

CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU – SALUDPOL, EN EL MARCO DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1302

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 POLICIA NACIONAL DEL PERU**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Calle Domingo Elías N° 148, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, con registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N° 206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, y Certificado Registro N° 10005, representada por el Gerente General **MC. JOSÉ ANTONIO PROAÑO BERNAOLA**, identificado con DNI N.° 08171484, con facultades de representación, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N.° 010-2024-IN-SALUDPOL-PD, de fecha 09 de agosto del 2024, y autorizado para la suscripción del presente convenio, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de otra parte el **GOBIERNO REGIONAL DE TACNA** con RUC N.° 20519752515, con domicilio legal en Av. Manuel A. Odría N° 1245 (Villa Panamericana), Distrito de Tacna, Provincia de Tacna y Departamento de Tacna, representado por su Gobernador Regional, Señor **LUIS RAMON TORRES ROBLEDO**, identificado con DNI N.° 00428265, designado mediante credencial de Jurado Electoral Especial de Tacna, con fecha 13 de noviembre del 2022, a quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de las 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° 27604 y su reglamento Ley 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.
- 1.4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento que fue aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 1.5. 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.
- 1.6. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
- 1.7. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.
- 1.8. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- 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, 1267 y 1601.
- 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, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- 1.17. 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, partos y sus modificatorias.
- 1.18. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
- 1.19. 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° 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.
- 1.21. Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- 1.22. Decreto Supremo N° 026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.23. 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.
- 1.24. 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.
- 1.25. Decreto Supremo N° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público.
- 1.26. 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".
- 1.27. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/GSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
- 1.28. 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”.
- 1.29. 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.
 - 1.30. 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.
 - 1.31. Resolución Ministerial N° 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
 - 1.32. 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”.
 - 1.33. Resolución Ministerial N° 1032-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos e Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
 - 1.34. Resolución Ministerial N° 243-2020/MNSA, dispone la publicación del “Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su Costo Estándar”.
 - 1.35. 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.
 - 1.36. 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.
 - 1.37. Resolución Ministerial N° 539-2022/MNSA, que aprueba la actualización de “Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su Costo Estándar”.
 - 1.38. Resolución de Superintendencia N° 075-2019-SUSALUD/S, que aprueba las “Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud – Modelo SITEDS.
 - 1.39. Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, que aprueba la “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 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”.
 - 1.41. Resolución de Superintendencia N° 002-2023-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”, y sus





modificatorias.

- 1.42. Resolución de Gerencia General N° 284-2023-SALUDPOL/GG, de fecha 30 de octubre del 2023, el cual aprueba la modificación del Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES OPERACIONALES

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. **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 en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 2.4. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que este bajo la cobertura de algunos de los regímenes del AUS.
- 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 la persona, familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud-UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
- 2.6. **Beneficiario de SALUDPOL:** Toda persona titular de la PNP, y familiares derechohabientes, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 19º del Decreto Supremo N° 002-2015-IN y sus modificatorias, que gozan de la cobertura de salud financiada por SALUDPOL según corresponda.
- 2.7. **Calidad de la atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
- 2.8. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.
- 2.9. **Capacidad resolutive:** Capacidad que tienen las Redes de Salud e IPRESS públicas para satisfacer las necesidades de salud de los asegurados con tecnologías



- 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 en todos los casos de la decisión del profesional médico.



- 2.4. **Asegurado o Afiliado:** Toda persona radicada en el país que este bajo la cobertura de algunos de los regímenes del AUS.



- 2.6. **Beneficiario de SALUDPOL:** Toda persona titular de la PNP, y familiares derechohabientes, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 19º del Decreto Supremo N° 002-2015-IN y sus modificatorias, que gozan de la cobertura de salud financiada por SALUDPOL según corresponda.



- 2.7. **Calidad de la atención de salud:** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.



- 2.8. **Capacidad de oferta:** Máximo número de servicios de salud que pueden ser producidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas cumpliendo con los estándares de calidad dispuestas por la autoridad nacional de salud.





sanitarias adecuada, recursos humanos, y condiciones generales, según nivel de complejidad.



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



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



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



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



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



2.15. 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.



2.16. 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.



2.17. 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.

2.18. 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.

2.19. Derechohabiente: Es aquel individuo que obtiene derechos provenientes de la persona asegurada.





- 2.20. **Documento de Autorización por Convenio:** es el documento que brinda la autorización de procedimiento médico al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en IPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.
- 2.21. **Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema:** Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata en Sala de Reanimación- Shock Trauma.
- 2.22. **Prioridad II Urgencia Mayor:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe ser realizar en un tiempo de espera no mayor o igual a 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.
- 2.23. **Prioridad III Urgencia Menor:** Pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.
- 2.24. **Prioridad IV Patología Aguda Común:** Paciente sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.
- 2.25. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por LA IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.
- 2.26. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Es el 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.
- 2.27. **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.
- 2.28. **Liquidación de Prestación de Salud:** Proceso realizado por la IAFAS, aplicable a las prestaciones de salud declaradas por los Prestadores, según el mecanismo de pago acordado, mediante el cual se determina el importe y se reconoce la prestación de salud.
- 2.29. **Intercambio prestacional en Salud:** Acciones de articulación Interinstitucional que garantizan el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura prestacional y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.





