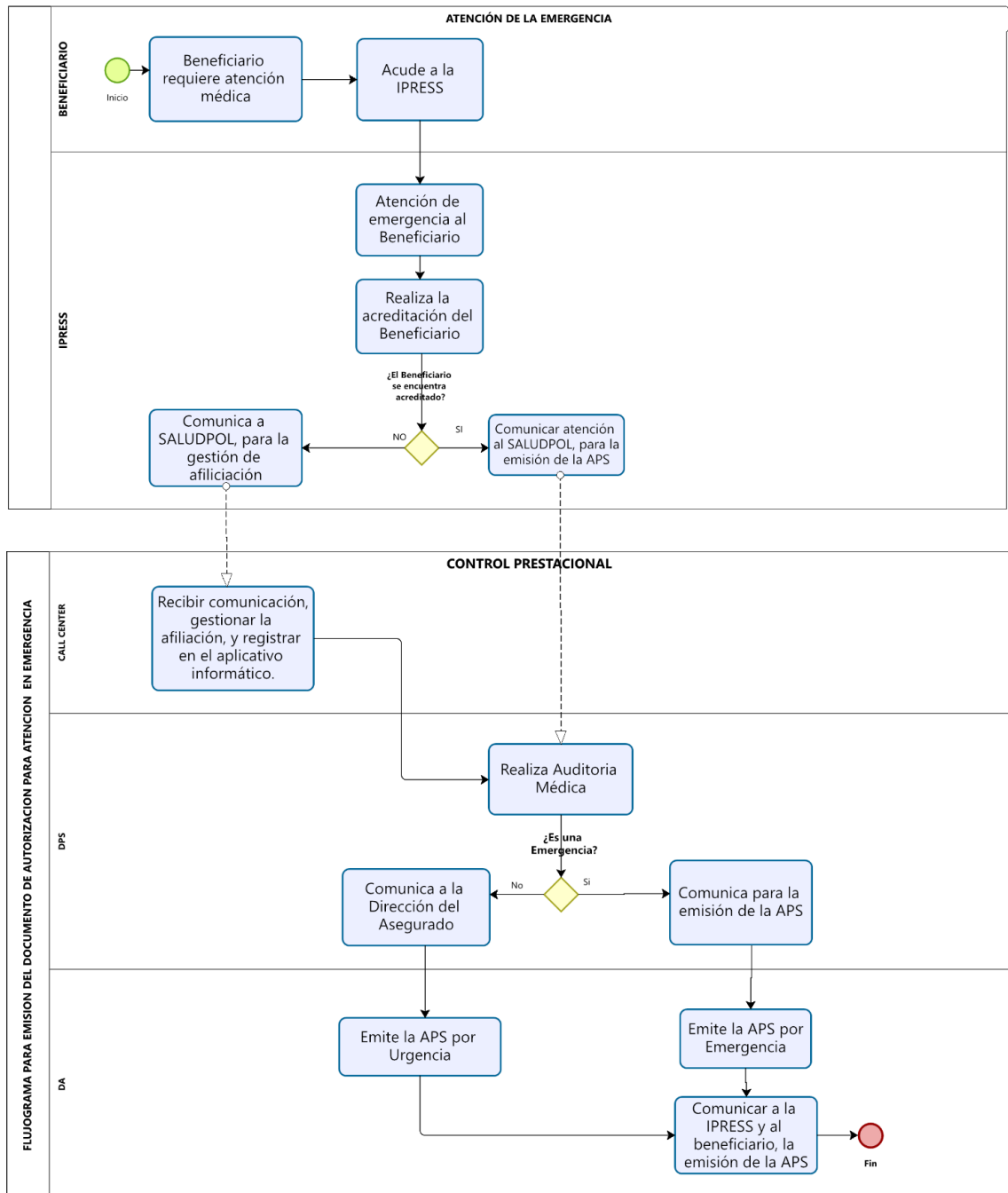
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N°
20178922581)

ANEXO N.º 5
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL
MARCO DEL CONVENIO
Atención Ambulatoria



ANEXO N.º 5-A
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL
MARCO DEL CONVENIO

Atención de Emergencia



ANEXO N.º 6
CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

33. ID de la prestación de salud
34. Número de Documento de Autorización
35. Tipo de documento de identidad del beneficiario
36. Número de documento de identidad del beneficiario
37. Apellido Paterno del Paciente
38. Apellido Materno del Paciente
39. Nombres del Paciente
40. N° de Historia Clínica
41. Fecha de nacimiento del beneficiario
42. Sexo
43. Código Prestacional
44. Fecha de ingreso
45. Fecha de atención o alta
46. Código CIE 10 del diagnóstico
47. Descripción del diagnóstico (según CIE 10)
48. N° RENUGIPRESS
49. Nombre de IPRESS
50. Código CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
51. Descripción según CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
52. Apellidos y nombres del responsable de la atención
53. Tipo de documento de identidad del responsable de la atención
54. Número del documento de identidad del responsable de la atención
55. Profesión del responsable de la atención.
56. N° de Colegiatura del responsable de la atención.
57. Especialidad del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
58. N° de Registro de Especialista del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
59. Circunstancias del egreso (mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción)
60. Codificación CPT de los procedimientos realizados
61. Descripción del procedimiento realizado (según CPT)
62. Codificación de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
63. Descripción de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
64. Valor de prestación de salud en soles (desagregando en valor de procedimiento médico y valor de productos farmacéuticos o dispositivos médicos).

