



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

## CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

Consta 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, representada por el **GERENTE GENERAL, M.C. 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 otra parte el **"HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON"**, con RUC N° 20174675733, con domicilio legal en Avenida Av. Brasil S/N Urb. Santa Cristina S/N Av. Brasil S/N Urb. Santa Cristina Nuevo Chimbote Santa Ancash, con Registro en SUSALUD N° 00001703, representado por su **DIRECTOR EJECUTIVO M.C. Cesar Augusto ACEVEDO Orellano**, identificado con DNI N° 32781076, designado Resolución Gerencial General Regional N° 195-2023-GRA/GGR, de fecha 22 de marzo de 2023, a quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**, 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.
- 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-N, 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° 28344, 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.





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN



- 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° 1465".
- 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-OGT, 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/MNSA, que aprueba la actualización del "Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS vigente y su Costo Estándar".
- 1.43. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- 1.44. Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS.

**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° 265-2016-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 pre-establecidos.
- 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 leucocitario 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  $\text{PaCO}_2$  < 32 mm Hg, alteración del nivel de conciencia, presión arterial sistólica menor a 100 mm Hg o PAM < 65 mm Hg,  $\text{PaO}_2$  < 60 mm Hg o  $\text{PaFi}$  < 300, signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance tóraco-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 resolutoria 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 resolutoria, 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 1465; 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



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

documento de autorización de la IAFAS 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, sub oficial y alumnos de las escuelas de formación en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión de jubilación, mediante una planilla de pago.
- 2.39. **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.

A quién se le denominará **EL FINANCIADOR** y/o IAFAS

**EL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON**, es una IPRESS pública y Unidad Ejecutora, así mismo, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código único de IPRESS N° 00001703 con categoría II-2. De conformidad con el marco legal



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN



vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de LA IAFAS.

A quienes se les denominará EL PRESTADOR y/o la IPRESS.

**CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO**

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **EL PRESTADOR** se obliga a brindar prestaciones de salud (Emergencias, Urgencias y Electivas) a través de las IPRESS de su ámbito jurisdiccional de salud que forman parte de 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.

Las IPRESS se obligan a prestar servicios de salud, en el marco del Decreto Legislativo N° 1486, 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 a 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 este en riesgo que la vida de 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 de 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 en la jurisdicción del Gobierno Regional de Ancash 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







HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

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](http://www.saludpol.gob.pe) cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por la IAFAS en el cual podrá verificar la condición de asegurado "ACTIVO".
- 6.1.3. En caso de que 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 SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

- 7.1 La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente convenio se encuentra detallada en Anexo N° 02 que forma parte del presente Convenio y será brindada según el Plan de Salud de LA IAFAS, que corresponde a los diferentes planes de cobertura de Aseguramiento en Salud (PEAS + Complementarias).
- 7.2 La IPRESS se obliga a brindar las prestaciones de salud en las instalaciones y servicios de la IPRESS detallado en el anexo 1 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, se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME y según disponibilidad en el mercado farmacéutico local/nacional.
- 7.4 La IPRESS establecerá la programación y cupos correspondientes de cada prestación a realizar, entendiendo que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutive necesaria disponible, sin que afecte las prestaciones de servicios de salud que brindan a las personas afiliadas y/o adscritas a 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 auditoria 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 auditoria de pertinencia, correspondiente. La cobertura financiera inicia desde ocurrido el evento.



7.7.2 Para casos diferente a emergencia 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 auditoria médica de correspondiente. 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 MECANISMOS 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



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

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.

- 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>
- 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, 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 Agenda.

#### **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

<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.



del siguiente procedimiento médico en el Termino del (NOMBRE DE IPRESS)

N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION 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 las 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 30 días calendario posterior al cierre de un mes de producción, para culminar el registro de todas las prestaciones (procedimientos, medicamentos) y asimismo, solicitar 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.
- 11.2. 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 calendario.
- 11.3. La IAFAS a través de su órgano competente, realiza la auditoría de validación prestacional. El resultado de la auditoría a las prestaciones de salud será comunicado a la IPRESS, en un plazo máximo de cinco (05) días calendario.
- 11.4. Luego de la comunicación de los resultados de la auditoría, LA IPRESS deberá remitir a LA IAFAS; de forma física, mesa de partes virtual o a través de correo electrónico; dentro de los quince (15) días los siguientes documentos para la liquidación: la **factura**<sup>2</sup> (con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes), la **hoja resumen de**

<sup>2</sup> A la Dirección de Financiamiento a través de correo, en tanto no se tenga implementado 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).



**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 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.

- 
- 
- 
- 11.5 Respecto a las observaciones en relación a la validación prestacional de los registros, estas serán comunicadas por la IAFAS a LA IPRESS y, esta última 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.
- 11.6. De no cumplir LA IPRESS a cabalidad 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.
- 11.7. Finalmente, el plazo para que la IAFAS realice el pago a la IPRESS es de quince (15) días calendario posterior a la recepción, 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.
- 11.8. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la(s) 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.
- 11.9. 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 OBSERVADAS, PRECISANDO LOS PLAZOS PARA SU RESOLUCIÓN**

- 
- 
- 12.1. La IPRESS podrá interponer recursos de reconsideración de las prestaciones de salud observadas (que no lograron ser subsanadas ya sea por no haber sido levantadas oportunamente dentro del plazo correspondiente y/o por no haber logrado superar la validación de la subsanación realizadas), en el plazo perentorio de quince (15) días hábiles posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico de la Dirección de Finanzamiento y Planes de Salud a la IPRESS.
- 12.2. El recurso de reconsideración se interpone ante la Dirección de Finanzamiento 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.
- 12.3. La IAFAS SALUDPOL, a través de la Dirección de Finanzamiento y Planes de Salud, emite pronunciamiento en el plazo de 30 días hábiles.

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

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



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

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 ocupadas, deberá de comunicar a la Unidad Territorial de SALUDPOL de la región a fin de que se coordinen y adopten las acciones necesarias.

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

La IPRESS 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 de 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.



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

- 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 TUP 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 del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 15.12. Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
- 15.13. Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio.

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

Son obligaciones de LA IPRESS

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



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN



- 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,





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

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 egresado 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, como las auditorías médicas presenciales en el proceso de control posterior.
- 16.25. Informar a LA IAFAS, en los casos que corresponda, sobre asegurados con contingencias que excedan la cobertura contratada o la capacidad resolutoria 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. No obstante, en el caso del SALUDPOL es importante tener en consideración, que LA IAFAS no aplica montos tope anual para la atención de sus asegurados, de acuerdo a su Plan de Salud vigente; y de existir algún cambio, LA IAFAS deberá comunicarlo oportunamente a la IPRESS.
- 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 acordado 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 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.



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN



- 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.
- 17.2. 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 15 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 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 DÉCIMO 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.



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN



- 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.

**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 armónica.

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, será realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anti corrupción.

**LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionaria, 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**





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

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, SALUDPOL realizará transferencias de recursos financieros de forma directa a la IPRESS Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, la cual es una Unidad Ejecutora, ello en el marco a 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
Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Vínculo directo con SALUDPOL, en lo que respecta a transferencias de recursos financieros que la IAFAS realice y las rendiciones que realice la IPRESS Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

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

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

N°	RENIPRES	Nombre la Unidad Ejecutora	Provincia	Distrito	Cantidad de IPRESS	Número de RUC	RAZON SOCIAL	Modalidad de pago
1	00001703	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	SANTA	NUEVO CHIMBOTE	1	29174675/33	HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	por servicio

TOTAL 1



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

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. En este caso, el presente Convenio contempla un total de 70 establecimientos de salud, los cuales pertenecen a tres (3) Unidades Ejecutoras.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: MEDIOS Y MECANISMOS RESPECTO 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**

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

- 28.1 Representantes de LA IAFAS SALUDPOL: Dirección de Financiamiento y Planes de Salud o quien haga sus veces.
- 28.2 Representantes de LA IPRESS: Oficina de Seguros o quien 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.



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

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 IPRESS: Avenida Av. Brasil S/N Urb. Santa Cristina S/N Av. Brasil S/N Urb. Santa Cristina Nuevo Chimbote – Santa - Ancash.

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

**CLAUSULA 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 ATENCION 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 LIQUIDACION DE PRESTACIONES DE SALUD.
- ANEXO N° 9: DECLARACIÓN JURADA.

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de Nuevo Chimbote, a los 18 días del mes de enero del 2024.

MS. ALBERTO TEJADA CONROY  
Gerente General

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



DR. CESAR AUGUSTO ACEVEDO ORELLANO  
DIRECTOR EJECUTIVO  
HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN  
BARRON



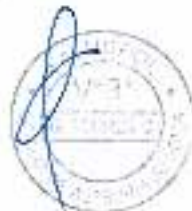
HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN



ANEXO N° 1

DATOS DE LA UGIPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

N°	UNIDAD EJECUTORA	RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	CODIGO IPRESS	PROVINCIA	DISTRITO	CATEGORIA	UT - DOC AUTORIZACION
	U.E. ELEAZAR GUZMAN BARRON	HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	1708	SANTA	N. LEYC. CHIMUCTE	112	UT - ANCAS - CHIMUCTE







HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

ANEXO N° 2

CARTERA DE SERVICIOS



N°	Código	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)
1	010800	SERV.ADM. - GESTIÓN DE LA CALIDAD
2	011500	SERV.ADM. - JEFATURA DE ENFERMERÍA-
3	011601	SERV.ADM. - LOGÍSTICA (Abastecimiento)- ALMACÉN
4	011602	SERV.ADM. - LOGÍSTICA (Abastecimiento)- PATRIMONIO
5	011603	SERV.ADM. - LOGÍSTICA (Abastecimiento)- PROGRAMACIÓN ADQUISICIONES
6	020000	SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
7	030000	ANATOMO PATOLOGÍA / PATOLOGÍA
8	040000	CENTRO QUIRÚRGICO Y ANESTESIOLOGÍA
9	070000	CENTRO OBSTÉTRICO--
10	080000	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
11	080400	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES - RADIODIAGNÓSTICO / RAYOS X-
12	090200	DIÁLISIS-HEMODIÁLISIS-
13	110000	FARMACIA
14	110200	FARMACIA-FARMACIA CENTRAL-
15	120000	HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
16	150000	PATOLOGÍA CLÍNICA [LABORATORIO CLÍNICO]
17	200000	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA--
18	220000	CONSULTA EXTERNA
19	220100	CONSULTA EXTERNA- CIRUGÍA GENERAL-
20	220500	CONSULTA EXTERNA-CIRUGÍA PEDIÁTRICA-
21	221200	CONSULTA EXTERNA- OTORRINOLARINGOLOGÍA -



HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN



N°	Código	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)
22	222701	CONSULTA EXTERNA- ENDOCRINOLOGÍA-DIABETES MELLITUS I Y II
23	223500	CONSULTA EXTERNA-MEDICINA INTERNA-
24	223801	CONSULTA EXTERNA NEUROLOGÍA- NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA-
25	224102	CONSULTA EXTERNA-PSICOLOGÍA- CONSEJERÍA-
26	224400	CONSULTA EXTERNA- REUMATOLOGÍA-
27	224600	CONSULTA EXTERNA- ADOLESCENTES-
28	224700	CONSULTA EXTERNA-PEDIATRÍA GENERAL-
29	230100	EMERGENCIA
30	240000	HOSPITALIZACIÓN
31	240900	HOSPITALIZACIÓN-NEUROCIRUGÍA-
32	241500	HOSPITALIZACIÓN-GINECOLOGÍA -
33	241600	HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA
34	241900	HOSPITALIZACIÓN-MEDICINA INTERNA-
35	242300	HOSPITALIZACIÓN- PEDIATRÍA
36	242500	HOSPITALIZACIÓN-PEDIATRÍA GENERAL-
37	250100	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
38	270304	TELESALUD - TELEMEDICINA
39	270402	TELESALUD - TELEGESTIÓN
40	270602	TELESALUD - TELE CAPACITACIÓN



**ESPECIALIDADES**

Código	Servicios
1-0008	ANESTESIOLOGÍA
1-0011	CARDIOLOGÍA
1-0015	CIRUGÍA GENERAL
1-0018	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
1-0021	DERMATOLOGÍA
1-0029	GASTROENTEROLOGÍA
1-0048	MEDICINA GENERAL INTEGRAL
1-0053	MEDICINA INTERNA
1-0057	NEFROLOGÍA
1-0065	NUTRICIÓN
1-0071	OTORRINOLARINGOLOGÍA
1-0076	PEDIATRÍA
1-0085	UROLOGÍA
9-0001	TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
9-0002	LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

ANEXO N° 3

TARIFARIO  
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°539-2022-MINSA

"LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS CONTENIDOS EN EL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD – PESAS VIGENTE Y SU COSTO ESTÁNDAR"

N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
1	10030	Drenaje de colección líquida mediante catéter guiado por imágenes (p. ej. absceso, hematoma, seroma, infocisto, quiste) en tejido blando (p. ej. extremidad, pared abdominal, cuello), por vía percutánea	913.28
2	10060	Incidión y drenaje de abscesos simples o únicos (p. ej. Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia)	126.14
3	10061	Incidión y drenaje de abscesos complicados o múltiples (p. ej. Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia)	173.02
4	11000	Debridamiento de piel infectada o eczemas extensas, hasta el 10% de superficie corporal	535.37
5	11042	Debridamiento de tejido subcutáneo (incluye piel y dermis); primeros 20.0 cm cuadrados o menos	762.10
6	11042.01	Limpeza quirúrgica o escarotomía menor a 10%	1,509.17
7	11042.02	Limpeza quirúrgica o escarotomía de 10% a 20%	2,862.36
8	11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluye cierre simple), a menos que se registre en otro lugar; lesión única	106.27
9	11101	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluye cierre simple), a menos que se registre en otro lugar; toda lesión adicional o separada (registrar por separado además del procedimiento primario)	128.66
10	11975	inserción de cápsulas anticonceptivas implantables	462.54
11	11976	Remoción cápsulas anticonceptivas implantables	69.61
12	12001	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 2.5 cm o menos	54.20
13	12002	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 2.6 a 7.5 cm	69.28
14	12004	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); de 7.6 a 12.5 cm	78.27
15	12005	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 12.6 a 20.0 cm	91.53
16	12006	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 20.1 a 30.0 cm	91.53
17	12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; menos de 2.5 cm	63.59
18	12013	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 2.6 a 5.0 cm	183.12



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
19	12014	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 5.1 a 7.5 cm	269.47
20	12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 7.6 a 12.5 cm	269.47
21	12016	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 12.6 a 20.0 cm	554.25
22	12017	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 20.1 a 30.0 cm	580.08
23	12018	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; mayor de 30.0 cm	580.08
24	12020	Tratamiento de dehiscencia de herida superficial con cierre simple	298.47
25	12021	Tratamiento de dehiscencia de herida superficial con apósitos de gasa	162.86
26	12031	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 2.5 cm o menos	242.60
27	12032	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 2.6 cm a 7.5 cm	267.43
28	12034	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 7.6 a 12.5 cm	293.26
29	12035	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 12.6 cm a 20.0 cm	545.01
30	12036	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 20.1 a 30.0 cm	596.67
31	12037	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), mayor de 30.0 cm	596.67
32	12041	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de menos de 2.5 cm	156.71
33	12042	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 2.6 a 7.5 cm	169.96
34	12044	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 7.6 a 12.5 cm	306.88
35	12045	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 12.6 a 20.0 cm	332.71
36	12046	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 20.1 a 30.0 cm	362.39
37	12047	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos mayor de 30.0 cm	439.89
38	12051	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de menos de 2.5 cm	344.90
39	12052	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 2.6 a 5.0 cm	344.90
40	12053	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 5.1 a 7.5 cm	344.90
41	12054	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 7.6 a 12.5 cm	586.65
42	12055	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 12.6 a 20.0 cm	751.63
43	12056	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 20.1 a 30.0 cm	751.63
44	12057	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas mayor de 30.0 cm	829.12
45	13100	Reparación compleja de tronco de 1.1 a 2.5 cm	624.37
46	13101	Reparación compleja de tronco de 2.6 a 7.5 cm	624.37
47	13102	Reparación compleja de tronco, cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	624.37



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
48	13120	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; de 1.1 a 2.5 cm	482.03
49	13121	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; de 2.6 a 7.5 cm	482.03
50	13122	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código de procedimiento primario	482.03
51	13131	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; de 1.1 a 2.5 cm	482.03
52	13132	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; de 2.6 a 7.5 cm	552.75
53	13133	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	552.75
54	13150	Reparación compleja de piel de párpados, nariz, oídos y/o labios (epidermis, dermis y tejido subcutáneo) menor de 1.0 cm	551.46
55	13151	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; de 1.1 a 2.5 cm	551.46
56	13152	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; de 2.6 a 7.5 cm	661.24
57	13153	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	661.24
58	13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia, amplia o complicada	633.13
59	13302	Extracción de puntos	49.44
60	15100.01	Injerto autólogo de espesor parcial menor a 10% - AIDE (autoinjerto dermo epidérmico de espesor parcial)	1,251.95
61	15100.02	Injerto autólogo de espesor parcial entre 10% a 20% - AIDE (autoinjerto dermo epidérmico de espesor parcial)	1,963.85
62	15240	Injerto de espesor total, en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies, 20.0 cm cuadradas o menos, incluyendo cierre directo del sitio del donador	1,588.05
63	15260	Injerto de espesor total, en nariz, oídos, párpados y/o labios, de 20.0 cm cuadradas o menos, incluyendo cierre directo del sitio del donador	1,588.05
64	15300.01	Injerto Allogénico menor de 10% (Homoinjerto)	1,052.59
65	15300.02	Injerto Allogénico entre 10% a 20% (Homoinjerto)	1,605.92
66	15400.01	Injerto Heterólogo menor de 10% (Xenoinjerto)	2,352.14
67	15400.02	Injerto Heterólogo entre 10% a 20% (Xenoinjerto)	5,315.94
68	15843	Retiro de puntos sin anestesia	59.37
69	15851	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local), hecha por otro cirujano	51.59
70	15852	Cambio de apósitos y curaciones (que no sea para quemaduras) bajo anestesia (diferente de la local)	111.09
71	15854	Curación de herida primaria	37.61
72	16003	Tratamiento local de quemadura de primer grado; sin necesidad de tratamiento diferente del local	117.33
73	16012	Debridamiento o cure quirúrgica de quemaduras bajo anestesia	1,027.15
74	16020	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial pequeña (p. ej. menos del 5% de la superficie corporal); manejo inicial o subsiguiente	658.68
75	16025	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial mediana (p. ej. toda la cara o toda una extremidad o de 5% al 10% de la superficie corporal); manejo inicial o subsiguiente	1,021.72
76	16030	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial grande (p. ej. más del 10% de la superficie corporal, o más de 1 extremidad)	1,266.43
77	16035	Escarotomía, Incisión Inicial	1,324.35
78	15000	Punción aspirativa de quiste de mama	133.21



