



CONVENIO DE PRESTACION EN SALUD ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – 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 **M.C. HÉCTOR HELLMUTH BERASTAIN MERINO**, identificado con DNI N.º 07537791, con facultades de representación, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N°001-2025-IN-SALUDPOL-PD, de fecha 30 de enero del 2025, 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 Arequipa con RUC N°20498390570, con domicilio legal en Av. Unión N°200 Urb. Cesar Vallejo (Cuadra 17 Av. Kennedy) del distrito de Paucapata, provincia y departamento de Arequipa, representado por su Gobernador Regional, **SR. ROHEL SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, identificado con DNI N°29410132, designado mediante Resolución N°005-2023-JNE, de fecha 13 de enero del 2023, a quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de las IPRESS de la región Arequipa, 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.¹
- 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. Ley N°32240, Ley que modifica el decreto legislativo N°1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud del sector público.
- 1.11. Decreto Legislativo N°295, Código Civil.
- 1.12. 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.
- 1.13. 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.
- 1.14. Decreto Legislativo N°1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2015-IN.
- 1.15. Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N°1318, 1451 y 1604.
- 1.16. Decreto Legislativo N°1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

¹ Considerado como precedente para la implementación de las IAFAS.



**Seguro
Saludpol**

Entidad de Aseguramiento en Salud
del Gobierno Regional de Arequipa



GOBIERNO REGIONAL

- 1.17. Decreto Legislativo N°1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- 1.18. Decreto Legislativo N°1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.19. Decreto Supremo N°009-1997-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- 1.20. Decreto Supremo N°002-99-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud
- 1.21. Decreto Supremo N°008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.22. Decreto Supremo N°017-2011-SA, que aprueba la creación del programa nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU"
- 1.23. 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.
- 1.24. 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.
- 1.25. 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.
- 1.26. Decreto Supremo N°010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 1.27. Decreto Supremo N°026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.28. 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.
- 1.29. 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.
- 1.30. 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.
- 1.31. 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.
- 1.32. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- 1.33. 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".
- 1.34. 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".
- 1.35. 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".

- 1.36. 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.
- 1.37. 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,
- 1.38. Resolución Ministerial N.º 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.39. 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".
- 1.40. 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".
- 1.41. 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".
- 1.42. 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".
- 1.43. 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.
- 1.44. 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)".
- 1.45. 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.
- 1.46. 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".
- 1.47. 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".
- 1.48. 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. **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.
- 2.2. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que este bajo la cobertura de algunos de los regímenes del AUS.



- 2.3. **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.
- 2.4. **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.
- 2.5. **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.
- 2.6. **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.
- 2.7. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.
- 2.8. **Capacidad resolutoria 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 resolutoria 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.
- 2.9. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos Sanitarios.
- 2.10. **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.
- 2.11. **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 resolutoria, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

- 2.12. **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.
- 2.13. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
- 2.14. **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.
- 2.15. **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.
- 2.16. **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.
- 2.17. **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.
- 2.18. **Documento de Autorización por Convenio:** Es el documento que brinda la autorización de procedimiento médico al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en IPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.
- 2.19. **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.
- 2.20. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por LA IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.
- 2.21. **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.
- 2.22. **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.
- 2.23. **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.
- 2.24. **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.



GOBIERNO REGIONAL

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.

2.25. **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.

2.26. **Observaciones:** Se da al ser observada una prestación de salud, y no cumple con reglas de conformidad entre IAFAS e IPRESS.

2.27. **Pago por servicio de salud prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud.

2.28. **Pago por servicio de salud retrospectivo:** Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.

2.29. **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.

2.30. **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.

2.31. **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.

2.32. **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.

2.33. **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.



- 2.34. **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.
- 2.35. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad
- 2.36. **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.
- 2.37. **Sistema de Referencia y Contra referencia (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.
- 2.38. **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".
- 2.39. **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.
- 2.40. **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.
- 2.41. **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.
- 2.42. **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 AREQUIPA 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 Arequipa, 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 Arequipa, 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 AREQUIPA, de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo la GERESA AREQUIPA, 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 Arequipa 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 Arequipa del Gobierno Regional de Arequipa, 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 Arequipa, 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 Novena 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 Novena: 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 Arequipa, 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 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 a los diferentes planes de cobertura de Aseguramiento en Salud (PEAS + Complementarias), 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.



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, considerando como fuente de referencia la Resolución N° 539-2022/MINSA 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.²
- 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 asegurado s 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

² Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.



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), según 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 de Médicos (SPM), la IAFAS emitirá los Documentos de Autorización por Convenio (APM).
- 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.

