

**CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL  
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL  
PERÚ - SALUDPOL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA**

Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Calle Tahuantinsuyo N° 172 Urb. San Juan Bautista de Villa, distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N° 10005, representado por el Gerente General **MC. ALBERTO TEJADA CONROY**, identificado con DNI N° 40393531, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N° 008-2022-IN-SALUDPOL-PD, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**, y de la otra parte **EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA** con RUC N° 204860208822, con domicilio legal en Jr. Torre Tagle N° 336 - Huancavelica, debidamente representado por el Gerente General Regional Mg. **DANIEL MAXIMIANO RODRIGUEZ DIONICIO**, identificado con DNI N° 19911128, conforme a la Resolución Ejecutiva Regional N° 002-2023/GOB.REG-HVCA/GR, de fecha 04 de enero del 2023, que resuelve DELEGAR al Gerente General Regional la facultad de suscribir convenios, a quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de la **IPRESS** de la región Huancavelica, en los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL**

- 1.1. Constitución Política del Perú de 1993.
- 1.2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 1.3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento, que fue aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA
- 1.4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 1.5. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
- 1.6. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
- 1.7. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 1.8. Ley N° 31011, Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en diversas materias para la atención de la emergencia sanitaria producida por el COVID-19.
- 1.9. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- 1.10. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.

Fondo de Aseguramiento en Salud  
de la Policía Nacional del Perú  
**SaludPOL**



GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAVELICA



1.11. Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267.

1.12. Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2015-IN.

1.13. Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.

1.14. Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

1.15. Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

1.16. Decreto Legislativo N° 1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

1.17. Decreto Legislativo N° 1466, que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del Intercambio Prestacional en Salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19.

1.18. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la 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 casos de emergencias y partos.

1.19. Decreto Supremo N° 002-2015, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.

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

1.21. Decreto Supremo N° 026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.

1.22. 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.

1.23. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de los 90 días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19, y sus precisiones; y los Decreto Supremo que lo prorrogan.

1.24. Decreto supremo 034-2015-SA, Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones administradoras de Fondos De Aseguramiento en Salud, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 1.25. Decreto Supremo N° 015-2022-SA, Decreto Supremo que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, prorrogada por Decretos Supremos N° 003-2022-SA, N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA, N° 009-2021-SA, N° 025-2021-SA y N° 003-2022-SA.
  - 1.26. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
  - 1.27. Decreto de Urgencia N° 007-2019, que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 026-2019-SA.
  - 1.28. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
  - 1.29. Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
  - 1.30. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.
  - 1.31. Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA,
  - 1.32. Resolución Ministerial N° 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
  - 1.33. Resolución Ministerial N° 951-2019-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N° 276-MINSA-2019-DGAIN, “Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
  - 1.34. Resolución Ministerial N° 1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
  - 1.35. Resolución Ministerial N° 433-2020-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N° 291-MINSA/2020/DGAIN, “Disposiciones Complementarias al Intercambio Prestacional en Salud en el marco del Decreto Legislativo N° 1466”.
  - 1.36. Resolución Ministerial N° 455-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 109-MINSA/2020/DGAIN: Para el cuidado de salud en ambiente de hospitalización temporal y ambiente de atención crítica temporal para

casos sospechosos o confirmados. Moderados o severos por infección por COVID-19.

- 
- 
- 
- 
- 
- 1.37. Resolución Ministerial N° 513-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA-2020-DGAIN-DGOS: "Gestión de camas hospitalarias para hospitalización COVID-19 y camas UCI COVID-19 para paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID-19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas" que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- 1.38. Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.39. Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, que aprueba las "Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (IPRESS)".
- 1.40. Resolución Ministerial N° 144-2020-MINSA, Recepción Organización y Distribución de los Traslados de los Pacientes Confirmados o Sospechosos Sintomáticos de COVID-19.
- 1.41. Resolución Ministerial N° 346-2021/MINSA, que aprueba el Listado del Costo Estándar de los Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios de Atención Pre Hospitalaria y del Transporte Asistido de Pacientes.
- 1.42. Resolución Ministerial N° 539-2022/MINSA, 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".

## CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

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

- 
- 
- 
- 2.1. **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por **LA IAFAS**.
- 2.2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico. En concordancia con la Resolución Ministerial N° 265-2018-MINSA que aprueba la norma técnica 139.
- 2.3. **Asegurado o Beneficiario:** Toda persona residente en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Para efectos del presente documento, se entenderá como toda persona



titular de la PNP, y familiares derechohabientes, según lo dispuesto en el artículo 19 del D.S. N° 002-2015-IN o el que haga sus veces