ANEXO N.º 7
LIQUIDACION DE PRESTACIONES DE SALUD
HOJA DE RESUMEN DE LIQUIDACIÓN

NOMBRE DE IPRESS:

	MES DE PROD U- CCIO N	DOCUMEN TO DE AUTORIZA CIÓN	DNI	NOMB RE Y APELLI DO PACIE NTE	MONT O PROCE DI- MIENT OS	MON TO MEDI CA- MEN TOS	MONTO CONFO RME TOTAL	FECHA FACTU RA	NRO FACTU RA	MONT O FACTU RA

TOTAL _____

 (NOMBRE COMPLETO
 Representantes o coordinador del convenio)
 (CARGO)
 Oficina de seguros

ANEXO 8
DECLARACIÓN JURADA

La IPRESS / Unidad Ejecutora, con Registro Único de Contribuyente N°..... inscrito con código RENIPRESS / UGIPRESS N°..... y con domicilio en del distrito, provincia, departamento....., declaro bajo juramento lo siguiente:

5. Toda la información ingresada en el Sistema TEDEF o Registro de Prestaciones de Salud es válida (según corresponda), es conforme y sustentada en documentos y se encuentra registrada en nuestros sistemas de información.
6. La “Hoja Resumen de Liquidación” muestra el resumen de la totalidad de prestaciones realizadas en el mes de producción señalada en la hoja resumen.
7. Me someto a la auditoria de control posterior que realizará vuestra IAFAS.
8. En caso se determine hallazgos en el informe de auditoría de control posterior, los cuales no hayan sido levantados por la IPRESS oportunamente o no sustente el hallazgo en la atención registrada, acepto el descuento sobre la rendición del mes de producción abierta para lo cual emitiré la nota de crédito o facturaré sobre el saldo neto.

En la ciudad de, a los días de del 20....

(NOMBRE COMPLETO
Representantes o coordinador del convenio)
(CARGO)
Oficina de

ANEXO N°9
MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LA IPRESS

Mecanismos de pago	Modalidad de pago
El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por <i>prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos</i>, en base a las tarifas establecidas en el Anexo N° 03 del presente convenio.	<u>Pago prospectivo</u> Una vez suscrito el presente convenio LA IAFAS realiza el pago prospectivo a LA IPRESS. El importe a desembolsar será estimado por LA IAFAS en base al histórico de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de LA IAFAS en la IPRESS, del último periodo anual liquidado, y/o en proporción a la población afiliada en la jurisdicción. Una vez ejecutado el 80% del pago realizado, LA IPRESS podrá solicitar un pago prospectivo adicional, el mismo que será estimado según la producción de los tres (03) últimos meses que se hayan brindado conformidad y/o liquidación. Los pagos a realizarse a LA IPRESS serán determinados en el Acta de Implementación y control, que será suscrita dentro de los 30 días siguientes, en virtud del presente convenio, según el anexo N° 01. En caso no se cuente con información prestacional valorizada en el último periodo anual, se aplicará el mecanismo de pago por servicio retrospectivo durante los tres (3) primeros meses del inicio del convenio, y una vez transcurrido dicho periodo, el mecanismo migrará automáticamente a prospectivo. Los pagos correspondientes estarán supeditados al registro y la remisión de documentos de liquidación oportuna de las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS.

MODELO DE CONVENIO ENTRE UNA IAFAS PUBLICA CON SEGURO SALUDPOL.

Conste por el presente documento, el **Convenio de Intercambio Prestacional en Salud**, que celebran de una parte **EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - IAFAS SALUDPOL**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Calle Domingo Elías 150, Distrito de Miraflores, Provincia de Lima y Departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N°10005, representado por el Gerente General _____, identificado con DNI N° _____ con facultades de representación, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N.° _____ de fecha _____, y autorizado para la suscripción del presente convenio, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS FINANCIADORA** y de otra parte el _____, con RUC N° _____, con domicilio legal en _____, distrito de Jesús María, departamento y provincia de Lima, con registro en SUSALUD con Certificado de Registro de IAFAS N° _____, representada por _____, identificado con DNI N° _____, con facultades de representación mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° _____ y autorizado para la suscripción del presente convenio mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° _____, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS PROVEEDORA**, precisando que, cuando se haga alusión a “**LA IAFAS FINANCIADORA**” y “**LA IAFAS PROVEEDORA**” de forma conjunta, en adelante se denominará “**LAS PARTES**”, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