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032- 2019/MINSA (Soles)
79	19100	Biopsia percutánea de mama; aguja trócar (procedimiento separado) sin guía de imágenes	280.71
80	19101	Biopsia de mama a cielo abierto	504.41
81	19102	Biopsia percutánea de mama con imágenes	312.04
82	19103	Biopsia percutánea de mama con ayuda de imágenes y uso de dispositivo de vacío	311.94
83	19120	Escisión abierta de quiste, fibroadenoma u otra lesión benigna o maligna de mama, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o areola (excepto código 19300) en hombres o mujeres, 1 o más lesiones	780.76
84	20220	Biopsia de hueso, trocar, o aguja; superficial (p. ej. hueso iliaco, esternón, apófisis espinosa, costillas)	477.89
85	20600	Artrocentesis con aspiración y/o inyección; articulación pequeña, bolsa sinovial o ganglio (p. ej. Dedos de la mano o pie)	219.90
86	20604	Artrocentesis, aspiración y/o inyección, pequeñas articulaciones o bursa (p. ej. dedos de manos o pies); con guía de ultrasonido, con permanente registro y reporte	219.90
87	20605	Artrocentesis con aspiración y/o inyección de articulación intermedia, bolsa sinovial o ganglio (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo o tobillo, bolsa del olecranon)	219.90
88	20606	Artrocentesis, aspiración y/o inyección, articulaciones intermedias o bursa (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo, bursa olecraneana); con guía de ultrasonido, con registro y reporte permanente	219.90
89	20610	Artrocentesis con aspiración y/o inyección de articulación o bolsa sinovial mayor (p. ej. hombro, cadera, articulación de la rodilla, bolsa sub acromial)	219.90
90	20611	Artrocentesis, aspiración y/o inyección; articulación mayor o bursa (ej. Hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial) con guía de ultrasonido, con permanente reporte y registro	219.90
91	22305	Tratamiento cerrado de fracturas de procesos vertebrales	182.49
92	22310	Tratamiento cerrado de fracturas de cuerpos vertebrales, sin manipulación, que requieren e incluye enyesado o abrazadera	176.81
93	22315	Tratamiento cerrado de fracturas y/o dislocaciones vertebrales que requieren yeso o con abrazadera, con e incluyendo yeso o abrazadera, con o sin anestesia, empleando manipulación o tracción	182.49
94	22318	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura de apófisis odontoides y/o dislocadura (s) (incluyendo apófisis odontoides), aproximación anterior, colocación de fijación interna; sin injerto	1,821.82
95	22319	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura de apófisis odontoides y/o dislocadura (s) (incluyendo apófisis odontoides), aproximación anterior, colocación de fijación interna; con injerto	1,821.82
96	22325	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; lumbar	1,821.82
97	22326	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; cervical	1,821.82
98	22327	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; torácico	1,821.82
99	22328	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; cada vértebra fracturada o segmento dislocado adicionales. (anote separadamente además del código del procedimiento principal)	1,821.82
100	22505	Manipulación de columna con necesidad de anestesia, cualquier región	3,064.95



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
101	22840	Instrumentación posterior no segmentaria (p. e.) técnica única de varilla de Harrington, fijación de pedículo a través de 1 interespación fijación con tornillo transarticular atlantoaxial, tendido de alambre sublaminaar en C1, fijación de tornillo en faceta) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	2,676.68
102	22841	Fijación interna de la columna mediante tendido de alambre de las apófisis espinosas (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	2,338.50
103	22842	Instrumentación segmentaria posterior (p. e.) fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares; de 3 a 6 segmentos vertebrales (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	2,391.85
104	22843	Instrumentación segmentaria posterior (p. e.) fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares; de 7 a 12 segmentos vertebrales. (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	2,676.68
105	22844	Instrumentación segmentaria posterior (p. e.) fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares; de 13 o más segmentos vertebrales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	2,061.52
106	22848	Fijación pélvica (unión del extremo caudal de la instrumentación a estructuras óseas de la pelvis que no sea el sacro (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	2,338.90
107	22851	Aplicación de dispositivo biomecánico intervertebral (p. e.) jaulas metálicas, metilmetacrilato) para defectos vertebrales o de interespacio (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	3,064.73
108	23491	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metilmetacrilato; húmero proximal	1,590.59
109	23600	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); sin manipulación	118.69
110	23605	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); con manipulación, con o sin tracción esquelética	139.44
111	23615	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico). incluye fijación interna, cuando se realice, con reparación de tuberosidades, cuando se realice	1,821.82
112	23616	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico), con o sin fijación interna o externa, con o sin corrección de tuberosidades; con reemplazo protésico del húmero proximal	1,821.82
113	23650	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; sin anestesia	139.44
114	23655	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación, con anestesia	223.60
115	24500	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis del húmero; sin manipulación	118.69
116	24505	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis del húmero; con manipulación, con o sin tracción esquelética	139.44
117	24515	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis del húmero con placa/tornillos, con o sin corchaje	1,573.94
118	24516	Tratamiento de fractura de la diáfisis del húmero, con inserción de implante intramedular, con o sin corchaje y/o tornillos fijadores	1,821.82
119	24530	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transcóndilar, con o sin extensión intercondilar; sin manipulación	118.69





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1092-2019/MINSA (Soles)
120	24535	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transcóndilar, con o sin extensión intercondilar; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	139.44
121	24538	Fijación esquelética percutánea para fractura humeral supracondilar o transcóndilar, con o sin extensión intercondilar	1,197.86
122	24545	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcóndilar, con o sin fijación interna o externa; sin extensión intercondilar	1,821.82
123	24546	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcóndilar, con o sin fijación interna o externa, con extensión intercondilar	1,821.82
124	24550	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o lateral; sin manipulación	118.69
125	24555	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o lateral; con manipulación	139.44
126	24556	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con manipulación	1,197.86
127	24575	Tratamiento abierto de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con o sin fijación interna	1,821.82
128	24576	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; sin manipulación	118.69
129	24577	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; con manipulación	139.44
130	24579	Tratamiento abierto de fractura humeral condilar, medial o lateral, con o sin fijación interna	1,821.82
131	24582	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral condilar, medial o lateral, con manipulación	1,197.86
132	24650	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; sin manipulación	118.69
133	24655	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; con manipulación	139.44
134	24665	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, incluye fijación interna o Escisión de la cabeza del radio, cuando se realice	1,821.82
135	24666	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, con fijación interna o Escisión de la cabeza del radio, cuando se realice; con reemplazo protésico de cabeza del radio	1,821.82
136	24670	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); sin manipulación	118.69
137	24675	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); con manipulación	139.44
138	24685	Tratamiento abierto de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); incluye fijación interna, cuando se realice	1,385.55
139	25500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; sin manipulación	118.69
140	25505	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; con manipulación	139.44
141	25515	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, incluye fijación interna, cuando se realice	1,385.55
142	25520	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio, y tratamiento cerrado de dislocación de la articulación radio-cubital distal (fractura/dislocación de Galeazzi)	139.44
143	25525	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, con fijación interna, cuando se realice, y tratamiento cerrado de la dislocación de la articulación radio-cubital distal (fractura/dislocación de Galeazzi), incluye fijación esquelética percutánea, cuando se realice	1,484.04
144	25526	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, con fijación interna, cuando se realice, y tratamiento abierto de la dislocadura de articulación radio-cubital distal (fractura/dislocadura de Galeazzi), incluyendo fijación	1,484.04



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
		interna, cuando se realice, incluyendo reparación del complejo de fibrocartilago triangular	
145	25530	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; sin manipulación	118.69
146	25535	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; con manipulación	139.44
147	25545	Tratamiento abierto de fractura de la epífisis del cúbito, incluye fijación interna, cuando se realice	1,821.82
148	25560	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; sin manipulación	118.69
149	25565	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; con manipulación	139.44
150	25574	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice; de radio o cúbito	1,821.82
151	25575	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice, de radio y cúbito	1,821.82
152	25600	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (p. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria. Incluye el tratamiento cerrado de fractura de la epífisis estiloides cubital, cuando se realice; sin manipulación	118.38
153	25605	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (p. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria, incluye el tratamiento cerrado de fractura de la epífisis estiloides cubital, cuando se realice; con manipulación	139.44
154	25608	Fijación percutánea de fractura distal de radio o separación epifisaria	1,212.51
155	25607	Tratamiento abierto de fractura distal del radio extra-articular o separación epifisaria, con fijación interna	1,821.82
156	25608	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 2 fragmentos	1,821.82
157	25609	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 3 o más fragmentos	1,821.82
158	25620	Tratamiento abierto de fractura distal de radio	1,821.82
159	25530	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano (excluyendo el escafoides carpiano (navicular)); sin manipulación, cada hueso	118.59
160	25550	Tratamiento cerrado de fractura de la epífisis estiloides cubital	129.44
161	25551	Fijación percutánea de fractura de la epífisis estiloides del cúbito	1,197.86
162	25552	Tratamiento abierto de fractura de epífisis estiloides del cúbito	1,821.82
163	27120	Arterioembolización; (p. ej. Whitman, Colonna, Haygroves, o "en copa")	1,882.96
164	27155	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pélvico, dislocación, diástasis o subluxación; sin manipulación	118.65
165	27215	Tratamiento abierto de fracturas de espina iliaca, avulsiva de la tuberosidad, o de la cresta iliaca (p. ej. fracturas pélvicas que no comprometen el anillo pélvico), con fijación interna, cuando se realice	1,821.82
166	27216	Fijación esqueletrica percutánea de fractura y/o dislocación del anillo pélvico posterior, con patrones de fractura que destruyen el anillo pélvico, unilateral (incluye ilion, articulación sacroilíaca y/o sacro)	1,677.41
167	27217	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, unilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice (incluye sínfisis púbica y/o rama isquialateral superior/inferior)	1,345.37
168	27218	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, unilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice (incluye ilion ipsilateral, articulación sacroilíaca y/o sacro)	1,345.37
169	27215	Tratamiento abierto de fractura de la pared anterior o posterior del acetábulo, con fijación interna	1,821.17
170	27230	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; sin manipulación	118.69



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
171	27232	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; con manipulación, con o sin tracción esquelética	139.44
172	27235	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, extremo proximal, cuello	1,339.63
173	27236	Tratamiento abierto de fractura femoral, extremo proximal, cuello, fijación interna o reemplazo protético	1,484.04
174	27238	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocanterica, o subtrocanterica femoral; sin manipulación	118.69
175	27240	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocanterica, o subtrocanterica; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	139.44
176	27244	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante del tipo placa/tornillo, con o sin cerclaje	1,439.43
177	27245	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante intramedular, con o sin tornillos fijadores y/o cerclaje	1,439.43
178	27246	Tratamiento cerrado de fractura del trocánter mayor, sin manipulación	118.69
179	27248	Tratamiento abierto de fractura del trocánter mayor, incluye fijación interna, cuando se realice	1,484.04
180	27267	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; sin manipulación	118.69
181	27268	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; con manipulación	139.44
182	27269	Tratamiento abierto de fractura femoral, proximal distal, cabeza, incluye fijación interna, cuando se realice	1,821.82
183	27530	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); sin manipulación	118.69
184	27532	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); con o sin manipulación, con tracción esquelética	139.44
185	27535	Tratamiento abierto de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilar, con o sin fijación interna o externa	1,821.82
186	27536	Tratamiento abierto de fractura tibia, proximal (meseta); bicondilar, con o sin fijación interna	1,821.82
187	27750	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné); sin manipulación	118.69
188	27780	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; sin manipulación	118.69
189	27781	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; con manipulación	139.44
190	27784	Tratamiento abierto de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné, incluye fijación interna, cuando se realice	1,821.82
191	27786	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); sin manipulación	118.69
192	27788	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); con manipulación	148.03
193	27792	Tratamiento abierto de fractura del peroné distal (maléolo lateral), incluye fijación interna, cuando se realice	1,821.82
194	27822	Tratamiento abierto de fractura trimaleolar del tobillo, incluyendo fijación interna, cuando se realice, maléolo medial y/o lateral; sin fijación de labio posterior	1,345.37
195	27824	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axil (p. ej. plón o plafón tibial), con o sin anestesia; sin manipulación	118.38



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
196	27825	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón o plafón tibia), con o sin anestesia; con tracción esquelética y/o con requerimiento de manipulación	124.38
197	27825	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón y plafón tibia), con fijación interna, cuando se realice; sólo de peroné	1,871.82
198	27827	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón y plafón tibia), con fijación interna, cuando se realice; sólo de tibia	1,871.82
199	27828	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón y plafón tibia), con fijación interna, cuando se realice; de ambas, tibia y peroné	1,821.82
200	27829	Tratamiento abierto de rotura de la articulación tibioperonea distal (sindesmosis), incluye fijación interna, cuando se realice	1,821.92
201	27830	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal, sin anestesia	139.44
202	27831	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal, con anestesia	223.60
203	27832	Tratamiento abierto de dislocación de articulación tibioperonea proximal, incluye fijación interna, cuando se realice, o con Escisión de peroné proximal	1,821.82
204	28450	Tratamiento de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo); sin manipulación, cada una	118.38
205	28450	Tratamiento cerrado de fractura de dedo gordo, falange o falanges; sin manipulación	118.60
206	29010	Aplicación de corsé de Rissler, localizador, cuerpo; solamente	89.17
207	29058	Aplicación; enyesado tipo Velpeau	104.23
208	29075	Aplicación; de codo a dedo (corto, del brazo)	95.70
209	29085	Aplicación; de mano a antebrazo bajo (guante)	89.17
210	29345	Aplicación de enyesado largo para la pierna (muño a dedos)	104.23
211	29405	Aplicación de enyesado corto para la pierna (daba, o de la rodilla hasta dedos de los pies)	89.17
212	29450	Aplicación de yeso para pie zamba, mo deado, o manipulación, largo o corto para la pierna	119.29
213	29702	Remoción o bivalvo; enyesado tipo guante, bata o corporal	38.89
214	29705	Remoción o bivalvo; yeso de brazo completa o pierna completa	38.89
215	29710	Remoción o bivalvo; espiga de hombro o cadera, Minerva, o corsé de Rissler, etc.	38.89
216	29715	Remoción o bivalvo; corsé con tensor	38.83
217	29799	Procedimiento que no aparece en la lista, yeso o vendaje; Vendaje de miembros superiores e inferiores	27.35
218	29855	Tratamiento asistido por Artroscoopia de fractura tibial, proximal (meseta); uncondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscoopia)	2,495.85
219	29855	Tratamiento asistido por artroscoopia de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscoopia)	3,301.23
220	31500	Intubación endotraqueal, procedimiento de emergencia, urgencia o electivo	265.97
221	31505	Laringoscopia indirecta, diagnóstica (procedimiento separado)	301.65
222	31515	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopio; para aspiración	298.97
223	31530	Laringoscopia, directa, operatoria, con extirpación de cuerpo extraño	444.41
224	31603	Troqueostomía, procedimiento de emergencia; transtraqueal	593.10
225	31622	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye la guía fluoroscópica, cuando se realice; con lavado de células, cuando se realice (procedimiento separado)	935.53



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
226	31623	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realice, con cepillado simple o protegido	406.93
227	31624	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realice, con lavada bronquioalveolar	423.85
228	31635	Broncoscopia, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice, y remoción de cuerpo extraño	423.85
229	81720.01	Aspiración de secreciones	40.57
230	32100	Toracotomía, con exploración	1,782.80
231	32200	Neumonostomía con drenaje abierto de absceso o quiste	1,924.67
232	32421	Toracocentesis, para aspiración, primera vez o subsecuente	573.64
233	32422	Drenaje torácico con tubo de drenaje, incluye sistema de sello bajo agua (p. ej. neumotórax)	628.99
234	32440	Neumonecтомía total	2,312.80
235	32480	Lobectomía pulmonar	1,977.50
236	32554	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; sin guía de imágenes	510.70
237	32555	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; con guía de imágenes	529.11
238	33010	Pericardiocentesis inicial	339.13
239	33025	Creación de ventana pericárdica o resección parcial para drenaje por vía transtorácica	1,314.78
240	35526	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la arteria subclavia o la arteria carótida	1,888.94
241	36416	Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)	15.38
242	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	196.49
243	36450	Exsanguinotransfusión de recién nacido	400.08
244	36455	Exsanguinotransfusión de cualquier otro tipo de paciente, excepto recién nacido	400.08
245	36460	Transfusión fetal intrauterina	444.38
246	36489	Colocación de catéter venoso central (p. ej. para presión venosa central, quimioterapia, otros)	649.35
247	36510	Cateterismo de vena umbilical para diagnóstico o tratamiento en recién nacido	474.83
248	36557	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente en menor de 5 años de edad, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	837.53
249	36565	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente que requiere 2 catéteres vía 2 sitios venosos de acceso separados sin bomba de infusión o puerto subcutáneo (p. ej. Catéter tipo Tesio)	738.86
250	36593	Trombólisis de un catéter o dispositivo de acceso vascular implantado mediante un agente trombolítico	3,393.87
251	37184	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial. Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento; vaso inicial	52,609.64
252	37185	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial. Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento; segundo vaso y subsiguiente(s) dentro de la misma familia vascular (registrar separadamente además del código del procedimiento primario de trombectomía mecánica)	52,609.64
253	37186	Trombectomía mecánica transluminal percutánea secundaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial (p. ej. mecánica no primaria; canastilla de atrapamiento, técnica de succión). Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el	52,609.64