- 2.4. **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 una persona, familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud – UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
- 2.5. **Auditoría de la prestación:** Evaluación del acto médico y/o asistencial, a fin de garantizar el adecuado otorgamiento de las prestaciones de salud objeto del presente contrato. Estas actividades comprenden verificación de la acreditación, pertinencia del acto médico y/o asistencial practicado en el afiliado, así como evaluación de calidad del servicio recibido.
- 2.6. **Auditoría médica:** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para terminar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos preestablecidos.
- 2.7. **Camas de las unidades de cuidados intensivos con ventilación asistida para COVID-19:** Para la aplicación del presente Procedimiento se entiende como cama de las unidades de cuidados intensivos que cumple con ventilador volumétrico, el recurso humano necesario para su funcionamiento cuya gestión está a cargo del Comando de Operaciones creado mediante Resolución Ministerial N° 155-2020-MINSA.
- 2.8. **Capacidad resolutive:** Capacidad que tienen las redes de salud e IPRESS públicas para satisfacer las necesidades de salud de los asegurados con tecnología sanitaria adecuada, recursos humanos, y condiciones generales, según nivel de complejidad.
- 2.9. **Caso leve de COVID-19:** Toda persona con infección respiratoria aguda que tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas: tos, malestar general, dolor de garganta, fiebre y congestión nasal. Puede presentar otros síntomas, como: alteraciones en el gusto, alteraciones en el olfato y exantema. El caso leve no requiere hospitalización, se inicia aislamiento domiciliario y se indica seguimiento.
- 2.10. **Caso leve de COVID-19 con factores de riesgo:** Caso leve que presente alguno de los factores de riesgo individual asociados al desarrollo de complicaciones relacionadas a COVID-19 como: Edad 65 años a más (factor de riesgo independiente), presencia de comorbilidades: Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Obesidad, Asma, Enfermedad Pulmonar Crónica, Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad o Tratamiento Inmunosupresor.





2.11. **Caso moderado:** Toda persona con infección respiratoria aguda que cumple con algunos de los siguientes criterios: disnea o dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria mayor a 22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno < 95%, alteración del nivel de conciencia (desorientación, confusión), hipotensión arterial o shock, signos clínicos y/o radiológicos de neumonía, recuento linfocitario menor de 1000 células/  $\mu$ l. El caso moderado requiere hospitalización.



2.12. **Caso severo:** Toda persona con infección respiratoria aguda con dos o más de los siguientes criterios: frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto o PaCO<sub>2</sub> < 32 mm Hg, alteración del nivel de conciencia, presión arterial sistólica menor a 100 mm Hg o PAM < 65 mm Hg, PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg o PaFi < 300, signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance toraco-abdominal, lactato sérico > 2 mosm / L. El caso severo requiere hospitalización y manejo en área de cuidados críticos.



2.13. **Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios:** Es la relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los Procedimientos Médicos Sanitarios.



2.14. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (03) niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.

2.15. **Categoría de establecimiento:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.



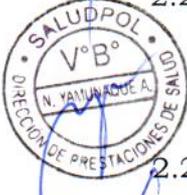
2.16. **Categorización:** Proceso que conduce a clasificar a las diferentes IPRESS, en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende



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

2.18. **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.



- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 2.19. **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.
- 2.20. **Derechohabiente:** Es aquel individuo que obtiene derechos provenientes de la persona asegurada.
- 2.21. **Emergencia PRIORIDAD I, II Y III:** son las atenciones que se brindan a los pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata en Sala de Shock Trauma.
- 2.22. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud, según lo dispuesto en el Art. 29 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174 o el que haga sus veces.
- 2.23. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas esas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- 2.24. **Guías de Práctica Clínica:** Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible para asistir al personal de salud en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención en salud.
- 2.25. **Liquidación del monto a pagar:** Monto de recursos financieros que ha sido reconocido como conforme por prestaciones de salud de salud.
- 2.26. **Intercambio prestacional:** Son procesos y acciones de articulación, complementariedad y subsidiariedad interinstitucional público – público, público – privado que garanticen el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de servicios de salud que requieran todas las personas en el territorio nacional, las mismas que se realizan 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, privadas o mixtas en el marco de lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1302 y 1466; con la finalidad que tengan acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, utilizando en forma eficiente la oferta pública, privada o mixta disponible a nivel nacional para la atención de pacientes contagiados o con riesgo de contagio por COVID-19.



- 2.27. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados según Convenio entre IAFAS e IPRESS.
- 2.28. **Pago prospectivo:** También conocido como “Pago Adelantado”, es el mecanismo de pago a través del cual el importe total es definido por LA IAFAS quien preestablece los volúmenes a ser pagados antes que se realicen las prestaciones, con diferentes grados de evaluación por un determinado periodo, de manera anticipada.
- 2.29. **Pago retrospectivo:** mecanismo de pago a través del cual el importe total de las prestaciones realizadas es definido por la prestación de expedientes o fichas de atención que representen a la prestación realizada previa evaluación de los datos contenidos, y se pagan luego que se brinda la prestación.
- 2.30. **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. En tanto los Planes de Salud de SALUDPOL se encuentren en formulación, serán consideradas las inclusiones y exclusiones contenidas en el Decreto Legislativo N° 1174 y su Reglamento o el que haga sus veces.
- 2.31. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados en las IPRESS registradas en SUSALUD.
- 2.32. **Rechazo parcial de la prestación:** Se da cuando existe una inconformidad en una prestación autorizada con evidencia de haberse brindado. (por ejemplo, falta de sello, firma, no se evidencia el resultado de un examen auxiliar, etc.). En este caso, se descontará del expediente el monto observado, pero se cancelará el resto de la prestación.
- 2.33. **Rechazo total de la prestación:** Se considera rechazo total del expediente cuando la IPRESS no facilite la historia clínica para su evaluación o cuando no se evidencie el documento de autorización de la IAFA para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.
- 2.34. **Red de Salud:** conjunto de establecimientos de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionadas por una red vial articulados funcional y administrativamente, que aseguran la provisión de atenciones de salud en un determinado territorio.
- 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 para el beneficio privado.