El presente convenio se rige por las siguientes normas:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y sus modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud y sus modificatorias.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias.
5. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
6. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y sus modificatorias.
7. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
8. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
9. Decreto Legislativo N° 295; Código Civil.
10. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, y sus modificatorias.
11. Decreto Legislativo N° 1289, Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.
12. Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio Prestacional en salud en el sector Público.
13. Decreto Legislativo N° 1174, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú y su Reglamento a proado con Decreto Supremo N° 002-2015-IN.
14. Decreto Legislativo N° 1601, Decreto Legislativo que dicta medidas para fortalecer el régimen de salud de la Policía Nacional del Perú
15. 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, y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 026-2019-SA.
16. Decreto Supremo N°009-97-SA, aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
 17. Decreto Supremo N°002-99-TR, aprueba el Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y modificatorias.
 18. Decreto Supremo N° 055-99-EF, Texto Único Ordenado de la Ley del IGV e Impuesto Selectivo al Consumo.
 19. Decreto Supremo N°010-2016-SA, Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
 20. Decreto Supremo N°008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
 21. Decreto Supremo N°020-2014-SA, aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
 22. Decreto Supremo N° 012-2019-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
 23. Decreto Supremo N°002-2019-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
 24. Decreto Supremo N°006-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba los Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS – SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
 25. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
 26. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
 27. Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
 28. 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”.
 29. Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, y sus modificatorias.
 30. Resolución Ministerial N°1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”, y sus modificatorias.
 31. Resolución Ministerial N°951-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 276-MINSA-2019-DGAIN, “Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” y sus modificatorias.
 32. Resolución Ministerial N°688-2020-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA-2020-OGTI, “Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud”, y sus modificatorias.
 33. Resolución Ministerial N°633-2023-MINSA que aprueba el Documento Técnico: Petitorio

- Nacional Único de medicamentos esenciales para el sector salud.
34. Resolución de Superintendencia N°121-2019-SUSALUD/S, que aprueba las “Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo SITEDS”, y sus modificatorias.
 35. Resolución de Superintendencia N°004-2020-SUSALUD/S, que 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)”.
 36. Resolución de Superintendencia N°002-2023-SUSALUD/S que aprueba el “Reglamento del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF – IP”, y sus modificatorias.
 37. Resolución de Gerencia General N°000284-2023-SALUDPOL/GG, de fecha 30 de octubre del 2023, el cual aprueba la modificación del Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
 38. Resolución de Gerencia General N°000342-2023-SALUDPOL/GG, de fecha 14 de diciembre del 2023, el cual aprueba la Directiva para el registro de prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.
 39. Todas aquellas normas vigentes que resulten aplicables, y que se emitan en materia de salud en el marco del presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente Convenio y sin perjuicio de otras definiciones comprendidas en las normas vigentes, se consideran las siguientes definiciones:

1. **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por la IAFAS.
2. **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, familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud -UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
3. **Autorización de Prestación de Salud (APS):** Es el documento que autoriza la prestación de salud de un beneficiario de SALUDPOL en una IPRESS pública (convenio) o privada (contrato).
4. **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 a su capacidad resolutive y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.
5. **Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
 - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.

- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
6. **Calidad de atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
 7. **Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.
 8. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
 9. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por concepto de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
 10. **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.
 11. **Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.
 12. **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.
 13. **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.
 14. **Mecanismo de Pago:** Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente o el pagador.
 15. **Nivel de atención:** Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.
 16. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.

17. **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.
18. **Pago prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud.
19. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS y Planes complementarios.
20. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.

CLAUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS FINANCIADORA

EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – IAFAS SALUDPOL, es una institución con personería jurídica de derecho público adscrita al Ministerio del Interior que cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable y tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura de los riesgos de salud, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS FINANCIADORA**, que, de conformidad con el marco legal vigente ha identificado una brecha de demanda insatisfecha respecto a sus asegurados a nivel nacional.

DE LA IAFAS PROVEEDORA

El _____, es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, con personería jurídica de derecho público interno, adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos; a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS PROVEEDORA**, que, de conformidad con el marco legal vigente ha determinado que las IPRESS que conforman su red de atención de salud cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de **LA IAFAS FINANCIADORA**.

DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DE LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA IAFAS PROVEEDORA

Las IPRESS que se detallan en el Anexo N° 01 del presente convenio, son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que forma parte de la red de atención de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, a quien en adelante se le denominará LAS IPRESS, quien, de conformidad con el marco legal vigente, **LA IAFAS PROVEEDORA** ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de la IAFAS solicitante.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **LA IAFAS PROVEEDORA** a través de sus IPRESS que conforman su red de atención de salud detalladas en el Anexo N°01 adjunto, se obliga a brindar los servicios de salud de tipo preventivo, recuperativo, promocional, rehabilitación, oferta móvil y flexible, de

conformidad con la Cartera de Servicios de Salud establecido en el Anexo N° 02 que forma parte del presente Convenio, a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA** que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a sus Planes de Aseguramiento en Salud a cambio de la contraprestación prevista en la Cláusula Decima del presente convenio.