2.30. Mecanismos de Pago: Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente el pagador.



2.31. Modalidad de pago: Son los diferentes medios mediante el cual LA IAFAS retribuye económicamente a LA UGIPRESS, el valor / costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco del Convenio.

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

2.33. Pago prospectivo: Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud.



2.34. Pago retrospectivo: Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.

2.35. Planes de Aseguramiento en Salud: Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.



2.36. Precios de Operación (SISMED): Se hace referencia a los precios de adquisición y el porcentaje establecido en la directiva sanitaria vigente para la gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

2.37. 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.



2.38. 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.

2.39. Rechazo total de la prestación: Se considera rechazo total del expediente cuando la IPRESS no facilite la historia clínica para su evaluación o cuando no se evidencie el documento de autorización de la IAFA para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.

2.40. Red de Salud: Conjunto de IPRESS públicas, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones de salud, en función de las necesidades de la población.

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





2.42. Riesgo de Corrupción: Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

2.43. Tarifa: Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.



2.44. 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.

2.45. Validación prestacional: Son los procesos de control que realizará la IAFAS SALUDPOL para determinar la validez de la prestación para efectos de pago, incluyen el Proceso de Validación en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud, Proceso de Reconsideración y Proceso de Control Presencial Posterior, y otros que pueden ser implementados.

2.46. Usuario: Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgadas por las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS.

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 de 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, de sus asegurados en la Región Tacna.

A quién se le denominará **LA IAFAS** y será el **FINANCIADOR**.

DEL GOBIERNO REGIONAL:

EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA de acuerdo a la Ley N°27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales", es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. **EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA**, emana de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial conforme a ley. Tiene como misión organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.

La DIRESA TACNA garantiza que, la cobertura de las prestaciones de salud se brinde de





manera oportuna, completa y con calidad en los establecimientos de salud del ámbito jurisdiccional del **GOBIERNO REGIONAL DE TACNA**, de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo la **DIRESA TACNA**, la encargada de ejecutar el presente Convenio en coordinación con sus Unidades Ejecutoras.

Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional de Tacna se denomina **EL PRESTADOR**, en representación de las **IPRESS** que se encuentran bajo su administración y jurisdicción.

DE LAS IPRESS ADSCRITAS

Son organismos públicos adscritos a las Unidades Ejecutoras de la **DIRESA TACNA**, las cuales se encuentran detalladas en el **Anexo N°1** del presente convenio. Están encargadas de promover la salud y proveer una atención integral de salud con calidad, para lo cual se constituyen en instituciones que tienen por objetivo satisfacer las necesidades de salud de la Región.

LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA (DIRESA TACNA), depende del Pliego del Gobierno Regional de Tacna.

La Dirección Regional de Salud Tacna, dirige y supervisa a las unidades orgánicas y sus órganos desconcentrados del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y la Dirección de la Red de Salud Tacna, actualmente la Unidad Ejecutora de la Red de Salud Tacna, tiene a su cargo 79 IPRESS del primer nivel de atención.

LABORATORIO DE SALUD PUBLICA, es una IPRESS Publica Adscrito a la Dirección Regional de Salud Tacna, el que se encuentra Inscrito en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código Único de IPRESS N°000013778.

EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, es una IPRESS pública que pertenece al Gobierno Regional de Tacna, el que se encuentra inscrito en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código único de IPRESS N°00002864 y categoría II-2.

LA RED DE SALUD TACNA, es una UGIPRESS pública que pertenece al Gobierno Regional de Tacna, es una Unidad Ejecutora y se encuentra inscrito en el Registro Nacional de UGIPRESS de SUSALUD, mediante Resolución N°241-2017 de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Código único de **UGIPRESS** N°10000124, es el órgano responsable de la administración y gestión de los recursos destinados a garantizar el funcionamiento idóneo de las **IPRESS** públicas que se encuentran bajo su ámbito, las cuales brindarán prestaciones de salud de forma oportuna, completa y con calidad, de conformidad con el marco legal vigente.

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 la **DIRESA TACNA**: sus Unidades Ejecutoras e **IPRESS** públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, acuerdan colaborar mutuamente y convenir prestaciones de salud de conformidad con la cartera de servicios de salud establecido en el **Anexo N° 2**, que forma parte del presente convenio.





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

El presente convenio busca garantizar la continuidad de atención de los asegurados de **LA IAFAS**, bajo las siguientes condiciones:



- 1) Cuando en la red prestacional de la Dirección de la Sanidad Policial (DIRSAPOL), no tenga capacidad de oferta y/o resolutive,
- 2) Situaciones de Emergencias (prioridad I), Urgencias (prioridad II y III) y Patología Común (prioridad IV), o en casos que esté en riesgo la vida del paciente, la **IAFAS – SALUDPOL** se obliga a reconocer las prestaciones de Salud realizadas en las **IPRESS**, desde ocurrido el evento, salvo excepciones previo consenso de las partes.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio se aplica en la jurisdicción del Gobierno Regional de Tacna 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 EL PRESTADOR y LA IAFAS, acuerdan gestionar la acreditación de asegurados en el marco a las "Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud Modelo SITEDS", de acuerdo con lo establecido por SUSALUD.

