

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

DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO Y PLANES DE SALUD

Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
LINEAMIENTO N° 001 - 2026-SALUDPOL-GG	1.2	RGG N° 000073-2026-IN-SALUDPOL-GG	20 / 02 /2026

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	OBJETIVO	5
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
IV.	BASE LEGAL.....	5
V.	DISPOSICIONES GENERALES.....	6
VI.	DEFINICIONES OPERACIONALES.....	6
VII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	9
	7.1 Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud	9
	7.2 Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud no consideradas de emergencia a través de Carta de Garantía	10
	7.3 Del inicio de la Compra excepcional de prestaciones de Salud como Emergencia médica y/o quirúrgica a través de carta de garantía.....	11
	7.3.1 El inicio de compra excepcional de prestaciones de salud para beneficiarios en condición de emergencia médica o quirúrgica se da a través de las siguientes condiciones.....	11
	7.3.2 De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS PNP.....	11
	7.3.4 De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS No PNP.....	13
	7.4 Del Estudio de oferta de servicio de Salud Negativo.....	14
	7.5 De la emisión de la Carta y la Cobertura de la Prestación de Salud	14
	7.5.1 De la cobertura de la prestación de salud consideradas emergencias.....	14
	7.5.2 De la cobertura de la prestación de salud consideradas no emergencias.....	15
	7.6 Del sinceramiento de carta de garantía	15
	7.7 Del Proceso de Inactivación de Cartas de Garantía:.....	15
	7.8 Del Proceso de Reactivación de Cartas de Garantía:.....	15

7.9	De la remisión de expedientes de compra excepcional	16
7.10	De la Solicitud de Ampliación de Cartas de Garantía.....	16
7.11	De la prestación de salud detallada en la Carta de garantía.....	16
7.12	Del cambio de IPRESS.....	17
VIII.	RESPONSABILIDADES	17
8.1	Dirección de Prestaciones de Salud.....	17
8.2	Dirección del Asegurado	17
8.3	Dirección de Financiamiento y Planes de Salud	17
8.4	Oficina de Administración	18
8.5	Oficina de Tecnología de la Información	18
IX.	DISPOSICIONES FINALES:	18
X.	DISPOSICIONES EXCEPCIONALES.....	19
XI.	VIGENCIA.....	19
XII.	ANEXOS.....	20
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
	Anexo 01: Modelo Referencial de Solicitud de Prestación de Salud (SPS).....	21
	Anexo 02: Modelo Referencial de Formato de Auditoría de Ampliación de carta de garantía (FAACG).....	22
	Anexo 03: Modelo Referencial de cotización.....	23
	Anexo 04: Modelo referencial de solicitud de ampliación de cartas de garantía	24
	Anexo 05: Modelo Referencial de Informe Médico y Sustento del Plan de Trabajo ¹	25
	Anexo 06: Información del personal que se acredita.....	27
	Anexo 07: Flujograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP	28
	Anexo 08: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP - Emergencia.....	29



PERÚ

Ministerio
del Interior

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA
NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL

GERENCIA GENERAL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Anexo 09: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP

- No Emergencia.....30

Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial.....31

LINEAMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA COMPRA EXCEPCIONAL DE PRESTACIONES DE SALUD DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU – SALUDPOL

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

II. OBJETIVO

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

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

IV. BASE LEGAL

- 4.1 Constitución Política del Perú
- 4.2 Ley N° 26842, que aprueba la Ley General de Salud y su modificatoria a través de la Ley de Emergencia N° 27604.
- 4.3 Ley N° 29344, que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4 Ley N° 29414, que aprueba la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.5 Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto
- 4.6 Decreto Legislativo N° 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería
- 4.7 Decreto Legislativo N° 1174, que aprueba la Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú y sus modificatorias.
- 4.8 Decreto Legislativo N° 1175, que aprueba la Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú y sus modificatorias.
- 4.9 Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 4.10 Decreto Legislativo N° 1267, que aprueba la Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 4.11 Decreto Supremo N° 002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 4.12 Decreto Supremo N° 003-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 4.13 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.14 Decreto Supremo N° 026-2017-IN, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 4.15 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 4.16 Resolución Ministerial N° 158-2019-IN que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL y su modificatoria mediante Resolución Ministerial N° 1270-2019-IN
- 4.17 Resolución Directoral N° 829-2016-DIRGEN/EMG-PNP, que aprueba la Directiva N° 18- 20-2016-DIRGEN PNP/DIREJSAN-B, Normas y procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia de la Red de servicios de Salud de la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- 4.18 Resolución de Gerencia General N° 314-2025-SALUDPOL-GG que aprueba el documento técnico denominado "Tarifario de Procedimientos Médicos en Prestaciones de Salud de IPRESS No PNP Privadas del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL V.2".
- 4.19 Resolución de Gerencia General N° 131-2018-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba el Mapa de Procesos del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.
- 4.20 Resolución de Gerencia General N° 310-2023-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba el documento normativo denominado "Directiva para la Elaboración de Documentos en el Fondo en Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL".
- 4.21 Resolución de Gerencia General N° 000284-2023-SALUDPOL/GG, que aprueba la modificación del Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú –

SALUDPOL.

V. DISPOSICIONES GENERALES

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

VI. DEFINICIONES OPERACIONALES

- 6.1 **Activación de Carta de Garantía:** Se denomina así a la acción de notificación que realiza la IPRESS al inicio del uso de la carta de garantía en una IPRESS No PNP, la que debe ser sustentada a través del SIP o documentariamente.
- 6.2 **Atención de Salud¹** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicitan un beneficiario/a de SALUDPOL en una IPRESS con que se halla establecido convenio o contrato o se encuentre vinculada, que puede ser de tipo promocional, preventivo, recuperativo o de rehabilitación en salud, según su Plan de Salud vigente.
- 6.3 **Atención de Emergencia:** Es la atención de salud de un paciente en condición de emergencia médica o quirúrgica.
- 6.4 **Auditoría de seguro:** Es una auditoría de gestión clínica, objetiva, sistemática, integral, ordenada, que evalúa el cumplimiento normativo y de los estándares de salud vigente que permite verificar que se brinde la adecuada entrega de servicios de salud a los asegurados de SALUDPOL de manera oportuna según su Plan de Salud vigente.
- 6.5 **Auditoría de seguro concurrente:** Auditoría de seguro in situ o remota, que permite evaluar si la oferta de servicios de salud puede resolver la necesidad en salud del beneficiario de SALUDPOL en condición de emergencia del paciente.
- 6.6 **Auditoría de seguro de pertinencia:** Auditoría de seguro in situ o remota, que permite evaluar si la oferta de servicios de salud que brinda la prestación de salud es acorde a la necesidad de salud de los beneficiarios de SALUDPOL.

¹ 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.