LA IAFAS FINANCIADORA se obliga a pagar por los servicios de salud que se brindan a sus asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según la Cláusula Decima: De las Tarifas y Anexo N°03 que forma parte del presente convenio

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA** se realizarán en las instalaciones y servicios de **LAS IPRESS** detalladas en el Anexo N°01 que forma parte del presente Convenio, de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

LAS PARTES acuerdan que el presente convenio es de aplicación a nivel nacional, para atención en **LAS IPRESS** de **LA IAFAS PROVEEDORA** establecidas en el Anexo N°01 que forma parte del presente convenio, beneficiando a la población asegurada adscrita en ese ámbito de **LA IAFAS FINANCIADORA**, la misma que será acreditada según la Cláusula Séptima del presente Convenio, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud, para el logro de los objetivos específicos establecidos en la Cláusula Sexta del presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA: DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El convenio de Intercambio Prestacional tiene por fin el logro de los siguientes objetivos específicos:

- a) Brindar prestaciones de salud a los afiliados de **LA IAFAS FINANCIADORA** en **LAS IPRESS** de **LA IAFAS PROVEEDORA**, atendiendo la necesidad de salud de sus afiliados, en términos de cantidad, calidad y oportunidad.
- b) Dar cumplimiento al Artículo 4 del Decreto Legislativo N°1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público; referido a la obligatoriedad del Intercambio Prestacional para las IAFAS públicas de todo el país, siempre que la capacidad de atención de la IAFAS pública que lo requiera no pueda ser satisfecha por su red propia y preferente; y que la Institución Pública requerida cuente con la capacidad de oferta para proceder al Intercambio Prestacional.
- c) Dinamizar el proceso de reconocimiento y desembolsos por las prestaciones brindadas a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA**.
- d) Cumplir con lo establecido normativamente en materia de intercambio prestacional y cobertura universal en salud.

CLÁUSULA SÉTIMA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

Para acceder a la prestación de salud es requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente 1) Documento de Identificación, i) en el caso de ciudadanos peruanos, el Documento Nacional de Identidad (DNI) y ii) en el caso de extranjeros, el Carné de Extranjería, pasaporte, Permiso Temporal de Permanencia (PTP), Carné de solicitante de refugio u otro

documento que permita acreditar su identidad, salvo las excepciones establecidas por Ley; y, 2) Autorización de Prestación de Salud (APS), al personal de admisión de **LA IPRESS** que conforma la red de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, la verificación de su condición de asegurado y el contenido de su Plan de Salud, es realizado por **LA IAFAS FINANCIADORA**, de acuerdo al Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo SITEDS establecido por SUSALUD.

Excepcionalmente, de no contarse con el Modelo SITEDS establecido por SUSALUD, se realiza en el registro o sistema de acreditación proporcionado por **LA IAFAS FINANCIADORA**.

Es condición obligatoria que el usuario cuente con la autorización para la prestación, mediante una Autorización de Prestación de Salud (APS) emitida previamente por **LA IAFAS FINANCIADORA**, según formato del Anexo N°06, la cual es transferida mediante la integración de los servicios informáticos de ambas **IAFAS**; la cual es presentada por el asegurado de manera física al momento de la solicitud de cita para su atención.

CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La cartera de servicios de salud y procedimientos de salud convenidos en virtud del presente convenio se encuentra detallada en el Anexo N°02 adjunto y será brindada a la persona beneficiaria según el Plan de Salud de la **IAFAS FINANCIADORA**, que corresponde al Plan Específico y que posee mejores condiciones que el PEAS previa Autorización emitida por **LA IAFAS FINANCIADORA**.

Las prestaciones de salud otorgadas a través de LAS IPRESS que conforman la red de atención de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, son financiadas por **LA IAFAS FINANCIADORA** en atención a lo dispuesto en el presente convenio.

LAS IPRESS que conforman la red de atención de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA** se obligan a brindar las prestaciones de salud convenidos 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.

LA IAFAS PROVEEDORA se obliga a garantizar la disponibilidad y entrega 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.

LAS PARTES de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.

La solicitud de prestación de salud de los beneficiarios es realizada por las IPRESS PNP y NO PNP (consulta externa) y/o reporte de emergencias realizada por el beneficiario, acompañante o la IPRESS que admite al beneficiario, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM).

CLÁUSULA NOVENA: DE LAS MODALIDADES Y MECANISMOS DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer la siguiente modalidad y mecanismo de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- ✓ La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago prospectivo. Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada.
- ✓ El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por *prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos*, acordado entre **LAS PARTES** según los valores y las tarifas contenidas en el Anexo N°03 y lo establecido en la Cláusula DÉCIMO del presente Convenio respectivamente.

La modalidad y mecanismo de pago se encuentra detallado en el Anexo N° 04 del presente convenio.

LA IAFAS FINANCIADORA realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes a **LA IAFAS PROVEEDORA**, por las prestaciones brindadas. **LA IAFAS PROVEEDORA** se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA**.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

CLÁUSULA DÉCIMO: DE LAS TARIFAS

Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro y han sido establecidas de mutuo acuerdo entre **LA IAFAS FINANCIADORA** y **LA IAFAS PROVEEDORA**. Las tarifas se encuentran estipuladas en el Anexo N°03, las mismas que pueden ser actualizadas por acuerdo de **LAS PARTES**, mediante la suscripción de una Adenda al convenio.

Las tarifas de los diferentes procedimientos descritos en el catálogo no incorporan el costo de los medicamentos, prótesis, válvulas, endoprótesis e insumos especializados; de suministrarse, deben ser liquidados por separado del precio del procedimiento brindado y para cuyo costo se aplica el 25% adicional sobre el valor fijado. Similar como se viene aplicando a los no asegurados.