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

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

- 1) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 2) Carné de Extranjería, pasaporte.
- 3) Certificado de nacido vivo (CNV).

6.1.2 En el marco del presente Convenio, las Partes utilizarán el Sistema Consulta en Línea de Registro de Beneficiarios (disponible en la página web www.saludpol.gob.pe cuyo enlace es <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>) habilitado por la IAFAS en el cual se podrá verificar la condición de asegurado "ACTIVO".





6.1.3 De existir dificultades con la conectividad a internet para acceder al sistema de acreditación y consultar el estado de la acreditación del asegurado, deberán comunicarse con la IAFAS, por el medio de comunicación establecido entre las partes, para que les brinde dicha información.

6.1.4 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.

6.2 De no actualizarse la información en línea o no reportarse incidentes por parte de la IAFAS, se entenderá que continúa vigente la última información disponible del padrón de acreditados reportado por la IAFAS.

CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

7.1 Los Procedimientos Médicos y Sanitarios (PMS) convenidos en virtud del presente convenio se encuentran detalladas 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. Para lo cual **EL PRESTADOR**, comunicará la actualización de sus Procedimientos Médicos y Sanitarios (PMS) a través de documento formal el cual será evaluado por **LA IAFAS**.

7.2 **EL PRESTADOR**, se obligan a brindar las prestaciones de salud convenidas, en las instalaciones y servicios de la **IPRESS** detallado en el **Anexo N°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.

7.3 **EL PRESTADOR**, se obligan a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.

7.4 **EL PRESTADOR**, establecerá la programación correspondiente de cada prestación a realizar, entendiendo que esta depende de la capacidad de oferta y capacidad resolutive necesaria disponible, exceptuando las atenciones de Emergencia. 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 brindar al asegurado, a través de la suscripción de adendas, para lo cual **EL PRESTADOR** remitirá mediante documento formal la actualización de los Procedimientos Médicos y Sanitarios (PMS) a incorporar.

7.6 Para requerimientos de prestaciones de salud en consulta externa, la **IPRESS** de la Sanidad **PNP** de la jurisdicción correspondiente deberá emitir el formato de Solicitud de Prestación de Salud (SPS) y/o el que haga sus veces, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM), para que la **IAFAS SALUDPOL** autorice la atención por convenio, mediante documento denominado Autorización de



Procedimiento Médico (APM) - **Anexo N° 3**. La cobertura financiera inicia desde la emisión del documento de autorización por convenio (APM).

7.7 Cuando el paciente de la **IAFAS** ingresa por Emergencia directamente a la **IPRESS** de convenio, el familiar o la **IPRESS** no **PNP** debe comunicar a la **IAFAS**, a fin de que inicie la auditoría de concurrencia, el cual puede derivar en los siguientes casos: De presentarse Emergencias (prioridad I), Urgencias (prioridad II y III) y Patología Común (prioridad IV), la cobertura financiera de la **IAFAS SALUDPOL** será reconocida desde ocurrido el evento, para lo cual deberá regularizarse la emisión del Autorización por Convenio (APM) según en el marco de la Ley de Emergencia y su Reglamento.

7.8 El Documento de Autorización por Convenio deberá regularizarse en un plazo máximo de 72 horas posterior a su ingreso a la **IPRESS** para atención; para ello **LA IPRESS** y/o el familiar directo procederán a comunicar y coordinar en forma virtual y/o presencial a la **IAFAS SALUDPOL** la ocurrencia del evento, en relación a la cláusula cuarta con el fin de proceder a emitir el correspondiente Documento de Autorización por Convenio (APM) - **Anexo N° 4**, luego de la auditoría de concurrencia, correspondiente.

7.9 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** 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 **EL PRESTADOR** deberá ceñirse al contenido que se precise en el Documento de Autorización (APM).

7.10 En relación al Documento de Autorización por Convenio, el especialista del servicio médico de destino puede considerar pertinente realizar otros procedimientos médicos, no contemplados en el formato del **Anexo N° 4** siempre y cuando este se justifique y se encuentre relacionado al diagnóstico para el cual fue emitido el Documento de Autorización (APM), los mismos, que deberán ser registrados a fin de ser financiados 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) La modalidad de pago: pago por servicios de salud.
- b) El mecanismo de pago:

El mecanismo de pago es prospectivo, cuya 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; de manera mensual se realizará la liquidación de las prestaciones, en función al costo acordado para cada prestación, según los valores y el tarifario contenido en el **Anexo N° 3** y **3.2** del presente convenio.



Una vez suscrito el presente convenio, la IAFAS SALUDPOL realizará el pago prospectivo a las Unidades Ejecutoras para las IPRESS del I y II Nivel de atención y al Servicio Médico de Apoyo, adscritos al **Gobierno Regional de Tacna**.