- 6.7 **Beneficiario:** Comprende a los titulares y derechohabientes previstos en el Decreto Legislativo N° 1174 y sus modificatorias y su Reglamento; que se encuentre en condición de activo en el SALUDPOL.
- 6.8 **Campañas de Salud:** Intervención en salud de carácter temporal gestionada por SALUDPOL, en coordinación con Sanidad de la Policía Nacional del Perú (SPNP) de la localidad, con el objetivo de brindar prestaciones de salud preventivas y promocionales a la población asegurada en una zona determinada, con necesidades no atendidas por la red preferente.
- 6.9 **Carta de Garantía Inicial:** Corresponde al documento emitido por la IAFAS dirigido a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS)² para autorizar el financiamiento de la prestación de salud a través la compra excepcional.
- 6.10 **Carta de Garantía Ampliatoria:** Documento adicional que se emite a la carta de garantía inicial, a solicitud de la IPRESS no PNP y previamente ser auditada como pertinente por la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS).
- 6.11 **Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud (CPMS):** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos y Sanitarios.³
- 6.12 **CIE-10:** Clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico.
- 6.13 **Disponibilidad presupuestal:** Es la constatación de la existencia de créditos presupuestarios disponibles y que son posibles de ser utilizados de acuerdo con su programación inicial o modificada (PIA-PIM).
- 6.14 **Emergencia médica o quirúrgica:** Toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente.
- 6.15 **Estudio de oferta de servicio de Salud:** Acción de búsqueda de IPRESS solicitando cotización a esta, incluidas en la base de datos de IPRESS de SALUDPOL cuyas UPSS y/o servicios se encuentren debidamente registrados y autorizados, a fin de obtener fuentes con mejores ofertas económicas y de oportunidad de las IPRESS del mercado, según la jurisdicción, ante una SPS pertinente.
- 6.16 **Evento de Salud:** Conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un/a beneficiario/a.
- 6.17 **Hoja de Referencia:** Es un documento que forma parte de la historia clínica donde se registra de manera ordenada, integrada y secuencial los datos del asegurado SALUDPOL con el que la IPRESS PNP solicita la transferencia de la responsabilidad de atención de salud de un asegurado de SALUDPOL o exámenes de ayuda diagnóstica a otra IPRESS NO PNP.
- 6.18 **Hoja de Trámite (HT):** Es el código único de registro que otorga automáticamente el Sistema de Trámite Documentario al registrar un expediente en el SALUDPOL. Asimismo, se usa para identificar los expedientes físicos de cobro presentados por la IPRESS.
- 6.19 **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados o mixtos que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.⁴

² SUSALUD (2011) Manual de Contabilidad de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud –



PERÚ

Ministerio
del Interior

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA
NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL

GERENCIA GENERAL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Entidades Prestadoras de Salud, Resolución de Consejo Normativo de Contabilidad N.º 049-2011-EF30

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

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

- 6.20 **IPRESS PNP:** Son las IPRESS pertenecientes a la red prestacional en salud de la Dirección de la Sanidad Policial-DIRSAPOL. Las cuales están registradas y activas en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD.
- 6.21 **Prestación de Salud:** Atenciones de salud que recibe un beneficiario de SALUDPOL5.
- 6.22 **Procedimiento Médico:** Es la prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal de la salud de las IPRESS.6
- 6.23 **Sistema de Interacción con Proveedores (SIP):** Sistema informático implementado por SALUDPOL que permite a las IPRESS remitir sus cotizaciones a las solicitudes de la SPS, activar y solicitar el pago de las cartas de garantía, que sustentan las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS.
- 6.24 **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, consistentes y confiables; capta información de la Hoja de Referencia emitida por el profesional de salud de la IPRESS PNP. Este documento tiene una vigencia de 3 meses, una vez cumplido el plazo se inactiva previa verificación de no persistencia de la necesidad y/o cambio de la situación de salud del beneficiario.
- 6.25 **Sistema de Procedimientos Médicos (SPM):** Es un sistema informático administrado por SALUDPOL, donde se atienden las SPS, a través de la emisión de autorizaciones de prestaciones de salud por Convenios y/o Contratos en primera instancia, en caso de no poder atender la solicitud a través de estos mecanismos se procede a la evaluación de oferta de servicios de salud para la emisión de Cartas de Garantía.
- 6.26 **Usuario del SIP:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizado por SALUDPOL para utilizar el SIP.
- 6.32 **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad. ⁷
- 6.33 **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.
- 6.34 **Unidad Funcional Desconcentrada (UFD):** Unidad dependiente de la Dirección del Asegurado, responsable de la ejecución de las actividades orientadas a la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios, en su ámbito jurisdiccional, en el marco de los criterios y mecanismos establecidos por los órganos de línea.
- 6.35 **Valor referencial:** Monto de referencia establecido por SALUDPOL, producto del estudio de mercado, a fin de gestionar la emisión de la Carta de Garantía.

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° 902-2017/MINSA, "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".

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

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Del procedimiento de Compra excepcional de prestaciones de Salud

- 7.1.1 La compra excepcional de prestaciones de salud contempla al financiamiento de prestaciones de salud a través de la emisión documentos (Carta de Garantía) por la IAFAS dirigido a instituciones de salud que brinden prestaciones de salud que permita complementar la oferta de servicios de salud de la Red prestacional de SALUDPOL y que contaran con procedimientos técnico normativos específicos una vez implementados.
- 7.1.2 La IAFAS SALUDPOL ha implementado la compra excepcional de prestaciones de salud a través de carta de garantía.
- 7.1.3 Para el caso de la compra excepcional de prestaciones de salud a través de carta garantía se contempla lo siguiente:
 - 7.1.3.1 Tiene una vigencia de treinta (30) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comienza a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia. Para los casos de emergencias rige a partir de ocurrido del evento.
 - 7.1.3.2 Toda Carta de Garantía emitida debe ser comunicada al paciente a través del medio que establezca SALUDPOL y entregada a la IPRESS NO PNP mediante medio virtual, de igual forma la SPS.
 - 7.1.3.3 Emitida y comunicada la carta de garantía, es obligación de la IPRESS no PNP otorgar la atención del beneficiario de manera integral, la misma que es posteriormente auditada según las normas vigentes de SALUDPOL; pudiendo ésta, ser sujeta a los procedimientos legales correspondientes.
 - 7.1.3.4 Para la atención del Beneficiario en la IPRESS PNP, es requisito obligatorio presentar el Documento Nacional de Identidad - DNI, Carnet de Extranjería u otro documento que lo identifique, a fin de que la IPRESS verifique en el sistema informático que corresponda la acreditación del beneficiario en el marco del modelo de Sistema de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud (SITEDS).
- 7.1.4 Culminada la prestación de salud otorgada por la IPRESS no PNP a través de cartas de garantía, se debe iniciar el proceso de liquidación en un periodo máximo de 30 días calendario posterior a la culminación de la prestación médica, independientemente del vencimiento de la carta de garantía, considerando el marco normativo vigente.
- 7.1.5 La Base General de IPRESS del SALUDPOL debe ser actualizada por la Dirección de Prestaciones de Salud de manera mensual, los primeros días del mes, previa remisión de información de la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud (IPRESS PNP y NO PNP con convenio o contrato vigente) tomando en consideración el soporte técnico de la Oficina de Tecnología de la Información que garantiza la operatividad de los sistemas que administra.
- 7.1.6 Toda IPRESS que está incluida en la base general del SPM, siempre y cuando se encuentre activa, está facultada para participar en los procesos de compras excepcionales. Asimismo, deben de actualizar los datos según el anexo 06.
- 7.1.7 La verificación de la habilitación de una IPRESS no PNP que brinde prestación a través de la compra excepcional está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad Prestacional de Salud de la Dirección de Prestaciones de Salud de SALUDPOL, teniendo que verificar

si la UPSS se encuentran registradas y autorizadas por SUSALUD en el RENIPRESS. En el caso que un asegurado se encuentre en condición de emergencia y durante la auditoría de seguros se identifique que la UPSS no se encuentre registrada y autorizada por SUSALUD, se informa a la Dirección del Asegurado a efectos de que gestione su referencia a otra IPRESS que esté autorizada y pueda brindar la prestación de salud requerida y se informa a SUSALUD de lo identificado.

