

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

Conste por el presente documento, el Convenio de Prestación 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 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 **M.C. HECTOR HELLMUTH BERASTAIN MERINO**, identificado con DNI N°07537791, designado mediante Resolución de Presidencia del Directorio N°001-2025-IN-SALUDPOL-PDL del 30 de enero de 2025, 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 **TUMBES** con RUC N°20484003883, con domicilio legal en Av. La Marina N.º 200, Departamento de Tumbes, representado por su Gobernador Regional, **ING. SEGISMUNDO CRUCES ORDINOLA**, identificado con DNI N.º 00361856, designado mediante Resolución N°0005-2023-JNE, de fecha 13 de enero del 2023, a quien en adelante se le denominará **EL PRESTADOR**, en representación de las IPRESS de la región Tumbes, precisando que, cuando se haga alusión a **LA IAFAS** y **EL PRESTADOR** de forma conjunta, en adelante se denominará **LAS PARTES** 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°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificaciones.¹
- 1.4. Ley N°27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias.
- 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 y su reglamento.
- 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, 1267 y 1601.
- 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 Considerado como precedente para la implementación de las IAFAS.





- 1.14. Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N°1318, 1451 y 1604.
- 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°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°017-2011-SA, que aprueba la creación del programa nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU"
- 1.22. Decreto Supremo N°020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco Del Aseguramiento Universal En Salud.
- 1.23. Decreto Supremo N°002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL.



- 1.24. 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.
- 1.25. Decreto Supremo N°010-2016-SA, que aprueba disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.



- 1.26. Decreto Supremo N°026-2017-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.27. 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.



- 1.28. Decreto Supremo N°019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- 1.29. Decreto Supremo N°016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°27604, que modifica la Ley General de Salud N.º 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.



- 1.30. 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.º 026-2019-SA.



- 1.31. Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- 1.32. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 1.33. 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".
- 1.34. Resolución Ministerial N.º 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud".
- 1.35. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N.º 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.
- 1.36. Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N.º 265-2018/MINSA,
- 1.37. Resolución Ministerial N.º 657-2019-MINSA, que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- 1.38. Resolución Ministerial N.º 951-2019-MINSA, Aprueba la Directiva Administrativa N.º 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".
- 1.39. Resolución Ministerial N.º 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".
- 1.40. Resolución Ministerial N.º 433-2020-MINSA, que 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".
- 1.41. Resolución Ministerial N.º 653-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud".
- 1.42. Resolución Ministerial N.º 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.º 294-MINSA/2020-OGTI, que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
- 1.43. Resolución de Superintendencia N.º 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)".
- 1.44. Resolución Ministerial N.º 346-2021/MINSA, que aprueba el Listado del Costo Estándar de los Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios de Pre Hospitalaria y del Transporte Asistido de Pacientes.
- 1.45. Resolución Ministerial N.º 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”.

- 1.46. Resolución de Superintendencia N.º 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”.
- 1.47. Resolución de Gerencia General N°390-2024-SALUDPOL-GG, que aprueba la “Directiva que Regula El Proceso de la Gestión de Compra de Prestaciones de Salud a través de Convenios del SALUDPOL”.
- 1.48. 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. **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.
- 2.2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 2.3. **Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
 - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
 - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
- 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.

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

2.7. **Beneficiario de SALUDPOL:** Son beneficiarios del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL), los siguientes:

- a) El personal policial de la Policía Nacional del Perú en Situación de Actividad, así como el personal policial en Situación de Disponibilidad o Retiro con derecho a pensión.
- b) Los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
- c) Los Alumnos de las Escuelas Técnico Superiores de la Policía Nacional del Perú, en tanto mantengan la condición de tales, para quienes la cobertura es personal e intransferible y no se extiende a sus familiares.
- d) El o la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley; así como los cónyuges sobrevivientes del personal policial con derecho a pensión, en tanto no contraigan matrimonio o unión de hecho.
- e) Los hijos menores de edad, hijos mayores de edad hasta los 28 años, siempre y cuando cursen estudios ininterrumpidos o mayores con incapacidad en forma total y permanente para el trabajo y los padres, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento.