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
		procedimiento, proporcionado conjuntamente con otra intervención percutánea que sea distinta de la trombectomía mecánica primaria (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	
254	37187	Trombectomía mecánica transluminal percutánea venosa(s). Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento	35,221.90
255	37617	Ligadura de arteria principal de abdomen (p. ej. ruptura postraumática)	1,364.20
256	38220	Aspiración de médula ósea	316.08
257	38500	Biopsia o Escisión abierta de ganglio(s) linfático(s) superficial(es)	729.13
258	38505	Biopsia o Escisión de ganglio(s) linfático(s) mediante aguja superficial (p. ej. Cervical, inguinal, axilar)	189.95
259	42200	Faloplastia para paredar herido, paladar blando y/o duro solamente	1,790.00
260	43704	Esofagoscopia flexible con inyección de sustancia esclerosante en várices esofágicas	245.85
261	43205	Esofagoscopia, flexible, con ligadura elástica de várices esofágicas	244.08
262	43235	Esofagogastroduodenoscopia flexible con fines diagnósticos, incluyendo colección de muestra(s) mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	245.31
263	43239	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con biopsia, única o múltiple	244.08
264	43247	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con extracción de cuerpo extraño Realizado con Videoesofoscopia	217.07
265	43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); diagnóstica, incluyendo recolección de especímenes mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	1,109.96
266	43400	Ligadura directa de várices esofágicas	1,042.97
267	43460	Taponamiento esofagogástrico, con balón (tipo Sengstaken)	1,426.56
268	43500	Gastrotomía, con exploración o extracción de cuerpo extraño	2,220.46
269	43500	Biopsia de estómago por tubo o cápsula a través de la boca (uno o más especímenes)	166.30
270	43540	Gastrografía, sutura de úlcera duodenal o gástrica perforada, herida o lesión	2,570.75
271	44005	Enterólisis, liberación de adherencias intestinales (procedimiento separado)	2,105.88
272	44050	Reducción de vólvulo, intususcepción, hernia interna, mediante laparotomía	1,532.16
273	44120	Resección y anastomosis del intestino delgado	2,269.68
274	44130	Anastomosis del intestino delgado	1,728.09
275	44140	Colecotomía parcial con anastomosis	2,269.68
276	44200	Enterólisis liberación de adherencias intestinales por laparoscopia	1,433.74
277	44215	Corrección de malrotación mediante lisis de bandas duodenales y/o reducción de vólvulo de intestino medio por vía laparoscópica	1,775.15
278	44370	Colostomía	1,475.50
279	44388	Colonoscopia a través del estoma, diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	316.90
280	44950	Apendicectomía	863.26
281	44951	Apendicectomía con drenaje	1,155.20
282	44970	Apendicectomía por laparoscopia	1,003.74
283	45300	Proctosigmoidoscopia diagnóstica rígida, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	248.18
284	45358	Video Colonoscopia derecha	253.99
285	45359	Video Colonoscopia izquierda	253.99
286	47200	Biopsia hepática con aguja, percutánea	704.90



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
287	47010	Hepatomía; para drenaje a cielo abierto de absceso o quiste, en uno o dos pasos	2,247.14
288	47011	Hepatomía; para drenaje percutáneo de absceso o quiste	1,972.18
289	47100	Biopsia hepática, en cuña	569.93
290	47562	Laparoscopia quirúrgica, colestectomía	1,539.90
291	47600	Colestectomía	1,563.66
292	47605	Colestectomía con colangiografía	1,563.44
293	47620	Colestectomía con exploración de conducto biliar común (colélico)	2,039.25
294	49000	Laparotomía exploradora con o sin biopsia (s)	1,542.26
295	49006	Laparotomía + lavado de cavidad c/s drenaje	1,275.13
296	49021	Drenaje de absceso peritoneal, subfrénico o retroperitoneal, percutáneo	917.30
297	49082	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); sin orientación de imágenes	173.78
298	49083	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); con orientación de imágenes	196.27
299	49320	Laparoscopia diagnóstica, abdomen, peritoneo y epiploón, con o sin colección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	872.12
300	51702	Inserción de catéter vesical temporal; simple (p. ej. Foley)	39.92
301	52000	Cistouretroscopia (procedimiento separado)	475.03
302	52501	Resección electroquirúrgica transuretral completa de la próstata, incluyendo control del sangrado postoperatorio, completo (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	1,024.60
303	53445	Colocación de esfínter inflable a nivel de uretra/cuello vesical, incluyendo colocación de bomba, reservorio y manguito	1,048.43
304	55250	Vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)	554.16
305	55700	Biopsia de próstata; con aguja o en sacabocado; una sola o varias, cualquier abordaje	382.61
306	55705	Biopsia de próstata; incisional, cualquier aproximación	488.34
307	55706	Biopsias de próstata, por aguja, muestreo transperineal de saturación guiado por plantilla estereotáctica, incluyendo la guía de imágenes	629.74
308	55801	Prostatectomía, perineal, subtotal (incluyendo control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración uretral y/o dilatación, y meatotomía interna)	1,657.21
309	56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	507.89
310	57020	Colpocentesis (procedimiento separado)	385.45
311	57210	Colpoperineorrafia, sutura de lesión de vagina y/o perineo	592.30
312	57260	Colporrafia anteroposterior combinada	875.50
313	57455	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con biopsia de cérvix	170.24
314	57456	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con curetaje endocervical	170.24
315	57500	Biopsia, una sola o varias, ó Escisión local de lesión, con o sin fulguración (procedimiento separado)	93.50
316	57510	Cauterización eléctrica o térmica del cérvix	80.75
317	57511	Cauterización de cérvix con criocauterío, inicial o repetido	80.85
318	57522	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección; usando asa diatérmica (LEEP)	524.24
319	57700	Cerclaje de cérvix uterino, no obstétrico	594.48
320	57720	Traquelorrafia, corrección plástica del cérvix uterino, abordaje vaginal	500.86



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
321	58100	Toma de muestra endocervical (biopsia) con o sin toma de muestra endocervical (biopsia), sin dilatación cervical, cualquier método (procedimiento separado)	570.69
322	58140	Miomectomía, Exición de mioma(s) uterino(s), 1 a 4 mioma(s) intramurales con peso total de 250 gr o menos y/o remoción de miomas superficiales, abordaje abdominal	1,239.12
323	58150	Histerectomía total o subtotal (cuerpo y cuello), con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s)	1,599.73
324	58150.01	Histerectomía total (cuerpo y cuello), con extirpación de trompa(s), con extirpación de ovario(s)	1,537.31
325	58152	Histerectomía total o subtotal (cuerpo y cuello), con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s), con colpopectostopexia (Ejemplo: Marshall-Marchetti-Krantz, Burch)	1,713.49
326	58267	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con colpopectostopexia (tipo Marshall-Marchetti-Krantz, tipo Pereyra), con o sin control endoscópico	1,931.17
327	58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	66.59
328	58301	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	85.59
329	58541	Laparoscopia quirúrgica: Histerectomía supracervical de útero de 250 gramos o menor	1,735.86
330	58545	Laparoscopia quirúrgica: miomectomía de 1 a 4 miomas intramurales con un peso total de 250 gramos o menos y/o miomas subserosos	1,235.86
331	58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, unilateral o bilateral	686.46
332	58606	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado)	804.61
333	58611	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea o cirugía abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	351.18
334	58999.01	Toma de muestra de Secreción Vaginal	42.90
335	59000	Amniocentesis diagnóstica	52.91
336	59012	Cordocentesis (intrauterina), cualquier método	49.81
337	59020	Test estresante fetal - por contracción	52.89
338	59025	Test no estresante fetal, NST	52.89
339	59060	Monitoreo fetal durante el trabajo de parto por parte de médico consultor (médico no encargado), con reporte escrito: supervisión e interpretación	45.57
340	59070	Amnioinfusión transabdominal, incluyendo guía ultrasonográfica	49.01
341	59100	Histerotomía, abdominal (p. ej. mola hidatiforme, óbito)	1,024.39
342	59120	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico: tubárico u ovárico, que requiere salpingectomía y/u ooforectomía a través de abordaje abdominal o vaginal	1,154.74
343	59121	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico: tubárico u ovárico, sin salpingectomía y/u ooforectomía	1,154.74
344	59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico: sin salpingectomía y/u ooforectomía	1,823.23
345	59151	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico: con salpingectomía y/u ooforectomía	1,296.43
346	59160	Legrado postparto	446.61
347	59350	Histerorrafia de útero roto	1,037.96
348	59401	Atención prenatal	63.92
349	59401.01	Atención prenatal (primera atención)	45.71
350	59401.02	Atención prenatal (atenciones posteriores)	41.58





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032- 2019/MINSA (Soles)
351	59401.03	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	18.92
352	59401.04	Suplementación de sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	19.43
353	59401.05	Suplementación de calcio	20.87
354	59401.06	Plan de parto	22.65
355	59409	Atención de parto vaginal solamente (con o sin episiotomía)	498.75
356	59409.01	Atención de parto vaginal vertical	498.75
357	59410	Atención de parto vaginal (únicamente) (con o sin episiotomía), incluye atención postparto	562.70
358	59414	Extracción de placenta (procedimiento separado)	192.43
359	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio	88.80
360	59514	Cesárea solamente	1,047.23
361	59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	1,148.84
362	59812	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente	718.65
363	59813	Aspiración manual endouterina (AMEU)	171.26
364	59870	Evacuación uterina y curetaje por Mola Hidatiforme	382.10
365	59899.01	Reposición del útero por reducción manual	687.29
366	61000	Biopsia de tíndes, aguja percutánea	91.00
367	61020	Punción ventricular a través de agujero de trépano previo, fontanela, sutura o catéter/reservorio implantado en ventrículo. No incluye inyección	985.19
368	61021	Punción ventricular para drenaje ventricular externo (toma de muestra LCR)	215.80
369	61107	Trepanación(es) helicoidal(es) para punción subdural, intracerebral o ventricular, para implantación de catéter ventricular, dispositivo de registro de presión u otro dispositivo de monitoreo intracerebral	4,612.73
370	61304	Craniectomía o craneotomía exploratoria supratentorial	4,096.20
371	61305	Craniectomía o craneotomía, exploratoria, infratentorial (fosa posterior)	4,096.20
372	61310	Evacuación de hematomas epidurales	4,339.99
373	61312	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial, extradural o subdural	4,339.99
374	61313	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial; Intracerebral	4,339.99
375	61314	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; extradural o subdural	4,339.99
376	61315	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; intracerebelar	4,339.99
377	61322	Craniectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, sin evacuación de hematoma intraparenquimal asociado; sin lobectomía	4,705.69
378	61323	Craniectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, sin evacuación de hematoma intraparenquimal asociado; con lobectomía	4,705.69
379	61623	Oclusión arterial con balón endovascular en cabeza o cuello (extracraneal/intracraneal) incluyendo la cateterización selectiva del vaso que se ocluirá, con colocación e insuflación del balón, monitoreo neurológico concomitante, y supervisión radiológica e interpretación del examen angiográfico requerido para la oclusión con balón y para excluir injuria vascular post oclusión	8,822.99
380	61624	Oclusión permanente transcáteter o embolización por vía percutánea (p.ej. para destrucción de tumor, para conseguir hemostasia, para ocluir a malformación vascular) por cualquier método dentro del sistema nervioso central (intracraneal, médula espinal)	20,628.68
381	61625	Oclusión transcáteter permanente o embolización por vía percutánea (p.ej. para destrucción de tumor, para conseguir hemostasia, para ocluir a	17,033.03



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
		malformación vascular) por cualquier método, fuera del sistema nervioso central, en la cabeza o cuello (extracraneal, rama braquiocefálica)	
382	61640	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal, percutáneo, primer vaso sanguíneo	2,276.51
383	61641	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal percutáneo, cada vaso sanguíneo adicional de una misma familia vascular (registrar por separado adicionalmente al procedimiento primario)	2,276.51
384	61642	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal, percutáneo, cada vaso sanguíneo adicional de una familia vascular diferente (registrar por separado adicionalmente al procedimiento primario)	2,276.51
385	61680	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, simple	4,207.67
386	61682	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, compleja	4,865.35
387	61684	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, simple	4,207.67
388	61686	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, compleja	4,865.35
389	61690	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; en la duramadre, simple	3,878.82
390	61692	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; en la duramadre, compleja	4,865.35
391	61697	Cirugía de aneurisma arteriovenoso intracraneal, abordaje intracraneal, circulación carotídea	4,324.92
392	61699	Cirugía de aneurisma arteriovenoso intracraneal, abordaje intracraneal, circulación vertebrobasilar	4,324.92
393	61700	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; dependiente de circulación carotídea	4,324.92
394	61702	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; dependiente de circulación vertebrobasilar	4,324.92
395	61703	Cirugía de aneurisma intracraneal, abordaje cervical mediante aplicación de un clip oclusivo a la arteria carótida cervical (tipo Selverstone-Crutchfield)	4,324.92
396	61705	Cirugía de malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; mediante oclusión intracraneal y cervical de la arteria carótida	4,207.67
397	61708	Cirugía de malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; mediante electrotrombosis intracraneal	4,207.67
398	61709	Clipaje de aneurisma cerebral único	4,292.73
399	61709.01	Clipaje de aneurisma cerebral múltiple	4,292.73
400	61710	Cirugía de malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; mediante embolización intraarterial, inyección, o catéter de balón	4,207.67
401	61711	Anastomosis arterial, arterias extracraneal intracraneal (p. ej. cerebral media/cortical)	4,207.67
402	61712	Resección de cavernoma de tronco cerebral	4,207.67
403	61712.01	Resección de cavernoma hemisférico	4,207.67
404	61750	Biopsia, aspiración o Escisión por estereotaxia para lesiones intracraneales, incluye los agujeros de trapanación	11,319.09
405	61751	Biopsia, aspiración o Escisión por estereotaxia para lesiones intracraneales, incluye los agujeros de trapanación; con guía mediante tomografía o resonancia magnética	11,555.53
406	62192	Creación de derivación subaracnoideo/subdural-peritoneal-pleural, otros destinos	6,392.81
407	62201	Ventriculocisternostomía tercer ventrículo, método neuroendoscópico estereotáctico	2,429.09
408	62270	Función lumbar, diagnóstica o terapéutica	78.57



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
409	62287	Procedimiento de descompresión, percutánea de núcleo pulposo de disco intervertebral, cualquier método, empleando técnica con uso de aguja para retirar el material discal, bajo guía fluoroscópica u otra forma de visualización indirecta, con el uso de un endoscopio, con discografía y/o inyección(es) epidural(es) en los nivel(es) tratado(s), cuando se realice, uno o varios niveles, lumbar	1,597.23
410	63031	Laminectomía con discectomía	2,638.64
411	65850	Trabeculotomía ab externa	928.88
412	65855	Trabeculoplastia mediante cirugía láser, una o más sesiones (serie de tratamiento definida)	978.85
413	66170	Fistulización de esclerótica por glaucoma; trabeculectomía ab externa en ausencia de cirugía previa	1,175.27
414	66180	Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular (p. ej. Molteno, Schocket, Denver-Krupin)	2,701.64
415	66711	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclofotocoagulación transendoscópica	1,050.45
416	66720	Destrucción del cuerpo ciliar mediante crioterapia	1,022.31
417	66761	Iridotomía/ iridectomía mediante cirugía láser (p. ej. para glaucoma) (por sesión)	664.37
418	66762	Iridoplastia mediante fotocoagulación (una o más sesiones) (p. ej. Para mejorar la visión para ensanchamiento del ángulo de la cámara anterior)	694.26
419	66850	Extracción de cristalino mediante técnica de facofragmentación (mecánica o ultrasónica) (p. ej. facoemulsificación) con aspiración	1,510.56
420	66982	Remoción extracapsular de catarata con inserción de prótesis de lente intraocular (procedimiento de una sola etapa) con técnica manual o mecánica (p. ej. irrigación y aspiración o facoemulsificación), compleja, que requiere dispositivos o técnicas que generalmente no se usan en cirugía de rutina de cataratas (p. ej. dispositivo de expansión de iris, soporte de sutura para lente intraocular, o capsulorrexia primaria posterior) o realizada en pacientes en la etapa de desarrollo ambliopéxico	98.00
421	66984	Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular (en una sola etapa) con técnica manual o mecánica (p. ej. irrigación y aspiración o facoemulsificación)	982.09
422	66993	MININUC con implante de Lente Intra Ocular (LIO)	842.91
423	67043	Vitrectomía, mecánica, vía pars plana; con retiro de membrana subretinal (p. ej. Neovascularización coroidea), incluye, si se realiza, taponamiento intraocular (p. ej. Aire, gas o aceite de silicona) y fotocoagulación láser	3,330.00
424	67800	Espección de fálax único	158.80
425	70250	Examen radiológico, cráneo; menos de 4 incidencias	59.05
426	70260	Examen radiológico, cráneo; completa, mínimo de 4 incidencias	67.31
427	70320	Examen radiológico, dientes; completo, toda la boca	55.35
428	70360	Examen radiológico de tejido blando de cuello	53.31
429	70391	Arteriografía cerebral bilateral; panangiografía	1,673.67
430	70450	Tomografía axial computarizada de cerebro; sin material de contraste	296.05
431	70450.01	Tomografía axial computarizada de cabeza y cuello; sin material de contraste	296.05
432	70460	Tomografía axial computarizada, cabeza o cerebro; con materiales de contraste	491.21
433	70470.01	Tomografía de perfusión cerebral	491.18
434	70480.01	Tomografía computarizada de senos paranasales sin material de contraste	296.05
435	70496	Angiografía por tomografía computarizada de cabeza y/o cuello, con contraste(s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se toman, y post procesamiento de imágenes	669.52
436	70544	Angiografía por resonancia magnética de cabeza sin contraste	414.93