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

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

- La IPRESS debe estar dentro de la Base General de IPRESS del SALUDPOL.
 - Evaluación de las tarifas presentadas según el tarifario vigente del SALUDPOL.
 - Para el caso de los procedimientos que no están contemplados en el tarifario vigente de SALUDPOL, se considera el histórico de precios por emisión de cartas de garantía según la prestación de salud solicitada, lo cual es reportado a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, como parte del informe mensual, para evaluación de la actualización del tarifario.
 - Evaluar la ubicación geográfica y accesibilidad de la IPRESS en caso de requerir la prestación de salud en una zona específica.
 - Las solicitudes de cotización (Anexo 03) deben tener un orden de prelación. Se prioriza la búsqueda de IPRESS públicas dentro del área geográfica, donde se requiere la prestación de salud. Asimismo, se realiza la búsqueda de oferta de servicios de salud de las IPRESS privadas con la finalidad de salvaguardar la atención del beneficiario.
 - El proceso de estudio de oferta de servicios de salud debe contar como mínimo 03 cotizaciones, cuya respuesta debe darse dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas, y de no cumplir con la condición previa, se reitera la solicitud de cotización otorgando un plazo adicional de veinticuatro (24) horas para la respuesta. Habiendo transcurrido el plazo y de contar como mínimo de una (01) cotización, se adjudica a la única IPRESS que cotizó.
 - En el caso que las Unidades Funcionales Desconcentradas, cuenten con menos de tres (03) proveedores de servicios que brinden la prestación de salud requerida para el beneficiario, la Coordinación de la Unidad Funcional Desconcentrada, o quien haga sus veces, informa y sustenta mediante correo electrónico a la Dirección del Asegurado, la(s) IPRESS que podría(n) cotizar, por lo que, se exceptúa el plazo establecido en los numerales precedentes para iniciar la compra excepcional. De no obtenerse cotizaciones, se reitera el procedimiento ampliando a otras IPRESS de jurisdicciones territoriales cercanas.
- 7.2.10 Se tiene un plazo máximo de espera de treinta (30) días calendarios para la obtención de cotizaciones; durante el cual, se reitera las invitaciones para cotizar cada 72 horas. De no obtenerse respuestas, se determina sin oferta de servicios de salud (Estudio de oferta de servicio de Salud NEGATIVO) y se informa mediante documento oficial a la IPRESS PNP solicitante.
- 7.2.11 Una vez culminado el estudio de oferta de servicio salud, el personal responsable realiza el registro en el aplicativo o medio informático vigente de SALUDPOL y se procede a emitir la Carta de garantía en un plazo no mayor a 02 horas.
- 7.2.12 La IPRESS no PNP activa el inicio de la cobertura en el SIP, dentro del periodo de vigencia (30 días). En el caso no se utilice la carta de garantía durante el periodo señalado, la carta de garantía queda sin efecto para la liquidación posterior y se inactiva en el SPM y se comunica a la IPRESS no PNP lo actuado, según lo detallado en el proceso de sinceramiento
- 7.3 **Del inicio de la Compra excepcional de prestaciones de Salud como Emergencia médica y/o quirúrgica a través de carta de garantía**

- 7.3.1 El inicio de compra excepcional de prestaciones de salud para beneficiarios en condición de emergencia médica o quirúrgica se da a través de las siguientes condiciones:**
- 7.3.1.1 Solicitud de SPS por parte de la IPRESS PNP a través del aplicativo informático vigente de SALUDPOL y la pertinencia de la misma a través de la auditoría de seguros de acuerdo al marco normativo vigente.
 - 7.3.1.2 Solicitud del beneficiario, familiar o algún tercero a través de la llamada a la Central de Llamadas o por el aplicativo informático vigente de SALUDPOL; la pertinencia de la misma se realiza mediante la auditoría de seguros de acuerdo al marco normativo vigente.
- 7.3.2 De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS PNP**
- 7.3.2.1 La compra excepcional de prestaciones de salud para los beneficiarios de SALUDPOL se inicia mediante la Solicitud de Prestación de Salud, en adelante SPS (Anexo 01) por parte de la IPRESS PNP de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
 - 7.3.2.2 Posteriormente la Dirección de Prestaciones de Salud, realiza la auditoría de seguro de pertinencia determinando el estado de la solicitud como PERTINENTE o NO PERTINENTE lo cual se realiza en un plazo no mayor a 1 hora, así mismo se evalúa la oferta disponible en IPRESS PNP a nivel nacional, IPRESS no PNP con convenio o contrato vigente, de identificarla comunica a la Dirección del Asegurado.
 - 7.3.2.3 En el caso se determine la no pertinencia de la SPS, la Dirección de Prestaciones de Salud (DPS) realiza la observación respectiva en el aplicativo informático (SPM).
 - 7.3.2.4 En caso de ser pertinente la SPS, el Sistema de Procedimientos Médicos valida la posibilidad de compra de prestación de salud mediante convenio o contrato; siendo la Dirección del Asegurado, el encargado de contactar a la IPRESS NO PNP de Convenio y/o contrato, contemplándose un plazo máximo de 3 horas para brindar respuesta a la referencia.
 - 7.3.2.5 Posterior a una negativa o ausencia de respuesta por IPRESS de convenio y/o contrato, la Dirección del Asegurado, a través de la Unidad de Gestión del Asegurado, deriva la SPS a la bandeja de Oferta de Servicios de Salud, para inicio de cotizaciones por parte de otras IPRESS NO PNP, haciendo uso del sistema informático (SPM) que interactúa con el Sistema de Interacción con Proveedores (SIP).
 - 7.3.2.6 Ante una respuesta negativa o ausencia de esta por parte de las IPRESS NO PNP de convenio y/o contratos, se informa mensualmente a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, para que, como parte del seguimiento de la operatividad de convenios y contratos, realice las gestiones correspondientes, con la finalidad de optimizar la eficiencia de los mismos.
 - 7.3.2.7 La Dirección del Asegurado considera lo siguiente para la evaluación de las cotizaciones del estudio de oferta de servicio de salud:
 - La IPRESS debe estar dentro de la Base General de IPRESS del SALUDPOL.