El primer importe a desembolsar será estimado por **LA IAFAS** en base a la diferencia entre el último histórico semestral de prestaciones de salud brindadas a los asegurados de la IAFAS SALUDPOL por las Unidades Ejecutoras en la región, y los saldos del anterior convenio.

LA IAFAS realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes, mediante desembolsos prospectivos trimestrales a las Unidades Ejecutoras:

- UGIPRESS DIRESA Tacna.
- UGIPRESS Red de Salud Tacna.
- IPRESS Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

8.2 Una vez ejecutado el 60% del pago realizado, **EL PRESTADOR** a través de las Unidades Ejecutoras podrán solicitar un pago prospectivo adicional, el mismo que será estimado según la producción de los tres (03) últimos meses que se hayan brindado conformidad y liquidación.

Con respecto, a los saldos financieros del convenio anterior, en caso resulte saldo positivo a favor de las IPRESS o Unidades Ejecutoras, este deberá ser parte del presente convenio.

CLÁUSULA NOVENA: DE LAS TARIFAS

9.1. Las tarifas se encuentran estipuladas en el **Anexo N° 3**, que forman parte del presente convenio, las mismas que han sido establecidas de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud, en los documentos normativos "Metodología para la estimación de costos estándar de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud" y "Metodología para la estimación de tarifas de procedimientos médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones prestadoras de servicios de salud", para el sistema de salud, las mismas que puedan ser actualizadas por acuerdo de las partes, mediante la suscripción de adendas.

9.2. Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro, detalladas en el **Anexo N° 3** y han sido establecidas de mutuo acuerdo. Las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios sean formuladas teniendo en consideración el costo estándar total de las prestaciones del PEAS, establecidas en la Resolución Ministerial 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**.

9.3. 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).

9.4. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario del presente Convenio que





sean brindados por **EL PRESTADOR**, 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 **EL PRESTADOR** de acuerdo al **Anexo N° 3.1**; previo análisis y aceptación de **LA IAFAS** y en forma posterior se deberá regularizar a través de la suscripción de una Adenda.



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

10.1. EL PRESTADOR, a través de las **IPRESS** garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los pacientes o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a la **IAFAS** y **SUSALUD**, de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - **TEDEF** establecido por **SUSALUD**.



10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el **TEDEF**, se optará por continuar con el Sistema de Único de Registro de Prestaciones de Salud (**SURPS**) o el que haga sus veces, para fines de registro y valorización de las prestaciones de salud, el cual es proporcionado por **LA IAFAS**, de acuerdo con la normativa vigente.



10.3. Durante el periodo de implementación del convenio **LA IAFAS** habilitará un Sistema Informático basado sobre la base del **TEDEF** y capacitará a las **IPRESS** del **PRESTADOR** a fin de que registren oportunamente las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de **SALUDPOL** en el marco del presente convenio, previa suscripción de una adenda.



10.4. Por medio del Sistema de Procedimientos Médicos – **SPM**, **LA IAFAS SALUDPOL** emitirá los Documentos de Autorización por Convenio.

CLÁUSULA DECIMO PRIMERA: RECEPCION, VALIDACION Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

11.1. LA IAFAS realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con **EL PRESTADOR** según normativa vigente y condiciones pactadas en el presente convenio, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente.



11.2. El registro de prestaciones de salud está habilitado desde el primer día del mes de producción hasta el veintavo día calendario del siguiente periodo, salvo solicitud justificada de la **IPRESS – UGIPRESS**.



11.3. Una vez culminado el registro de las prestaciones del mes de producción correspondiente, las **IPRESS** del Prestador, remiten 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 veinte (20) días calendario contados a partir del día siguiente de la finalización de dicho periodo.





11.4. Para los efectos de validación y conformidad prestacional **LA IAFAS** no podrá excederse de quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente de la recepción de la Solicitud de Validación y Conformidad remitido por **EL PRESTADOR**.

11.5. De no cumplir **LA IAFAS** con comunicar las prestaciones observadas a la **IPRESS** e **UGIPRESS**, dentro del plazo acordado, se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente. De no cumplir la **IPRESS** e **UGIPRESS** a cabalidad con la subsanación de la observación dentro del plazo acordado, **LA IAFAS** dará por aceptada, la observación y podrá rechazar su pago.

11.6. **LAS IPRESS** del **PRESTADOR** levantará las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, para las subsanaciones correspondientes, en función a la complejidad del servicio, mediante correo electrónico. Todo el proceso de levantamiento de observaciones debe realizarse en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a (07) días hábiles desde que el Prestador realice el levantamiento.

11.7. Las prestaciones que cuentan con observaciones y que no son subsanadas por la **IPRESS** del **PRESTADOR** en el plazo establecido no forman parte de la producción del periodo gestionado. No obstante, las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con los controles prestacionales y financieros que **LA IAFAS** determine, hasta culminar con el proceso de liquidación de prestaciones.

11.8. Luego de otorgada la conformidad, las Unidades Ejecutoras 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 diez (10) días hábiles, los siguientes documentos para la liquidación: **la factura**, **la hoja resumen de liquidación (Anexo N°7)**; y **Declaración Jurada (según Anexo N°8)**.