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
437	72545	Angiografía por resonancia magnética de cabeza con contraste	844.37
438	72551	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral) sin contraste	382.76
439	72552	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), cerebro (incluyendo el tallo cerebral); con materiales de contraste	754.87
440	72553	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral); sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y secciones adicionales	754.87
441	71020	Examen radiológico de tórax, 2 incidencias, frontal y lateral	57.98
442	71030	Examen radiológico, tórax, completo, mínimo de cuatro vistas	57.31
443	71035	Examen radiológico de tórax, incidencias adicionales (p. ej. decúbito lateral)	53.31
444	71250	Tomografía computarizada de tórax; sin material de contraste	296.05
445	71260	Tomografía axial computarizada, tórax; con materiales de contraste	491.21
446	72010	Examen radiológico de columna vertebral completa, estudio de exploración, ánteroposterior y lateral	52.65
447	72040	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 2 o 3 incidencias	52.65
448	72050	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 4 o 5 incidencias	57.31
449	72080	Examen radiológico, columna vertebral, toracolumbar, 2 incidencias	57.98
450	72092	Examen radiológico de columna dorsolumbar, 4 incidencias	57.31
451	72090	Examen radiológico, columna vertebral, estudio de escoliosis, incluyendo estudios en posición supina y erguida	55.55
452	72100	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra, 2 o 3 incidencias	52.65
453	72120	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra, incidencias funcionales, vistas en posición doblada solamente, 2 o 3 incidencias	52.65
454	72125	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; sin material de contraste	296.05
455	72126	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; con material de contraste	491.21
456	72128	Tomografía axial computarizada, columna vertebral torácica; sin material de contraste	296.05
457	72129	Tomografía axial computarizada, columna vertebral torácica; con material de contraste	491.21
458	72131	Tomografía axial computarizada, columna vertebral lumbar; sin material de contraste	296.05
459	72131.01	Tomografía computarizada, columna vertebral lumbosacrocoxig; sin material de contraste	296.05
460	72132.01	Tomografía computarizada, columna vertebral lumbosacrocoxig; con material de contraste	491.21
461	72141	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, cervical; sin material de contraste	382.76
462	72146	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, torácica; sin material de contraste	382.76
463	72148	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, lumbar; sin material de contraste	382.76
464	72150	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales, cervical	754.87
465	72157	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales, torácica	754.87
466	72158	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales, lumbar	754.87
467	72190	Examen radiológico, pelvis; completo, mínimo de tres vistas	67.65
468	72192	Tomografía axial computarizada, pelvis; sin material de contraste	296.05



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
469	72193	Tomografía axial computarizada, pelvis; con materiales de contraste	491.21
470	73020	Examen radiológico de hombro; 1 incidencia	53.31
471	73030	Examen radiológico, hombro, completo, mínimo de dos vistas	57.98
472	73060	Examen radiológico de húmero, mínimo de 2 incidencias	57.98
473	73070	Examen radiológico de codo; 2 incidencias	57.98
474	73080	Examen radiológico, todo; completo, mínimo de tres vistas	62.65
475	73090	Examen radiológico de antebrazo cada lado, 2 incidencias	57.98
476	73110	Examen radiológico, muñeca; completo, mínimo de tres vistas	62.65
477	73120	Examen radiológico, mano; dos incidencias	57.98
478	73130	Examen radiológico, mano; mínimo de tres incidencias	62.65
479	73200	Tomografía axial computarizada, extremidad superior; sin material de contraste	296.05
480	73220	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), extremidad superior, excepto articulaciones sin materiales de contraste seguido por materiales de contraste y secuencias subsiguientes	754.87
481	73510	Examen radiológico, cadera, unilateral; completo, mínimo de dos vistas	57.98
482	73511	Ultrasonido oftálmico, ecografía, diagnóstico	68.65
483	73525	Examen radiológico, artrografía de cadera, supervisión radiológica e interpretación	275.81
484	73550	Examen radiológico de fémur, 2 incidencias	57.98
485	73560	Examen radiológico de rodilla, 1 o 2 incidencias	57.98
486	73562	Examen radiológico de rodilla, 3 incidencias	62.65
487	73590	Examen radiológico, tibia y peroné, 2 vistas	57.98
488	73500	Examen radiológico, tobillo; 2 incidencias	57.98
489	73620	Examen radiológico, pie; 2 incidencias	57.98
490	73630	Examen radiológico, pie; completo, mínimo de tres vistas	62.65
491	73700	Tomografía axial computarizada, extremidad inferior; sin material de contraste	296.05
492	74000	Examen radiológico de abdomen, incidencia ánteroposterior	57.98
493	74020	Examen radiológico de abdomen, completo, incluyendo incidencias de pie y/o de decúbito	57.98
494	74150	Tomografía computarizada de abdomen sin contraste	296.05
495	74160	Tomografía computarizada de abdomen; con materiales de contraste	491.21
496	74170.01	Tomografía dinámica de hígado - páncreas	491.21
497	74176.01	Urotomografía, sin contraste	296.07
498	74177.01	Urotomografía, con contraste	491.21
499	74280	Examen radiológico, colon; contraste de aire con bario específico de alta densidad, con o sin glucagón	273.80
500	74400	Urografía (pielografía), intravenosa, con sin visualización de riñones, uréteres y vejiga, con o sin tomografía	311.01
501	75650	Angiografía cervicocerebral mediante catéter, incluyendo origen del vaso	2,728.94
502	75705	Angiografía espinal selectiva, supervisión e interpretación radiológica	2,059.48
503	75894	Embolización terapéutica transcáteter, por cualquier método, supervisión e interpretación radiológica, Ejemplo: Abdominal, bronquial, de extremidades, etc	6,257.22
504	75894.02	Embolización terapéutica transcáteter Bronquial - Torácica, por cualquier método, supervisión e interpretación radiológica - Terapéutica	6,286.37
505	76040	Estudios de longitud de huesos (ortodontiograma, estudio de barrido * scanogram*)	53.31
506	76390	Espectroscopía por resonancia magnética	296.23
507	76391	Difusión por Resonancia Magnética	296.23
508	76392	Perfusión por Resonancia Magnética	661.52
509	76393	Tractografía por Resonancia Magnética	296.23



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
510	76536	Ecocentefalografía, tiempo real con documentación de imágenes (escala de grises) (para determinación de tamaño ventricular, delimitamiento de contenido cerebral y detección de masas fluidas u otras anomalías intracraneales), incluyendo ecocentefalografía en modo A, como componente secundario cuando esté indicado	59.43
511	76513	Ecografía oftálmica, diagnóstico: segmento anterior con ecografía bidimensional modo B de inmersión (baño de agua) o biomicroscopía de alta resolución (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	59.43
512	76496	Ecografía de partes blandas de cabeza y cuello (Ejemplo: tiroides, paratiroides, parótidas), tiempo real con documentación de la imagen	59.43
513	76536.01	Ecografía de región cervical	61.62
514	76536.03	Ecografía de tiroides	61.62
515	76604	Ecografía de tórax (incluyendo mediastino), tiempo real con documentación de imagen	61.62
516	76624.02	Ecografía de Hombro	59.43
517	76645	Ecografía de mamás (unilateral o bilateral), tiempo real con documentación de imagen	52.80
518	75700	Ecografía abdominal completa, tiempo real con documentación de imagen	66.84
519	75705	Ecografía abdominal, tiempo real con documentación de imagen; limitada (Ejemplo: un solo órgano, cuadrante, seguimiento)	61.62
520	75705	Ecografía abdominal regional (por cuadrantes)	61.62
521	75770	Ecografía retroperitoneal (renal, aorta, ganglios), en tiempo real con imágenes documentadas, completa	70.48
522	75770.01	Ecografía Renal	69.43
523	76801	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera gestación	61.62
524	76802	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	61.62
525	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> 0 - a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera	61.62
526	76810	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> 0 - a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	61.62
527	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	61.62
528	76813	Ultrasonido, útero grávido, en tiempo real con imagen, medición de la translucencia de nuca en primer trimestre fetal, abordaje transabdominal o transvaginal; gestación única o primera gestación	61.62
529	76814	Ultrasonido, útero grávido, en tiempo real con imagen, medición de la translucencia de nuca en primer trimestre fetal, abordaje transabdominal o transvaginal; cada gestación adicional (Listar por separado, además del código de procedimiento primario)	61.62
530	76815	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, limitado (Ejemplo: frecuencia cardíaca fetal, ubicación de placenta, posición fetal y/o volumen de líquido amniótico cuantitativo), 1 o más fetos	61.62
531	76816	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, seguimiento (Ejemplo: reevaluación de tamaño fetal por medición de	61.62





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
		parámetros de crecimiento estándares y volumen de líquido amniótico, reevaluación de sistema(s) orgánico(s) que están bajo sospecha o con confirmación de anomalía en examen previo), abordaje transabdominal, por feto	
532	75817	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, vía transvaginal	77.25
533	75818	Perfil biofísico fetal, con test no estresante	105.58
534	75819	Perfil biofísico fetal, sin test no estresante	59.43
535	75821	Velocimetría Doppler, fetal, arteria cerebral media	85.07
536	75827	Ecocardiografía Doppler, fetal, con ondas de pulso y/o ondas continuas con registro de espectro, completo	59.43
537	75830	Ecografía transvaginal	78.53
538	76856	Ecografía pélvica (no obstétrica), tiempo real con documentación de imágenes: completa	61.62
539	76870	Ecografía, escroto y contenido	77.25
540	76872	Ecografía transrectal	77.25
541	76880	Ecografía no vascular de extremidades por rastreo B y/o en tiempo real	69.43
542	76880.01	Ecografía de codo	69.43
543	76880.02	Ecografía de muñeca	69.43
544	76880.03	Ecografía de rodilla	69.43
545	76880.04	Ecografía de tobillo	69.43
546	76880.05	Ecografía muscular de región específica	69.43
547	76885	Ecografía, caderas de lactante, imágenes en tiempo real con documentación de imágenes: dinámica (que requiere manipulación médica o de otro profesional calificado)	85.07
548	76942	Guía ultrasonográfica para colocación de aguja (p.e.): biopsia, aspiración, inyección, dispositivo de localización, supervisión e interpretación de imágenes	217.23
549	76981	Elastografía, parénquima (p.e.), órgano)	152.66
550	77055	Mamografía, allateral	141.49
551	77057	Mamografía de tamizaje, bilateral (2 imágenes de cada seno)	141.49
552	77072	Estudios de edad ósea	53.31
553	77080.01	Estudio de densidad ósea por absorciometría de Rayos X de doble energía [dexa], de esqueleto axial (p. e.) cadera, pelvis)	94.44
554	77080.02	Estudio de densidad ósea por absorciometría de Rayos X de doble energía [dexa], de esqueleto apendicular (p. e.) radio, muñeca)	71.79
555	77082	Absorciometría dual de rayos X (DXA), estudio de densidad ósea, uno o más sitios; evaluación de las fracturas vertebrales	82.70
556	78006	Imágenes del tiroides	236.44
557	78031	Gammagrafía de Tiroides y captación con Tc99m	126.84
558	78351	Densitometría ósea (contenido mineral óseo), en uno o más lugares, absorciometría con doble fotón	91.64
559	78363	Gammagrafía ósea trifásica	544.65
560	78584	Gammagrafía de perfusión pulmonar, partículas, con ventilación, inhalación única	470.99
561	78607	Imagen de cerebro, tomográfica (SPECT)	658.04
562	79000	Terapia radiofarmacéutica inicial para hipertiroidismo	252.88
563	79001	Terapia radiofarmacéutica subsiguiente para hipertiroidismo, cada terapia adicional	247.50
564	79020	Terapia radiofarmacéutica, supresión de tiroides	252.88
565	80051	Perfil de electrolito, este perfil deberá incluir los siguientes: dióxido de carbono (82374), cloruro (82435), potasio (84132) y sodio (84295)	21.77



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
556	80058	Perfil de hepatitis: Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb), Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B	70.95
557	80061	Perfil lipídico: colesterol, suero total (82455), medición directa de lipoproteína, colesterol de alta densidad (HDL) (83718) y triglicéridos (84478)	32.72
558	80063	Perfil de coagulación básico	40.55
559	80076	Perfil de la función hepática, este perfil debe incluir la siguiente: albumina (82040), total de bilirrubina (82247), bilirrubina directa (82248), alcalina fosfatasa (84075), proteínas totales (84135), alanina amino transferasa (ALT) (SGPT) (84460), aspartato aminotransferasa (AST) (SGOT) (84450)	17.29
570	80077	Estudio histológico de líquido pleural (denominación adaptada, sin CPI estándar de referencia)	49.54
571	80050	Exámen de anticuerpos TORCH: Esta batería debe incluir las siguientes pruebas: Anticuerpo contra el citomegalovirus (CMV) (86644); Anticuerpo contra el herpes simple, tipo de arueba no específica (86694); Anticuerpo contra la rubéola (86762); Anticuerpo contra el toxoplasma (86777)	99.63
572	80051	Perfil de tiroides. Esta batería debe incluir las siguientes pruebas: Tiroxina total (84436), Captación de las hormonas tiroideas (13 o 14) o proporción de captación de hormona tiroidea (THER) (84479)	83.78
573	80096	Perfil de donante de sangre (grupo sanguíneo, hematocrito, VIH I II, HbsAg, VHC, SÍFILIS, Chagas, HTLV I II y anticore HBI)	145.12
574	80095.01	Detección de anticuerpos para HTLV I-II	28.87
575	80099	Tamizaje neonatal: (Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal, Fenilcetonuria, Fibrosis quística)	99.63
576	80100	Tamizaje para drogas, cualitativo, método cromatográfico de múltiples fases de drogas, cada procedimiento	108.98
577	80154	Dosaje de Benzodiazepinas	70.18
578	80156	Dosaje de Carbamazepina total	39.03
579	80154	Dosaje de Ácido valproico	40.03
580	80178	Dosaje de Litio	22.15
581	80185	Dosaje de Feritina total	41.74
582	81001	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, con microscopía	11.00
583	81001.02	Análisis de orina por tira de análisis/reactivo, para bacteriuria asintomática	10.87
584	81001	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, con microscopía	15.37
585	81002	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, sin microscopía	6.34
586	81003	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, sin microscopía	15.37
587	81005	Análisis de orina, cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunoanálisis	12.82
588	81015	Análisis de orina, solamente microscópico	12.82
589	81025	Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	14.37
590	81050	Medida de volumen por período de tiempo, cada período de tiempo	16.79





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
591	81400.01	Prueba de tropismo de VIH-1 a partir de ácido nucleico.	182.47
592	82009	Análisis cualitativo de Cuerpos cetónicos (p. Acetona, ácido acetacético, beta hidroxibutirato)	7.48
593	82020	Dosaje de ADA (Adenosinadeaminasa)	28.09
594	82040	Dosaje de Albúmina; suero, plasma o sangre total	14.14
595	82043	Dosaje de Albúmina en orina; microalbúmina, cuantitativa	14.22
596	82044	Dosaje de albúmina en orina; microalbúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva)	30.02
597	82105	Dosaje de Alfa-fetoproteína; sérica	33.27
598	82143	Análisis de líquido amniótico (espectrofotométrico)	65.04
599	82150	Dosaje de Amilasa	16.15
600	82175	Dosaje de Arsénico	48.33
601	82247	Dosaje de Bilirrubina; total	15.15
602	82248	Dosaje de Bilirrubina; directa	14.23
603	82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol); con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorectal (se le provee al paciente de tres recipientes para recolección consecutiva)	19.75
604	82300	Dosaje de Cadmio	80.67
605	82310	Dosaje de Calcio; total	13.95
606	82310.01	Calcio en orina 24 horas	14.40
607	82340	Dosaje cuantitativo de Calcio en orina, muestra con tiempo medido	14.40
608	82378	Dosaje de Antígeno carcinoembrionario (CEA)	34.90
609	82397	Ensayo de quimioluminiscencia	73.85
610	82465	Dosaje de colesterol total en sangre completa o suero	13.88
611	82480	Dosaje de Colinesterasa; sérica	76.94
612	82482	Dosaje de Colinesterasa; en eritrocitos	76.94
613	82533	Dosaje de Cortisol; total	28.31
614	82550	Dosaje de Creatina quinasa (CK), [CPK]; total	15.19
615	82553	Dosaje de Creatina quinasa (CK), [CPK]; fracción MB solamente	18.58
616	82565	Dosaje de creatinina en sangre	13.35
617	82575	Dosaje de Creatinina; depuración	13.35
618	82637	Dosaje de Cianocobalamina (vitamina B-12)	29.57
619	82670	Dosaje de Estradiol	35.74
620	82679	Dosaje de Estrona	29.62
621	82728	Dosaje de Ferritina	34.41
622	82731	Dosaje de Fibronectina fetal, secreciones cervicovaginales, semicuantitativa	38.72
623	82803	Dosaje de Gases en sangre, cualquier combinación de pH, pCO2, pO2, CO2, HCO3 (incluyendo la saturación de O2 calculada)	64.59
624	82803.01	Dosaje de gases arteriales y electrolitos (dispositivo portátil)	55.88
625	82805	Dosaje de Gases en sangre, cualquier combinación de pH, pCO2, pO2, CO2, HCO3 (incluyendo la saturación de O2 calculada); con saturación de O2 por determinación directa, excepto la oximetría de pulso	57.70
626	82945	Dosaje de Glucosa en fluidos corporales, diferente de sangre	13.40
627	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	13.40
628	82948	Dosaje de Glucosa en sangre, tira reactiva	12.13
629	82950	Dosaje de Glucosa; después de una dosis de glucosa (incluye glucosa)	13.44
630	82951	Dosaje de Glucosa; prueba de tolerancia (GTT), tres muestras (incluye glucosa)	24.62
631	82955	Dosaje de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD); cuantitativa	13.40
632	82977	Dosaje de Glutamyl transferasa, gamma (GGT)	17.54



