

CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Calle 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 **MC. ALBERTO TEJADA CONROY**, identificado con DNI N° 40393531, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N°008-2022-IN-SALUD, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de otra parte el **GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS** con RUC N° 20479569861, con domicilio legal en Jr. Ortiz Arrieta N° 1250, Departamento de Amazonas, representado por su Gobernadora Regional (e), **Blga. LEYDA G. RIMARACHIN CAYATOPA** identificada con DNI N° 41833844, quien procede con arreglo a las facultades que le otorga el artículo 23° de la Ley 27867 – Ley orgánica de Gobiernos Regionales, quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de las IPRESS de la región Amazonas 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.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificaciones
- 1.4. Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
- 1.5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento, que fue aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 1.6. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 1.7. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
- 1.8. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
- 1.9. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 1.10. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- 1.11. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.
- 1.12. Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267.
- 1.13. Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2015-IN.
- 1.14. Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.15. Decreto Legislativo N° 1289, que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 1.16. Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.



- 1.17. Decreto Legislativo N° 1306, que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.18. Decreto Supremo N.º 009-1997-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- 1.19. Decreto Supremo N° 002-99-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud
- 1.20. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de a Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.21. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.22. 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.
- 1.23. Decreto Supremo N.º 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.
- 1.24. Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 1.25. Decreto Supremo N° 026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.26. 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.
- 1.27. 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.
- 1.28. 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.
- 1.29. Resolución Ministerial N.º 386-2011/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 1.30. Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 1.31. 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".
- 1.32. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.
- 1.33. 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.

- 1.34. Resolución Ministerial N° 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.35. 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".
- 1.36. 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".
- 1.37. Resolución Ministerial N.º 433-2020-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 291-MINSA/2020/DGAIN, "Disposiciones Complementarias al Intercambio Prestacional en Salud en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466".
- 1.38. 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.
- 1.39. Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.40. 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)".
- 1.41. 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. Resolución de Superintendencia N° 086-2021-SUSALUD/S que aprueba el "Reglamento del Modelo De Transacción Electrónica De Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF-IP".
- 1.44. Todas aquellas normas vigentes que resulten aplicables, y que se emitan en materia de salud en el marco del presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

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

- 2.1. **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura brindada por LA IAFAS.
- 2.2. **Adenda:** Documento mediante el cual se realizan modificaciones o prórrogas a los términos del convenio suscrito. La aprobación de la adenda requiere seguir el mismo procedimiento determinado para la firma de un convenio.
- 2.3. **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





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



en todos los casos de la decisión del profesional médico. Esto, en concordancia con la Resolución Ministerial N° 265-2018-MINSA que aprueba la norma técnica 139.

2.4. **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.º 002-2015-IN o el que haga sus veces

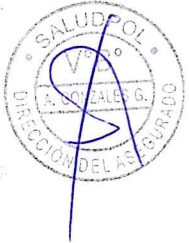


2.5. **Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a una persona, familia y comunidad. Es integral, considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud – UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.



2.6. **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.

2.7. **Auditoría médica:** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Es realizada solamente por el personal médico para terminar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos preestablecidos.



2.8. **Calidad de la atención de salud:** Es la respuesta a las necesidades de los asegurados de la IAFAS en los establecimientos de salud, de manera intra o extramural acorde a su capacidad resolutive.

2.9. **Calidad de servicio de salud:** Es la calidad de atención brindada de manera oportuna a las necesidades de los asegurados de la IAFAS

2.10. **Capacidad de oferta:** Es la capacidad que tienen los recursos (recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, u otros) de un establecimiento de salud para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en los asegurados de las IAFAS.

2.11. **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.

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

2.13. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (03) niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud. Para el presente convenio se contrata la cartera de servicios total de las IPRESS del GORE, de acuerdo con lo registrado en el RENIPRESS de SUSALUD y aprobado por su Autoridad sanitaria



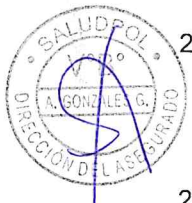
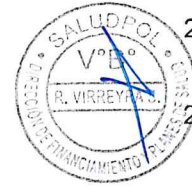


SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



- 2.14. **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.
- 2.15. **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
- 2.16. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.
- 2.17. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por conceptos de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del mismo.
- 2.18. **Conjunto Mínimo de Datos (CMD):** Es el conjunto mínimo de datos del asegurado que recibe una prestación de salud; que LA UGIPRESS deberá remitir a LA IAFAS en formato y/o medio que LA IAFAS defina; según lo establecido normativamente por SUSALUD.
- 2.19. **Control prestacional:** Son los procesos de control previo, simultáneo o posterior que realizan las IAFAS para realizar el análisis a los registros y documentación que sustenta las prestaciones brindadas a los asegurados para garantizar la eficiencia, calidad, equidad y transparencia en la atención médica brindada a los asegurados.
- 2.20. **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; realizado por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
- 2.21. **Derechohabiente:** Es aquel individuo que obtiene derechos provenientes de la persona asegurada.
- 2.22. **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.
- 2.23. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por la IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan o programa de salud, según lo dispuesto en el art. 29 del Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1174 o el que haga sus veces.
- 2.24. **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.
- 2.25. **Guías de Práctica Clínica:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.



- 2.26. **Liquidación de Prestación de Salud:** Proceso realizado por la IAFAS SALUDPOL, aplicable a las prestaciones de salud declaradas por los Prestadores, según el mecanismo de pago acordado, mediante el cual se determina el importe y se reconoce la prestación de salud. Es regulado y ejecutado por la Dirección de Prestaciones de Salud – DPS.
- 2.27. **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 requieren todas las personas en el territorio nacional. Las mismas 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 los Decretos Legislativos N.º 1302 y 1466; con la finalidad que tengan acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, utilizando en forma eficiente la oferta pública, privada o mixta disponible a nivel nacional para la atención de pacientes contagiados o con riesgo de contagio por COVID-19.
- 2.28. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados entre LA IAFAS e IPRESS, según el presente convenio.
- 2.29. **Mecanismo de pago por servicio:** Mecanismo por el cual se paga por cada prestación que la IPRESS le realiza a un asegurado a una tarifa preestablecida; la prestación debe estar incluida en el plan de salud del paciente.
- 2.30. **Modalidad de pago:** Son los diferentes medios mediante el cual LA IAFAS retribuye económicamente a las Unidades Ejecutoras del GORE, el valor / costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco del convenio.
- 2.31. **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.
- 2.32. **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.
- 2.33. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Planes Complementarios y Planes Específicos. En tanto los Planes de Salud de SALUDPOL se encuentren en formulación, serán consideradas las inclusiones y exclusiones contenidas en el Decreto Legislativo N.º 1174 y su Reglamento o el que haga sus veces.
- 2.34. **Prestación de salud:** Son las atenciones de salud que las IPRESS brindan a los asegurados de LA IAFAS acorde a su plan de salud. Comprende atenciones de salud brindadas por profesionales médicos y no médicos, procedimientos asistenciales y de ayuda al diagnóstico otorgadas ante una necesidad o demanda.
- 2.35. **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





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



documento de autorización de la IAFAS para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.

2.36. **Red de Salud:** conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionadas por una red vial y articulados funcional y administrativamente, que aseguran la provisión de atenciones de salud en un determinado territorio.



2.37. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad

2.38. **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.

2.39. **Tarifa:** Es el valor monetario fijado que se paga a las Unidades Ejecutoras del GORE por la prestación o servicio de salud brindado. Puede ser subvencionada, y no cubrir los costos.

2.40. **Titular:** Personal policial oficial, técnico, sub oficial y alumnos de las escuelas de formación en situación de actividad, disponibilidad o retiro que perciba remuneraciones o pensión de jubilación, mediante una planilla de pago.

2.41. **Validación prestacional:** Son los procesos de control que 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.

2.42. **Usuario de Salud:** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

2.43. **Redes Integradas de Salud - RIS:** Conjunto de organizaciones que prestan o hacen 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

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

EL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS de acuerdo a la Ley N° 27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales", es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. Para los fines del presente convenio al Gobierno Regional de Amazonas se le denomina **EL PRESTADOR**, término que incluye en forma conjunta





o indistinta a la Dirección Regional de Salud (DIRESA), las Unidades Ejecutoras e IPRESS públicas adscritas en el RENIPRESS que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente convenio y que se detallan en el Anexo N.º 01 adjunto (nivel I-3 hacia adelante).

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO



Por el presente convenio, y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, **EL PRESTADOR**, a través de sus Unidades Ejecutoras e IPRESS públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, se obliga a brindar prestaciones de salud a los asegurados de **LA IAFAS**, que se encuentren debidamente acreditados de acuerdo con su Plan de Salud de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud detallada en el Anexo N.º 02.

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

Este 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) Cuando se presenten situaciones de Emergencia Prioridad I en donde esté en riesgo la vida del paciente.



CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que la aplicación de este convenio se hace efectiva en la jurisdicción del Gobierno Regional de Amazonas y beneficia a la población asignada a **LA IAFAS**, reconocidas como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud. En el caso de la atención a asegurados en condición de transeúntes (adscritos a otra región), **LA IAFAS** se compromete a garantizar el pago de las prestaciones de salud conforme a lo establecido en este convenio.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

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

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

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

- 1) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 2) Carné de Extranjería, pasaporte.





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



3) Certificado de nacido vivo (CNV).

6.1.2 En el marco de este Convenio, **LAS PARTES** utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Asegurados (disponible en la página web www.saludpol.gob.pe cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por **LA IAFAS** con el cual podrá verificar la condición de asegurado "ACTIVO".

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

6.1.4 En caso las IPRESS no cuenten con conexión a internet por cualquier motivo, la identificación del asegurado se deberá hacer vía telefónica a través de la Unidad Territorial de la región.

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**, correspondiente a los diferentes Planes de Cobertura de Aseguramiento en Salud (PEAS + Complementarias).

7.2 **EL PRESTADOR** a través de sus IPRESS adscritas, se obliga a brindar las prestaciones de salud convenidas en las instalaciones y servicios de la IPRESS (nivel I-3 hacia adelante), lo cual será de acuerdo a disponibilidad de cada IPRESS, ya sea en infraestructura, recurso humano, equipamiento y/o insumo y de acuerdo a lo que se indique su resolución de categorización de cada IPRESS.

Se precisa que las IPRESS que formen parte del presente Convenio dejarán de ser parte del mismo si, posterior al proceso de recategorización bajan su nivel de categoría y/o suspender las atenciones hasta que recupere su categoría, bajo este mismo concepto, se podrán incorporar las IPRESS que vayan alcanzando la categoría I-3 o mayor.

7.3 **EL PRESTADOR** a través de sus IPRESS adscritas, se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME, según disponibilidad en el mercado farmacéutico local/nacional y dentro del marco de la Ley de contratación del Estado.

7.4 Las IPRESS de **EL PRESTADOR** establecerán la programación y cupos correspondientes de cada prestación a realizar, entendiendo que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutive necesaria disponible sin que afecte las prestaciones de servicios de salud que brindan a las personas afiliadas y/o adscritas a ellas. De no contar con disponibilidad se comunicará 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



24

intercambiar. Para esto, EL PRESTADOR remitirá mediante documento formal la actualización de la Cartera de Servicios, la cual deberá estar aprobada por su Autoridad Sanitaria y registrada en el RENIRESS de SUSALUD, según la normativa vigente.

7.6 Para requerimientos de prestaciones de salud regulares, es decir, a través de la IPRESS, 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 ubicado en el Anexo 04. La cobertura financiera inicia desde la emisión de esta autorización.

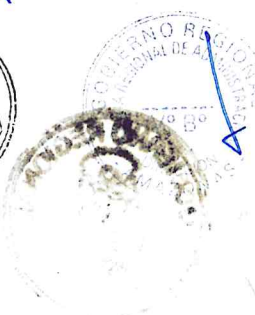
7.7 Cuando el paciente de **LA IAFAS** ingresa directamente por Emergencia a alguna IPRESS de convenio, el familiar o la IPRESS no PNP debe comunicar este hecho a **LA IAFAS**, a fin de que inicie la auditoría de concurrencia. Ante esta situación se debe tener en cuenta estos dos casos:

7.7.1 Para casos de emergencia PRIORIDAD I y otras situaciones que pongan en riesgo la vida del paciente, las atenciones se darán sin necesidad de algún formato; sin embargo, estas deberán ser regularizadas en un plazo máximo de 72 horas. Para ello, LA IPRESS prestadora o familiar directo debe comunicar a **LA IAFAS** la ocurrencia del evento con el fin de proceder a emitir el correspondiente Documento de Autorización por Convenio – Anexo N°04, luego de la auditoría de pertinencia correspondiente. La cobertura financiera inicia desde ocurrido el evento.

7.7.2 Para casos diferentes a emergencia PRIORIDAD I, LA IPRESS deberá 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 objetivo de proceder a emitir el Documento de Autorización de Procedimiento Médico previa auditoría médica pertinente. 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; en caso esta no inicie, LA IAFAS 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 podrían cambiar. Para ello, LA IPRESS deberá ceñirse al contenido que se precise en el Documento de Autorización que se le emita.

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 N.º 04, siempre y cuando estos se justifiquen y se encuentre relacionado al diagnóstico para el cual fue emitido el Documento de Autorización. Estos, deberán ser registrados a fin de ser financiado por SALUDPOL.





CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y EL MECANISMOS DE PAGO

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

a) Modalidad de pago por servicio:

Las partes acuerdan que la modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por servicio. Su unidad de pago es la prestación de salud que reporta **EL PRESTADOR**, para ser reconocido por **LA IAFAS**, de acuerdo con su Plan de Beneficios.

Este pago 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.º 03** del presente convenio.

b) Mecanismo de pago: mixto

Mecanismo Retrospectivo: Este mecanismo realiza el pago en forma posterior a la prestación, para lo cual las IPRESS deberán registrar oportunamente las prestaciones de salud de un mes de producción conforme a la Cláusula Décimo Primera, remitiendo los documentos para el pago correspondiente de las prestaciones conformes liquidadas, según los plazos estipulados.

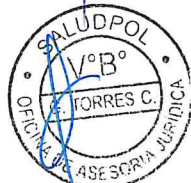
IPRESS del I-3 y I-4 nivel: Se aplicará este mecanismo a todas las IPRESS del Nivel I.

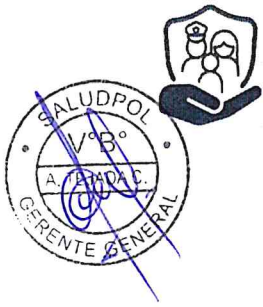
IPRESS del II nivel: Se aplicará este mecanismo inicialmente y por única vez, a las IPRESS de estos niveles que no cuenten con información de prestaciones anteriores, razón por la cual no se puede estimar la proyección de pago prospectivo. Este mecanismo se activará por un periodo de hasta cuatro (04) meses. Una vez transcurrido dicho tiempo, el mecanismo de pago migrará automáticamente a prospectivo.

Los pagos correspondientes estarán supeditados a la rendición oportuna de las prestaciones de salud por parte de la IPRESS.

Mecanismo Prospectivo: **LA IAFAS** realizará el pago prospectivo a las unidades ejecutoras (según razón social) de las IPRESS del segundo nivel del Gobierno Regional de Amazonas. Es importante señalar que, para calificar a este mecanismo, **LA IAFAS** deberá contar con información de prestaciones anteriores de, por lo menos, tres periodos conformes. Sobre la base de esta información histórica **LA IAFAS** estimará el importe a desembolsar por Unidad Ejecutora. Los montos a transferir serán informados a través de correo electrónico.

LAS IPRESS que no cuenten con información histórica de prestaciones registradas en **LA IAFAS**, necesariamente tendrán que aplicar por única vez al mecanismo retrospectivo por un periodo que permita el registro de las prestaciones según lo dispuesto en los términos de este mecanismo.





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



Una vez culminado este periodo, migrarán automáticamente al mecanismo prospectivo. El cálculo del importe a desembolsar por parte de **LA IAFAS** se determinará en función de la información registrada de tres periodos conformes. Los montos a transferir serán informados a través de correo electrónico.

Una vez ejecutado el 80% de las prestaciones de este mecanismo, EL PRESTADOR podrá solicitar un siguiente desembolso, considerando un promedio de los últimos tres (03) meses liquidados.



- 8.2 Para todos los casos, la estimación de los pagos estará sujeta a la disponibilidad presupuestal de **LA IAFAS**.
- 8.3 El importe del pago del mecanismo retrospectivo 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.º 03 de este convenio.
- 8.4 El cronograma de pago prospectivo 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. Las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios incluyen los costos de los insumos y materiales médicos y se encuentran estipuladas en el Anexo N° 3, considerando como fuente de referencia la resolución N° 539-2022/MINSA y podrán ser actualizadas a solicitud de la IPRESS a través de documento formal y previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**
- 9.2. Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED.¹
- 9.3. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario del presente Convenio podrán ser actualizadas a solicitud de la IPRESS mediante documento formal o correo electrónico institucional; previo análisis y aceptación de LA IAFAS. Esta actualización se deberá regularizar en forma posterior a través de la suscripción de una adenda.