- 
- 
- 
- 
- 
- 2.37. **Tarifa:** Valor monetario que se pagará por cada una de las prestaciones de servicios de salud.
- 2.38. **Titular:** Personal policial oficial, técnico, suboficial 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.
- 2.39. **Validación prestacional:** Son los procesos de control que realiza la IAFAS SALUDPOL para termina 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.
- 2.40. **Usuario de Salud:** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.
- 2.41. **RIS:** conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

### 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 en la región Huancavelica.

#### DEL GOBIERNO REGIONAL



**GOBIERNO REGIONAL DE HUNCAVELICA** 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 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 con 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. Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional se denomina **EL PRESTADOR**, término que incluye en forma conjunta o indistinta a las UE e IPRESS públicas inscritas en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente Convenio y que se detallan en el Anexo N° 01 del presente convenio.

#### CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **EL PRESTADOR** debe brindar prestaciones de salud a través de las IPRESS de su ámbito jurisdiccional de acuerdo a su Cartera de Servicios de Salud, detallado en el Anexo N° 2 adjunto, a los asegurados de **LA IAFAS**, contagiados y en riesgo de contagio por COVID-19 y prestaciones de salud regulares no COVID-19, que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a su Plan de Salud.

El Gobierno Regional de Huancavelica a través de sus IPRESS deben prestar servicios de salud, en el marco del Decreto Legislativo N° 1466, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19; y del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público; con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país y la demanda insatisfecha en el ámbito territorial de la Región situada la IPRESS.

**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: Tarifas y Anexo N° 3 adjunto.

El presente convenio busca garantizar la continuidad de atención de los asegurados de **LA IAFAS**, bajo las siguientes condiciones: 1) Cuando en su red preferente no tenga capacidad de oferta y/o resolutive, 2) Situaciones de Emergencia Prioridad I, que esté en riesgo que la vida del paciente, la IAFAS - SALUDPOL, se obliga a reconocer las prestaciones de salud realizadas en las IPRESS.

Para prestaciones de salud no COVID-19 y no prioridad I (consultas externas, apoyo al diagnóstico y/o hospitalizaciones) comenzarán a regir a partir del día de la fecha de su emisión del Documento de Autorización. Para ello, la IPRESS debe cerciorarse de haber recibido previamente dicho documento por parte de **LA IAFAS**.



**CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO**



Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación para las IPRESS de SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN en la jurisdicción del Gobierno Regional de Huancavelica beneficiando a la población asignada a la IAFAS, reconocidos como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud. En caso de asegurados en condición de transeúntes (adscritos a otra región), la IAFAS se compromete a garantizar el pago de las prestaciones de salud conforme a lo establecido en el presente convenio.



**CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO**



6.1 **LA IPRESS** y **LA IAFAS**, 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 las personas presenten su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, pasaporte, Permiso Temporal de Permanencia, Carné de solicitante de refugio u otro que permita acreditar su identidad, salvo las excepciones establecidas por Ley, al personal de admisión de **LA IPRESS**.



6.1.2. En el marco del presente Convenio, las Partes utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Beneficiarios (disponible en la página web [www.saludpol.gob.pe](https://app-cbo.saludpol.gob.pe) cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por la IAFAS en el cual podrá verificar la condición de asegurado “ACTIVO”. Al respecto, el Aplicativo correspondiente deberá contar con los datos completos del asegurado, los cuales se puedan visualizar con normalidad, sin restricción de campos.



6.1.3. En caso de que la condición del asegurado en la base de consulta utilizada se encuentre en estado “ANULADO o INACTIVO”, no contará con la cobertura financiera de **LA IAFAS**.



**CLÁUSULA SEPTIMA: 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 + Específicas).



7.2 El Gobierno regional a través de sus IPRESS adscritas GARANTIZARÁN las prestaciones de salud en las instalaciones y servicios de la IPRESS detallado en el **Anexo N° 01** del presente convenio, en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y disponiendo del personal idóneo, de infraestructura y equipamiento adecuado para cumplir tal fin.



7.3 **LA IPRESS**, debe 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 y según disponibilidad en el mercado farmacéutico local/nacional.



7.4 **LA IPRESS** establecerá la programación y cupos correspondientes de cada prestación a realizar, entendiéndose que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutoria necesaria disponible, sin que afecte las prestaciones de servicios de salud que brindan a las personas afiliadas y/o adscritas a la IPRESS. De no contar con disponibilidad se comunicará oportunamente a **LA IAFAS** a fin de que esta pueda coordinar y tomar las acciones correspondientes.



7.5 Las partes de común acuerdo podrán incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través del correo electrónico institucional y/o actas que deberán ser formalizadas posteriormente mediante Adendas al presente convenio.



7.6 Para requerimientos de prestaciones de salud regulares, es decir, a través de la IPRESS PNP la Sanidad PNP de la jurisdicción correspondiente deberá emitir el Formato de la Solicitud de Procedimiento Médico – FSPM (Hoja de Referencia) y/o el que haga sus veces, para la emisión del Documento de Autorización por Convenio, Anexo 04. La cobertura financiera inicia desde la emisión del Documento de Autorización.