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
633	83001	Dosaje de Gonadotropina: Hormona folículo estimulante (FSH)	31.52
634	83002	Dosaje de Gonadotropina: hormona luteinizante (LH)	33.75
635	83010	Dosaje de Haptoglobina; cuantitativa	29.56
636	83013	Análisis de la prueba del aliento para Helicobacter Pylori mediante actividad de ureasa, con isótopo no-radioactivo (p. ej. C-13)	130.75
637	83036	Dosaje de hemoglobina glicosilada (A1C)	52.92
638	83521.01	Inmunoquímica (R. Estrógeno, R. Progesterona, Her 2, <I>57)	508.73
639	83525	Dosaje de Insulina; total	28.59
640	83540	Dosaje de Hierro	16.57
641	83605	Dosaje de lactato láctico (lactol)	17.77
642	83615	Dosaje de Lactato deshidrogenasa (LDL, LDH)	18.01
643	83655	Dosaje de Foma	71.60
644	83662	Prueba de madurez pulmonar fetal; ratio lecitina/esfingomielina (L/S)	72.13
645	83662	Evaluación de madurez pulmonar fetal; test de estabilidad de espuma	34.20
646	83690	Dosaje de Lipasa	18.57
647	83718	Determinación directa de lipoproteína de alta densidad (HDL colesterol)	18.05
648	83719	Determinación directa de lipoproteína de muy baja densidad (VLDL colesterol)	15.40
649	83721	Determinación directa de lipoproteína de baja densidad (LDL colesterol)	21.29
650	83735	Dosaje de Magnesio	14.15
651	83825	Dosaje de Mercurio; cuantitativo	45.53
652	83874	Dosaje de Mioglobina	170.72
653	83898	Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	420.87
654	83898.04	PCR identificación de múltiples patógenos respiratorios (virus y bacterias)	141.86
655	83898.05	PCR identificación de múltiples patógenos gastrointestinales (p.ej.: virus, bacterias y parásitos)	108.28
656	83898.06	PCR identificación de múltiples patógenos en hemocultivos (p.ej.: bacterias y levaduras)	68.13
657	83898.07	PCR identificación de múltiples patógenos en LCR (p.ej.: virus, bacterias y levaduras)	108.87
658	83950	Estudio de Oncoproteína, HER-2/NEU	1,245.66
659	83970	Dosaje de Parathormona (hormona paratiroidea)	64.54
660	83986	Análisis de pH; líquido corporal, excepto sangre	24.56
661	84075	Dosaje de fosfatasa alcalina	14.54
662	84095.01	Dosaje de Fosfopiruvato deshidrogenasa - Enzima	164.07
663	84100	Dosaje de Fósforo inorgánico (fosfato)	13.89
664	84132	Potasio; sérico, plasma o sangre total	24.87
665	84144	Dosaje de Progesterona	25.32
666	84145	Dosaje de Procalcitonina (PCT)	55.94
667	84146	Dosaje de Prolactina	37.53
668	84152	Dosaje de Antígeno prostático específico (PSA); complejos (medición directa)	31.46
669	84155	Proteínas totales, excepto refractometría, suero, alasma o sangre total	14.51
670	84155.01	Proteínas totales y fraccionadas	16.34
671	84157	Proteína total, excepto por refractometría, otra fuente (Ejemplo: líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo)	14.61
672	84165	Proteínas; fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis; suero	14.51
673	84180	Proteinuria de 24 horas	16.79
674	84181	Proteínas; Western blot, con interpretación e informe, para sangre u otro líquido corporal	734.85
675	84207	Piridoxal fosfato (vitamina B-6)	49.94
676	84402	Testosterona; libre	47.76



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032- 2019/MINSA (Soles)
577	84403	Testosterona; total	42.78
578	84436	Tiroxina; total	35.32
579	84439	Tiroxina; libre	31.55
580	84442	Tiroxina, globulina transportadora (TBC)	15.84
581	84443	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	32.55
582	84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)	14.51
583	84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)	14.39
584	84465.02	Saturación de transferrina	35.04
585	84478	Triglicéridos	15.40
586	84480	Triyodotironina T3; total (TT-3)	36.87
587	84481	Triyodotironina T3; libre	35.08
588	84484	Troponina, cuantitativa	45.71
589	84510	Tirosina	35.32
590	84512	Troponina, cualitativa	45.71
591	84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo	14.71
592	84550	Ácido úrico; en sangre	15.94
593	84560.01	Ácido úrico en orina 24 horas	16.38
594	84702	Gonadotropina coriónica (hCG); cuantitativa	35.12
595	84703	Gonadotropina coriónica (hCG); cualitativa	35.12
596	84704	Gonadotropina, coriónica (hCG); subunidad beta libre	39.51
597	84999	Procedimiento de análisis químico que no aparece en la lista	51.75
598	85002	Tiempo de sangría	12.51
599	85007	Frotis de sangre con examen microscópico con fórmula diferencial manual de leucocitos	19.16
700	85013	Microhematócrito por centrifugación	16.74
701	85014	Hematócrito	16.74
702	85018	Hemoglobina	19.16
703	85018.01	Hemoglobina con hemoglobímetro	19.28
704	85023	hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)	19.16
705	85025	Recuento sanguíneo completo automatizado, (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) fórmula diferencial automatizada de leucocitos	19.16
706	85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	19.16
707	85031	Hemograma completo, 3ra. generación (Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)	19.16
708	85032	Recuento sanguíneo manual (eritrocitos, leucocitos o plaquetas), cada uno	19.16
709	85044	Recuento manual de reticulocitos	15.19
710	85045	Recuento automatizado de reticulocitos	19.16
711	85049	Recuento automatizado de plaquetas	13.38
712	85060	Extendido de sangre periférica, interpretación e informe escrito por médico	19.23
713	85097	Interpretación del extendido de médula ósea	50.80
714	85378	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dímero D, cualitativo o semicuantitativo	43.92
715	85380	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dímero D, ultrasensible (p. ej. evaluación por tromboembolismo venoso), cualitativo o semicuantitativo	43.92
716	85384	Medición de actividad de fibrinógeno	17.33
717	85460	Hemoglobina fetal o eritrocitos fetales, para hemorragia materno-fetal; lisis diferencial (Kleihauer-Betke)	12.91
718	85590	Recuento de plaquetas	13.39



N°	Código CPMs (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
719	85593	Detección de Celulas LE	36.98
720	85610	Tiempo de protrombina	17.90
721	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	20.15
722	85652	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; automatizada	22.70
723	85730	Tiempo de tromboelastina parcial (PTT); en plasma o sangre entera	18.56
724	85000	Agutininas de fiebre (p. ej. Brucella, Francisella, Yersinia, fiebre Q, fiebre por garrapatas, Montañas Rosas, fiebre de los matorrales), cada antígeno	23.12
725	85007	Estudio de Brucella: 2-Mercaptoetanol	37.58
726	85008	Estudio de Brucella: Aglutinaciones, bloqueadores	35.01
727	85009	Estudio de Brucella: Rosa de bengala	25.15
728	85010	Estudio de Brucella: Fenómeno de zona	23.12
729	85038	Anticuerpos antinucleares (ANA)	38.00
730	85070	Pruebas cruzadas	31.52
731	85140	Proteína C reactiva	28.13
732	85147	Cardiolipina, anticuerpo, [fosfolípido], cada clase de Ig	42.45
733	85148	Anticuerpo anti-fosfatidilserina (fosfolípido)	36.94
734	85200	Anticuerpos Anti-Péptido citrulinado cíclico	48.71
735	85318	Inmunoensayo para anticuerpos contra agentes infecciosos, cualitativo o semicuantitativo, método de un solo paso (p. ej. tira reactiva)	37.81
736	86318.01	Detección cualitativa de anticuerpos por inmunocromatografía para VIH 1-2 y Treponema pallidum (prueba dual)	18.12
737	85320	Inmunolectroforesis, suero	35.05
738	85323	Inmunolectroforesis, otros líquidos (p. ej. orina, líquido cefalorraquídeo), con concentración	38.90
739	85328	Inmunoensayo para anticuerpo (s) para agente infeccioso, cualitativo o semicuantitativo, método de paso único (p.ej. tira reactiva); coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]); descripción larga; Inmunoensayo de anticuerpo para SARS-CoV-2 COVID-19 (descripción corta)	40.73
740	85361	Linfocitos T; recuento absoluto de CD4	164.44
741	85430	Factor reumatoideo, cualitativo	25.08
742	85431	Factor reumatoideo, cuantitativo	28.51
743	85580	Pruebas cutáneas, tuberculosis, intradérmica	36.56
744	85585	Prueba cutánea para tuberculosis con disco	36.56
745	85586	Prueba cutánea para otros antígenos especificados	15.62
746	85592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p. ej. VDRL, RPR, ART)	18.60
747	85593	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cuantitativa	25.59
748	85594	Anticuerpos antitiroideos - Anti TPO - Tiroglobulina	37.00
749	85611	Anticuerpos; Bartonella	17.39
750	85622	Anticuerpos; Brucella	17.39
751	85631	Anticuerpos; clamidia	25.78
752	85644	Anticuerpos; citomegalovirus (CMV)	34.91
753	86511.01	PCR cuantitativo citomegalovirus	361.98
754	85645	Anticuerpos; citomegalovirus (CMV), IgM	34.91
755	85677	Anticuerpos; Helicobacter pylori	24.75
756	85689	Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (p.ej., Western Blot)	174.54
757	85708	Detección de anticuerpos HIV 1-2	28.93
758	86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	16.64





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
759	85703.02	Detección cualitativa de antígeno y anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	19.95
760	85704	Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBCAb); total	29.55
761	85705	Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBCAb); anticuerpo IgM	32.06
762	85706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)	33.59
763	85707	Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBeAb)	32.29
764	85717	Anticuerpo contra; Leishmania	42.96
765	85747	Anticuerpo contra; parvovirus	38.76
766	85762	Anticuerpo contra; rubéola	34.91
767	86768	Anticuerpo contra; Salmonella	19.94
768	86777	Anticuerpo contra; toxoplasma	34.73
769	86778	Anticuerpo contra; toxoplasma, IgM	34.91
770	86780	Detección de Anticuerpo; Treponema pallidum	20.88
771	86780.01	Detección cualitativa treponémica de anticuerpos totales por inmunocromatografía para Treponema pallidum	15.44
772	86781	FTA - absorbido, prueba de confirmación Treponema pallidum	16.78
773	86787.01	Anticuerpo contra; varicella zoster IgM	29.73
774	86790	Anticuerpo contra; virus, no especificado en otro lugar	25.59
775	86790.01	Anticuerpo contra; dengue	41.03
776	86793	Anticuerpo contra; Yersinia	105.21
777	86803	Detección de anticuerpos hepatitis C	40.43
778	86803.01	Detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero	18.59
779	86812.06	Genotipo HLA-B*51, antígeno único	594.97
780	86812.07	Genotipo HLA-B*27, antígeno único	594.97
781	86849.01	Antígeno PP65 (para Citomegalovirus)	452.29
782	86849.06	Pruebas inmunocromatográficas para diagnóstico de malaria	26.50
783	86880	Prueba de aglutinina humana (prueba de Coombs); directa, cada antisuero	52.10
784	86886	Prueba de aglutinina humana (prueba de Coombs); indirecta, cada título de anticuerpo	66.84
785	86900	Tipificación de sangre; ABO	10.32
786	86901	Tipificación de sangre; Rh (D)	10.36
787	86920.01	Prueba cruzada	37.94
788	87015	Concentración (de cualquier tipo), para detectar agentes infecciosos	33.46
789	87040	Cultivo bacterial, en heces, aeróbico, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas (incluye cultivo anaeróbico, si es necesario)	36.73
790	87040.01	Hemocultivo con MIC	65.11
791	87045	Cultivo bacterial, en heces, aeróbico, con aislamiento e examen preliminar (Ejemplo: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shigella	32.60
792	87070	Cultivo bacterial, en cualquier fuente excepto orina, sangre o heces, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas	34.87
793	87072	Cultivo o método directo de identificación bacteriana, cada organismo, con kit comercial, cualquier fuente excepto orina	74.35
794	87077	Cultivo bacterial, aislamiento aeróbico, métodos adicionales, requeridos para la identificación definitiva, cada aislamiento	36.44
795	87081	Cultivo de organismos presuntamente patógenos, con propéatas de tamizaje solamente	47.75
796	87086	Urocultivo con recuento de colonias cuantitativo	43.52
797	87087	Urocultivo y antibiograma	43.52
798	87088	Urocultivo con aislamiento e identificación presuntiva de cada aislamiento	43.52



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1082-2019/MINSA (Soles)
799	87102	Cultivo de hongos (aspora o levadura), aislamiento, con identificación presuntiva de aislamientos; otra fuente (excepto sangre)	28.82
800	87110	Cultivo de micidia, cualquier fuente	43.93
801	87115	Radioscopia BK	17.24
802	87116	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p.e.) tuberculosis, AFB, micobacteria; cualquier fuente, con aislamiento e identificación presuntiva de aislamientos	77.46
803	87117	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p.e.) tuberculosis, AFB, micobacteria; concentración más aislamiento	182.30
804	87150	Cultivo, tipificación; identificación mediante prueba de ácido nucleico (DNA o RNA), técnica de amplificación, por cultivo o aislado, cada organismo evaluado	105.27
805	87158	Cultivo de tipificación; por otros métodos	768.43
806	87162	Cultivo de secreciones (faríngea, uretral, vaginal, esputo, heridas, otros)	37.25
807	87162.01	Toma de muestra, cultivo para ITS	21.38
808	87163	Cultivo de líquidos corporales (CR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	31.88
809	87177	Examen de frotis directo y de concentración para identificación de huevos y parásitos	18.04
810	87177.01	Estudio parasitológico en heces poris	19.52
811	87177.03	Método cuantitativo de Kato-Katz	18.80
812	87178	Test de Graham	16.74
813	87179	Examen coprológico funcional	19.03
814	87180	Investigación de strongiloides	21.24
815	87181	Estudios de sensibilidad a antibióticos; método de difusión en agar, por cada antibiótico (p.e.) cinta de gradiente de antibiótico)	59.67
816	87186	Estudios de sensibilidad antibiótica, agente microbiano; por microdilución o dilución en agar (concentración mínima inhibitoria o punto de eulibre), cada multi-antimicrobiano, por placa	139.67
817	87190	Estudios de sensibilidad antibiótica para micobacterias, método proporcional, cada agente	96.60
818	87205	Frotis de fuente primaria con interpretación, con coloración Gram o Giemsa o Wright para bacterias, hongos o tinción de células	16.95
819	87206	Frotis de fuente primaria con interpretación; tinción fluorescente y/o ácido-resistente para bacterias, hongos, parásitos, virus o tipos celulares	25.15
820	87207	Frotis de fuente primaria con interpretación, con tinción especial para cuerpos de inclusión o parásitos (p.e.) malaria, coccidios, microsporidios, tripanosomas, virus de herpes)	17.29
821	87210	Frotis con montaje húmedo para identificación de agentes infecciosos (p.e.) solución salina, tinta de la India, preparaciones de KOH)	17.37
822	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o ácaros (p.e.) sarna)	17.37
823	87230	Análisis de toxinas o anti-toxinas mediante cultivo de tejidos (p.e.) toxina de Clostridium difficile)	60.23
824	87270	Detección de antígenos de agentes infecciosos mediante técnica de inmunofluorescencia; Chlamydia trachomatis	61.37
825	87280	Detección de antígenos de agentes infecciosos mediante técnica de inmunofluorescencia; virus sincitial respiratorio	62.37
826	87299	Detección de agente infeccioso por inmunofluorescencia; no especificado de otra manera, cada organismo	78.22
827	87320	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varias pasadas; Chlamydia trachomatis	29.73





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032- 2019/MINSA (Soles)
828	87327	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; <i>Cryptococcus neoformans</i>	46.85
829	87340	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; hepatitis B antígeno de superficie (HBsAg)	31.79
830	87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie (HBsAg) del virus de la hepatitis B por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)	20.66
831	87351	Detección de AgE para hepatitis B (HBeAg)	31.29
832	87389	Detección de antígeno de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de pasos múltiples; antígeno(s) de HIV-1, con anticuerpos de HIV-1 y HIV-2, resultado único	170.56
833	87449	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; para un organismo no especificado en otro lugar	91.98
834	87522.01	Carga viral del virus de la hepatitis C (HCV)-PCR en tiempo real	434.77
835	87535	Detección cualitativa de ácidos nucleicos (ADN/ARN) de VIH-1 por PCR en tiempo real	182.98
836	87536	Determinación cuantitativa del ARN viral de VIH-1 por PCR en tiempo real	536.36
837	87556.01	Prueba rápida molecular para diagnóstico de la tuberculosis y resistencia a la rifampicina (RR)	335.44
838	87621	Detección de agente infeccioso por medio de ácidos nucleicos (ADN o ARN); Papillomavirus, humano, técnica de evaluación con amplificación	247.05
839	87635	Detección de agentes infecciosos por ácido nucleico (ADN o ARN); síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus (COVID-19)), técnica de sonda amplificada (descripción larga); SARS-COV-2 COVID-19 AMP PRB (descripción corta)	186.31
840	87797	Detección de agente infeccioso por medio de ácidos nucleicos (ADN o ARN); no especificado de otra forma, técnica de evaluación directa, cada organismo	201.47
841	87800.01	Carga viral del virus de la hepatitis B (HBV)-PCR en tiempo real	424.27
842	87800.03	Carga viral de citomegalovirus (CMV)-PCR en tiempo real	425.75
843	87906	Genotipificación del VIH-1 (susceptibilidad) a partir de ácido nucleico (ARN), incluye Integrasa	452.57
844	87999	Procedimiento microbiológico que no aparece en la lista	77.11
845	88014	Necropsia, examen macroscópico solamente; mortinato o recién nacido con cerebro	195.73
846	88104	Citopatología, líquidos, lavados o cepillados, excepto cervicales o vaginales; extendidos con interpretación	84.05
847	88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico	68.56
848	88141.01	Inspección Visual con ácido acético (IVAA)	64.28
849	88142	Citopatología, cervical o vaginal (cualquier sistema de informes), con recolección de material en líquido preservante, preparación automatizada de capa delgada, tamizaje manual supervisado por el médico	74.58
850	88150.01	Toma de muestra de Papanicolaou	22.79
851	88172	Estudio citohistológico inmediato de aspirado de aguja fina para determinar adecuación de la(s) muestra(s) para realizar diagnóstico, primera evaluación, cada sitio	71.13
852	88172.01	Biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF)	70.04