11.9. Posterior a la liquidación, se agregará el monto por IGV, en el momento de la facturación, sumándose este a las tarifas ya concertadas.

11.10. **LA IAFAS** se compromete a efectuar la transferencia y/o rendición de pagos prospectivos, según corresponda, en el plazo de treinta (30) días calendario y el mecanismo de pago acordado respetando las condiciones establecidas en el convenio.

11.11. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por las Unidades Ejecutoras, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes. Asimismo, las **PARTES** acuerdan que para suscribir un nuevo convenio no debe de existir pagos pendientes involucrados en el citado convenio y otras por pago por deudas ajenas al convenio.

El importe facturado incluye el monto validado conforme de las prestaciones de salud y el importe por IGV correspondiente.





11.12. 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. **EL PRESTADOR**, 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 realizada), en el plazo perentorio de treinta (30) días calendario posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico a la **IAFAS SALUDPOL** a cada **IPRESS** y **UGIPRESS**.

12.2. El recurso de reconsideración se interpone ante la **IAFAS SALUDPOL** (en el marco de su rol de coordinador del convenio). LA **IAFAS SALUDPOL** (a través de la unidad orgánica competente) emite pronunciamiento sobre el recurso interpuesto en lo que corresponde a las prestaciones de salud.

12.3. LA **IAFAS** (en el marco de su rol de coordinador del convenio), emite pronunciamiento hasta en treinta (30) días calendario.

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

Los costos que demanden el traslado y la atención de salud del paciente referido, serán reembolsados a la Unidad Ejecutora, que realizó el gasto, según criterios establecidos en el **Anexo N° 3.2**.

En caso la **IPRESS** no cuente con la capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o usuario de salud en situación de emergencia, esta comunica en forma inmediata a la IAFAS, a través de los canales oficiales y socializados por SALUDPOL a la DIRESA, en la etapa de implementación del convenio, a efectos de que se adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o asegurado.

Solo en casos de emergencia médica y/o quirúrgica: LA **IPRESS** que refiere a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, deberá remitir los siguientes documentos a la IAFAS: la hoja de referencia, para la comunicación de la emergencia por parte la IPRESS que reciba al paciente y de esta manera se gestione el APM (por emergencia prioridad 1 o 2).

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

La DIRESA TACNA se compromete a capacitar al personal que labora en la plataforma de atención al usuario en salud de las IPRESS detalladas en el **Anexo N° 1**, sobre el contenido del presente Convenio de Intercambio Prestacional en salud a efectos que se puedan





brindar información y absolver consultas de los asegurados o 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 **EL PRESTADOR** en el marco del presente Convenio.
- 15.2 Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al asegurado para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por **EL PRESTADOR** en el marco del presente Convenio.
- 15.3 Brindar oportunamente información al **PRESTADOR**, sobre los asegurados, con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 15.4 La IAFAS remitirá semanalmente las autorizaciones de procedimientos médicos (APM), a la IPRESS (Hospital Hipólito Unanue de Tacna) y la Unidad Ejecutora UGIPRESS (Red de salud Tacna) vía correo electrónico.
- 15.5 La IAFAS deberá informar al **PRESTADOR**, mediante documento formal o correo electrónico todas las transferencias financieras que realice a la **IPRESS - UGIPRESS**, de manera oportuna.
- 15.6 Coordinar y asumir directamente, la referencia de los asegurados, así como la comunicación y socialización para reportar las emergencias y urgencias.
- 15.7 Informar al **PRESTADOR**, sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
- 15.8 Pagar oportunamente al **PRESTADOR** (Unidades Ejecutoras de la DIRESA TACNA), por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 15.9 Comunicar al **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.





15.10 Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el registro de auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.



15.11 Asumir la capacitación, soporte, mantenimiento, requerimientos técnicos, licencia de uso de los aplicativos informáticos, al personal designado por **EL PRESTADOR**, siempre que formen parte del presente Convenio.



15.12 Informar en forma detallada a los asegurados y al **PRESTADOR**, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles, a su implementación en las IPRESS del **PRESTADOR**.



15.13 Establecer, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de aseguramiento en 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.



15.14 Implementar y poner a disposición de las UNIDADES EJECUTORAS (IPRESS) del **PRESTADOR**, 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, que les permitan registrar las prestaciones de salud oportunamente, así como su buen funcionamiento.



15.15 Realizar visitas, para verificar la gratuidad, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, según se considere necesario.



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



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: OBLIGACIONES DEL PRESTADOR

Son obligaciones de **EL PRESTADOR**:



16.1 Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con **LA IAFAS**, según los Procedimientos Médicos Sanitarios y disponibilidad de los mismos, detallados en el **Anexo N° 3**.

16.2. Remitir la programación de consulta externa de las especialidades médicas y exámenes de apoyo al diagnóstico, de manera mensual en los primeros cinco (5) días calendarios.

16.3 Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos a las IPRESS de DIRESA TACNA, detalladas en el **Anexo N° 1**. Asimismo, se obliga a mantener vigente el registro de sus IPRESS ante SUSALUD.