7.7 Cuando el paciente de **LA IAFAS**, ingresa por Emergencia directamente a **LA IPRESS** de convenio, el familiar o la IPRESS no PNP debe comunicar a **LA IAFAS**, a fin de que inicie la auditoría de concurrencia el cual puede derivar en los siguientes casos:



7.7.1 Para casos de emergencia PRIORIDAD I sospecha y/o atenciones por



covid-19 confirmado y otras situaciones que pongan en riesgo la vida del paciente se darán sin necesidad de algún formato; sin embargo, estos deberán ser regularizados en un plazo máximo de 72 horas, para ello **LA IPRESS** prestadora o familiar directo, debe comunicar a LA IAFAS SALUDPOL la ocurrencia del evento, con el fin de proceder a emitir el correspondiente Documento de Autorización por Convenio – Anexo N°04, luego de la auditoría de pertinencia, correspondiente. La cobertura financiera inicia desde ocurrido el evento.



7.7.2 Para casos de EMERGENCIA NO PRIORIDAD I, sospecha y/o atenciones por covid-19 confirmado, la IPRESS deberá de comunicar y coordinar con la IPRESS PNP de la Dirección de Sanidad Policial – DIRSAPOL y la Unidad Territorial SALUDPOL de la jurisdicción que corresponda, a fin de que se emita el Formato de Solicitud de Procedimiento Médico – FSPM (Hoja de Referencia) y/o el que haga sus veces, con el fin de proceder a emitir el Documento de Autorización de Procedimiento Médico previo auditoría médica de pertinencia. La cobertura financiera inicia desde la fecha de emisión del Documento de Autorización.



7.8 El Documento de Autorización por Convenio tiene una validez de sesenta (60) días calendario desde la fecha de emisión, para el inicio de la prestación de salud, caso contrario la IAFAS SALUDPOL procederá a anular el Documento de Autorización. Asimismo, una vez iniciada la prestación, el Documento de Autorización tiene vigencia de hasta 12 meses. Se precisa que la validez y vigencia podría cambiar, para ello la IPRESS deberá ceñirse al contenido que se precise en el Documento de Autorización que se le sea emitido.

7.9 En relación al Documento de Autorización por Convenio, el especialista del servicio de destino puede considerar pertinente realizar procedimientos no contemplados en el Formato del Anexo 4, siempre y cuando este se justifique y se encuentre relacionado al diagnóstico para el cual fue emitido el Documento de autorización, los mismos, que deberán ser registrados a fin de ser financiado por SALUDPOL.



**CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y EL MECANISMO DE PAGO**



8.1 Las Partes acuerdan establecer las siguientes modalidades y mecanismos de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- a) El mecanismo de pago es pago por servicio.

Las partes acuerdan que la modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por servicio; la cual será calculado con una periodicidad mensual en función al costo acordado para cada prestación, según los valores y el tarifario contenido en el **Anexo N° 03** del presente convenio.





b) La modalidad de pago es mixta.

Modalidad de pago prospectivo: Se aplicará durante el primer año de vigencia del convenio.

Una vez suscrito el presente convenio, la IAFAS SALUDPOL, realizará una transferencia prospectiva a las IPRESS de acuerdo a un estimado.

Una vez ejecutado el 80% del monto desembolso previamente realizado, la IPRESS podrá solicitar mediante documento formal y/o correo electrónico una nueva transferencia prospectiva previa rendición y liquidación (durante el primer año de vigencia del convenio).

Modalidad de pago retrospectivo: Una vez cumplido el primer año de vigencia del Convenio, se migrará automáticamente a la modalidad retrospectiva.

La DIRESA en representación del Gobierno Regional podrá solicitar el cambio/modificación previa solicitud mediante documento formal, lo cual deberá ser evaluado y comunicado por la IAFAS SALUDPOL.

Los controles de gestión financiera y presupuestal de los recursos financieros que la IAFAS SALUDPOL transfiera en el marco del presente convenio, deberán ser abordados mediante Acta entre los Coordinadores del Convenio, durante la fase de implementación del mismo.

8.2 El caso del mecanismo de pago retrospectivo se realiza en forma posterior a la prestación, cuyo importe corresponde al 100% del envío de tramas y/o registros validados conformes de forma mensual por parte de LA IPRESS en función a la producción de servicios atendidos a los asegurados de LA IAFAS y el tarifario contenido en el Anexo N° 3 del presente Convenio.

8.3 El Cronograma de Pago estará supeditado a la rendición oportuna de las prestaciones de salud por parte de la IPRESS.

**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 con LA IPRESS. Las tarifas incluyen los costos de los insumos y materiales médicos y se encuentran estipuladas en el Anexo N° 3 y podrán ser modificadas mediante suscripción de Adendas.

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.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.



- 9.3. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario del presente Convenio que sean brindados por **LA IPRESS**, modificación y/o actualización de tarifas (estructuras de costos), serán financiados por **LA IAFAS**, a solicitud mediante correo electrónico institucional y/o suscripción de un Acta entre los coordinadores de **LA IAFAS** y de **LA IPRESS**; previo análisis y aceptación de la **LA IAFAS** y en forma posterior se deberá regularizar a través de la suscripción de una Adenda.



**MODELO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE TARIFARIO:**



“Sres. IAFAS SALUDPOL:

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

N°	CÓDIGO CPMS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO CPMS	TARIFA S/

*Quedamos atentos,  
Saludos cordiales.”*



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

- 10.1. **LA IPRESS** garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los pacientes o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a **LA IAFAS** y a SUSALUD de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD. El plazo de implementación de este modelo será acordado mediante documento adicional firmado por los Representantes de las Partes.



- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Registro de Prestaciones – SRP y/o el que haga sus veces), según el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el **Anexo N°06**.



- 10.3. Por medio del Sistemas de Procedimientos de Médicos – SPM la IAFAS SALUDPOL emitirá los Documentos de Autorización por Convenio.



**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RECEPCIÓN, VALIDACIÓN, Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

- 11.1. **LA IPRESS**, para los efectos de la validación y conformidad prestacional, tendrá un plazo máximo de 20 días calendarios posterior al cierre de un



mes de producción, para culminar el registro de todas las prestaciones (procedimientos, medicamentos) y solicitar<sup>2</sup> el cierre del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (SRP). Cabe precisar que el Sistema se encuentra habilitado y la IPRESS debe registrar las prestaciones de salud en el mismo mes de producción conforme estas se vayan realizando. **LA IPRESS** podrá solicitar ampliación del plazo siempre que lo sustente oportunamente, a fin de que **LA IAFAS** adopte las acciones correspondientes.

11.2. La Oficina de la Tecnología de la Información de **LA IAFAS**, a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (o el que haga sus veces) procesa la información a través de reglas de consistencia en el plazo cinco (05) días. El resultado y el detalle de las prestaciones de salud registradas es remitido a la Dirección de Prestaciones de Salud.

11.3. La Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**, a partir de la información remitida por la Oficina de la Tecnología de la Información, realiza auditoría a la calidad de registro y elabora un Informe de Validación Prestacional en el plazo de cinco (05) días; El resultado de la auditoría a las prestaciones de salud registrado es remitido a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.

11.4. Habiéndose culminado el proceso de validación y conformidad de la atención, la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud dentro de los cinco (05) días informará a **LA IPRESS** mediante documento formal o correo electrónico los resultados del proceso de conformidad prestacional (considerando las observaciones de corresponder) y solicita los documentos para el pago y/o descuento correspondiente; según modalidad de pago pactado.

11.5. De no cumplir **LA IAFAS** con comunicar las prestaciones observadas, se tendrá por validada la prestación presentada y se procederá a su respectivo pago.

11.6. **LA IPRESS** deberá remitir a **LA IAFAS**; de forma física, mesa de partes virtual o a través de correo electrónico; dentro de los cinco (05) días los siguientes documentos para la liquidación: **la factura** <sup>3</sup> (con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes), **la hoja resumen de liquidación** (el cual deberá contemplar como mínimo los siguientes datos: Mes de producción, N° de Documento de Autorización, DNI, Nombre completo del paciente, Monto del procedimiento, Monto medicamento, Monto total Fecha factura, N° Factura, Monto de factura); y **Declaración**

<sup>2</sup> A la Dirección de Financiamiento a través de correo, en tanto no se tenga implementada dicha opción en el aplicativo.

<sup>3</sup> Factura en original. En caso de ser factura electrónica deberá emitirse una copia de esta (De acuerdo con el reglamento de comprobantes de pago).

**Jurada** (de veracidad y sustento de la información registrada en el sistema y, autoriza el descuento sobre el mes de producción abierta según la conclusión del informe de auditoría de control posterior) detallado en **Anexo N° 8**.

11.7. Respecto a las observaciones en relación a la calidad del registro será comunicada por **LA IAFAS, LA IPRESS**, tendrá un plazo de quince (15) días calendario para las subsanaciones correspondientes, en función a la complejidad del servicio. Todas las observaciones, para su correspondiente resolución, se deben realizar en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones a la calidad de la información registrada en el sistema.

11.8. De no cumplir **LA IPRESS** con la subsanación dentro del plazo acordado, **LA IAFAS** se reserva el derecho y dará por aceptada la observación y podrá rechazar el monto de las prestaciones observadas.

11.9. Luego de recepcionado los documentos para la liquidación de prestaciones, la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS** otorga la conformidad prestacional en un plazo de cinco (5) días.

11.10. El plazo para que la Oficina de Administración de **LA IAFAS** realice el pago a **LA IPRESS** es de quince (15) días calendario, plazo establecido en el numeral 8.4, artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1466, y el mecanismo de pago acordado respetando las condiciones establecidas en el convenio. El plazo se computará a partir del día siguiente de otorgada la conformidad, la cual será comunicada por la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud.

11.11. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por **LA IPRESS**, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes. Asimismo, **LAS PARTES** acuerdan prohibir la retención del pago por deudas ajenas al Convenio.

11.12. En forma posterior, **LA IAFAS** podrá realizar el control presencial posterior de las prestaciones conformes, a través de la auditoría médica in situ de la historia clínica que valide la prestación, según el procedimiento normativo vigente.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL PROCEDIMIENTO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS, PRECISANDO LOS PLAZOS PARA SU RESOLUCIÓN**

2.1. **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**.



2.2. El recurso de reconsideración se interpone ante la Dirección de  
Financiamiento y Planes de Salud (en el marco de su rol de Coordinador del  
Convenio). La Dirección de Prestaciones de Salud emite pronunciamiento  
sobre el recurso interpuesto en lo que corresponde a las prestaciones de  
salud.



2.3. La IAFAS SALUDPOL, a través de la Dirección de Financiamiento y Planes de  
Salud, emite pronunciamiento en el plazo de 30 días hábiles.