2.8. **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.

2.9. **Control presencial de la prestación de salud:** Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SALUDPOL.

2.10. **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.

2.11. **Capacidad resolutive de la IPRESS:** Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutive es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que produce.

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 servicios que produce una IPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la Autoridad Nacional de Salud. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las IPRESS.



Seguro

POPULAR



2.14. **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 resolutoria, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.



2.15. **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.



2.16. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o 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 asegurado.

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; por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.



2.21. **Documento de Autorización por Convenio:** Es el documento que brinda la autorización de Prestación de Salud al beneficiario del SALUDPOL, para recibir atenciones de salud en IPRESS públicas no PNP que hayan suscrito convenio con la IAFAS SALUDPOL.

2.22. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a paciente con daños calificados como prioridad I y II.

2.23. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por LA IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.

2.24. **Garantía de la calidad:** Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud a través de mecanismos claramente establecidos, para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.



- 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, 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.
- 2.27. **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.
- 2.28. **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.
- 2.29. **Oferta Móvil:** Este tipo de oferta está referido a todas las modalidades de entrega de servicios de salud en las que los recursos necesarios se movilizan al encuentro con la demanda. Dependiendo de los objetivos a cubrir se han diseñado un conjunto amplio de modalidades. En general, se puede mencionar que este tipo de oferta se da de manera individual a través de la asistencia de personal de salud al domicilio u otro lugar en busca de los usuarios o pacientes, o de manera organizada a través del traslado de equipos de profesionales con el equipamiento necesario, conformando brigadas e incluso hasta hospitales que de manera programada o en respuesta a eventos se constituyen en lugares con inexistente o insuficiente oferta o con necesidad de complementar servicios.
- 2.30. **Observaciones:** Se da al ser observada una prestación de salud, y no cumple con reglas de conformidad entre IAFAS e IPRESS.
- 2.31. **Pago por servicio de salud prospectivo:** Se realiza de manera anticipada a la entrega de las prestaciones de salud.
- 2.32. **Pago por servicio de salud retrospectivo:** Se realiza posterior a la entrega de las prestaciones de salud.
- 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.
- 2.34. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:** Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados





Seguro



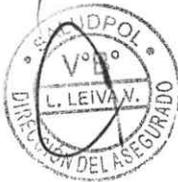
por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.



2.35. **Plan de Salud del SALUDPOL:** corresponde al Plan específico, es el instrumento que establece las condiciones de cobertura y acceso que los beneficiarios tienen frente a distintas prestaciones de salud y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, su acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, amparándonos en los principios dados. El Plan de Salud del SALUDPOL responde a las principales necesidades de salud de la familia policial; comprende acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.



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. **Prestaciones de Salud:** Se reconocen 2 acepciones:

1. Se usa como sinónimo de atenciones de salud.
2. Dentro de la Teoría de Seguros, se denomina así a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una IPRESS, en el contexto de una relación creada mediante un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones.



2.38. **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.



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

2.40. **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.



2.41. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC):** Conjunto ordenado de procedimientos asistenciales administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud, de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad resolutoria.



2.42. **Solicitud de Prestación de Salud (SPS):** Documento o formato establecido que registra la solicitud de prestación de salud para un beneficiario de SALUDPOL cuando la IPRESS PNP no puede brindarlo. Los datos que contiene deben ser exactos, íntegros, coherentes, consisten y confiables; capta información de la Hoja de Referencia emitida por el profesional de salud de la IPRESS PNP. Este documento tiene una vigencia de 3 meses, una vez cumplido el plazo se inactiva previa verificación de no persistencia de la necesidad y/o cambio de la situación de salud del beneficiario.