- 16.4 Garantizar que, las **IPRESS** de su jurisdicción no realicen cobros indebidos a los asegurados de **LA IAFAS** por los servicios de salud que son objeto del presente Convenio.
- 16.5 Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos o los montos pagados por la IAFAS, para los fines del presente convenio y de la normativa correspondiente.
- 16.6 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.
- 16.7 Verificar que sus **IPRESS**, 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.
- 16.8 Verificar que, las **IPRESS**, no discriminen en su atención a los asegurados de **LA IAFAS** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras en el marco de la normatividad vigente.
- 16.9 Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS** y de aquella que se genere en **LAS IPRESS**, respetando lo previsto en el marco normativo vigente, ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y la ley N° 29733, Ley de protección de datos personales, así como en sus respectivos reglamentos.
- 16.10 No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, que no hayan sido previamente acordados entre las partes. Salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con **LA IAFAS** en las condiciones de las mismas, siendo **LAS 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 con las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes.
- 16.12 Garantizar que **LAS IPRESS** mantengan, una Historia Clínica 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, tales como la norma Técnica de salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica" aprobada por la Resolución Ministerial 214-2018-MINSA.
- 16.13 En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS** sobre asegurados, con contingencias que exceden las prestaciones convenidas o la capacidad de





resolución de **LAS IPRESS**, para su respectiva referencia a otra **IPRESS**, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra **IPRESS**, de acuerdo con la normatividad vigente.

- 16.14 Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados y demás información requerida por **SUSALUD**.
- 16.15 Informar de inmediato a **LA IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.
- 16.16 Supervisar la implementación de 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.
- 16.17 Poner a disposición de los asegurados (usuarios) del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 16.18 **LA IPRESS** de prestar la 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** del **PRESTADOR** deberá adjuntar a la liquidación de la prestación, la constancia de egresado de la especialidad del médico tratante.
- 16.19 **LAS IPRESS** deben poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS**, la copia de la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio, cuando sea solicitado para efectos de auditoría prestacional.
- 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 **IAFAS**, 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 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, previa investigación y/o estudio del caso.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

La **IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control prestacional con la finalidad de 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 Solicitar a **SUSALUD**, la verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares convenidos y la normativa vigente;





en caso, SUSALUD no realice la verificación solicitada, la IAFAS realizará dicho procedimiento a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión programadas por LA IAFAS (a través de la unidad orgánica competente).

- 17.2 Realizar las encuestas de satisfacción de asegurados, por parte de la Dirección del Asegurado de la IAFAS SALUDPOL.
- 17.3 Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas bajo el proceso de auditoría de control posterior.
- 17.4 Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por LA IAFAS (a través de la unidad orgánica competente).
- 17.5 Otras actividades de control que LA IAFAS considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio, que sea previamente acordado por las partes.

- 17.6 Para el proceso de Control Posterior de las Prestaciones conformes se realizará lo siguiente:
LA IAFAS (a través de la unidad orgánica competente) determina una muestra de las prestaciones de salud conformes, para la realización de la auditoría "In situ". El listado de prestaciones de salud correspondientes a esta muestra es comunicado por LA IAFAS al **PRESTADOR**, mediante documento formal o correo electrónico.

EL PRESTADOR, posterior a la recepción del documento formal o correo electrónico, tiene un plazo máximo de cinco (05) días hábiles para acopiar la totalidad de la muestra de prestaciones de salud requeridas. Posterior a este plazo se realizará la auditoría "In situ" por parte del equipo auditor de la IAFAS.

De existir observaciones, **LA IPRESS e UGIPRESS** podrá subsanarlas durante la auditoría médica "In Situ", el equipo auditor de LA IAFAS, consignara en un Acta las observaciones que fueron subsanadas, indicando si corresponden a rechazo total o parcial.

- 17.7 **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 al **PRESTADOR**, mediante un Acta y/o Informe, indicándose claramente el sentido de éstas, y dándose al **PRESTADOR** un plazo prudencial para su subsanación, en función a la complejidad del servicio. Dicho plazo no podrá ser mayor de 15 días calendario.
- 17.8 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.
- 17.9 Todas las observaciones que **LA IAFAS** plantee al **PRESTADOR**, 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.





17.10 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 reconocer del periodo pendiente.

17.11 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.



17.12 Las observaciones identificadas no afectaran el pago de las prestaciones validadas o realizadas a los asegurados de las IAFAS.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

18.1 EL PRESTADOR, garantiza que las IPRESS 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.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

Para la remisión de información entre LA IAFAS y las IPRESS de DIRESA TACNA, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos (CPMS y codificación CIE-10) normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o el Ministerio de Salud – MINSA; así como los formatos aprobados por dichas Entidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio.

20.1 De común acuerdo entre ambas partes, 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. Para tal efecto se deberá comunicar de forma escrita, a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación, no menor de treinta (30) días hábiles previos.

20.2 Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio cuando la otra parte incumpla injustificadamente con sus obligaciones esenciales, contempladas en el presente Convenio. Para tal efecto la parte que se perjudica, debe previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario,





bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.