Los productos farmacéuticos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según lo aprobado por **LA IAFAS PROVEEDORA**, dado que los mismos no se encuentran incluidos en el presente Convenio.

De brindarse alguna prestación no contemplada en el presente convenio, y que hubiera sido autorizada de manera EXCEPCIONAL por criterio médico, se aplicará para el reconocimiento de pago el tarifario de no asegurados Institucional vigente aprobado por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto de **LA IAFAS PROVEEDORA**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: RECEPCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

LA IAFAS PROVEEDORA, garantiza que las prestaciones de salud otorgadas por su red de salud - IPRESS a los pacientes asegurados, se registran y comunican a **LA IAFAS FINANCIADORA** y a SUSALUD de acuerdo al modelo de transacción electrónica de datos estandarizados de facturación establecido por SUSALUD, excepcionalmente, de no contarse con este sistema, se emplea el sistema de registro, validación prestacional y liquidación acordado entre **LAS PARTES** o los medios alternativos disponibles para tal fin.

LA IPRESS de **LA IAFAS PROVEEDORA**, una vez brindado el servicio autorizado a través de la Autorización de Prestación de Salud (APS), efectuará la liquidación de forma individual por cada asegurado, a nombre de la IAFAS SALUDPOL, RUC N° 20178922581 y lo remitirá a **LA IAFAS FINANCIADORA** al email de seguimiento.dfps@saludpol.gob.pe, debidamente numerado y dirigido al **Gerente General** de **LA IAFAS FINANCIADORA**, siguiendo el procedimiento establecido en el presente Convenio.

LA IAFAS FINANCIADORA se obliga a pagar la contraprestación a **LA IAFAS PROVEEDORA**, mediante el mecanismo de pago acordado y condiciones pactadas en la cláusula novena del presente convenio, luego de la recepción formal, oportuna y completa de la documentación correspondiente. La recepción, admisibilidad de la citada documentación es responsabilidad de la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS) o unidad de organización quien haga sus veces de **LA IAFAS FINANCIADORA**, así como también la validación prestacional y conformidad de los expedientes estará cargo de la DPS de **LA IAFAS FINANCIADORA**.

Para los efectos de la validación y conformidad de la documentación que sustenta la prestación de salud, **LA IPRESS** elaboran el expediente y lo remitirá a **LA IAFAS FINANCIADORA**, considerando en su contenido lo detallado en el Anexo N° 05 que forma parte del presente convenio. **LA IAFAS FINANCIADORA** no puede excederse de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción para la validación respectiva. De presentarse observaciones en relación a la recepción o conformidad, debe consignarse en un documento suscrito por **LA IAFAS FINANCIADORA** y otorgarse a **LA IPRESS** de **LA IAFAS PROVEEDORA** un plazo no mayor a quince (15) días calendario para las subsanaciones correspondientes, en función a la complejidad del servicio. **LA IAFAS FINANCIADORA** no puede excederse de quince (15) días calendario para la conformidad del levantamiento de observaciones. Todas las observaciones se deben realizar en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.

Excepcionalmente, por mutuo acuerdo, **LA IAFAS PROVEEDORA** tiene un plazo adicional de siete (07) días calendarios para realizar las subsanaciones computadas desde el día siguiente de la solicitud de plazo adicional. Dicha solicitud de excepción debe presentarse al correo electrónico convenios.dfps@saludpol.gob.pe, antes de finalizar el primer plazo dispuesto en el párrafo anterior.

LA IAFAS PROVEEDORA podrá solicitar reconsideración de las prestaciones observadas, la cuál será canalizada y absuelta por **LA IAFAS FINANCIADORA**, para lo cual se otorgará un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la presentación de la misma, para determinar su procedencia.

De no cumplir **LA IAFAS PROVEEDORA** con levantar las observaciones dentro del plazo acordado, se dará por aceptada la observación no pudiendo incluirse dicha prestación en la liquidación y facturación correspondiente.

Luego de otorgada la conformidad, **LA IAFAS FINANCIADORA** se compromete a deducir el monto aprobado del saldo correspondiente al mecanismo de pago prospectivo, de acuerdo con la Cláusula Novena y DÉCIMO del presente convenio.

Si alguna de **LAS PARTES** considera necesario realizar el reajuste de una tasa o costo, ésta debe ser adecuadamente sustentada. Luego de la evaluación y de común acuerdo, se procede al reajuste respectivo mediante una adenda.

De no cumplir **LA IAFAS FINANCIADORA** con comunicar las prestaciones observadas a **LA IAFAS PRESTADORA** dentro del plazo acordado se tendrá por válida la prestación brindada.

Bajo ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por **LA IAFAS PROVEEDORA**, condiciona el reconocimiento del pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En caso de que, debido a razones de fuerza mayor o caso fortuito la IPRESS que forma parte de la red de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, no cuente con oferta disponible o capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del asegurado, procederá a referirlo a otra IPRESS que conforma su red que se encuentra detallada en el Anexo N°01 del presente convenio.

En caso la red de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA** no cuente con oferta disponible o capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o usuario de salud, ésta comunica en forma inmediata a la Dirección del Asegurado de **LA IAFAS FINANCIADORA** a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o usuario de salud asegurado, según las normas vigentes.