- Evaluación de las tarifas presentadas según el tarifario vigente del SALUDPOL.
 - Para el caso de los procedimientos que no están contemplados en el tarifario vigente de SALUDPOL, se considera el histórico de precios por emisión de cartas de garantía según la prestación de salud solicitada, lo cual es reportado a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, como parte del informe mensual, para evaluación de la actualización del tarifario.
 - Evaluar la ubicación geográfica y accesibilidad de la IPRESS en caso de requerir la prestación de salud en una zona específica.
 - Las solicitudes de cotización (ANEXO 03) deben tener un orden de prelación. Se prioriza la búsqueda de IPRESS públicas dentro del área geográfica, donde se requiere la prestación de salud. Asimismo, realizar la indagación de oferta de servicios de salud de las IPRESS privadas con la finalidad de salvaguardar la atención del beneficiario.
 - El proceso de estudio de oferta de servicios de salud debe contar como mínimo 03 cotizaciones, cuya respuesta debe darse dentro del plazo máximo de tres (03) horas, y de no cumplir con la condición previa, se reitera la solicitud de cotización otorgando un plazo adicional de una (01) hora para la respuesta. Habiendo transcurrido el plazo y de contar como mínimo de una (01) cotización, se adjudica a la única IPRESS que cotizó.
 - En el caso que las Unidades Funcionales Desconcentradas, cuenten con menos de tres (03) proveedores de servicios que brinden la prestación de salud requerida para el beneficiario, la Coordinación de la Unidad Funcional Desconcentrada, o quien haga sus veces, informa y sustenta mediante correo electrónico a la Dirección del Asegurado la IPRESS que podría cotizar, exceptuando el plazo establecido en los numerales precedentes para iniciar la compra excepcional. De no obtenerse cotizaciones, se reitera el procedimiento ampliando a otras IPRESS de jurisdicciones territoriales cercanas.
- 7.3.2.8 Se tiene un plazo máximo de espera de 15 días calendarios para la obtención de cotizaciones; durante el cual, se reiterará las invitaciones para cotizar cada 24 horas. De no obtenerse respuestas, se determina sin oferta de servicios de salud (Estudio de oferta de servicio de Salud NEGATIVO) y se informa mediante documento oficial a la IPRESS PNP solicitante.
- 7.3.2.9 Una vez culminado el estudio de oferta de servicio salud, el personal responsable realiza el registro en el aplicativo o medio informático vigente de SALUDPOL y se procede a emitir la Carta de garantía en un plazo no mayor a 30 minutos.
- 7.3.3 La IPRESS no PNP activa el inicio de la cobertura en el SIP, dentro del periodo de vigencia. En el caso no se utilice la carta de garantía durante el periodo señalado, la carta de garantía queda sin efecto para la liquidación posterior y se inactiva en el SPM y se comunica a la IPRESS no PNP lo actuado, según lo detallado en el proceso de sinceramiento en el numeral 7.6.
- 7.3.4 **De la Compra excepcional de prestaciones de Salud como emergencia médica y/o quirúrgica con paciente en IPRESS No PNP**
- 7.3.4.1 El inicio de solicitud de compra excepcional de prestaciones de salud por emergencia médica o quirúrgica ocurrida fuera de la Red de la Dirección de la Sanidad Policial – DIRSAPOL se comunica a través del número telefónico habilitado para tal fin por la Central de Llamadas y/o la web institucional en el

enlace: "Comunica tu emergencia", por parte del beneficiario, familiar o algún tercero; (en el caso de que la comunicación sea a través de la central de llamada, el personal de SALUDPOL realiza el registro en la web institucional) el aplicativo migra la comunicación de forma automática a través del SPM, con la Historia Clínica de Emergencia adjunta (u otro formato de atención de Emergencia) según disposición de la Dirección del Asegurado, notificando al especialista en auditoría médica, o el que haga sus veces, el registro de la emergencia, para el inicio del procedimiento de auditoría de seguros concurrente. La comunicación debe darse dentro de las 72 horas de iniciada la atención por emergencia en la IPRESS No PNP.

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

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

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

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

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

7.3.5 Dirección del Asegurado realiza el monitoreo, seguimiento y control de los reportes de

emergencia a nivel nacional a través de sus Unidades Funcionales Desconcentradas mediante los medios informáticos que disponga SALUDPOL

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

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

- 7.4.1 En el caso que las IPRESS no PNP no efectúen la oferta respectiva para otorgar la prestación médica al beneficiario, la Dirección del Asegurado se comunica mediante documento oficial a la IPRESS PNP de origen a fin de que esta realice las gestiones de referencia a una IPRESS de mayor capacidad resolutive dentro de su red geográficamente cercana, en el marco de la normativa vigente y convenio de intercambio prestacional en salud entre el SALUDPOL y la DIRSAPOL.
- 7.4.2 La SPS posterior al **Estudio de oferta de servicio de Salud** negativo retorna mediante el SPM a la IPRESS de origen para reevaluar la prestación de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.6 **Del sinceramiento de carta de garantía**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.9.1 El envío de los expedientes de liquidación en físico o digital por compra excepcional de prestaciones de salud debe cumplir con lo señalado en el marco normativo vigente y debe ser remitida durante los treinta (30) días hábiles culminada la prestación de salud, lo cual es evidenciado en la Historia Clínica.

7.9.2 El expediente remitido a SALUDPOL en físico o formato digital debe referenciar a la carta de garantía atendida y contemplar la preliquidación detallada usando los identificadores de estándares de datos en salud (CPMS, codificación SISMED, CIE10, UPSS, entre otros). Asimismo, debe adjuntar la copia de historia clínica completa de la prestación de salud brindada (según NTS N°139- MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica o norma vigente), incluyendo Epicrisis y

todas las secciones que correspondan; i) identificación del paciente, ii) registro de la atención de salud, iii) información complementaria. Declaración Jurada del beneficiario y otros documentos de acuerdo a la norma vigente relacionada al proceso de auditoría médica financiera del SALUDPOL.

7.10 De la Solicitud de Ampliación de Cartas de Garantía

7.10.1 Con la finalidad de cumplir oportunamente con la cobertura de nuestros beneficiarios se requiere que las IPRESS no PNP realicen el seguimiento del gasto de la carta de garantía y cuando se encuentre por lo menos en el 70% del consumo del monto establecido en la Carta de Garantía evalúe si la misma requiere ser ampliada a fin de evitar que el Beneficiario pierda la cobertura de salud.

7.10.2 En caso se requiera dicha ampliación son necesarios los siguientes documentos:

- Solicitud dirigida a la Gerencia General del SALUDPOL, indicando el número de la Carta de Garantía inicial (que se encuentre activa en el aplicativo SPM.) y el monto de ampliación solicitado de acuerdo al Anexo 04.
- Informe médico que sustente la necesidad de ampliación de la atención del paciente, que incluye el reporte del tratamiento brindado de acuerdo a lo inicialmente solicitado, situación actual del paciente y plan de trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente (Anexo 05).
- Presupuesto inicial enviado para la cotización.
- Presupuesto adicional proyectado, detallando lo que se requiere de acuerdo al plan de trabajo planteado.
- Los documentos descritos anteriormente son remitidos hacia la Gerencia General mediante la Mesa de Partes Digital de SALUDPOL u otro medio según normativa vigente.