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



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

"Sres. IAFAS SALUDPOL:

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

N°	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 LA IAFAS y a SUSALUD de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD. El plazo de implementación de este modelo será acordado mediante documento adicional firmado por los representantes de las partes.
- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Registro de Prestaciones - SRP o el que haga sus veces), según el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el Anexo N.º 06 y de acuerdo con la normativa vigente.
- 10.3. Por medio del Sistema de Procedimientos de Médicos - SPM LA IAFAS emitirá los Documentos de Autorización por Convenio.
- 10.4. Para las IPRESSS que no cuenten con acceso directo al Sistema de Registro de Prestaciones por diversas razones (entre ellas problemas para el acceso a internet) se recolectará la información requerida de acuerdo al Anexo N.º 06 / 6.1. Posteriormente la IPRESS y/o UGIPRESS debe registrar las prestaciones en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud de SALUDPOL.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

- 11.1. La IAFAS realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con EL PRESTADOR según normativa vigente y condiciones pactadas en el presente convenio, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.
- 11.2. La IPRESS remite a la IAFAS, la **solicitud de cierre de registros de prestaciones de salud, vía correo electrónico**, al finalizar el periodo mensual de prestaciones de salud brindadas a los asegurados SALUDPOL, para la validación y conformidad prestacional del periodo culminado. La IPRESS no podrá excederse de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente de la finalización de dicho periodo.





11.3. La recepción, admisibilidad, validación y conformidad de la citada documentación es responsabilidad de órganos de línea y apoyo de la IAFAS, de acuerdo a sus funciones y procesos internos vigentes (Dirección del Asegurado, a través de su Unidad Territorial de la jurisdicción regional; Oficina de Tecnología de la Información; Dirección de Prestaciones de Salud, a través de su Unidad de Auditoría Prestacional de Salud; Dirección de Financiamiento y Planes de Salud).

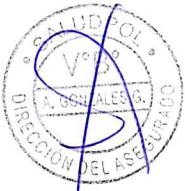


11.4. Para los efectos de la validación y conformidad que sustenta la prestación de salud, LA IAFAS no podrá excederse de veinte (20) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción. De presentarse observaciones en relación a la conformidad, debe consignarse en un documento suscrito por la IAFAS y otorgarse a la IPRESS un plazo no mayor a treinta (30) días calendario para las subsanaciones correspondientes, en función a la complejidad del servicio. Todas las observaciones se deben realizar en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.



11.5. Si pese al plazo otorgado, LA IPRESS adscrita a EL PRESTADOR no cumpliera a cabalidad con la subsanación, la IAFAS dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago y/o reconocimiento de las prestaciones.

11.6. Luego de otorgada la conformidad, la IPRESS del PRESTADOR deberán remitir a LA IAFAS de forma física y/o mesa de partes virtual y/o a través de correo electrónico dentro de los cinco (05) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación: **la factura** (con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes), **la hoja resumen de liquidación** (Anexo N° 08); y **Declaración Jurada** (según Anexo N° 09).



11.7. LA IAFAS se compromete a efectuar la transferencia y/o rendición de pagos prospectivos, según corresponda, en el plazo de quince (15) días calendario, plazo establecido en el numeral 8.4, artículo 8 del Decreto Legislativo N.º 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 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 liquidadas, 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 Financiamiento y Planes de Salud a la IPRESS.

12.2. El recurso de reconsideración se interpone ante la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud (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 Financiamiento 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



13.1. En caso la IPRESS no cuente con la capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o usuario de salud, deberá comunicar en forma inmediata a **LA IAFAS** este hecho a efectos de que esta adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o usuario de salud asegurado.

13.2. 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.

13.3. 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.



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

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

14.1. **EL PRESTADOR** se compromete a capacitar al personal que labora en la plataforma de atención al usuario en salud de las IPRESS, o la que haga sus veces, que conforman parte de su red de atención de salud, sobre el contenido del presente convenio a efectos de que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes y usuarios que así lo requieran.

14.2. 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.

14.3. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior **EL PRESTADOR**, a través de sus Direcciones Regionales o IPRESS adscritas, informa mensualmente a **LA IAFAS** sobre 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 las IPRESS de **EL PRESTADOR** en el marco del presente convenio.

15.2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario, para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por las IPRESS de **EL PRESTADOR** en el marco del presente convenio.






15.3. Brindar oportunamente información a **EL PRESTADOR**, sobre los beneficiarios con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.