- 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 de los servicios de salud:** Es la persona que requiere y hace uso de los servicios de salud intramurales y extramurales de una IPRESS. No implica necesariamente que esté enfermo. Podría ser que use servicios orientados a la prevención de enfermedades, o a la promoción de la salud o de estilos de vida saludables, o algún servicio de tipo administrativo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS:

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

DEL GOBIERNO REGIONAL:

EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES 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 Tumbes, 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 Dirección Regional de Salud de Tumbes, 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 TUMBES, de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo la DIRESA TUMBES, la encargada de ejecutar las prestaciones de salud, en





el presente Convenio en coordinación con sus Unidades Ejecutoras correspondientes.

Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional de Tumbes se denomina **EL PRESTADOR**, en representación de las UGIPRESS y/o IPRESS (Unidades Ejecutoras) que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente convenio.

DE LAS IPRESS ADSCRITAS

Son organismos públicos pertenecientes a las Unidades Ejecutoras de la DIRESA TUMBES del Gobierno Regional de Tumbes, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo N° 01 del presente convenio y son responsables de formular, adecuar, implementar y evaluar las políticas del sector salud en la región. 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.



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 IPRESS que forman parte de la DIRESA TUMBES, detalladas en el Anexo N°01 adjunto, se obliga a brindar los servicios de salud de tipo preventivo, recuperativo, promocional, rehabilitación, oferta móvil y flexible, de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud establecido en el Anexo N°02 que forma parte del presente Convenio, a los asegurados de **LA IAFAS** que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a sus Planes de Aseguramiento en Salud a cambio de la contraprestación prevista en la Cláusula Decima 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, según la Cláusula Decima: De las Tarifas y Anexo N°03 que forma parte del presente convenio

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados de **LA IAFAS** se realizarán en las instalaciones y servicios de **LAS IPRESS** detalladas en el Anexo N°01 que forma parte del presente Convenio, de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio se aplica en la jurisdicción del Gobierno Regional de Tumbes, beneficiando a la población asignada a **LA IAFAS**; reconocida como demanda insatisfecha, con el propósito de 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.
- 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 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.

CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

7.1 La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente convenio se encuentra detallada en Anexo N° 02, que forma parte del presente Convenio y será brindada según el Plan de Salud de LA IAFAS, que corresponde al Plan Específico y que posee mejores condiciones que el PEAS, para lo cual EL PRESTADOR comunicará la actualización de la cartera de servicios de las IPRESS, a través de documento formal, el cual será evaluado por LA IAFAS.

7.2 EL PRESTADOR a través de sus IPRESS adscritas (según Anexo N° 01), se obliga a brindar las prestaciones de salud convenidas en las instalaciones y servicios de las IPRESS; en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad, cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y disponiendo del personal idóneo, de infraestructura y equipamiento adecuado para cumplir tal fin.

7.3 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.

7.4 LAS PARTES de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.

7.5 La solicitud de prestación de salud de los beneficiarios es realizada por las IPRESS PNP y NO PNP (consulta externa) y/o reporte de emergencias realizada por el beneficiario, acompañante o la IPRESS que admite al beneficiario, a través del Sistema de Procedimientos Médicos (SPM).



Seguro



CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS MODALIDADES Y MECANISMOS DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer la siguiente modalidad y mecanismo de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es **pago prospectivo**. Se retribuirán las prestaciones a ser otorgadas en forma anticipada.
- El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es **pago por prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos**, acordado entre **LAS PARTES** según los valores y las tarifas contenidas en el Anexo N°03 y lo establecido en la Cláusula sobre TARIFAS del presente Convenio respectivamente.

La modalidad y mecanismo de pago se encuentra detallado en el Anexo N°09 del presente convenio.

LA IAFAS realizará el pago de las prestaciones validadas y conformes a **EL PRESTADOR**, por las prestaciones brindadas. **EL PRESTADOR** se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de **LA IAFAS**.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

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° 03, y podrán ser actualizadas a solicitud de la IPRESS de **EL PRESTADOR** 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.²
- 9.3. Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario de este Convenio podrán ser actualizadas a solicitud de las IPRESS de **EL PRESTADOR** mediante documento formal o correo electrónico institucional, según el Anexo N° 3.1; previo análisis y aceptación de **LA IAFAS**, y en forma posterior se debe regularizar a través de la suscripción de una Adenda.