**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DEL PROCEDIMIENTO DE  
RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS, PRECISANDO  
LOS PLAZOS PARA SU RESOLUCIÓN**

En caso la IPRESS no cuente con la capacidad resolutoria suficiente para atender  
las necesidades de salud del paciente o usuario de salud, ésta comunica en forma  
inmediata a la IAFAS a efectos que adopte las acciones necesarias para  
salvaguardar la vida y la salud del paciente o usuario de salud asegurado.



La contraprestación pactada en la cláusula octava del presente convenio incluye  
los costos que implique el traslado del paciente o usuarios de salud.

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

En casos excepcionales, si la IPRESS careciera de ambulancia por estar ocupada,  
deberá de comunicar a la Unidad Territorial de SALUDPOL de la región a fin de  
que se coordinen y adopten las acciones necesarias. Dichas acciones deberán de  
ser comunicadas oportunamente por la Unidad Territorial SALUDPOL  
correspondiente.



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

La IPRESS 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 pacientes y usuarios que así lo requieran.



Las denuncias y reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud  
asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente  
convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para  
la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y





UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, la IPRESS informará mensualmente a la IAFAS de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación del presente convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS**

Son obligaciones de **LA IAFAS**:

- 15.1. Informar a sus beneficiarios sobre el alcance de los servicios de salud que serán brindados por **LA IPRESS** en el marco del presente Convenio.
- 15.2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario, para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por **LA IPRESS** en el marco del presente Convenio.
- 15.3. Brindar oportunamente información a **LA IPRESS**, sobre los beneficiarios con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 15.4. Informar a **LA IPRESS** 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. Pagar a **LA IPRESS** por las prestaciones de salud brindadas a sus beneficiarios, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 15.6. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga experiencia asistencial no menor a 2 años y, cuente con Registro de Auditor Médico en el Colegio Médico del Perú.
- 15.7. Capacitar al personal designado por **LA IPRESS** en las características de sus planes de salud siempre que formen parte del presente Convenio.
- 15.8. Informar en forma detallada a los beneficiarios y a **LA IPRESS**, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en **LA IPRESS**.
- 15.9. 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.
- 15.10. 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.



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

15.12. Capacitar y brindar información a la población asegurada respecto los alcances del presente Convenio.



15.13. Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.

15.14. Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA IPRESS**



Son obligaciones del prestador a través de sus **LA IPRESS**:

16.1. Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con **LA IAFAS**, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratados. Excepcionalmente y en el caso específico de los servicios de Radiología la falta del informe médico, o la falta de validación por el médico encargado, no será materia de observación si se cuenta con las Placas Radiográficas como sustento. Asimismo, en el caso de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, cuando **LA IPRESS** no cuente con médico rehabilitador, **LA IAFAS** se encargará de tomar las acciones que correspondan.

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. Verificar la identidad del paciente y su condición de beneficiario de **LA IAFAS**, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.

16.4. No realizar cobros adicionales de ningún tipo, a los beneficiarios de **LA IAFAS** por los servicios de salud que son objeto del presente Convenio, distintos de los autorizados por **LA IAFAS**.



16.5. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a **LA IAFAS** a fin que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.



16.6. **LA IPRESS** debe verificar la identidad de las personas usuarias de los servicios y su condición de beneficiario de LA IAFAS SALUDPOL, a través de SITEDS o base de datos SALUDPOL y pagina web <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>, conforme lo establecido a la cláusula de acreditación.



16.7. Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normativa aplicable para tales efectos.



16.8. No discriminar en su atención a los beneficiarios de **LA IAFAS** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras en el marco de la normatividad vigente.



16.9. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los beneficiarios de **LA IAFAS** y de aquella que se genere en **LA IPRESS**, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.



16.10. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con **LA IAFAS**, siendo **LA IPRESS** responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable en la vía civil.



16.11. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a 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**.

16.12. Mantener una Historia Clínica única por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito.



16.13. En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS** sobre beneficiarios con contingencias que exceden la cobertura convenida o la capacidad de resolución de **LA IPRESS**, para su respectiva referencia a otra **IPRESS** o **IAFAS**, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra **IPRESS**, de acuerdo a la normatividad vigente.



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. Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con Guía u Hoja de Liquidación de Gastos debidamente detallada y valorizada.



16.16. Informar de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los beneficiarios.



16.17. 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.



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



16.19. 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.



16.20. Garantizar que las **IPRESS** que forman parte del presente convenio no realicen cobros indebidos a los asegurados de **LA IAFAS**, por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.



16.21. Garantizar 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, debe garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicable para tales efectos.

16.22. 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.



16.23. **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 PRESTADOR** deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egreso de la especialidad del médico tratante.



16.24. **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.



16.25. Informar a **LA IAFAS**, en los casos que corresponda, sobre asegurados con contingencias que excedan la cobertura contratada o la capacidad resolutiva 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.



16.26. Brindar información en forma oportuna a **LA IAFAS**, al paciente o usuario de salud y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, **LA IPRESS** de su Unidad Ejecutora 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.



16.27. Garantizar presentar 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.



16.28. Implementar los aplicativos informáticos acordados por las partes.

16.29. 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.

16.30. 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.

16.31. 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 de verificar las prestaciones de salud brindadas por **LA IPRESS** 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 convenidos y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión programadas por la Dirección de Prestaciones de Salud de la IAFAS.

17.1.2. Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas por la Dirección de Prestaciones de Salud de la IAFAS.