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
853	88173	Interpretación y reporte citopatológico de evaluación de aspirado de aguja fina	64.08
854	88210	Estudio citogenético	550.85
855	88233	Cultivo de tejidos para trastornos no neoplásicos; piel u otro tipo de biopsia de tejido sólido	142.41
856	88261	Análisis de cromosomas; recuento de 5 células, 1 cariotipo, análisis del patrón de bandas	530.12
857	88301	Nivel I: Estudio macro y microscópico de pieza operatoria	121.05
858	88312	Tinciones especiales, incluyendo interpretación y reporte: Gram ( para microorganismos (p. e.) ácido resistente, metenamina argéntica)	59.09
859	88314.01	Tinción hematoxilina - eosina	42.81
860	88318.03	Estudio histopatológico de pieza operatoria pequeña: Biopsia quirúrgica	90.45
861	88347	Estudio de inmunofluorescencia, cada anticuerpo; método indirecto	180.12
862	88366	Estudio de biopsia quirúrgica	94.31
863	89050	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. e.) líquido cefalorraquídeo, líquido de articulaciones), excepto sangre	46.56
864	89051	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. e.) líquido cefalorraquídeo, líquido de articulaciones), excepto sangre; con recuento diferencial	46.56
865	89055	Evaluación de leucocitos, en heces, cualitativo o semicuantitativo	34.57
866	89060.01	Test de Fern (prueba de helesco)	26.17
867	89240.01	Método de Laetia (Prueba de "Rama")	26.17
868	90371	Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG), humana, para uso intramuscular	17.48
869	90375	Inmunoglobulina antirrábica (RIG), humana, para uso intramuscular y/o subcutáneo	17.48
870	90399	Inmunoglobulinas que no aparecen en la lista	17.48
871	90471	Administración de inmunización (incluye inyecciones percutáneas, intradérmicas, subcutáneas, intramusculares y a chorro, y/o administración intranasal u oral); primera vacuna (única o combinación de vacuna y toxido)	18.10
872	90585	Vacuna viva del bacilo de Calmette-Guérin (BCG) para la tuberculosis, para uso percutáneo	22.56
873	90648	Vacuna contra el Hemophilus influenzae tipo B (Hib), conjugada PRP-T (esquema de 4 dosis), para uso intramuscular	30.61
874	90649.01	Vacuna contra el virus papiloma humano (VHPV), tipos 6, 11, 16 y 18 (tetavalente), 2 dosis, para uso intramuscular	54.47
875	90657	Vacuna del virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 6-35 meses de edad, para inyección intramuscular	29.64
876	90658	Vacuna del virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 3 años de edad o mayores, para inyección intramuscular	36.82
877	90670	Vacuna conjugada de neumococo, valente por 13, para uso intramuscular	89.44
878	90676	Vacuna de la rubeola, para uso intradérmico	65.02
879	90681	Vacuna para rotavirus humana, atenuado, esquema de 2 dosis, vivo, para uso oral	50.63
880	90701	Administración de DPT	22.04
881	90702	Toxoides de la difteria y del tétanos (DT), adsorbida, para individuos menores de 7 años, para uso intramuscular	21.94
882	90705	Toxide tetánico adsorbido, para uso intramuscular	21.94
883	90707	Vacuna viva de los virus del sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), para inyección subcutánea	33.71
884	90708	Vacuna viva de los virus del sarampión y rubeola, para inyección subcutánea	32.34
885	90712	Vacuna viva de poliovirus (cualquier tipo) (OPV), para uso oral	20.75





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
886	90713	Vacuna contra la poliovirus, inactivada (IPV), para uso subcutáneo o intramuscular	46.92
887	90714	Toxide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	81.03
888	90715	Vacuna para tétanos, toxide diftérico y vacuna acelular de pertusis (TDAP), cuando se administra a individuos de 7 años o más, para uso intramuscular	81.03
889	90716	Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	98.92
890	90717	Vacuna viva de la fiebre amarilla, para uso subcutáneo	29.56
891	90722	Vacuna DPT-HvB-HiB	26.03
892	90740	Vacuna contra Hepatitis B, dosis para paciente de diálisis o inmunosuprimido (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	22.00
893	90744	Vacuna de la hepatitis B, dosis pediátrica o pediátrica/adolescente (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	21.50
894	90746	Vacuna de la hepatitis B, dosis adulta (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	22.00
895	90749.01	Vacuna contra el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), uso intramuscular, dosis adulta desde 12 años en adelante	ND(****)
896	90780	Infusión intravenosa para diagnóstico o terapia, administrada por el médico o bajo su supervisión directa	80.52
897	90784	Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa	20.44
898	90801	Entrevista Psiquiátrica de diagnóstico	75.99
899	90804	Psicoterapia individual, en consultorio ambulatorio o hospitalización, orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento, que dura aproximadamente 45 a 60 minutos cara a cara con el paciente	54.61
900	90805	Atención Psiquiátrica con sesión de psicoterapia	76.12
901	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo	54.61
902	90806.01	Estudio psicológico inicial	54.65
903	90806.03	Reevaluación psicológica	54.65
904	90806.04	Evaluación psicológica (incluye aplicación de test de psicometría)	55.00
905	90806.05	Evolución psicológica	53.45
906	90806.05	Seguimiento en terapias	45.91
907	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia	53.25
908	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)	58.95
909	90849	Sesión de psicoterapia de grupo que incluye múltiples grupos familiares	78.85
910	90857	Psicoterapia interactiva de grupo	64.03
911	90850	Psicoterapia cognitivo conductual	74.40
912	90861	Terapia de relajación	34.44
913	90872	Taller de habilidades sociales	76.18
914	90887	Interpretación o explicación de los resultados de exámenes médicos, psiquiátricos y procedimientos, o de otro tipo de datos acumulados a la familia u otras personas responsables, o para informarles cómo ayudar a al paciente	40.54
915	91055.01	Citología de Esputo	63.95
916	91105	Lavado gástrico por sonda nasogástrica	54.85
917	91135	Tratamiento de várices gástricas con cianoacrilato, con fibroscopio c/s videocámara	539.02
918	91150	Escleroterapia de várices esofágicas con videoendoscopia	343.47
919	91154	Hemostasia endoscópica alta con Inyección c/s video	334.53
920	91158	Hemostasia endoscópica alta con probeta caliente	216.58



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
921	91136	Teraéutica endoscópica de lesiones vasculares con láser argón plasma	341.09
922	92001	Consulta oftalmológica de tipo completa con examen y evaluación médica e inicio de plan de diagnóstico y tratamiento en un paciente nuevo. El paciente requiere una evaluación completa en una o más visitas	43.88
923	92014	Consulta oftalmológica de tipo completa con examen y evaluación médica e inicio o continuación de plan de diagnóstico y tratamiento en un paciente continuador. El paciente requiere una evaluación completa en una o más visitas	43.88
924	92015	Determinación de estado de refracción	37.60
925	92016	Refracción y medición de la visión con cicloplejia	37.60
926	92020	Gonioscopia (procedimiento separado)	46.04
927	92083	Examen de cambios visuales, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe; examen extendido (Ejemplo: campos visuales de Goldmann con al menos 3 isópteras graficados y determinación estática dentro del 30 DFG) o perimetría umbral automatizada, Octopus programa G1, 32 o 42., analizador de campos visuales Humphrey con programas umbrales completos 30-2, 24-2 ó 30/60 21/Estudio de Campo visual - Campimetría y/o perimetría completa, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe	42.42
928	92100	Tonometría seriada (procedimiento separado) con múltiples medidas de la presión intraocular en un mismo día, durante un período extendido de tiempo, con interpretación e informe, el mismo día (p.ej. curva diurna o tratamiento médico de elevación aguda de presión intraocular)	29.97
929	92130	Tonografía con provocación por agua	46.93
930	92133	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento posterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral; nervio óptico TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO POSTERIOR (NRV O ÓPTICO) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	106.48
931	92225	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (p. ej. por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, inicial	38.39
932	92226	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (p. ej. por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, subsiguiente	38.39
933	92250	Fotografía de fondo con interpretación y reporte (Fondo de ojo)	48.79
934	92277	Ultrabiomicroscopio (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	64.17
935	92268	Potenciales evocados	108.23
936	92390	Provisión de anteojos. Se excluye prótesis para alfarje y ayudas para visión baja	175.13
937	92504	Microscopio binocular (procedimiento diagnóstico separado)	124.82
938	92507	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo: individual	39.44
939	92508	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo: 2 o más individuos	64.87
940	92511	Nasofaringolaringoscopia con endoscopia (procedimiento separado)	243.40
941	92553	Audiometría de tonos puros transmitidos por aire y hueso	61.67
942	92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla (combinación de 92553 y 92556)	69.42
943	32528	Colocación percutánea transcatheter de stent intracoronario(s) con angioplastia coronaria, cuando se realice: arteria coronaria mayor o rama única	9,316.54
944	32977	Trombolisis coronaria; por infusión intravenosa	2,820.17
945	33000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe	38.50



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (**) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
946	93025	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos, trazado solamente, sin interpretación e informe	30.98
947	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente	38.50
948	93015	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; con supervisión médica, con interpretación e Informe	58.00
949	93040	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones, con interpretación e informe	30.98
950	93224	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; incluye registro, análisis del registro con reporte, revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado/Registro Electrocardiográfico externo (monitoreo Holter) de 24 horas	115.64
951	93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado	37.35
952	93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso; supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado	37.35
953	93230	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro continuo de las ondas originales del ECG y su almacenamiento sin barrido por registro sobrepuesto, mediante un dispositivo capaz de producir una tira impresa completa y en miniatura; incluye el registro, análisis con microprocesador e informe, revisión e interpretación médicas	86.65
954	93303	Ecocardiografía transtorácica para anomalías cardíacas congénitas, completa	143.41
955	93306	Ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D); incluye registro en modo M, cuando se realice, completo, con ecocardiografía Doppler espectral, y con ecocardiografía de flujo Doppler color	119.28
956	93307	Ecocardiografía transtorácica, en tiempo real con documentación de la imagen (2D) con o sin registro en modo M, cuando se realice, completa, sin ecocardiografía espectral o Doppler color	143.41
957	93355	Ecografía, transesofágica, para guía de intervenciones estructurales transcater intra cardíaco o de grandes vasos	161.52
958	93542	Cateterismo venoso central	750.98
959	93556	Angiografía coronaria selectiva (***)	1,807.63
960	93784	Control ambulatorio de la presión arterial, mediante un sistema tal como una cinta magnética o y/disco de computador, durante 24 horas o más; incluye el registro, análisis por barrido, interpretación e informe	74.65
961	93870	Estudio no invasivo de arterias carótidas, imagen	172.78
962	93886	Estudio transcraneal Doppler de las arterias intracraneales; estudio completo	170.01



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
963	93922	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales limitados de arterias de miembros superiores o inferiores. (Ejemplo: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedis más registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedis más pletismografía de volumen en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorsales pedis con medición de tensión de oxígeno transcutánea en 1-2 niveles)	82.69
964	93923	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales completos de arterias de miembros superiores o inferiores, 3 o más niveles (Ejemplo: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedis más presión arterial segmentaria con registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedis más pletismografía de volumen en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorsales pedis más mediciones segmentarias transcutáneas de tensión de oxígeno en 3 o más niveles) o estudio de nivel único con maniobras funcionales de provocación (ejemplo: mediciones con pruebas provocativas posturales, o mediciones con hipermemia reactiva)	82.69
965	93965	Estudios fisiológicos no invasivos de las venas de las extremidades, estudio bilateral con (o sin) análisis de forma de onda Doppler con respuestas a la compresión y otras maniobras, fleborreografía, pletismografía de impedancia)	82.69
966	94002	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación/internamiento, día inicial	313.63
967	94003	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación/internamiento, cada día subsiguiente	252.17
968	94010	Espirometría, incluyendo reporte gráfico, capacidad vital total y por tiempo, mediciones de flujo espiratorio, con o sin ventilación voluntaria máxima	98.25
969	94520	Prueba de esfuerzo pulmonar; simple (Ejemplo: prueba de caminata de 6 minutos, prueba de ejercicio prolongado para broncoespasmo con espirometría y oximetría previa y posterior)	38.54
970	94640	Tratamiento por inhalación con o sin presión para tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos (p.e.) con generador de aerosol, nebulizador, inhalador dosificado, o dispositivos de presión intermitente positiva)	48.58
971	94656	Ayuda y manejo de la ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para la respiración asistida o controlada	252.17
972	94667	Demonstración y/o evaluación iniciales de la manipulación de la pared torácica, tal como ecopaco, percusión y vibración para facilitar la función pulmonar	124.71
973	94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinación	21.19
974	94761	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; múltiples determinaciones (Ejemplo: durante el ejercicio)	29.85
975	94799.02	Oxigenoterapia	28.43
976	95812	Monitoreo extendido de electroencefalograma (EEG); 41-60 minutos	142.23
977	95822.04	Monitoreo de electroencefalograma (EEG); de 180 minutos	326.18
978	95822.05	Monitoreo de electroencefalograma (EEG); de 4 horas	419.03



N°	Código CPMS (**)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (**) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
979	95812.06	Monitoreo de electroencefalograma (EEG) de 6 horas	601.83
980	95860	Electromiografía con aguja de una extremidad con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	114.45
981	95861	Electromiografía con aguja de 2 extremidades con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	145.09
982	95900	Estudio de conducción, amplitud y latencia/velocidad nerviosos	57.25
983	95904	Estudio de velocidad, amplitud y latencia de conducción nerviosa, nervio sensitivo	57.25
984	95930	Pruebas del sistema nervioso central mediante potenciales evocados visuales (VEP), tablero cuadrículado o destello	185.49
985	96008	Análisis postural estático	16.49
986	96100	Evaluación psicológica; incluye evaluación psicodiagnóstica de personalidad, psicopatología, emocionalidad, habilidades intelectuales (p. ej., WAIS-R, Rorschach, MMPI)	54.61
987	96100.02	Orientación y consejería psicológica	29.83
988	96100.05	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo	61.22
989	96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	113.40
990	96111	Pruebas de Desarrollo (incluya evaluaciones del funcionamiento motor, del lenguaje, social, adaptativo, y/o cognitivo mediante instrumentos de desarrollo estandarizados) con interpretación y reporte	69.13
991	96115	Examen de estado neuroconductivo (evaluación clínica del pensamiento, razonamiento, criterio, p. ej. conocimiento adquirido, atención, memoria, habilidades visuales espaciales, funciones de lenguaje, planificación)	69.13
992	96118	Pruebas neuropsicológicas (p. ej. Bateria neuropsicológica Halstead-Reitan, escalas de memoria de Wechsler y prueba de ordenamiento de cartas de Wisconsin), por hora del psicólogo o del médico, tanto en contacto cara a cara con el paciente para la administración de las pruebas al paciente, como por el tiempo interpretación de los resultados de la prueba y de preparación de reporte	67.77
993	96150	Evaluación de salud y comportamiento [Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud], por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial	41.31
994	96150.01	Tamizaje de salud mental en violencia	40.35
995	96150.02	Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas	40.35
996	96150.03	Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos	40.35
997	96150.04	Tamizaje de salud mental en psicosis	40.35
998	96150.05	Tamizaje de salud mental en habilidades sociales	40.35
999	96154	Intervención en salud y comportamiento, por cada 15 minutos, de contacto cara a cara: familia (con el paciente presente)	46.46
1000	96361	Infusión intravenosa, hidratación; inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	80.52
1001	96365	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, hasta 1 hora	80.52
1002	96366	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	101.23
1003	96367	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión secuencial adicional, hasta 1 hora (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	80.52
1004	96368	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión concurrente (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	80.52



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1005	96372	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); subcutánea o intramuscular	20.23
1006	96379	Inyección o infusión intraarterial o intravenosa terapéutica, profiláctica o diagnóstica no mencionada	20.23
1007	96905	Fototerapia - actinoterapia (luz ultravioleta)	48.95
1008	97001	Evaluación de terapia física	34.23
1009	97002	Reevaluación de terapia física	34.23
1010	97003	Evaluación de terapia ocupacional	58.66
1011	97004	Re-evaluación de terapia ocupacional	44.47
1012	97005	Evaluación del entrenamiento atlético	26.98
1013	97006.01	Evaluación del tono muscular	26.98
1014	97006.04	Confección de férulas y ortesis simples	57.02
1015	97007	Aplicación de tanque Whirlpool (incluye procedimiento terapéutico); hidroterapia en tanque de Whirlpool (MMII) por sesión	31.49
1016	97008	Terapia del complejo orofacial/sesión	42.53
1017	97009	Terapia de lenguaje/sesión	37.94
1018	97010	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; compresas calientes o frías	48.78
1019	97012.01	Terapia para mejorar tono muscular para la succión en RN	35.45
1020	97025	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; rayos infrarrojos	48.72
1021	97028	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; luz ultravioleta	48.53
1022	97032	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (manual), cada 15 minutos	53.44
1023	97039	Modalidad que no aparece en la lista (especifique el tipo y la duración si el paciente es atendido en forma constante). L): Revisión de ortéticos/calzados o topédico	26.43
1024	97110	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; ejercicios terapéuticos para desarrollar fuerza, resistencia, gama de movimiento o flexibilidad	20.89
1025	97112	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; readaptación neuromuscular del movimiento, equilibrio, coordinación, sentido quinestésico, postura y propiocepción para actividades en posición de pie y/o sentado	48.85
1026	97116	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; entrenamiento de la marcha (incluyendo subir escaleras)	50.56
1027	97124	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; masaje, incluyendo fricción (Effleurage), compresión (Petrissage), percusión	51.64
1028	97139.01	Fisioterapia de suelo pélvico	33.78
1029	97521	Prueba para la evaluación de la fuerza (fuerza máxima, resistencia muscular)	26.44
1030	97522	Prueba para la evaluación de la flexibilidad	26.43
1031	97525	Prueba para la evaluación de la cualidades físicas no especificado (p.ej., acelerómetro, etc.)	20.81
1032	97527	Prueba de evaluación de antropometría (bioimpedancia)	19.52
1033	97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos	33.79
1034	97532	Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, memoria, resolución de problemas, (incluye entrenamiento compensatorio), contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos	57.42
1035	97533	Técnicas de integración sensorial para mejorar el procesamiento sensorial y promover la respuesta adaptativa a las demandas del ambiente, contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos	42.27