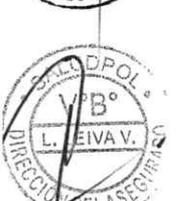
CLÁUSULA DÉCIMA: DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN E INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS

- 10.1. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** garantizan que las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a las IAFAS y a SUSALUD de acuerdo a la normativa del Modelo de Transacción Electrónica de Datos

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



Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por SUSALUD, siendo el plazo de implementación de este modelo, previo acuerdo mediante documento adicional firmado por los representantes de LAS PARTES.

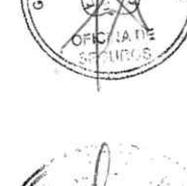
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 10.2. No obstante, en tanto no se tenga implementado u operativo el TEDEF, se optará por el sistema acordado entre las entidades o instituciones (Sistema de Único de Registro de Prestaciones de Salud- SURPS o el que haga sus veces), que contenga al menos el Conjunto Mínimo de Datos estipulado en el Anexo N° 06 y de acuerdo con la normativa vigente.
- 10.3. Por medio del Sistema de Procedimientos de Médicos (SPM), la IAFAS emitirá la Autorización de Prestación de Salud (APS), ante la solicitud de prestación de salud correspondiente.
- 10.4. Para las IPRESS de **EL PRESTADOR** que no cuenten con acceso directo al Sistema de Registro de Prestaciones por diversas razones entre ellas el acceso a internet, se recolectará la información requerida de acuerdo al Anexo N° 06 y 6.1. Posteriormente la IPRESS y/o UGIPRESS debe registrar las prestaciones en el Sistema de Registro de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, en el plazo señalado en la cláusula sobre recepción, validación y conformidad prestacional.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RECEPCIÓN, VALIDACIÓN 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 vigésimo día calendario del siguiente mes, salvo solicitud justificada de la IPRESS – UGIPRESS, presentada hasta el día siguiente del plazo indicado, en cuyo caso puede ser ampliado el plazo para el registro de las prestaciones hasta el último día calendario del referido periodo.
- 11.3. Al día siguiente de culminado el plazo de registro de las prestaciones del mes de producción, **LA IAFAS** realiza el cierre automático de registros de prestaciones de salud, lo cual será comunicado a la IPRESS mediante correo electrónico institucional, no pudiendo **EL PRESTADOR** registrar más prestaciones.
- 11.4. Para la validación y conformidad prestacional, **LA IAFAS** cuenta con un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente del documento de la OTI-SALUDPOL sobre la comunicación del cierre automático.
- 11.5. Las prestaciones observadas producto del proceso de validación y conformidad prestacional deben ser comunicadas por **LA IAFAS** a las IPRESS o UGIPRESS de culminada la validación, caso contrario se tendrá por válida la prestación brindada y se procederá a la facturación correspondiente.
- 11.6. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** levantarán las observaciones dentro del plazo de quince (15) días hábiles, mediante correo electrónico o sistema informático de **LA IAFAS**, según se le indique, para las subsanaciones correspondientes en función a la complejidad del servicio. Todo el proceso de levantamiento de observaciones debe realizarse en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones. Se considera la ampliación del plazo de manera excepcional hasta por quince (15) días hábiles adicionales, salvo



Seguro



justificación sustentada de la UGIPRESS o IPRESS y debidamente comunicada a la IAFAS antes del vencimiento del plazo inicial.

11.7. Asimismo, la verificación de la subsanación de las observaciones, **LA IAFAS** deberá realizarlo en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles desde que **EL PRESTADOR** realice el levantamiento.

11.8. De no cumplir la IPRESS e UGIPRESS con la subsanación de la observación dentro del plazo establecido, **LA IAFAS** dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago.

11.9. Las prestaciones que no son subsanadas por la IPRESS de **EL PRESTADOR** en el plazo establecido no forman parte de la producción del periodo gestionado.

11.10. Las prestaciones no observadas y todas aquellas que hayan sido subsanadas correctamente continúan con el proceso de liquidación de prestaciones.