- 
- 
- 
- 
- 
- 15.4. Informar a **EL PRESTADOR** sobre los procedimientos administrativos para la atención de los beneficiarios y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
 - 15.5. Pagar a **EL PRESTADOR** por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
 - 15.6. Comunicar a **EL PRESTADOR** sobre la normativa vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
 - 15.7. Para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, deberá contar con personal que tenga como mínimo el registro de auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
 - 15.8. Capacitar al personal designado por **EL PRESTADOR** en las características de sus planes de salud siempre que formen parte del presente convenio.
 - 15.9. Informar en forma detallada a los beneficiarios y a **EL PRESTADOR**, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en las IPRESS del **PRESTADOR**.
 - 15.10. Establecer las condiciones particulares de las coberturas de acuerdo a los Planes de Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
 - 15.11. Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos.
 - 15.12. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N.° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
 - 15.13. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
 - 15.14. Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
 - 15.15. Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR

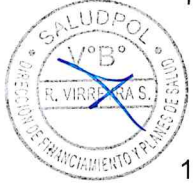
Son obligaciones de **EL PRESTADOR**:

- 
- 
- 
- 
- 
- 16.1. Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con **LA IAFAS**, en forma oportuna y con calidad, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratado.
 - 16.2. Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que, de acuerdo a ley, le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
 - 16.3. 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 o indebidos de ningún tipo a los asegurados de **LA IAFAS** por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.



SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



Los criterios de calidad están sobre la base de la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno.

16.18. La IPRESS prestará su atención con médicos especialistas, los mismos que contarán con su respectivo Registro Nacional de Especialista (RNE) del Colegio Médico del Perú (CMP). Para especialistas que cuenten con RNE en trámite, la IPRESS de **EL PRESTADOR** deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egresado de la especialidad del médico tratante.

16.19. La IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, en soporte físico o electrónico, la historia clínica de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio.

16.20. Brindar información en forma oportuna a **LA IAFAS**, al paciente o usuario de salud y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, la IPRESS realice las gestiones que corresponda con la nueva IAFAS para que ésta brinde la cobertura de las prestaciones cuando la cobertura de la primera IAFAS se haya agotado.

16.21. Implementar los aplicativos informáticos acordado por las partes.

16.22. Garantizar que las IPRESS que forman parte del presente convenio, informen de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de salud a los asegurados.

16.23. 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.

16.24. Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

17.1. **LA IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control de la siniestralidad con la finalidad verificar las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS de **EL PRESTADOR** a sus asegurados. Para tal efecto **LA IAFAS** podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:

17.1.1. Verificar las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares convenidos y a 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. Realizar 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. Realizar encuestas de satisfacción de asegurados ejecutadas por la Dirección del Asegurado de **LA IAFAS**.

17.1.4. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS**.

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



- 16.5. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a **LA IAFAS** a fin de que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
- 16.6. Garantizar que se cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros y, en general, todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normativa aplicable para tales efectos.
- 16.7. No discriminar en su atención a los beneficiarios de **LA IAFAS** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras en el marco de la normatividad vigente.
- 16.8. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS** y de aquella que se genere en la IPRESS, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.
- 16.9. No ceder a terceros, total o parcialmente, los derechos y obligaciones de este convenio, salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con **LA IAFAS**. Para estos casos, la IPRESS será responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y será responsable, solidariamente, en la vía civil.
- 16.10. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo con las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención según los requerimientos de **LA IAFAS**.
- 16.11. Mantener una historia clínica única por 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. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** deben poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS** la historia clínica, ya sea en medio físico o electrónico, de los pacientes que se atienden en mérito del convenio.
- 16.12. 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. El objetivo es garantizar la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo con la normatividad vigente
- 16.13. 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.
- 16.14. 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.
- 16.15. Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes
- 16.16. 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.
- 16.17. 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





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



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 (DPS) de la IAFAS, conforme a su programación, solicita a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud (DFPS) de la misma institución la totalidad de las prestaciones registradas en el sistema de los periodos que no hayan sido considerados como muestra en un "control posterior" ejecutado en algún momento anterior y que, además, no tengan la conformidad de la DFPS.



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 EL PRESTADOR, mediante documento formal o correo electrónico.



17.2.3. EL PRESTADOR, 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, EL PRESTADOR podrá subsanarlas durante esta auditoría, 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 determinación 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 EL PRESTADOR, mediante un acta y/o informe, indicándose claramente el sentido de éstas y dándose a EL PRESTADOR 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. 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 EL PRESTADOR, así como las respuestas de este, 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 **EL PRESTADOR**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- 18.5. Las guías de diagnóstico y tratamiento no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

CLÁUSULA 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

- 20.1. 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 de este.
- 20.2. Cualquiera de **LAS PARTES** podrá resolver el convenio cuando la otra parte incumpla injustificadamente con sus obligaciones esenciales, contempladas en este documento, debiendo previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del mismo. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el convenio quedará automáticamente resuelto.
- 20.3. El convenio podrá ser resuelto en caso se cancele la autorización de funcionamiento otorgada por SUSALUD a LA IAFAS o por la cancelación de la inscripción de la IPRESS en el Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS
- 20.4. Cuando se resuelva el convenio por causas imputables a alguna de las partes, se deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.
- 20.5. Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