CLAUSULA DÉCIMO TERCERA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

LA IAFAS PROVEEDORA, se compromete a capacitar al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud de **LAS IPRESS** o la que haga a sus veces, que conforman su red de salud, sobre el contenido del presente Convenio de Intercambio Prestacional en Salud a efectos que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes o usuarios de salud que así lo requieran.

Las denuncias y 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 las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixta, aprobado mediante Decreto Supremo No 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior **LA IAFAS PROVEEDORA** informa mensualmente a **LA IAFAS FINANCIADORA** de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados en las IPRESS que conforman su red de salud comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS FINANCIADORA

Son obligaciones de **LA IAFAS FINANCIADORA**:

1. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud convenidos con **LA IAFAS PROVEEDORA**.
2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al asegurado, para efectos del acceso a los servicios de salud o convenidos con **LA IAFAS PROVEEDORA**.

3. Brindar oportunamente información a **LA IAFAS PROVEEDORA**, sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
4. Determinar el periodo de acreditación acorde a lo indicado en la Autorización de Prestación de Salud (APS), así como definir **LA IPRESS** de **LA IAFAS PROVEEDORA** donde se autoriza la atención, conforme lo establecido en el Anexo N° 01 del convenio.
5. Coordinar y asumir directamente la referencia de los asegurados a otra IPRESS que conforma otra red de atención de salud cuando **LA IAFAS PROVEEDORA** no haya podido referirlo a otra IPRESS de su red.
6. Informar a **LA IAFAS PROVEEDORA** sobre los procedimientos administrativos para la acreditación y atención de salud de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS FINANCIADORA**, así como las modificaciones que se susciten.
7. Pagar a **LA IAFAS PROVEEDORA** por las prestaciones de salud acordadas en el presente convenio, brindadas a sus asegurados a través de las redes de atención de salud que conforman sus IPRESS, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre **LAS PARTES**.
8. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el Registro de Auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
9. Supervisar y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad, de las prestaciones brindadas a los beneficiarios.
10. Informar en forma detallada a los asegurados y a **LA IAFAS PROVEEDORA** con la cual se tiene convenio, sobre cualquier modificación que se introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles a su implementación en la IPRESS que forma parte de la red de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**.
11. Establecer las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de Aseguramiento en Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
12. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo No 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
13. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
14. Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: OBLIGACIONES DE LA IAFAS PROVEEDORA

Son obligaciones de **LA IAFAS PROVEEDORA**:

1. Brindar las prestaciones de salud a través de las IPRESS que conforman su Red de prestaciones de salud, establecidas en el Anexo N°01 del presente convenio, de acuerdo con los tiempos de espera y diferimientos que se presenten, siempre que no afecte o ponga en riesgo inminente la continuidad de la atención oportuna de su población asegurada, según la Cartera de Servicios de Salud establecida en el Anexo N°02 del presente convenio.
2. Verificar que la IPRESS que forma parte de su red de prestaciones de salud mantiene vigente sus autorizaciones, licencias de apertura, funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
3. Garantizar la verificación de la identidad del paciente o usuarios de salud y su condición de asegurado en las IPRESS que forman parte de su red de prestaciones de salud, con la información previamente remitida por **LA IAFAS FINANCIADORA**.
4. Verificar que la IPRESS que forma parte de su red de prestaciones de salud, no realiza cobros indebidos de ningún tipo a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA**, por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.
5. Permitir y otorgar las facilidades a **LA IAFAS FINANCIADORA**, a fin que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
6. Garantizar que las IPRESS que forman parte de su red de prestaciones de salud, verifique la emisión de la Autorización de Prestación de Salud (APS) a cargo de **LA IAFAS FINANCIADORA**, la cual es presentada por el asegurado en el momento de la atención.
7. Verificar que las IPRESS que conforman su red prestacional de salud cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, las IPRESS 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 aplicable para tales efectos.
8. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA** y de aquella que se genere en LA IPRESS que conforma la red de atención en salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, así como en sus respectivos reglamentos.
9. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio que no hayan sido previamente acordado entre **LAS PARTES**.
10. No discriminar en su atención a los beneficiarios de **LA IAFAS FINANCIADORA** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, discapacidad u otras en el marco de la normatividad vigente.
11. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención de salud según los requerimientos de **LA IAFAS FINANCIADORA**.
12. Garantizar que las IPRESS que conforman su red de atención en salud mantienen una Historia Clínica única por paciente o usuario de salud, donde consta todas sus atenciones de salud, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica cumple con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. La IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS PROVEEDORA** la

Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atiende en mérito del convenio.