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 veintavo día calendario del siguiente periodo mensual, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, el cual no podrá ser mayor a diez (10) días calendario.
- 11.3. Una vez culminado el registro de las prestaciones del mes de producción, las IPRESS de **EL PRESTADOR**, remiten la solicitud de cierre de registros de prestaciones de salud vía correo electrónico, para la validación y conformidad prestacional del periodo culminado. LA IPRESS no podrá excederse de la fecha de solicitud de cierre ni del plazo establecido.
- 11.4. Para la validación y conformidad prestacional, **LA IAFAS** cuenta con un plazo máximo de quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente de la recepción de la Solicitud de Validación y Conformidad remitido por **EL PRESTADOR**.
Las prestaciones observadas producto del proceso de validación y conformidad prestacional deben ser comunicadas por **LA IAFAS** a las IPRESS o UGIPRESS en el plazo establecido, caso contrario se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente.
- 11.5. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** levantarán las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, mediante correo electrónico, 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.
- 11.6. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a (07) días hábiles desde que **EL PRESTADOR** realice el levantamiento.
- 11.7. 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.
- 11.8. 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.
- 11.9. Las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con el proceso de liquidación de prestaciones.
- 11.10. 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



**Seguro
Saludpol**
Fondo de Aseguramiento en Salud
por la Vida y el Bienestar



GOBIERNO REGIONAL

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).

- 11.11. En el proceso de liquidación se aplicará lo dispuesto en la ley N° 32240 publicado el 10 de enero de 2025, a las tarifas ya concertadas por procedimientos médicos.
- 11.12. 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.
- 11.13. 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 PROCEDIMIENTO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS, PRECISANDO LOS PLAZOS PARA SU RESOLUCIÓN

- 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 realizadas), en el plazo perentorio de quince (15) días hábiles 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 interpone ante la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de la IAFAS (en el marco de su rol de Coordinador del Convenio). Asimismo, la Dirección de Prestaciones de Salud de la IAFAS emite pronunciamiento sobre el recurso interpuesto en lo que corresponde a las prestaciones de salud.
- 12.3. LA IAFAS, a través de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, 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 IAFAS a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del asegurado.

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.

En casos excepcionales, si la IPRESS de EL PRESTADOR no cuente con ambulancia disponible, debe comunicar a la Unidad Territorial 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° 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 de presente convenio.

LA IAFAS, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en las IPRESS de **EL PRESTADOR**.

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. Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio y de la normatividad vigente.



Seguro
Saludpol



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 – 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, 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 prestacional 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 de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión programadas por **LA IAFAS**.



- 17.1.2. 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. Otras actividades de control que LA IAFAS considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio, comunicadas oportunamente a **EL PRESTADOR**.
- 17.2. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.
- 17.3. 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. 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 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

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 por voluntad de las partes elaborando un nuevo convenio el cual deberá ser consensuado 45 días antes del vencimiento del convenio.

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 Arequipa 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 AREQUIPA EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

N°	CODIGO	NOMBRE LA UNIDAD EJECUTORA	CANTIDAD DE IPRESS	NÚMERO DE RUC	RAZON SOCIAL
1	1222	SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA	135	20454157592	RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA - GRA-SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA
2	1320	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR (IREN SUR)	1	20454984847	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR
3	1657	REG. AREQUIPA - HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	1	20601655943	HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS
4	765	SALUD AREQUIPA	13	20172661794	GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
5	766	HOSPITAL GOYENECHÉ	1	20163654246	HOSPITAL GOYENECHÉ DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
6	767	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO	1	20167251294	HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
7	768	SALUD CAMANA	30	20167237895	RED DE SALUD CAMANA CARAVELI DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
8	769	SALUD APLAO	55	20187720274	RED DE SALUD APLAO DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

237

El presente Convenio contempla un total de 237 establecimientos de salud, los cuales pertenecen a 8 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.
- **Coordinador del PRESTADOR:** La Dirección Regional de Salud Arequipa y áreas de seguros de las UGIPRESS del GORE AREQUIPA.

Las partes conformarán 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 firmarán 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:** Av. Unión N°200 Urb. Cesar Vallejo (Cuadra 17 Av. Kennedy) distrito de Paucarpata, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa

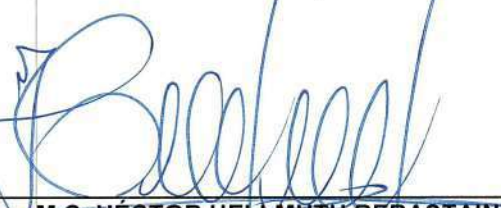


La variación del domicilio de alguna de las partes debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

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 cuatuplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de Arequipa, a los 25 días del mes de febrero del 2025.


**M.C. HÉCTOR HELLMUTH BERASTAIN
MERINO**

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


SEÑOR ROHEL SÁNCHEZ SÁNCHEZ
**Gobernador Regional
Gobierno Regional de Arequipa**