7.10.3 Posterior a la documentación remitida por la IPRESS el Especialista en auditoría médica, o quien haga sus veces, de la Unidad de Auditoría Prestacional de Salud de la Dirección de Prestaciones de Salud, de acuerdo al marco normativo vigente otorga la pertinencia a la solicitud de ampliación de la cobertura económica de la Carta de Garantía en un plazo no mayor de tres (03) días hábiles del trámite requerido a partir de la recepción del documento, tras lo cual la Dirección del Asegurado emite la Carta de Garantía ampliatoria, en un plazo no mayor de 24 horas.

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

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

7.12 Del cambio de IPRESS

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

- La IPRESS no puede brindar la atención, por razones debidamente justificadas por ella misma.
- Para asegurar la continuidad de la atención del beneficiario.

- Otras situaciones clínicas y/o administrativas que se considere para una atención completa y oportuna.
- Cuando la IPRESS de la red preferente (IPRESS PNP) cuenta con las condiciones para atender al beneficiario.

7.13 Del financiamiento de la prestación de salud preventivo promocional

7.13.1 SALUDPOL financia las prestaciones preventivo promocional realizadas a través de campañas de salud, siempre y cuando estas se generen a partir de la identificación de una insuficiencia de capacidad resolutive, infraestructura, equipamiento, recurso humano u otro factor de producción la cual puede ser identificada de la siguiente manera:

7.13.1.1 A solicitud de una IPRESS PNP.

7.13.1.2 A solicitud de SALUDPOL, ante la Identificación de necesidad no atendida.

7.13.1.3 A solicitud de una población beneficiaria específica.

7.13.2 Este financiamiento de las prestaciones preventivos promocionales por parte de SALUDPOL mediante otras IPRESS públicas, mixtas o privadas, se realizan en busca de una mejora de la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones a favor de los beneficiarios, afín a que no se vea vulnerado su derecho de acceso y goce de prestaciones de salud, derecho a la vida y la salud.

7.13.3 La operatividad del financiamiento de las campañas preventivo promocionales será determinada de acuerdo al marco normativo específico aprobado por SALUDPOL

VIII. RESPONSABILIDADES

Cada Oficina, Dirección y/o Unidad Funcional Desconcentrada de SALUDPOL son responsables del cumplimiento del presente Lineamiento, en el marco de su competencia funcional;

8.1 Dirección de Prestaciones de Salud

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

8.2 Dirección del Asegurado

- a) Solicitar la disponibilidad presupuestal para la emisión de Cartas de Garantía.
- b) A través de las Unidades Funcionales Desconcentradas o quien haga sus veces, socializar los formatos contenidos en el presente Lineamiento en las IPRESS a nivel nacional.
- c) Emisión de las Cartas de Garantía, comunicación a la IPRESS y beneficiarios, seguimiento administrativo, ejecución y monitoreo de la inactivación oportuna de las mismas según correspondan y del sinceramiento de cartas de garantía.

- d) Las Unidades Funcionales Desconcentradas son responsables de realizar la búsqueda activa de nuevas IPRESS, o apertura de nuevas UPSS y/o servicios en las mismas, con la finalidad de ampliar la Base General de IPRESS a nivel nacional requerida por los beneficiarios.
- e) Verificar que la IPRESS privada no se encuentre inhabilitadas para contratar con el Estado.
- f) Identificar la necesidad del servicio en caso la IPRESS remita su carta de presentación para una posible evaluación de estándares de calidad.
- g) Seguimiento y monitoreo a los reportes de emergencia a nivel nacional.
- h) Si existe ausencia de respuesta o respuesta negativa ante una SPS por parte de las IPRESS NO PNP con contrato y/o convenio vigente, la Dirección del Asegurado informa a la IPRESS solicitante y a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud a efectos del control y seguimiento correspondiente.

8.3 Dirección de Financiamiento y Planes de Salud

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

8.4 Oficina de Administración

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

8.5 Oficina de Tecnología de la Información

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

IX. DISPOSICIONES FINALES:

- 9.1 El financiamiento de la atención de los beneficiarios de SALUDPOL en condición de emergencia, se realiza en forma posterior a la atención⁸ y no pueden condicionar esta atención a la presentación de documento alguno, ni a la suscripción de pagaré, letra de cambio o cualquier otro medio de pago⁹.
- 9.2 La Oficina de Tecnología de la Información debe implementar y adecuar los Sistemas Informáticos de SALUDPOL, a fin de dar funcionamiento a lo estipulado en el presente lineamiento.
- 9.3 La Hoja de Referencia generada por la IPRESS PNP, deben contener la firma del médico tratante que autorice el traslado del paciente, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 9.4 En caso exista algún proceso judicial y/o investigación fiscal promovida y/o en contra de SALUDPOL vinculada al servicio y/o pago que deba realizarse a alguna IPRESS, la Oficina de Asesoría Jurídica debe emitir la opinión legal a la Oficina de Administración, informando si dicho proceso y/o investigación fiscal suspende el pago a favor de la IPRESS.
- 9.5 Los casos no previstos en el presente Lineamiento deben ser tratados por los órganos competentes mediante documentación interna bajo el marco de la normatividad vigente.
- 9.6 En el caso de emergencias por brotes epidemiológicos o emergencia sanitaria, la Dirección del Asegurado debe informar cada 24 horas de realizado la solicitud por parte DIRSAPOL, sobre las acciones realizadas en el marco de sus competencias.
- 9.7 Para los casos de comunicación de la Emergencia, el portal web tiene habilitada la opción para cargar la Historia Clínica, la misma que permite la agilización de la Auditoría de Seguros Concurrente; de no contar con la historia clínica el familiar puede solicitar al coordinador de la Unidad Funcional Desconcentrada realice las gestiones para la obtención de la misma. Cabe precisar, que no es un requisito excluyente de la comunicación de la emergencia.
- 9.8 La emisión de la carta de garantía por el monto solicitado esta sujeta a la evaluación de la Auditoría Médica de SALUDPOL. Dicha emisión no implica la aceptación del pago total del monto emitido, el cual se encuentra sujeto a la evaluación del control prestacional, de acuerdo con la normativa vigente.
- 9.9 La Oficina de Tecnología de la Información implementa el mecanismo para notificar las credenciales de acceso a las IPRESS habilitadas por la UGCPS de DPS, a fin de que puedan realizar todas las gestiones de la compra de prestación de salud través del SIP.
- 9.10 En los casos que la IPRESS adjudicada con carta de garantía no pueda coberturar la prestación de salud en su totalidad a pesar de haber ofertado según lo solicitado y presente la liquidación por la atención brindada parcialmente del beneficiario, esta carta de garantía no es financiada por SALUDPOL, debiendo anularse, al recibir la comunicación de la atención. Adjudicándose la atención del beneficiario la IPRESS que quedo en segunda opción.
- 9.11 La prestación de salud finaliza con el alta médica del beneficiario y a partir de la emisión de esta, puede ser presentada al SALUDPOL para iniciar el proceso de liquidación de pago correspondiente.