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1036	97535	Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (Ejemplo: actividades cotidianas (ADL)) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos	50.63
1037	97535.01	Terapia ocupacional grupal	57.30
1038	97537	Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (Ejemplo: compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajo no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos	52.12
1039	97537.01	Rehabilitación profesional: Entrenamiento para la inserción laboral	58.73
1040	97537.02	Entrenamiento para la inserción/reinserción social	58.73
1041	97703	Revisión final para el uso de dispositivos ortóticos/protésicos, paciente establecido, cada 15 minutos	22.88
1042	97750	Prueba o medición del rendimiento físico (p. ej. musculoesquelético, capacidad funcional), con reporte escrito, cada 15 minutos	34.70
1043	97755	Evaluación de la tecnología de asistencia (Ejemplo: para restaurar, aumentar o compensar las actuales funciones, optimizar las tareas funcionales y/o maximizar la accesibilidad al entorno), contacto directo uno-a-uno con el proveedor, con el informe escrito, cada 15 minutos	36.77
1044	97770	Terapia de aprendizaje	46.68
1045	97785	Desgastamiento muscular	56.29
1046	97787	Terapia física del dolor	40.27
1047	97789	Servicio o procedimiento de medicina física/rehabilitación no listado	49.60
1048	97799.01	Fisioterapia respiratoria	33.15
1049	97799.02	Fisioterapia cardiovascular	33.15
1050	97810	Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, 15 minutos Iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente	51.69
1051	98960	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador/familiar), cada 30 minutos; paciente individual	34.31
1052	98966	Evaluación telefónica y gestión de los servicios prestados por personal profesional de salud no médico calificado a un paciente conocido, padre, o tutor, pero que no se origina en un servicio de evaluación y manejo proporcionado en los 7 días previos, ni que conduce a un servicio de evaluación y manejo dentro de las 24 horas siguientes o en la cita más prontamente disponible; 5-10 minutos de discusión médica	36.91
1053	U0901	Laserterapia	34.35
1054	U0908	Bioenergética	33.47
1055	99000	Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde el consultorio médico a un laboratorio	97.43
1056	99001	Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde un lugar que no es el consultorio médico, a un laboratorio (se puede indicar la distancia)	97.43
1057	99173	Prueba de agudeza visual, cuantitativa, bilateral	26.62
1058	99188.01	Colocación de sonda orogástrica/nasogástrica	80.44
1059	99193	Infiltración intraarticulares mayores	79.51
1060	99194	Infiltración intraarticulares menores	64.65
1061	99195	Flebotomía terapéutica (procedimiento separado)	33.51
1062	99199.01	Riesgo quirúrgico	44.37
1063	99199.08	Seguimiento clínico y bacteriológico mensual de la persona hasta el término de tratamiento según esquema	28.40



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1064	99199.09	Solicitud de exámenes auxiliares: baciloscopias, cultivos, pruebas de sensibilidad rápidas y convencionales, radiología de tórax, PPD	76.68
1065	99199.11	Administración de tratamiento	16.51
1066	99199.12	Administración de terapia preventiva para tuberculosis (TPTB)	84.49
1067	99199.13	Administración de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC)	31.36
1068	99199.14	Administración de tratamiento preventivo/ardiláctico para recién nacido, hijo de madre VIH (+)	84.70
1069	99199.15	Lactancia artificial a RN de madre VIH (+)	269.52
1070	99199.16	Obtención/toma de muestra para ITS/VIH/HV8	70.38
1071	99199.17	Suplementación con hierro	73.15
1072	99199.18	Suplementación de ácido fólico	17.78
1073	99199.19	Suplementación de multimicronutrientes	28.59
1074	99199.2	Entrega de resultados de mamografía	24.16
1075	99199.21	Entrega de TAR	19.06
1076	99199.22	Tamizaje de la presión arterial	21.06
1077	99199.23	Estratificación del riesgo cardiovascular global	33.88
1078	99199.26	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	20.68
1079	99199.27	Suplementación de vitamina A	16.93
1080	99199.28	Profilaxis antiparasitaria	18.57
1081	99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I	33.48
1082	99201.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo, nivel de atención I (evaluación y manejo inicial de daños identificados)	33.48
1083	99201.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo, nivel de atención I (diagnóstico precoz de patologías congénitas)	33.48
1084	99202	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención II	33.48
1085	99203	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención III	33.48
1086	99204	Consulta ambulatoria prolongada para la evaluación y manejo de un paciente hospitalario	60.70
1087	99205	Atención de enfermería en I nivel de atención	22.84
1088	99206.01	Atención de enfermería en I nivel de atención (administración de tratamiento)	80.51
1089	99205	Atención de enfermería en I nivel de atención	69.42
1090	99205.03	Administración de tratamiento supervisado de TB sensible	20.33
1091	99205	Atención de enfermería en I, III nivel de atención	22.84
1092	99206.02	Administración de tratamiento supervisado de TB multidrogorresistente	41.46
1093	99207	Atención en salud mental	43.03
1094	99207.01	Intervención individual de salud mental	47.25
1095	99207.02	Intervención en grupo de salud mental	71.09
1096	99207.03	Evaluación clínica	28.04
1097	99207.04	Psicoeducación al paciente	30.43
1098	99207.05	Identificación de riesgos psicosociales	22.92
1099	99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	39.53
1100	99208.01	Administración y uso de métodos anticonceptivos	35.60
1101	99208.02	Provisión de preservativos masculino	37.96
1102	99208.03	Provisión de lubricantes	35.02
1103	99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual	37.82
1104	99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral	33.57
1105	99208.06	Provisión de preservativos femeninos	81.57
1106	99208.08	Atención en el método de abstinencia periódica ritmo	31.70
1107	99208.09	Atención en el método de abstinencia periódica Billings	51.70





N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1108	99208.1	Atención en el método de los días fijos (MDF)/Collar	31.70
1109	99208.11	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE	36.14
1110	99208.12	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno	35.38
1111	99208.13	Administración y uso del método oral combinado	34.65
1112	99208.14	Evaluación de riesgo reproductivo	33.48
1113	99209	Atención en nutrición	27.02
1114	99209.01	Evaluación del perímetro abdominal	21.45
1115	99209.02	Control y evaluación nutricional (IMC) registro individual	24.98
1116	99209.03	Control y evaluación nutricional (evaluación del PAB)	24.98
1117	99209.04	Evaluación nutricional antropométrica	24.98
1118	99210	Atención de servicio social	35.37
1119	99210.04	Seguimiento social	27.72
1120	99210.05	Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros	21.86
1121	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I	28.04
1122	99211.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños agudos)	28.04
1123	99211.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños crónicos)	28.04
1124	99212	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador nivel II	28.04
1125	99213	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador nivel III	28.04
1126	99214	Evaluación médica	28.04
1127	99214.01	Evaluación/Reevaluación médica en medicina de rehabilitación	33.48
1128	99214.06	Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento	61.02
1129	99214.07	Evaluación del pie diabético	41.60
1130	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador	33.48
1131	99215.02	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador de rehabilitación	44.37
1132	99216	Atención en consultorio de enfermería	41.93
1133	99218	Monitoreo de soporte nutricional/día	24.38
1134	99219	Evaluación y manejo iniciales por día de un paciente en observación que requiere estos tres elementos clave: una anamnesis completa; un examen físico completo; una toma de decisiones médica de moderada complejidad. Se provee consejería y/o coordinación de la atención con otros proveedores u organismos de manera consistente con la naturaleza del problema (s) y las necesidades del paciente y/o la familia. Usualmente, el(los) problema(s) de salud que generaron el ingreso a observación son de moderada gravedad	116.33
1135	99220	Evaluación y manejo iniciales por día de un paciente en observación que requiere estos tres elementos clave: una anamnesis completa; un examen físico completo; una toma de decisiones médica de complejidad alta. Se provee consejería y/o coordinación de la atención con otros proveedores u organismos de manera consistente con la naturaleza del problema (s) y las necesidades del paciente y/o la familia. Usualmente, el(los) problema(s) de salud que generaron el ingreso a observación son de gravedad alta	149.93
1136	99221	Cuidados hospitalarios iniciales	441.24
1137	99231	Atención paciente-día hospitalización continuada	392.99
1138	99231.02	Atención paciente-día hospitalización especializada continuada en Cardiología	392.99



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1139	99231.11	Atención paciente día hospitalización especializada continuada en Ginecología	402.17
1140	99231.15	Atención paciente día hospitalización especializada continuada que no está especificada	392.99
1141	99231.16	Atención paciente día hospitalización continuada en Ginecología y Obstetricia	402.17
1142	99233	Atención en tópico	34.57
1143	99234	Evaluación y manejo subsiguientes de un paciente hospitalizado o en observación, incluyendo la admisión y el alta en un mismo día	387.26
1144	99235	Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes)	387.26
1145	99236	Atención en sala de Shock/Trauma	573.38
1145	99241	Interconsulta de hospitalización	96.49
1147	99242	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, para diagnóstico	31.44
1148	99243	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad leve	31.44
1149	99244	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad moderada	42.33
1150	99245	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad severa	42.33
1151	99246	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos	33.48
1152	99246.01	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Pediatría	33.48
1153	99246.02	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Gineco-Obstetricia	33.48
1154	99247	Consulta médica especializada/subespecializada de 30 minutos	44.37
1155	99249	Consulta médica especializada/subespecializada de 60 minutos	77.03
1156	99251	Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra hospitalizado o en un institución donde recibe cuidados para diagnóstico	31.44
1157	99252	Consejería nutricional de niños en riesgo	42.38
1158	99253	Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra hospitalizado o en un institución donde recibe cuidados de gravedad moderada	42.33
1159	99254	Interconsulta especializada en hospitalización	96.11
1160	99255	Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra hospitalizado o en un institución donde recibe cuidados intensivos	96.11
1161	99262	Día paciente en hospitalización general (incluye admisión y alta)	375.49
1162	99263	Día paciente en hospitalización de cuidados intermedios (incluye admisión y alta)	850.98
1163	99281	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada al problema, examen clínico focalizado al problema, decisión médica simple y directa, usualmente el problema es autolimitado y de menor complejidad (Prioridad IV)	73.48
1164	99282	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida del problema, examen clínico focalizado-extendido del problema, decisión médica de baja complejidad, usualmente el problema es de baja severidad. (Prioridad III)	77.56
1165	99283	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida	73.48



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
		del problema, examen clínico focalizado-extendido del problema decisión médica de moderada complejidad, usualmente el problema es de moderada severidad. (Prioridad III)	
1166	99284	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida del problema, examen clínico detallado-extendido del problema, decisión médica de moderada complejidad, usualmente el problema es de alta severidad y requiere de evaluación urgente por el médico, pero no pone en riesgo inmediato a la vida. (Prioridad II)	133.22
1167	99284.01	Manejo Inicial Consulta en emergencia problema es de alta severidad y requiere de evaluación urgente por el médico pero no pone en riesgo inmediato a la vida. (Prioridad II)	142.28
1168	99285	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia focalizada extendida del problema, examen clínico completo del problema decisión médica de alta complejidad usualmente el problema es de de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (Prioridad I)	217.80
1169	99285.01	Manejo Inicial Consulta en emergencia problema de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (Prioridad I)	189.54
1170	99285.02	Evaluación y manejo inicial en la Clave Roja (emergencia obstétrica)	271.41
1171	99285.03	Evaluación y manejo inicial en la Clave Azul (emergencia obstétrica)	207.78
1172	99285.04	Evaluación y manejo inicial en la Clave Amarilla (emergencia obstétrica)	205.99
1173	99293	Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente	1,417.96
1174	99295	Atención en unidad de cuidados intensivos, día paciente	1,417.96
1175	99296	Evaluación y manejo subsiguiente por día de un paciente críticamente enfermo de 28 o menos días de edad	1,382.78
1176	99299	Monitoreo de soporte ventilatorio invasivo/día	194.07
1177	99300	Monitoreo de soporte ventilatorio no invasivo/día	698.56
1178	99305	Atención paciente-día cuidados intermedios	1,149.08
1179	99324	Evaluación y manejo de un paciente nuevo en asilos, casas de reposo, hogares de pacientes de adulto mayor, hogares infantiles, orfanatos, guarderías o similares	78.26
1180	99342	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de moderada severidad	165.01
1181	99343	Visita médica domiciliar especializada	131.31
1182	99344	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo, de elevada severidad	234.81
1183	99351	Consulta de atención preventiva de ITS/VIH a población clave	47.93
1184	99366	Reunión del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (participación de profesional no médicos de la salud), frente a frente con el paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más	269.86
1185	99367	Junta médica del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, (participación de médicos) sin la presencia del paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más	133.72
1186	99381	Atención integral de salud del niño; CRED menor de 1 año	52.17
1187	99381.01	Atención integral de salud del niño; CRED neonato	52.17
1188	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	52.17
1189	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	52.17
1190	99384	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adolescente (12 a 17 años)	43.31
1191	99385	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el joven (18 a 29 años)	44.37



**SaludPOL**  
 www.saludpol.org.pe | www.facebook.com/saludpolbaron



**HOSPITAL REGIONAL  
 ELEAZAR CUZMÁN  
 BARRÓN**

N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1192	99385.02	Atención preconcepcional (18 a 39 años)	44.37
1193	99386	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto (30 a 59 años)	44.37
1194	99386.02	Atención preconcepcional (> 40 años)	44.37
1195	99385.03	Examen clínico de mama	52.52
1196	99385.04	Examen tacto rectal	53.01
1197	99387	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto mayor (60 años)	44.57
1198	99394	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adolescente (12 a 17 años)	43.63
1199	99396	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adulto (30 a 59 años)	33.63
1200	99401	Consejería en medicina preventiva, provisión de intervenciones sanitarias para la reducción de factores de riesgo, proporcionados al individuo, durando aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)	33.32
1201	99401.02	Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva, Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche	26.27
1202	99401.03	Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 05 meses	26.27
1203	99401.04	Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical	26.27
1204	99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	29.99
1205	99401.06	Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	25.72
1206	99401.07	Consejería en inmunizaciones	26.78
1207	99401.08	Consejería de identificación de signos de alarma	26.27
1208	99401.1	Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar	25.72
1209	99401.11	Consejería para la prevención de accidentes	26.02
1210	99401.12	Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras)	25.72
1211	99401.13	Consejería en estilos de vida saludable	25.14
1212	99401.15	Consejería en habilidades sociales	32.86
1213	99401.16	Consejería en salud ocular	25.14
1214	99401.17	Consejería y acompañamiento en alimentación con sucedáneos de leche materna a neonatos expuestos al VIH	25.06
1215	99401.18	Consejería en salud bucal	25.14
1216	99401.19	Consejería para el autocuidado	34.10
1217	99401.2	Consejería y orientación en el uso racional de medicamentos al individuo, familia y comunidad	25.34
1218	99401.21	Consejería en fomento de la integración social	35.10
1219	99401.22	Consejería en uso del tiempo libre y participación en círculos de adultos mayores	26.02
1220	99401.23	Consejería en riesgo de consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias psicoactivas	26.02
1221	99401.24	Consejería en higiene de manos	25.02
1222	99401.25	Consejería en pautas de crianza, buen trato, comunicación y cuidados adecuados	26.02
1223	99401.26	Consejería en resiliencia	32.21
1224	99401.27	Consejería en deberes y derechos, equidad de género, interculturalidad	26.02
1225	99401.28	Consejería en paternidad responsable	26.02
1226	99401.3	Consejería en prevención de enfermedades transmisibles	25.59
1227	99401.31	Consejería en prevención de enfermedades no transmisibles (p. ej., diabetes, hipertensión, osteoporosis, entre otras)	25.59
1228	99401.32	Consejería en medicina alternativa y complementaria - MAC	26.02





N°	Código CPM5 (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1229	99401.33	Consejería pretest para VIH	25.06
1230	99401.34	Consejería posttest para VIH - resultado No reactivo	25.06
1231	99401.35	Consejería en fortalecimiento del cuidado psicoafectivo y prevención de la depresión post parto (a los 7 días después del parto)	26.27
1232	99401.36	Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria	25.14
1233	99401.37	Consejería preventiva en factores de riesgo por exposición a metales pesados y otras sustancias químicas.	25.14
1234	99402	Consejería en medicina preventiva; provisión de intervenciones sanitarias para la reducción de factores de riesgo, proporcionados al individuo, durante aproximadamente 30 minutos (p. ej. planificación familiar)	33.72
1235	99402.02	Consejería en prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro, hiperglicemia y dislipidemia	31.18
1236	99402.03	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	26.53
1237	99402.04	Orientación/consejería en planificación familiar	26.53
1238	99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B	26.53
1239	99402.06	Orientación/consejería en perimenopausia, menopausia y climaterio	26.53
1240	99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	26.53
1241	99402.09	Consejería de prevención de riesgos en salud mental	37.86
1242	99402.1	Consejería en problemas de violencia, abuso sexual, abandono	25.14
1243	99402.11	Orientación/consejería en cultura de paz	26.02
1244	99402.12	Orientación/consejería de prevención de violencia basada en género	25.14
1245	99402.14	Consejería en promoción del buen trato y salud mental	25.14
1246	99402.16	Consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)	32.10
1247	99402.17	Consejería de actividad física	26.02
1248	99403	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p. ej. consejería nutricional)	60.82
1249	99403.01	Consejería nutricional: alimentación saludable	24.75
1250	99403.03	Consejería posttest para VIH - resultado reactivo	25.06
1251	99404	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 60 minutos	48.11
1252	99404.01	Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)	25.45
1253	99411	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 30 minutos	32.13
1254	99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Areas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. En menor de 1 año	29.94
1255	99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Areas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. 1 a 4 años	29.94
1256	99412.01	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Estimulación Prenatal	26.75
1257	99412.02	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica	31.82
1258	99431	Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	76.08
1259	99431.01	Identificación de hipoacusia	45.20
1260	99431.02	Identificación de catarata congénita	45.20
1261	99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado	65.73
1262	99436	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto	103.89
1263	99436.02	Contacto piel a piel del recién nacido con la madre	18.23