13. Informar a **LA IAFAS FINANCIADORA**, en los casos que corresponda, sobre asegurados con contingencias que exceden la cobertura contratada o la capacidad resolutive de LA IPRESS de su red de atención de salud, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo a la normatividad vigente.
14. Presentar a **LA IAFAS FINANCIADORA** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
15. Informar a **LA IAFAS FINANCIADORA** cuando se requiera ampliaciones de la Autorización de Prestación de Salud (APS) dentro del periodo de la prestación de salud, al correo convenios.dfeps@saludpol.gob.pe a fin de emitir la documentación oportuna.
16. Informar de inmediato a **LA IAFAS FINANCIADORA** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de salud a los asegurados.
17. Acreditar y validar la prestación de salud de acuerdo al procedimiento establecido normativamente.
18. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo No 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
19. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
20. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente Convenio o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y demás normas aplicables.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

LA IAFAS FINANCIADORA tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y control de siniestralidad con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por LA RED DE PRESTACIONES DE SALUD - IPRESS de **LA IAFAS PROVEEDORA**, a sus asegurados. Para tal efecto LA IAFAS podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:

1. Verificar las condiciones de la infraestructura y equipamiento, de acuerdo a estándares convenidos y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
2. LA IAFAS, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en LA IPRESS, cuyos resultados serán comunicados a la Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS.
3. Efectuar auditoría y/o control de las historias clínicas de los asegurados.
4. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud.
5. Realizar auditorías concurrentes para la validación prestacional.

LA IAFAS FINANCIADORA puede 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 de acuerdo al procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

Todas las observaciones que **LA IAFAS FINANCIADORA** comunique a **LA IAFAS PROVEEDORA**, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica.

Las observaciones producto de los procesos de control posterior realizados por LA IAFAS, será deducido del monto liquidado.

Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.

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 DÉCIMO SÉPTIMA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LA IPRESS aplicará guías de práctica clínica en las prestaciones de salud contratadas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA. En caso de no disponer de Guías Nacionales, la IPRESS podrá optar por evidencia científica disponible. Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

En la remisión de información entre **LA IAFAS FINANCIADORA**, la IPRESS que forma parte de la red de atención de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**, utilizan obligatoriamente los códigos y estándares vigentes establecidos normativamente por SUSALUD o el MINSA, así como los formatos aprobados por estas instituciones.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente Convenio las siguientes:

- a) De común acuerdo entre ambas partes.
- b) Cualquiera de **LAS PARTES** puede resolver el convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del convenio.
- c) Incumplimiento o el 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 contemplada en el presente convenio en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del convenio. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el convenio queda automáticamente resuelto.

- d) Cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a **LA IAFAS FINANCIADORA** o a **LA IAFAS PROVEEDORA**.

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

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

En el caso de un paciente o usuario de salud asegurado que esté recibiendo atenciones de salud por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IAFAS PROVEEDORA** a través de la IPRESS que forma parte de su red de atención de salud, garantizará la continuidad de su atención, hasta su recuperación, alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS FINANCIADORA** debe cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación de los contratos o convenios podrán someterse de común acuerdo a la competencia del Centro de Conciliación o Arbitraje de servicio de conciliación y arbitraje en salud que consideren pertinente, ya sea el establecido en el propio convenio o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normatividad vigente.

En caso que **LAS PARTES** hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR).

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: ANTICORRUPCIÓN

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.

LAS PARTES declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene 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 al convenio de Intercambio Prestacional en Salud.

Asimismo, declaran que no ofrecerán, entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.

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.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente convenio se celebra por el plazo de tres (03) años, a cuyo término podrá renovarse previa evaluación y con la suscripción de la respectiva adenda.

El presente convenio comienza a regir a partir del día siguiente a su suscripción.

De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y desarrollo de los procedimientos operativos requeridos, se considerará un periodo de hasta sesenta (60) días calendario a partir de la suscripción del convenio, para que **LAS PARTES** efectúen las acciones correspondientes para el inicio de la ejecución del mismo, salvo comunicación de **LAS PARTES** con una anticipación de cinco (05) días hábiles al cumplimiento del plazo, solicitando ampliación de plazo de inicio de ejecución. Estas actividades estarán a cargo del equipo de trabajo, durante dicho periodo.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

El presente Convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre **LAS PARTES**, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las instituciones intervinientes y formarán parte integrante del presente Convenio, las cuales estarán sujetas a la normatividad legal vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: DE LA COORDINACIÓN

Para coadyuvar la ejecución e implementación del presente Convenio, **LAS PARTES** designan como coordinador a los siguientes:

Coordinador de **LA IAFAS FINANCIADORA**: Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.

Coordinador de **LA IAFAS PROVEEDORA**: Gerente de la Gerencia Central de Operaciones

LAS PARTES conformarán equipos de trabajos, liderado por los coordinadores, para de manera conjunta. desarrollar, adecuar, definir e implementar los sistemas informáticos y procesos operativos y de control, necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Asimismo, serán los responsables del seguimiento y control de la adecuada ejecución del Convenio, Los equipos de trabajo firmarán un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

Mediante acuerdos entre **LAS PARTES** se establecerán los procedimientos para la implementación del presente Convenio, siempre que no se modifique el contenido y/o alcances del mismo, en cuyo caso deberá procederse con arreglo a la Cláusula VIGÉSIMO Primera del presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: DOMICILIO DE LAS PARTES

LAS PARTES declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente convenio:

Domicilio de **LA IAFAS FINANCIADORA**: Calle Domingo Elías 150, Provincia de Lima y Departamento de Lima.

Domicilio de **LA IAFAS PROVEEDORA**: Jr. Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, departamento y provincia de Lima.