X. DISPOSICIONES EXCEPCIONALES

- 10.1 La Oficina de Tecnología de la Información debe implementar y adecuar los Sistemas Informáticos de SALUDPOL, a fin de dar funcionamiento a lo estipulado en el presente lineamiento. Aquellas prestaciones de salud médicas y/o quirúrgicas brindadas hasta el año fiscal 2023 en IPRESS NO PNP que no cuenten con una carta de garantía inicial emitida, pueden ser recibidos y evaluados a fin de regularizar la emisión de la carta de garantía para proceder al trámite de pago, siempre y cuando se evidencie que la situación clínica del paciente sea

catalogada como emergencia médica y/o quirúrgica. Los pagos correspondientes a esta disposición estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria de la Institución.

- 10.2 Para el financiamiento de prestaciones de salud a través de Campañas Preventivo-Promocionales y/o cuando la Red Preferente carezca de la capacidad resolutive, infraestructura, equipamiento, recursos humanos u otros factores de producción que impidan el cumplimiento de la cobertura de prestaciones y/o el acceso oportuno por diferimiento prolongado de citas; se exceptúa el requisito de Solicitud de Prestaciones de Salud (SPS) por parte de las IPRESS PNP (DIRSAPOL) para el inicio de la Cobertura Prestacional, ello en marco de garantizar el acceso oportuno dispuesto en la ley de aseguramiento universal en salud; para tales efectos, SALUDPOL emitirá los documentos necesarios para el inicio de la compra de prestaciones"

XI. VIGENCIA

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



PERÚ

Ministerio
del Interior

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA
NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL

GERENCIA GENERAL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

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

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

XII. ANEXOS

- 12.1 Anexo 01: Modelo Referencial de Solicitud de Prestación de Salud (SPS)
- 12.2 Anexo 02: Modelo Referencial de Formato de Auditoría de Seguros de Ampliación de carta de garantía (FAACG)
- 12.3 Anexo 03: Modelo Referencial de cotización.
- 12.4 Anexo 04: Modelo Referencial de solicitud de ampliación de cartas de garantía
- 12.5 Anexo 05: Modelo Referencial de informe médico y sustento del plan de trabajo
- 12.6 Anexo 06: Información del personal que se acredita
- 12.7 Anexo 07: Flujograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP
- 12.8 Anexo 08: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – Emergencia.
- 12.9 Anexo 09: Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud en IPRESS PNP – No Emergencia
- 12.10 Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Médico Tratante / Auditor de concurrencia (XXXXXX XXXX, XXXXX) RNE*	Jefe de Referencia / jefe de UAPS (XXXXXX XXXX, XXXXX)	Nro de Solicitud XXXXXXXXXXXXXX (Código de Barras y QR)
Fecha de registro:	Fecha de autorización:	

1. IPRESS de origen:				
CUI RENIPRESS		NOMBRE IPRESS		CATEGORÍA
UPS/UPSS	Uno o varios	UBICACIÓN	Región/provincia/distrito DIRECCIÓN - TELEF. CONTACTO	

2. Identificación del Paciente							
Tipo Doc.		N° de documento:		Apellidos y Nombres			
Edad (años y meses)	.. años y ... meses	Sexo	Tel. Contacto:	000000000 (SGAU)	Vigencia del Seguro [xxx]	_ / _ / _	
HCL		CIF / CIP		Correo electrónico del paciente			
Identificación del Titular [] Seleccione si el paciente es el mismo titular de lo contrario llene esta sección:							
DNI		Apellidos y Nombres				Parentesco con el paciente	

3. ANAMNESIS							
Ubicación actual del paciente:		Hosp. / Emer. / CE. / Domicilio		Situación Clínica: () Emergencia () Urgencia () Electiva			
Fecha y Hora de Ingreso a la IPRESS *	_ / _ / _ hh:mm	Tiempo de la enfermedad actual*	_____ Horas				
Antecedentes Patológicos			Examen Físico	SIGNOS VITALES			
Antecedentes Quirúrgicos				Frecuencia Cardíaca			
Signos y síntomas principales				Frecuencia Respiratoria			
				Presión Arterial			
Relato médico				Temperatura (C°)			
				SAT. O2			
				EN CASO DE GESTANTES			
				Fecha Última Regla	_ / _ / _ (9 meses a ahora)		
				Gravidez / Paridad	G _ / P _ (0 a 20)		
				Altura Uterina	cm (0 a 100)		

4. Diagnóstico(s)				
NRO	Cod. CIE-10	DESCRIPCIÓN DX	TIPO DX	
1	I10	HIPERTENSIÓN	DEF.	
2	I61	HEMORRAGIA INTRACRENEAL	PRES.	
3				

5. IPRESS NO PNP DE DESTINO DE LA REFERENCIA / IPRESS NO PNP DONDE ESTÁ INTERNADO EL PACIENTE EP1				
COD. RENIPRESS sugerida (Aplica para convenios y contratos)		NOMBRE DE LA IPRESS		
Categoría mínima IPRESS		REGIONES		
UPSS/UPS MÍNIMAS REQUERIDAS	En relación a los procedimientos solicitados.			
Tipo de procedimientos requeridos	Diagnóstico [] Terapéutico []			
Precisiones del plan de trabajo / Obs.				

6. Procedimientos y/o Examen Solicitado			
Cod. CPMS	Descripción del Procedimiento	Motivo de requerimiento (brecha) cuando está en cartera	Precisiones del procedimiento (Opcional).
XXX	XXXXXXXXXX	Dispositivos médicos [] RRHH [] Insumos []	CPT en cartera
XXX	XXXXXXXX XXX	Dispositivos médicos [] RRHH [] Insumos []	

7. Traslado asistido (SERA DESARROLLADO EN EL PROCESO DE AMP Y EM)			
Tipo de traslado	Terrestre: I, II o III Aéreo (avión o helicóptero) Acuático Básico o Medicalizado	Trayecto de traslado Punto de origen:	Punto de destino:

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

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

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

Anexo 03: Modelo Referencial de cotización

Número de SPS: _____

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

(*) OPCIONAL SEGÚN EL CPMS A SER OFERTADO

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

Distrito, xx de xxxxxxxx del 20xx

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

Señor

Xxxxxxx

Gerente General

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

Pueblo Libre. -

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

De nuestra/ De mi mayor consideración:

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

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

Se adjunta:

- 13.7.1 Copia de Carta de Garantía N° XXXXXXXX (Folio xx).
- 13.7.2 Informe Médico que sustente la necesidad de ampliación de la atención del paciente (Folio xx).
- 13.7.3 Presupuesto Adicional Proyectado (Folio xx)
- 13.7.4 Otros documentos que estime pertinente (Folio xx).