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N°1032-2019/MINSA (Soles)
1264	99442	Transporte asistido de paciente o herido con asistencia médica básica y condiciones especiales para el traslado	212.12
1265	99443	Transporte asistido de paciente o herido en estado crítico o de alto riesgo que requieren asistencia médica avanzada durante el traslado	222.96
1266	99480	Atención inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la evaluación y manejo del recién nacido normal	91.15
1267	99499.01	Teleconsulta en Línea	42.87
1268	99499.02	Teleecografía en Línea	53.91
1269	99499.04	Teleecografía + Teleconsulta en Línea	53.91
1270	99499.05	Tele radiografía fuera de Línea	31.83
1271	99499.05	Teletomografía fuera de Línea	53.91
1272	99499.07	Telemamografía fuera de Línea	37.35
1273	99499.08	Teleorientación sincrónica	27.96
1274	99499.09	Teleorientación asincrónica	31.83
1275	99499.1	Telemonitoreo	37.35
1276	99499.11	Teleinterconsulta sincrónica	60.81
1277	99499.12	Teleinterconsulta asincrónica	49.77
1278	99502	Visita domiciliaria para cuidado y evaluación neonatal	153.28
1279	99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y de cuidado personal	88.43
1280	99510	Visita domiciliaria para el individuo, la familia ó consejo matrimonial	169.93
1281	99562	Nutrición parenteral por día	567.98
1282	99600	Servicios o procedimientos en visita domiciliaria	61.81
1283	99600.01	Búsqueda de contactos en visita domiciliaria	77.71
1284	99700	Referencia/derivación a E.S. con capacidad resolutoria	63.00
1285	99701	Contrarreferencia	64.73
1286	D0120	Evaluación oral periódica; paciente continuador	35.76
1287	D0140	Consulta estomatológica no especializada	35.76
1288	D0150	Evaluación oral comp etc	35.76
1289	D0160	Consulta estomatológica especializada	35.76
1290	D0220	Radiografía intraoral antapical	39.10
1291	D0240	Radiografía intraoral oclusal	39.10
1292	D0270	Radiografía bitewing	39.10
1293	D1110	Profilaxis dental	43.68
1294	D1206	Aplicación flúor pastiz	48.90
1295	D1208	Aplicación tópica de flúor gel	44.64
1296	D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	28.18
1297	D1330	Instrucción de higiene oral (H/O)	39.75
1298	D1351	Aplicación de sellante - por diente	53.81
1299	D2330	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentales anteriores (primarias o permanentes)	61.28
1300	D2331	Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	78.47
1301	D2332	Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	88.87
1302	D2335	Restauraciones fotocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes)	95.67
1303	D2350	Restauración fotocurable de resina en toda la corona de piezas anteriores (primarias o permanentes)	115.86
1304	D2391	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posterior (primarias o permanentes)	61.28



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1032-2019/MINSA (Soles)
1305	D2392	Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	89.27
1306	D2393	Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	94.27
1307	D2394	Restauraciones fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	99.67
1308	D3110	Recubrimiento pulpar directo	63.18
1309	D3120	Recubrimiento pulpar indirecto	63.18
1310	D3220	Pulpotomía	58.68
1311	D3221	Apertura cameral	56.50
1312	D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis	58.10
1313	D3230	Pulpectomía anterior dientes deciduo	63.19
1314	D3240	Pulpectomía posterior diente deciduo	63.19
1315	D3310	Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores vitales	76.39
1316	D3320	Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides vitales	81.78
1317	D3330	Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores vitales	87.18
1318	D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular, acceso no quirúrgico	111.29
1319	D3332	Terapia endodóntica incompleta, diente inoperable, sin posibilidad de restauración o fracturado	111.29
1320	D3333	Reparación de la raíz interna por defectos de perforación	111.29
1321	D3346	Retratamiento de endodondia en piezas dentaria anteriores	111.29
1322	D3347	Retratamiento de endodondia en piezas dentarias bicúspides	111.29
1323	D3348	Retratamiento de endodondia de piezas dentarias posteriores	111.29
1324	D3351	Apexificación visita inicial	58.66
1325	D3352	Apexificación remplazo de medicación provisional	69.68
1326	D3353	Apexificación visita final /Apicoformación/ recalcificación - visita final (incluye terapia de canal radicular completa - cierre apical/ reparación calcificar de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	66.77
1327	D4210	Gingivectomía - gingivoplastia de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes	77.67
1328	D4211	Gingivectomía - gingivoplastia de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes	77.67
1329	D4240	Colgajo periodontal con alisado radicular de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	87.68
1330	D4241	Colgajo periodontal con alisado radicular de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	87.68
1331	D4245	Colgajo posicionado apicalmente	87.67
1332	D4249	Alargamiento clínico de corona	154.02
1333	D4266	Regeneración tisular guiada - barrera absorbible sin relleno	369.49
1334	D4267	Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible sin relleno	429.49
1335	D4268	Correcciones post quirúrgicas	154.24
1336	D4270	Colgajo desplazado de tejido blando	155.81
1337	D4271	Injerto gingival libre (incluye cirugía de la zona donante)	155.77
1338	D4273	Injerto de tejido conectivo subepitelial (incluye cirugía de la zona donante)	153.93
1339	D4274	Cuña distal o proximal (cuando no se realiza en conjunción con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	153.93
1340	D4275	Aloinjerto de tejido blando	756.46
1341	D4320	Fenulización provisional intracoronaria	136.14
1342	D4321	Fenulización provisional extracoronaria	135.46
1343	D4341	Raspado y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante	103.65
1344	D4342	Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante	119.86
1345	D4355	Raspaje dental, destartraje dental	57.46
1346	D4381	Medicación antimicrobiana de uso local controlada	39.10



N°	Código CPMS (*)	Descripción Procedimientos Médicos y Sanitarios PMS	Costo Estándar (*) Según RM N° 1092- 2019/MINSA (Soles)
1347	D4910	Mantenimiento periodontal	42.44
1348	D4999	Procedimiento periodontal no especificada, por Informe	33.80
1349	D7111	Exodoncia, remanente coronal-diente deciduo	56.57
1350	D7176	Extracción dental simple, un diente	56.59
1351	D7990	Traqueotomía de emergencia	576.24
1352	E1352	Tratamiento restaurador atraumático	45.81
1353	E2395	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	53.82
1354	E2396	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primaria o permanente)	56.90
1355	E2397	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanentes)	74.66
1356	E2398	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	53.82
1357	E2399	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primarias o permanentes)	56.90
1358	E2400	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanentes)	74.66
1359	E3319	Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores no vitales	81.78
1360	E3321	Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides no vitales	81.78
1361	E3322	Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores no vitales	81.78
1362	E4110	Pulido dental	49.53
1363	E4120	Raspaje y pulido dental	75.62
1364	E4130	Curetaje subgingival	106.64
1365	E4250	Cirugía periodontal receptiva por cuadrante	109.88
1366	E4251	Cirugía periodontal receptiva por sextante	109.88
1367	E4252	Regeneración tisular guiada -barrera absorbible con relleno	619.33
1368	E4253	Regeneración tisular guiada-barrera no absorbible con relleno	680.60
1369	E5010	Regeneración ósea	205.06
1370	E5011	Calgajo desplazado con injerto de tejido conectivo	160.60
1371	E5012	Injerto óseo	166.86
1372	C0010	Sesión demostrativa	459.73
1373	C0011	Visita familiar integral	126.16
1374	C0011.02	Visita familiar para cuidados esenciales	121.53
1375	C0011.03	Visita familiar integral de seguimiento de daños agudos	126.16
1376	C0011.04	Visita familiar integral de seguimiento de daños crónicos	60.95
1377	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua	49.55
1378	C0021	Visita comunitaria integral	211.40
1379	C0041.01	Vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria	24.58
1380	C0091	Control epidemiológico	24.58
1381	C2061	Consejería familiar	28.64
1382	C2111.01	Psicoeducación a la familia	47.63
1383	C3031	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	75.86
1384	C7002.01	Supervisión profesional de intervención realizada por experto comunitario	59.91





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

ANEXO N° 4. DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Procedimiento Médico Nro. CV-XXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXXX



CV-1401-201000000000



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

De mi consideración

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

El presente documento tiene validez siempre y cuando el beneficiario SALUDPOL mantenga su estado de afiliación activo y las condiciones de cobertura que rigen en el caso no hayan sufrido variación entre la fecha de emisión del documento y la fecha de atención. Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link: <http://www.saludpol.org.pe/consultas-pol-nor>

En el caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Emergencia, el presente documento cubrirá cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico, las intervenciones, la atención de rehabilitación u hospitalización, realizados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación a se deriven del problema de salud inicial que motivó a la emisión del presente documento.

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

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

La emisión del presente documento en ningún caso interfiere en la gestión de salud tanto en el control prestacional establecido en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

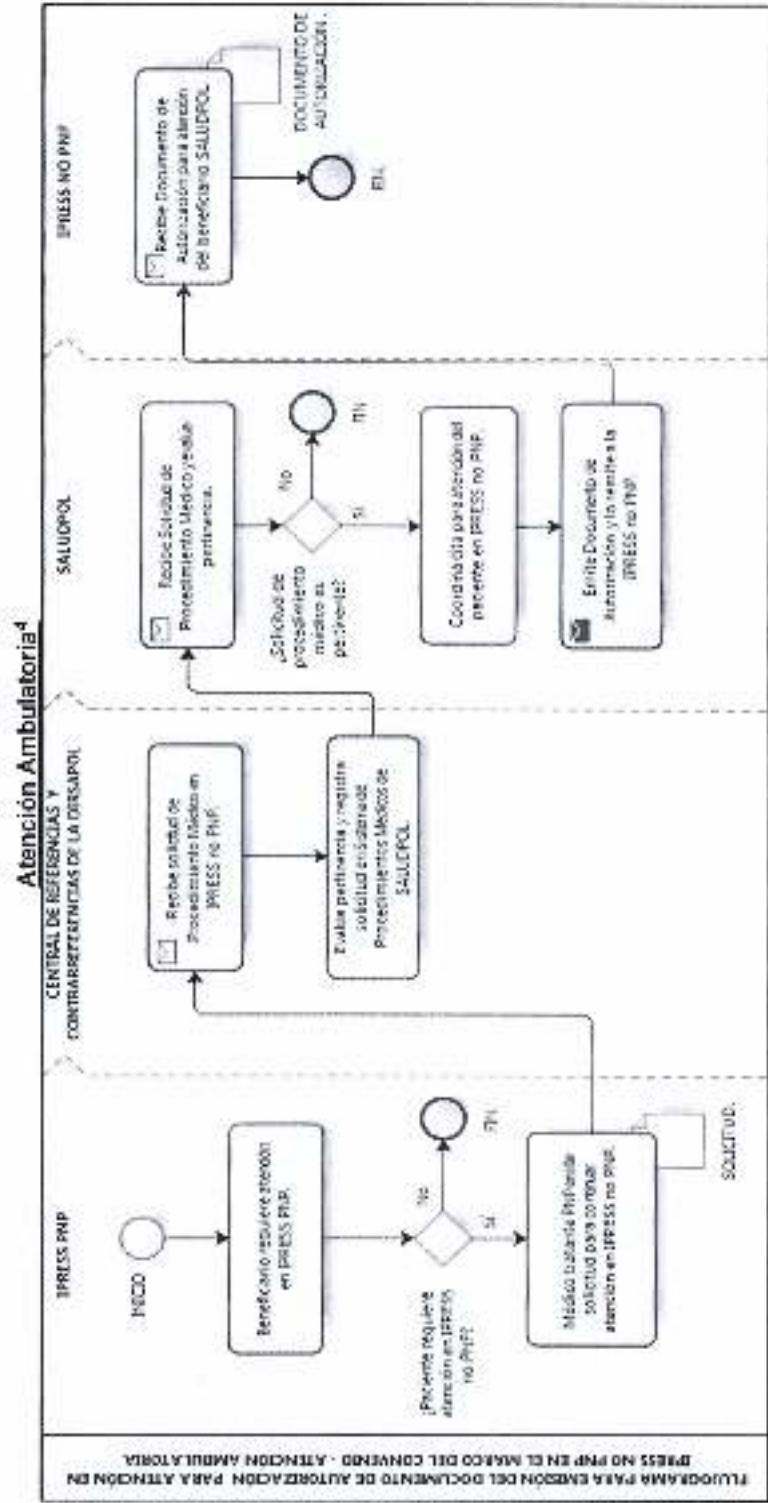
El documento de autorización tiene una vigencia de sesenta (60) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comenzará a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencias PRIORIDAD. Para el caso de emergencias PRIORIDAD, el documento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

El documento de autorización tiene una vigencia de doce (12) meses para dar cobertura transitoria a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir del día de inicio de la atención.

Quedo a la espera de su respuesta. (77) 6111 1000/10000000

FONDO DE SEGURO DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU (FONDSALPOL) - POLICIA NACIONAL DEL PERU

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



<sup>4</sup> Modelo Referencial. Flujoograma puede variar según realidad de Unidad Territorial y capacidad de IPRESS





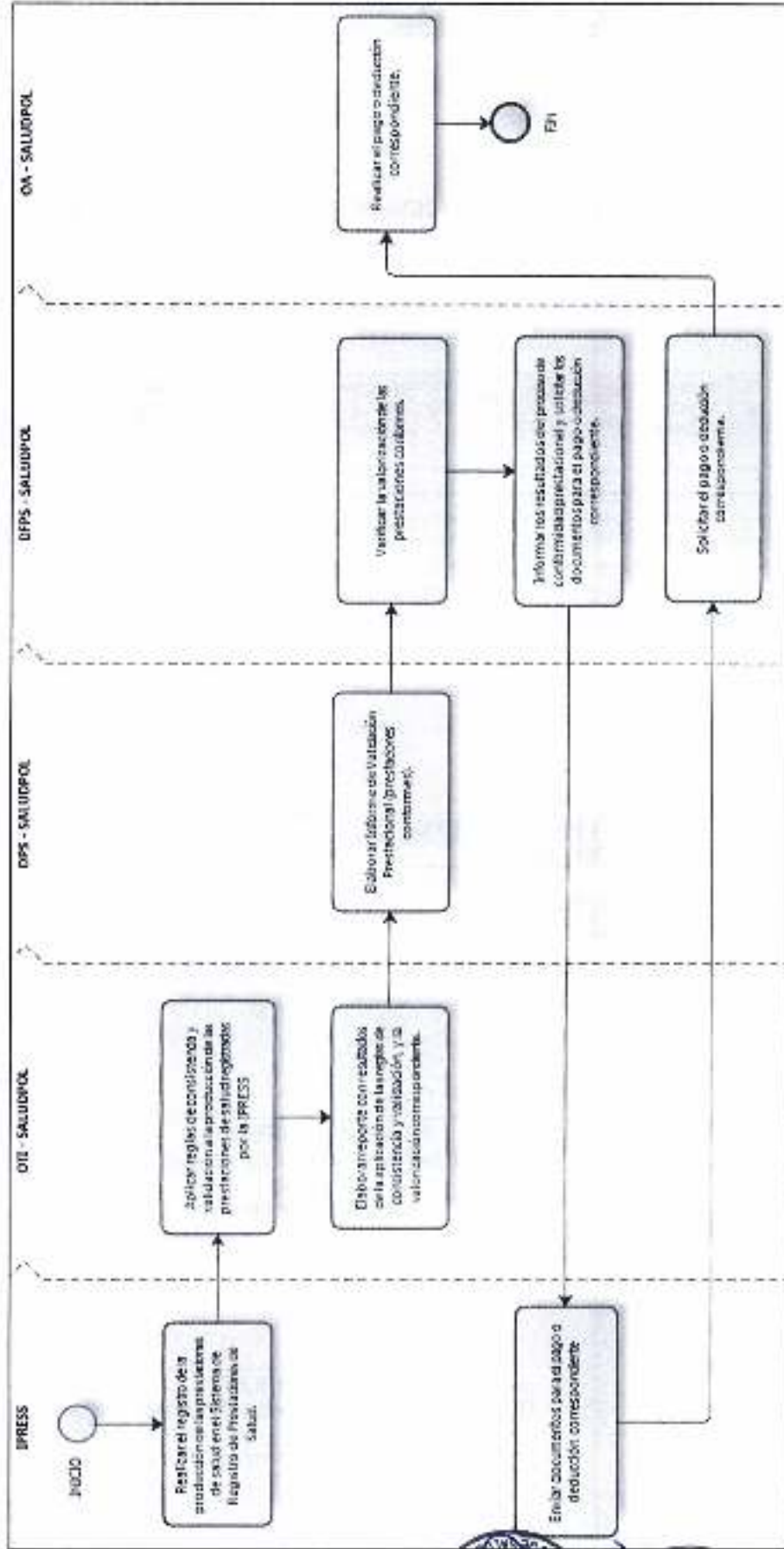
HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR CUZMÁN  
BARRÓN

### ANEXO N° 5. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

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



**ANEXO N° 7. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD**





HOSPITAL REGIONAL  
ELEAZAR GUZMÁN  
BARRÓN

**ANEXO N° 8. LIQUIDACION DE PRESTACIONES DE SALUD**

**8.1. HOJA DE RESUMEN DE LIQUIDACION**

**NOMBRE DE IPRESS:**

N°	MES DE PRODUCCION	DOCUMENTO DE AUTORIZACION	DNI	NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE	MONTO PROCEDIMIENTOS	MONTO MEDICAMENTOS	MONTO TOTAL

**TOTAL**

FECHA	FACTURA	IMPORTE
	FT PROCED	
	FT MEDICAMENTO	
	<b>TOTAL</b>	

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

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





**ANEXO 9. DECLARACION JURADA**

La IPRESS,..... Con Registro Único de Contribuyente  
N°..... inscrito con Código RENIPRESS N°..... y con domicilio en  
..... del  
Distrito..... Provincia.....  
Departamento....., declaro bajo juramento lo siguiente:



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



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



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