La variación del domicilio de alguna de **LAS PARTES** debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: ANEXOS

- Anexo N°1: IPRESS que conforman la red de atención de salud de **LA IAFAS PROVEEDORA**.
- Anexo N°2: Cartera de Servicios de salud a brindar por las IPRESS de **LA IAFAS PROVEEDORA**.
- Anexo N°3: Tarifas de las prestaciones de salud a brindar por las IPRESS de **LA IAFAS PROVEEDORA**
- Anexo N°4: Modalidad y mecanismo de pago de las prestaciones a brindar por las IPRESS de **LA IAFAS PROVEEDORA**
- Anexo N°5: Contenido del expediente para conformidad y pago
- Anexo N°6: Formato de Autorización de Prestación de Salud (APS)

Estando conforme las partes en todas y cada una de las Cláusulas, las suscriben en la ciudad de Lima, a los días del mes de del 2024

**Gerente General
IAFAS SALUDPOL**

Gerente General (e)

Anexo N°1: IPRESS que conforman la red de atención de salud de LA IAFAS PROVEEDORA

N°	Nombre IPRESS	Provincia	Distrito	CÓDIGO RENIPRESS/UE	CATEGORÍA	RED ASISTENCIAL/ PRESTACIONAL

Anexo N°2. Cartera de Servicios de Salud a brindar por las IPRESS de LA IAFAS PROVEEDORA

N°	CPMS	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE PRESTACION	NIVEL DE ATENCION

**Anexo N°3. Tarifas de las prestaciones de salud a brindar por las IPRESS de LA IAFAS
PROVEEDORA.**

	CPMS	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE PRESTACION	NIVEL DE ATENCION	COSTO REFERENCIAL POR NIVEL DE ATENCIÓN S/.		
						NIVEL I S/.	NIVEL II S/.	NIVEL III S/.

(*) La tarifa no incluye los productos farmacéuticos, no incluye consumo de oxígeno para el tratamiento médico de los pacientes. Tampoco incluye IGV, ni margen de ganancia o lucro.

(**) No se incluye costo de Consultas especializadas para el 1er Nivel de Atención.

Anexo N°4. Modalidad y mecanismo de pago de las prestaciones a brindar por las IPRESS de LA IAFAS PROVEEDORA

Mecanismos de pago	Modalidad de pago
El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por <i>prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos</i>, en base a las tarifas establecidas en el Anexo N° 03 del presente convenio.	<u>Pago prospectivo</u> Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada, en base a un cálculo estimado en la proyección del costo de las probables prestaciones en un periodo de 6 meses. LA IAFAS FINANCIADORA desembolsará inicialmente y de forma anticipada a favor de la IAFAS PROVEEDORA la suma de S/_____, previa facturación incluido IG.V. <u>Pago mensual</u> LA IAFAS PROVEEDORA deducirá mensualmente del monto anticipado el valorizado de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de LA IAFAS FINANCIADORA, previa conformidad. <u>Reposición del Fondo</u> LA IAFAS PROVEEDORA solicitará semestralmente la reposición del monto diferencial del fondo, de ser el caso. - Si antes de concluir el semestre LA IAFAS PROVEEDORA determina que la valorización de las prestaciones brindadas excede el 50% del monto anticipado, podrá solicitar a LA IAFAS FINANCIADORA la reposición del monto diferencial del fondo. La valorización se realiza posterior a la validación prestacional de LA IAFAS FINANCIADORA. LA IAFAS FINANCIADORA deberá reponer el monto anticipado en un lapso de quince (15) días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud de reposición; caso contrario LA IAFAS PROVEEDORA suspenderá el otorgamiento de las prestaciones hasta la reposición del mismo.

ANEXO N°5: Contenido del expediente para conformidad y pago

1. Solicitud de pago por las prestaciones de salud brindadas al asegurado, dirigida al Gerente General de la IAFAS SALUDPOL, consignando el número de la Autorización de Prestación de Salud.
2. Autorización de Prestación de Salud (APS).
3. Hoja de liquidación detallada por las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de **LA IAFAS FINANCIADORA**, incluyendo procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
4. Epicrisis, informe médico e historia clínica completa relacionada al siniestro cuando corresponda.

Anexo N°6. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE SALUD (APS)

Autorización de Prestación de Salud Nro. CV-XXXXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXXX



CV-1401-201800000020



Señor(es):	
UGIPRESS:	
Teléfonos:	
Dirección:	
N° de Solicitud:	
Especialidad Solicitante:	
Diagnósticos:	Definitivo

De mi consideración:

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

El presente documento tiene validez siempre y cuando el beneficiario SALUDPOL mantenga su estado de afiliación activo y las condiciones de cobertura que apliquen al caso no hayan sufrido variación entre la fecha de emisión del documento y la fecha de atención. Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://www.saludpol.gob.pe/consultas-en-linea/>

En el caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentre en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

En caso el presente documento autorice puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

El documento de autorización tiene una vigencia de sesenta (60) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comenzará a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia PRIORIDAD I, II Y III. Para los casos de emergencia PRIORIDAD I, II Y III, el documento de autorización comenzará a regir a partir de ocurrido el evento.

El documento de autorización tiene una vigencia de doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir del día de inicio de la atención. Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N° 20178922581