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





SaludPOL

Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú



CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

22.1. Los términos del presente convenio se establecen sobre la base del principio de la buena fe, por lo que las partes convienen que, en caso de producirse alguna controversia entre ellas relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, se esforzarán para lograr, mediante trato directo, una solución armoniosa.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

23.4. **LAS PARTES** se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente. Además, **LAS PARTES** se comprometen a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento y a adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: VIGENCIA DEL CONVENIO

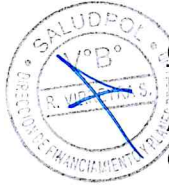
24.1. El presente convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación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





24.2. 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.

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



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 LOS PAGOS QUE REALICE LAS IAFAS SALUDPOL

En el marco del presente convenio, el Gobierno Regional de Amazonas autoriza a LA IAFAS a realizar pagos directamente a las Unidades Ejecutoras adscritas en el marco del presente convenio.

En ese sentido, LA IAFAS podrá realizar el pago de recursos financieros directamente a las IPRESS con PERSONERÍA JURÍDICA del Anexo N.º 01 (nivel I-3 hacia adelante) que sean Unidades Ejecutoras, mientras que en el caso de las IPRESS que no lo sean, las transferencias se realizarán directamente a la Unidad Ejecutora a la cual pertenezcan según lo estipulado en la Cláusula Octava - Del Mecanismo de Pago del presente convenio.

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

IPRESS DEL CONVENIO	VÍNCULO CON SALUDPOL
IPRESS, Hospitales, Centros y Puestos de Salud que tengan Personería Jurídica o que pertenezcan a una Unidad Ejecutora.	Vínculo directo con SALUDPOL, lo que incluye transferencias de recursos financieros, operatividad del convenio, registro de prestaciones en el sistema de SALUDPOL, rendición, así como la facturación correspondiente.

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 ADSCRITAS AL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

Nº	UNIDAD EJECUTORA	RAZON SOCIAL	ANEXO N°01 SEGÚN RENIPRESS SUSALUD	DIRECCIÓN	NÚMERO DE RUC
	400-725: REGIÓN AMAZONAS - SALUD	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS	REGIÓN AMAZONAS - SALUD	CAL.SOSIEGO NRO. 355 URB. CHACHAPOYAS AMAZONAS - CHACHAPOYAS - CHACHAPOYAS	20176217694



N°	UNIDAD EJECUTORA	RAZON SOCIAL	ANEXO N°01 SEGÚN RENIPRESS SUSALUD	DIRECCIÓN	NÚMERO DE RUC
	405-1664: GOB. REG. DPTO. DE AMAZONAS – SALUD CONDORCANQUI	DIRECCIÓN DE RED DE SALUD CONDORCANQUI	GOB. REG. DPTO. DE AMAZONAS – SALUD CONDORCANQUI	NRO. SN BARRIO LA TUNA (SIMON BOLIVAR N 700) AMAZONAS - CONDORCANQUI - NIEVA	20487671097
3	401-955: REGIÓN AMAZONAS – SALUD BAGUA	DIRECCIÓN DE RED DE SALUD BAGUA	REGIÓN AMAZONAS-SALUD BAGUA	AV. HEROES DEL CENEP NRO. 980 AMAZONAS - BAGUA - BAGUA	20185837395
4	403-1101: REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO BAGUA	HOSPITAL DE APOYO BAGUA	REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO BAGUA	AV. HEROES DEL CENEP NRO. 980 AMAZONAS - BAGUA - BAGUA	20479568627
5	404-1350: GOB. REG. AMAZONAS – SALUD UTCUBAMBA	UNIDAD EJECUTORA 404 – SALUD UTCUBAMBA	GOB. REG. AMAZONAS – SALUD UTCUBAMBA	JR. LAS DELICIAS NRO. 429 SEC. VISALOT ALTO (AL COSTADO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO) AMAZONAS - UTCUBAMBA - BAGUA GRANDE	20480780877
6	402-998: REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA CHACHAPOYAS	REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	PJ. DANIEL ALCIDES CARRION NRO. 440 URB. HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA AMAZONAS - CHACHAPOYAS - CHACHAPOYAS	20437350800

(*) La Oficina de Administración de SALUDPOL, deberá de proceder con las transferencias y/o pagos según sea requerido considerando las denominaciones y N° de RUC que se presentan.