20.3 Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.



20.4 Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación del presente Convenio, será resuelto mediante trato directo, en su defecto de persistir la controversia, podrán someterse de común acuerdo, a la competencia del centro de conciliación o arbitraje de servicio de conciliación, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ANTICORRUPCIÓN

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

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

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

LAS PARTES se compromete a comunicar a la otra parte, inmediatamente de haber tomado conocimiento de la ocurrencia de algunos de los supuestos antes contemplados, a efectos de que se adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias, comunicando así mismo a las instancias competentes, a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.

Basados en lo ocurrido se adoptarán, medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.





El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado y debidamente comprobado, constituye causal de nulidad del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá ampliarse mediante la suscripción de la respectiva adenda.



En caso de solicitud expresa de alguna de las partes, para la no ampliación del plazo de vigencia del presente convenio se deberá comunicar de forma escrita a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación no menor de treinta (30) días hábiles antes de su término.

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 el sistema informático con los nuevos códigos de procedimientos médicos según **Anexo N° 3** del tarifario; luego de haberse realizado las capacitaciones referentes al Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN Y COORDINACION

Para coadyuvar a la ejecución e implementación del presente convenio, las partes designan como coordinadores:

Coordinador de **LA IAFAS**: La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, (o unidad orgánica competente).

Coordinador del **PRESTADOR**: La Dirección Regional de Salud Tacna: Equipo de Trabajo de Seguros.

Las partes conformarán equipos de trabajo, liderados por los coordinadores, para que, de manera conjunta, desarrollen, adecuen, definan e implementen los sistemas informáticos y procesos operativos y de control necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Así mismo, serán los responsables de la coordinación, seguimiento y control de la adecuada ejecución del Convenio, realizando una evaluación mensual, así como de la definición de las reglas de validación de las prestaciones de salud. Los equipos de trabajo de ambas partes firmaran un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

Los coordinadores serán los responsables, de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación 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.





Durante el plazo antes mencionado, el PRESTADOR deberá de remitir:

- Plantilla (según formato que remita la IAFAS) para la creación y habilitación de usuarios a los digitadores de las IPRESS quienes utilizarán el sistema informático.
- La DIRESA Tacna deberá de remitir la siguiente información de sus Unidades Ejecutoras:
 - a) Razón Social (Tener en cuenta que el nombre sea congruente entre el nombre considerado en el Convenio y el que figura en la Consulta RUC de la SUNAT).
 - b) Número de RUC
 - c) Nombre de Banco
 - d) Cuenta Bancaria Corriente
 - e) Número de CCI



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, las cuales estarán sujetas a la normativa legal vigente.



CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: DE LOS PAGOS QUE REALICE LAS IAFAS SALUDPOL

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



En ese sentido, la IAFAS SALUDPOL podrá realizar el pago de recursos financieros a las IPRESS con PERSONERÍA JURÍDICA del Anexo N°1 que sean Unidades Ejecutoras, mientras que en el caso de las IPRESS que no sean Unidades Ejecutoras, las transferencias se realizarán directamente a la Unidad Ejecutora a la cual pertenezcan según lo estipulado en la Cláusula Octava - Del Mecanismo de Pago del presente Convenio.

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

IPRESS DEL CONVENIO	VÍNCULO CON SALUDPOL
IPRESS, 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 TACNA EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO





UNIDADES EJECUTORAS ADSCRITAS AL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO						
N°	CODIGO UE	Nombre la Unidad Ejecutora	Cantidad de IPRESS	Número de RUC	RAZON SOCIAL	Modalidad de pago
1	935	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	01	20195189146	DIRESA TACNA	PROSPECTIVA
2	970	HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	01	20453223788	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE	PROSPECTIVA
3	1622	RED DE SALUD TACNA	45	20602051995	RED DE SALUD TACNA	PROSPECTIVA
		TOTAL	47			

El presente Convenio contempla un total de cuarenta y siete (47) establecimientos de salud, los cuales pertenecen a tres (03) Unidades Ejecutoras (IPRESS e UGIPRESS).

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA: 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.
- **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: DOMICILIO DE LAS PARTES

Las partes declaran, el siguiente domicilio, para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente convenio.

DOMICILIO DE LA IAFAS: Calle Domingo Elías 148, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima.

DOMICILIO del GOBIERNO REGIONAL: Av. Manuel A. Odría N° 1245 (Villa Panamericana), Distrito de Tacna, Provincia de Tacna y Departamento de Tacna.





Para efecto de cualquier notificación, se realizará con copia a DIRESA TACNA Calle José Jiménez S/N – Sector Colegio Militarizado Lote Z Distrito de Tacna, Provincia de Tacna y Departamento de Tacna.

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 de producida la variación.

Caso contrario toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados, se entenderá válidamente efectuada.