17.1.3. Encuestas de satisfacción de asegurados ejecutadas por la Dirección del Asegurado de la IAFAS.

17.1.4. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de





salud ejecutadas por la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de la IAFAS.

17.1.5. Otras actividades de control que **LA IAFAS** considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio.

17.1.6. **LAS IAFAS** deberá de comunicar a la IPREES para las visitas, previa coordinación con la DIRESA-HVCA.

17.2. Para el proceso de control posterior de las prestaciones conformes se realizará lo siguiente:

17.2.1. La Dirección de Prestaciones de Salud conforme a su programación, solicita a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud la totalidad de prestaciones registradas en el sistema, de los periodos que no fueron considerados en la determinación de muestra en un “control posterior” realizados con anterioridad y que además la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud haya otorgado la conformidad en dichos meses de producción.

17.2.2. La Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS** determina la muestra de las prestaciones de salud conformes, para la realización de la auditoría médica “In situ”. El listado de prestaciones de salud (historias clínicas) correspondientes a esta muestra es comunicada por la Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS** a **LA IPRESS**, mediante documento formal o correo electrónico.

17.2.3. **LA IPRESS**, posterior a la recepción del documento formal o correo electrónico, tiene un plazo máximo de diez (10) días calendarios para acopiar la totalidad del sustento documentario de las prestaciones según la muestra de prestaciones de salud requeridas. Posterior a este plazo se realizará la auditoría médica “in situ” por parte del equipo auditor de **LA IAFAS**. De existir observaciones, **LA IPRESS** podrá subsanarlas durante la auditoría médica “In situ”, por única vez. Al finalizar la auditoría médica “In situ”, el equipo auditor de **LA IAFAS**, consignará en un Acta las observaciones que no fueron subsanadas, indicando si corresponden a rechazo total o parcial.

17.2.4. La Dirección de Prestaciones de Salud remitirá a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS**, el informe de resultado de la auditoría de control posterior adjuntando el Acta y detallando las prestaciones rechazadas para la determinado del valor de las prestaciones con rechazo total o parcial, que será descontado del siguiente monto a desembolsar.

17.3. **LA IAFAS**, producto de las acciones de auditoría y/o control prestacional (distintas al proceso de control posterior de las prestaciones conformes) puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus asegurados, los cuales serán comunicados a **LA IPRESS**, mediante un Acta y/o Informe, indicándose



claramente el sentido de éstas, y dándose a **LA IPRESS** un plazo prudencial para su subsanación, en función a la complejidad del servicio. Dicho plazo no podrá ser mayor de 20 días calendario.

17.4. Debe considerarse que no todas las observaciones que plantee **LA IAFAS** obligatoriamente deben conllevar a la implementación de medidas correctivas, siendo que cada una de ellas debe ser estudiada, analizada y comprobada para que, de ser necesario se admitan o no medidas correctivas.

17.5. Todas las observaciones que **LA IAFAS** plantee a **LA IPRESS**, así como las respuestas de esta, deben constar por escrito y sustentarse de forma concreta, técnica y razonable, con base en evidencia científica en los casos que corresponda.

17.6. Si como consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud, **LA IAFAS** detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar.

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

#### CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

18.1. **LA IPRESS** garantiza que se apliquen las guías de práctica clínica y los protocolos de atención en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

18.2. En caso de no disponer de Guías Nacionales, **LA IPRESS** podrá optar por evidencia científica disponible.

18.3. Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

18.4. **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

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: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

- 19.1. 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.
- 19.2. 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.
- 19.3. La cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por SUSALUD a **LA IAFAS** o la cancelación de la inscripción de **LA IPRESS** en el Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS.
- 19.4. Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.
- 19.5. Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución
- 19.6. En caso de que un asegurado esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IPRESS** continuará con su atención hasta su alta o su transferencia autorizada a otra **IPRESS**, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.
- 19.7. Es causal de resolución del convenio el retraso de pagos por parte de **LA IAFAS SALUDPOL**, que supere los tres (03) meses de demora injustificada, luego de que se la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud haya requerido el pago a la Oficina de Administración luego de haber emitido la conformidad, según lo que se establece en los numerales 11.8 y 11.9 del presente Convenio. No obstante, se precisa que es fundamental e imprescindible contar con el registro oportuno de las prestaciones de salud por parte de **LA IPRESS**, en el sistema informático de **LA IAFAS SALUDPOL**, a fin de que el proceso de pago de realice oportunamente.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: 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 **LA IPRESS** es de un año.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: 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 entre ellas relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, podrán sus mejores esfuerzos para lograr, mediante trato directo una solución armoniosa.

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 TERCERA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

**LAS PARTES** se 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 CUARTA: VIGENCIA DEL CONVENIO**



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



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



**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: 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 SEXTA: DE LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS QUE REALICE LAS IAFAS SALUDPOL**

En el marco del presente Convenio, el Gobierno Regional de Huancavelica autoriza a la IAFAS SALUDPOL a realizar transferencias directamente a las Unidades Ejecutoras adscritas al Gobierno Regional de Huancavelica en el marco del presente convenio.

En ese sentido, la IAFAS SALUDPOL podrá realizar transferencias de recursos financieros directamente a las IPRESS con PERSONERÍA JURÍDICA 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 Mecanismo de Pago del presente Convenio.