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

LA IAFAS 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:

- LA IAFAS: Riesgo de cobertura y financiero.
- EL PRESTADOR: 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: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DEL CONVENIO

28.1. La ejecución del convenio se realiza de forma coordinada entre **LA IAFAS** y **EL PRESTADOR** o su representante, para lo cual la DPS, DA, OTI y OA cada una en el ámbito de sus funciones y competencias realizan las coordinaciones de forma directa con la finalidad de ser más eficientes y eficaces con los tiempos. Dichas coordinaciones deberán ser comunicadas a la DFPS para conocimiento mediante documento formal. En relación a lo mencionado las direcciones y oficinas de la IAFAS desarrollan las siguientes acciones en el marco de sus funciones y competencias:

28.1.1. **La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud (DFPS):** realiza la gestión para la suscripción del convenio, así como el seguimiento de la ejecución del mismo. La DFPS propone los lineamientos para el monitoreo de la ejecución de los pagos realizados a la UGIPRESS, evaluación del tarifario establecido, cálculo del marco presupuestal.

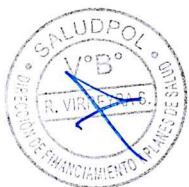
28.1.2. **La Dirección de Prestaciones de Salud (DPS):** será el órgano encargado de supervisar y monitorear el proceso de control y auditoría prestacional. Además, evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención a los beneficiarios de SALUDPOL, así como brinda asistencia técnica en el marco de sus competencias. La DPS podrá modificar los procedimientos de control con la finalidad de automatizar el proceso de control prestacional. Estos procedimientos serán coordinados y socializados con **EL PRESTADOR**. La DPS es la dirección de línea encargada de realizar el proceso de liquidación de las prestaciones de salud conformes.

28.1.3. **La Dirección del Asegurado (DA):** propondrá los lineamientos para la implementación de los procesos de orientación y asistencia al ciudadano y al asegurado, incluyendo la atención de los reclamos y quejas en el ámbito de las competencias de **LA IAFAS**. La DA brindará asistencias técnicas en el marco de sus competencias.

28.1.4. **La Oficina de Tecnología de la Información (OTI):** será el encargado de diseñar, implementar y mantener los sistemas de información, infraestructura tecnológica y redes de comunicaciones, necesarios para el cumplimiento del convenio.

28.1.5. **La Oficina de Administración:** encargada de dirigir, supervisar y controlar los pagos de las obligaciones derivadas del convenio, de conformidad con las políticas y normatividad vigente.

28.2. 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; siempre que sean registradas en el aplicativo informático.





28.3. La implementación del convenio, se dará por etapas en coordinación con la DIRESA Amazonas. La primera etapa se centrará en la Unidad Ejecutora 403-1101: REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO BAGUA y la Unidad Ejecutora 402-998: REGIÓN AMAZONAS – HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS. La segunda etapa integrará a las IPRESS del Primer nivel de atención, previa coordinación con la DIRESA Amazonas.



CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: COORDINACIÓN

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

- Representantes de **LA IAFA**: Dirección de Finanzamiento y Planes de Salud o quien haga sus veces.
- Representantes de **EL PRESTADOR**: Dirección Regional de Salud Amazonas, coordinador de Intercambio Prestacional o quién haga sus veces.



29.2. Este Comité será responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio, así como de coordinar la implementación de los sistemas informáticos y la elaboración de los procedimientos de atención, validación y conformidad, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del mismo.

29.3. De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y conformidad de pago se considerará un periodo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la suscripción del convenio. Durante dicho periodo **LA IAFAS** podrá reconocer las prestaciones de salud que hayan sido brindadas en LA IPRESS, posterior a la fecha de suscripción de este documento.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA: DOMICILIO DE LAS PARTES

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

DOMICILIO DE LA IAFAS: Calle Tahuantinsuyo N°172 Urb. San Juan Bautista de Villa, distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima,

DOMICILIO DEL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS: Jr. Ortiz Arrieta N° 1250, Departamento de Amazonas.

DOMICILIO DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS: Jr. Sosiego – Amazonas – Chachapoyas – Chachapoyas.

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 FO0+RMA 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° 6.1 FORMATO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACION
- ANEXO N° 7: PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD.
- ANEXO N° 08: LIQUIDACION DE PRESTACIONES DE SALUD
- ANEXO N°09: 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 Chachapoyas, a los 08 días del mes de marzo del 2024.

DR. ALBERTO TEJADA CONROY
Gerente General

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

SRA. LEYDA G. RIMARACHIN CAYATOPA
Gobernadora Regional (e)
Gobierno Regional de Amazonas.