Sin otro particular y agradeciendo su atención

Atentamente,

Nombre y Apellido de la Persona Encargada

Cargo en la IPRESS

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

Anexo 05: Modelo Referencial de Informe Médico y Sustento del Plan de Trabajo¹

Distrito, xx de xxxxxxxx del 20xx

I. DATOS GENERALES

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

II. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Tiempo de Enfermedad: _____
- Resumen de Historia Clínica y Evolución médica hasta la fecha: _____

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

III. PLAN DE TRABAJO PROPUESTO:

- Sustento del Plan de Trabajo Propuesto:

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

Sello y firma del Médico Tratante

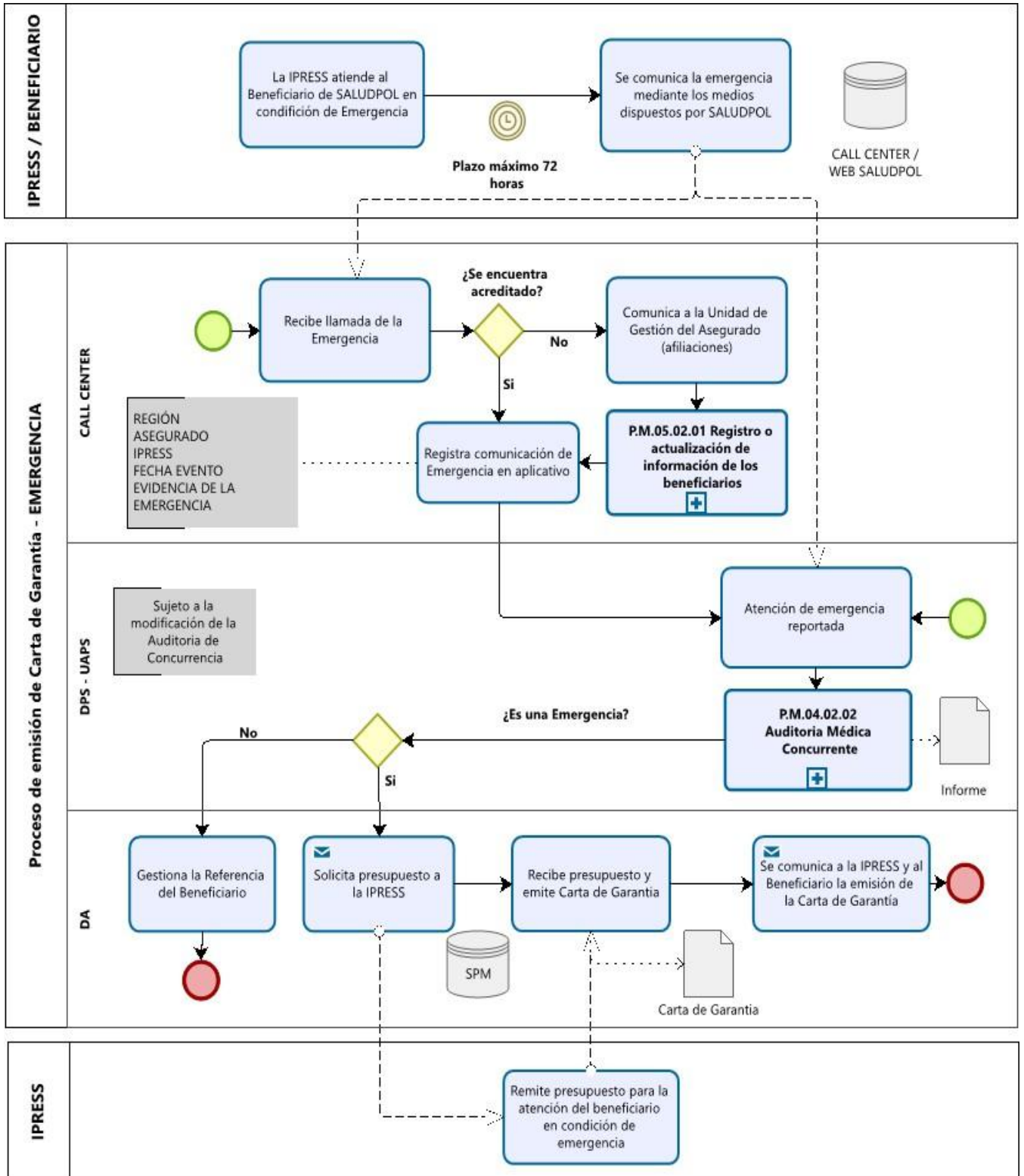
Especialidad: _____ CMP: _____ / RNE: _____

Anexo 06: Información del personal que se acredita

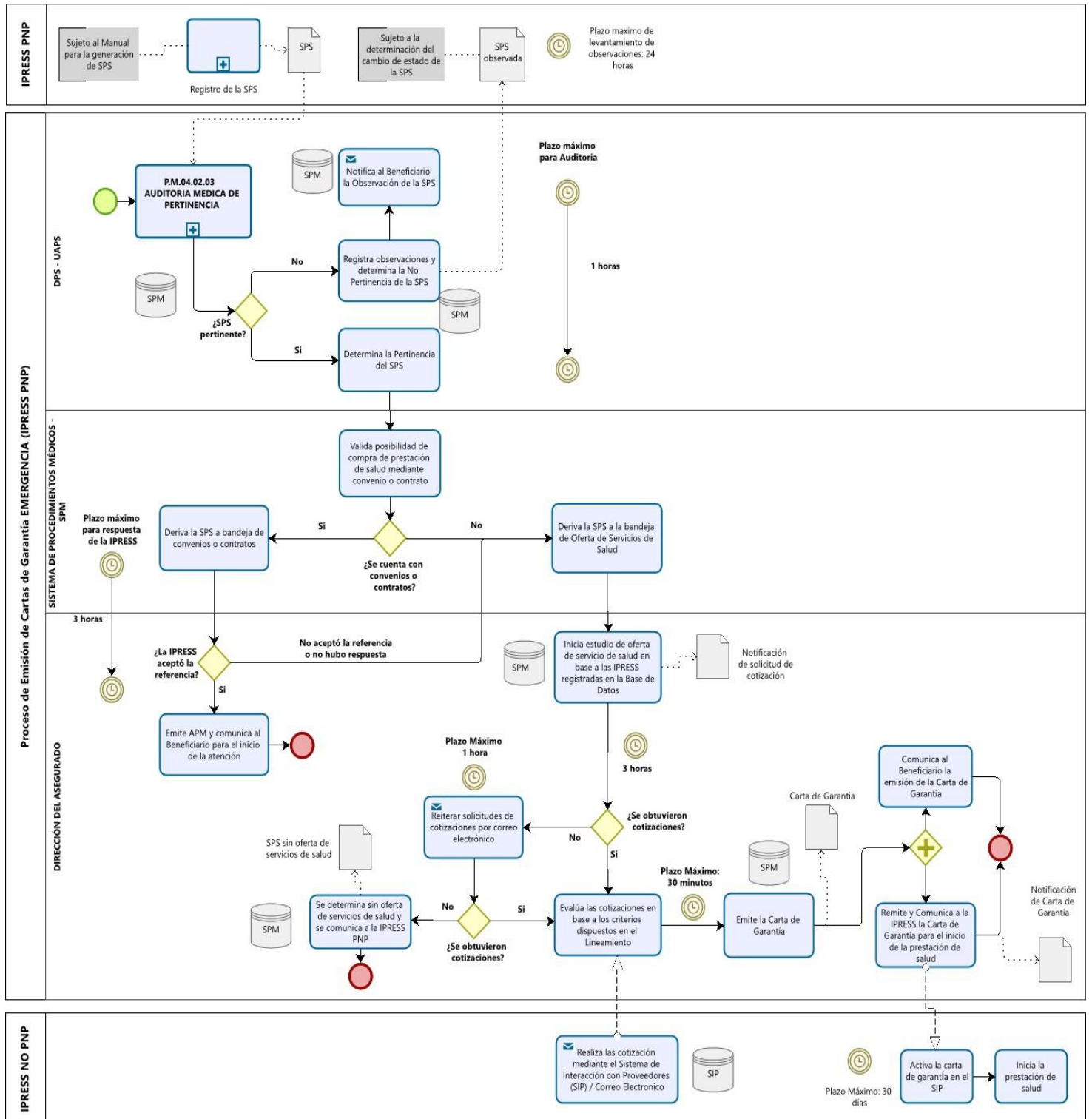
RUC	
CÓDIGO IPRESS	
NOMBRE DE LA IPRESS	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
DATOS DEL RESPONSABLE DE COTIZAR	
LICITADOR 1	
DNI	
NÚMERO DE CELULAR Y/O TELÉFONO / ANEXO:	
CORREO	
DATOS DEL RESPONSABLE DE COBRANZA	
DATOS COMPLETOS:	
DNI:	
NÚMERO DE CELULAR Y/O TELÉFONO / ANEXO:	
CORREO:	
SEDE SALUDPOL:	