La operatividad del presente Convenio, el registro de prestaciones en el sistema de SALUDPOL, la rendición, así como la facturación correspondiente, se realizará de la siguiente manera:

IPRESS DEL CONVENIO	VÍNCULO CON SALUDPOL
IPRESS, Hospitales, Centros y Puestos de Salud, además de la Red de Laboratorio Referencial Regional de	Vínculo directo con SALUDPOL, lo que incluye transferencias de recursos financieros, operatividad del convenio,



IPRESS DEL CONVENIO	VÍNCULO CON SALUDPOL
Huancavelica que tengan Personería Jurídica o sean Unidad Ejecutora.	registro de prestaciones en el sistema de SALUDPOL, rendición, así como la facturación correspondiente.
IPRESS y Hospitales que no sean Unidades Ejecutoras.	Vínculo directo con SALUDPOL en lo correspondiente a registro de prestaciones de salud en el sistema de SALUDPOL y operatividad del Convenio.
Redes de Salud que sean Unidades Ejecutora y que tengan a su cargo IPRESS que no sean Unidades Ejecutoras.	Vínculo directo con SALUDPOL en lo que respecta a las transferencias de recursos financieros, rendición, así como la facturación correspondiente.

Se consideran IPRESS con Personería Jurídica y calidad de Unidades Ejecutoras, a las consignadas en el cuadro siguiente:

N°	Nombre EESS	Provincia	Distrito	Código RENIPRESS	Nivel y Categoría	RUC
01	HOSPITAL DE PAMPAS	TAYACAJA	PAMPAS	00004074	II-1	20600185757
02	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	00003853	II-2	20444054400

Se consideran IPRESS que no son Unidades Ejecutoras, pero que pertenecen a las siguientes Redes de Salud en calidad de Unidades Ejecutoras a su cargo, a las consignadas en el cuadro siguiente:

N°	Nombre EESS	Provincia	Distrito	Código RENIPRES S	Nivel y Categoría	Unidad Ejecutora a cargo	RUC
01	HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA	ACOBAMBA	ACOBAMBA	00003917	II-1	RED DE SALUD ACOBAMBA	20601083745
02	HOSPITAL DE LIRCAY	ANGARAES	LIRCAY	00003943	II-1	RED DE SALUD ANGARAES	20601021006

En el marco del presente Convenio la IAFAS SALUDPOL podrá realizar las transferencias de recursos financieros directamente a las IPRESS del Anexo 1, que sean Unidades Ejecutoras o que pertenezcan a alguna Red de Salud por ser Unidades Ejecutoras. En el caso de las transferencias de recursos financieros a las Redes de Salud, estas se comprometen a transferir a su vez los recursos financieros correspondientes a las IPRESS a su cargo, para lo cual la facturación y rendición estará a cargo de las Redes de Salud.

En este caso, el presente Convenio contempla un total de cuatro (04) establecimientos de salud del Segundo Nivel de Atención.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: MEDIOS Y MECANISMOS RESPECTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO**

La IAFAS SALUDPOL se acoge a la normativa aplicable de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, en materia de Gestión del Riesgo Operacional (RS N°010-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/CD – “Reglamento para la Gestión del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud” y “Guía para autoevaluación del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud”), así como Gestión Integral de Riesgos (RS N°044-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S – “Reglamento de la Gestión Integral de Riesgo en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud”).

Asimismo, las PARTES, se comprometen a realizar la gestión de riesgos de manera articulada y coordinada de la siguiente manera:

- IAFAS SALUDPOL: Riesgo de cobertura y financiero.
- IPRESS: Riesgos prestacionales y de gestión hospitalaria.

Cabe precisar que, el seguimiento y evaluación de la gestión de dichos riesgos podrán ser realizadas en reuniones entre los Coordinadores del Convenio, previa coordinación entre **LAS PARTES**.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: EJECUCIÓN Y COORDINACIÓN**

27.1. Para coadyuvar la ejecución e implementación del presente Convenio las partes, conformarán el Comité Bipartido Local, el cual estará compuesto de los siguientes miembros:

- 27.1.1. Representantes de LA IAFAS SALUDPOL: Dirección de Financiamiento y Planes de Salud o quien haga sus veces.
- 27.1.2. Representantes del Gobierno Regional de Huancavelica: DIRESA HUANCAVELICA- Dirección de Seguros Públicos y Privados.
- 27.1.3. Representantes de las IPRESS: Oficina de Seguros o quién haga sus veces.

- Este Comité será responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación y conformidad, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del convenio.
- De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y conformidad, 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.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: 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 Tahuantinsuyo N°172 Urb. San Juan Bautista de Villa, distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima.
- DOMICILIO DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA: Av. Andrés A. Cáceres S/N – Huancavelica.

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

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA: 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° 4:** DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.
- **ANEXO N° 5:** FLUJOGRAMA PARA ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO.
- **ANEXO N° 6:** CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS.
- **ANEXO N° 7:** PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD.
- **ANEXO N° 8:** DOCUMENTOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD.

En señal de conformidad y aceptación de los términos que anteceden, **LAS PARTES** suscriben el presente Convenio en tres (03) ejemplares originales de igual contenido y valor, en la ciudad de Huancavelica, a los **02 DE AGOSTO DEL 2023**.

**MC. ALBERTO TEJADA CONROY**

Gerente General

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

**Mg. DANIEL MAXIMIANO RODRIGUEZ  
DIONICIO**

Gerente General Regional  
Gobernador Regional de Huancavelica  
GORE HUANCAVELICA