CLAUSULA VIGESIMA NOVENA: ANEXOS

- ANEXO N° 1: DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO.
- ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS.
- ANEXO N° 3: TARIFARIO: RELACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS CON COSTO ESTANDAR.
- ANEXO N° 3.1: FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL TARIFARIO.
- ANEXO N° 3.2: TARIFARIO DE TRASLADOS.
- 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: FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD.
- ANEXO N° 8: MODELO DE PRESENTACIÓN DE HOJA RESUMEN DE LIQUIDACIÓN MENSUAL.
- 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 Tacna, a los 17 días del mes de noviembre del 2024.

[Handwritten signature]
MC. JOSÉ ANTONIO PROAÑO BERNAOLA GAITÁN
 Gerente General
 FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

[Handwritten signature]
SR. LUIS RAMON TORRES ROBLEDO
 Gobernador Regional de Tacna
 GOBIERNO REGIONAL DE TACNA

ANEXO N° 01





DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

N°	Unidad Ejecutora	Nombre del establecimiento	Código Único	Provincia	Distrito	Categoría
1	REGION TACNA-SALUD	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	00013778	TACNA	TACNA	Sin Categoría
2	REGION TACNA-HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	00002864	TACNA	TACNA	II-2
3	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CALANA	00002892	TACNA	CALANA	I-2
4	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD CANDARAVE	00002874	CANDARAVE	CANDARAVE	I-3
5	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CAPLINA	00002894	TACNA	PACHIA	I-2
6	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD 28 DE AGOSTO	00002904	TACNA	LA YARADA LOS PALOS	I-3
7	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD ALTO PERU	00002867	TACNA	PALCA	I-3
8	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA	00002885	TACNA	CIUDAD NUEVA	I-4
9	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	00002883	TACNA	ALTO DE LA ALIANZA	I-4
10	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD LEONCIO PRADO	00002919	TACNA	TACNA	I-3
11	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD LOCUMBA	00002913	JORGE BASADRE	LOCUMBA	I-3
12	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	00002888	TACNA	CORONEL GREGORIO ALBARRACIN L.	I-4
13	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD TARATA	00002932	TARATA	TARATA	I-3
14	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD VIÑANI	00006724	TACNA	CORONEL GREGORIO ALBARRACIN L.	I-3
15	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE	00002891	TACNA	CORONEL GREGORIO ALBARRACIN L.	I-3
16	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CHUCATAMANI	00002925	TARATA	HEROES ALBARRACIN	I-2
17	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CORUCA	00002915	TACNA	INCLAN	I-2
18	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD ESTIQUE PAMPA	00002928	TARATA	ESTIQUE PAMPA	I-2
19	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD ILABAYA	00002909	JORGE BASADRE	ILABAYA	I-3
20	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD ITE	00002900	JORGE BASADRE	ITE	I-2
21	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD MIRAVE	00002911	JORGE BASADRE	IL ABAYA	I-2
22	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD PALCA	00002897	TACNA	PALCA	I-2
23	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD ANCOMARCA	00002866	TACNA	PALCA	I-2





N°	Unidad Ejecutora	Nombre del establecimiento	Código Único	Provincia	Distrito	Categoría
24	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CAIRANI	00002871	CANDARAVE	CAIRANI	I-2
25	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CARLOS ALBERTO JARA ALMONTE FLOR	00002902	TACNA	SAMA	I-2
26	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CONCHACHIRI	00002870	TARATA	TARATA	I-2
27	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD HUANUARA	00002879	CANDARAVE	HUANUARA	I-2
28	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD HUAYTIRI	00002875	CANDARAVE	CANDARAVE	I-2
29	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD INCLAN	00002914	TACNA	INCLAN	I-2
30	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD LAS YARAS	00002916	TACNA	SAMA	I-2
31	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD LOS PALOS	00002908	TACNA	LA YARADA LOS PALOS	I-2
32	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD PACHIA	00002893	TACNA	PACHIA	I-2
33	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD CAMILAGA	00002873	TACNA	CAMILAGA	I-2
34	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD QUILAHUANI	00002880	CANDARAVE	QUILAHUANI	I-2
35	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD RIO KAÑO	00002865	TACNA	PALCA	I-2
36	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ	00002877	CANDARAVE	CANDARAVE	I-2
37	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD SUSAPAYA	00002930	TARATA	SUSAPAYA	I-2
38	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD TALABAYA	00002927	TARATA	ESTIQUE	I-2
39	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD TARUCACHI	00002933	TARATA	TARUCACHI	I-2
40	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD TICACO	00002934	TARATA	TICACO	I-2
41	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD VILA VILA	00002903	TACNA	SAMA	I-2
42	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	PUESTO DE SALUD VILAVILANI	00002898	TACNA	PALCA	I-2
43	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE	00031651	TACNA	TACNA	I-2
44	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VILLA TACNA	00025831	TACNA	GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	I-2
45	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD COMUNITARIO VALLE POCOLLAY	00027064	TACNA	POCOLLAY	I-2





N°	Unidad Ejecutora	Nombre del establecimiento	Código Único	Provincia	Distrito	Categoría
46	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VILLA DEL NORTE	00032635	TACNA	CIUDAD NUEVA	I-2
47	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA	00027954	TACNA	TACNA	I-2



ANEXO N° 02

CARTERA DE SERVICIOS