Firma y sello del representante legal

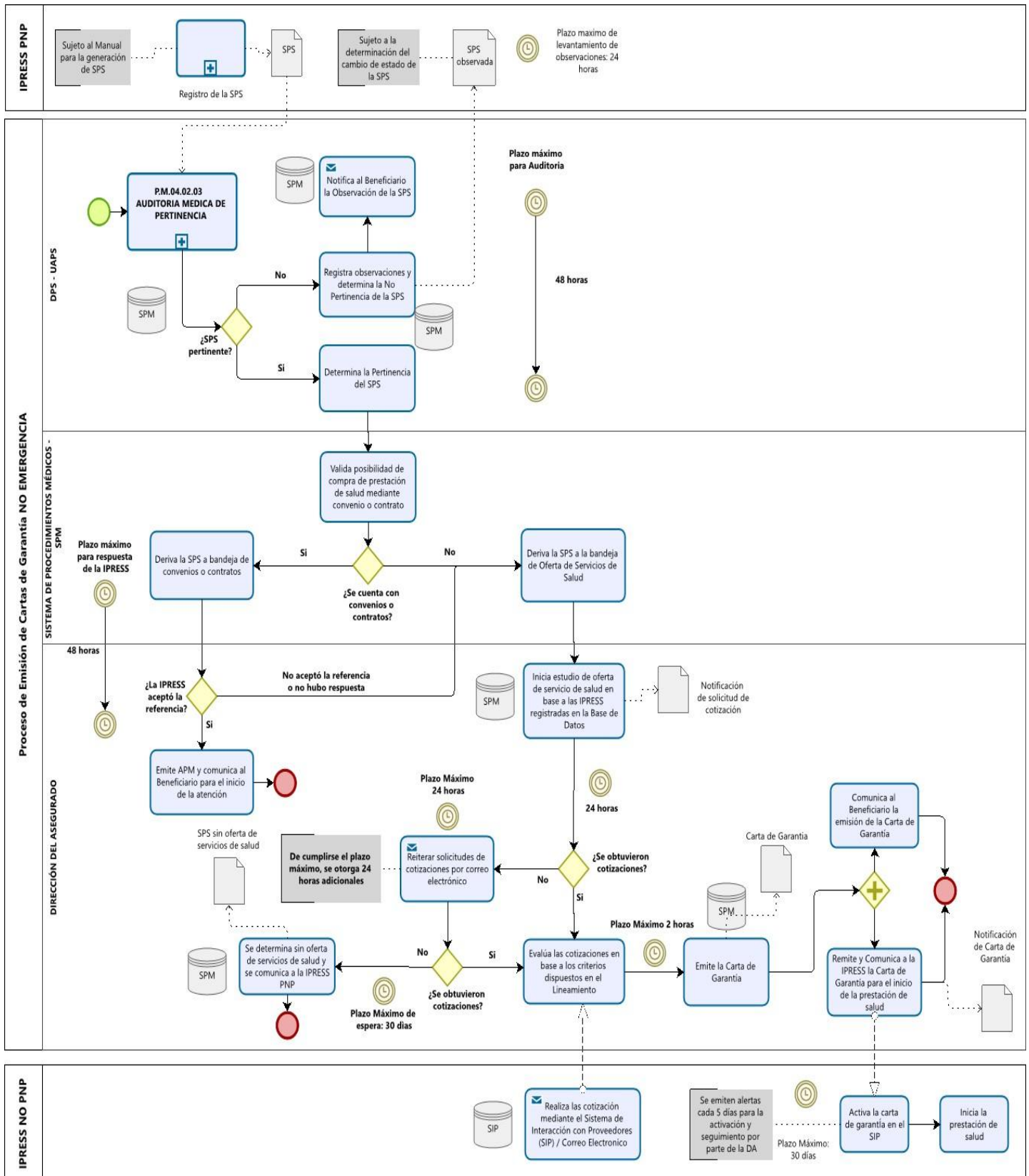
Anexo 07: Flujograma del Proceso de Atención de Cartas de Garantía para Prestaciones de Salud que sean Emergencia en IPRESS NO PNP



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



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



Anexo 10: Modelo de Carta de garantía emitida referencial



Lugar y fecha

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



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

De mi consideración:

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

NOMBRE XXXXXXXXXXXXXXXX (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia al siguiente procedimiento:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia
XXXX	XXXXXXXXXX	XXXX

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

La vigencia de este documento para iniciar la atención es de 30 días calendarios a partir de la fecha de su emisión. El expediente de liquidación deberá contener los documentos detallados en la parte posterior de la presente carta y registrado en el SIP, de SALUDPOL dentro del plazo de 30 días posteriores a la culminación de la atención del paciente. Toda complicación relacionada al procedimiento y/o tratamiento que pudiera presentarse dentro de los 10 días posteriores, serán asumidos por la empresa prestadora del servicio, no generando gastos adicionales a SALUDPOL.

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

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

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

Este documento cuenta con Disponibilidad Presupuestal, otorgada mediante INFORME N° XXX-XXXX-SALUDPOL/GG-DA XXXXX, en ese contexto, SALUDPOL manifiesta una cobertura económica únicamente para el procedimiento indicado en la Solicitud de Prestación de Salud (SPS) respectivo por el importe señalado en la presente carta; el pago de la prestación estará supeditado a la auditoría médica correspondiente **y a los controles previos al expediente de pago que serán materia de la emisión de la Certificación de Crédito Presupuestal**. En tal sentido, los procedimientos realizados NO señalados en esta carta no generan compromiso alguno y no serán sufragados por SALUDPOL; salvo aquellos relacionados al procedimiento médico que hayan sido solicitados antes de superar el importe de la presente Carta Garantía y hayan sido autorizadas por SALUDPOL. Emitida y comunicada la carta de garantía se obliga la atención del beneficiario hasta la conclusión de la prestación médica respectiva por parte de la IPRESS, pudiendo la IPRESS ser sujeta a los procedimientos legales correspondientes.

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

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

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

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

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

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

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

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