11.11. Luego de otorgada la conformidad, las Unidades Ejecutoras de **EL 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° 07); y Declaración Jurada (según Anexo N° 08).

11.12. En el proceso de liquidación se aplicará lo dispuesto en la ley N° 32240 publicado el 10 de enero de 2025, a las tarifas ya concertadas por procedimientos médicos.

11.13. **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.

11.14. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN DE LAS PRESTACIONES NO REGISTRADAS Y/O PRESTACIONES OBSERVADAS

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), así como de prestaciones no registradas, en el plazo perentorio de quince (15) días calendarios posteriores a la recepción del Informe Final y/o comunicación por correo electrónico de la unidad de organización de **LA IAFAS**.

12.1. El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación de **LA IAFAS**.

12.2. **LA IAFAS** emitirá pronunciamiento en el plazo de 30 días calendario.

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

En caso la IPRESS de **EL PRESTADOR** no cuente con la capacidad resolutoria suficiente para atender las necesidades de salud del asegurado, comunicará en forma inmediata a la Dirección del



Asegurado de LA IAFAS³ a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del asegurado, según las normas vigentes.

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

En casos la IPRESS de EL PRESTADOR no cuente con ambulancia disponible, debe comunicar a la Dirección del Asegurado de LA IAFAS de la región a fin de que se coordinen y adopten las acciones necesarias.

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

La IPRESS de EL PRESTADOR se compromete a capacitar al personal que labora en la plataforma de atención al usuario en salud, sobre el contenido del presente convenio de intercambio prestacional en salud a efectos que se puedan brindar información y absolver consultas sobre los asegurados que así lo requieran.

Las denuncias y reclamos que formulen los 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 UGI PRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 002-2019-SA.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de LA IAFAS:

- 15.1. Informar a sus beneficiarios sobre el alcance de los servicios de salud que serán brindados por 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. Efectuar la transferencia de recursos oportunamente a favor de EL PRESTADOR por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.

³ De acuerdo a los canales de comunicación debidamente socializados de la IAFAS.





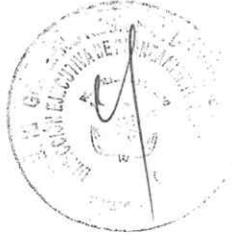
- 15.6. Comunicar a **EL PRESTADOR** sobre la normativa vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
- 15.7. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de 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.
- 15.8. 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 **EL PRESTADOR**, sobre cualquier modificación que realice en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en las IPRESS de **EL 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 del 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. Supervisar y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad, de las prestaciones brindadas a los beneficiarios por **EL PRESTADOR**.
- 15.16. 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, 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. Garantizar la verificación de la acreditación identidad del asegurado o usuario de salud y su condición de asegurado de LA IAFAS, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 16.4. No realizar cobros adicionales de ningún tipo a los asegurados de LA IAFAS por los servicios de salud que son objeto 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, siendo LA IPRESS responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable 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 asegurado, 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** debe poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS** la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiende en mérito del contrato.
- 16.12. En aras de la digitalización de procesos y la simplificación administrativa, las IPRESS deberán considerar el uso de las Historias Clínicas Electrónicas en función de la viabilidad técnica y de manera progresiva.
- 16.13. En los casos que corresponda, informar a **LA IAFAS**, dentro de las veinticuatro (24) horas de identificado la necesidad, sobre beneficiarios con contingencias que exceden la cobertura convenida o la capacidad de resolución de **LA IPRESS**, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 16.14. Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
- 16.15. 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. Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con guía u hoja de liquidación de gastos debidamente detallada y valorizada.



Seguro



- 16.17. Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes
- 16.18. 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.
- 16.19. En cuanto a los criterios de calidad de las prestaciones de salud a brindarse, la Dirección de Prestaciones de Salud se basará en los protocolos y estándares de calidad aprobados por el Ministerio de Salud – MINSA y/o por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, vinculados a las normas técnicas de Estándares de Calidad. Asimismo, los criterios de calidad están sobre la base de la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno.
- 16.20. LA IPRESS prestará su atención con médicos especialistas, en caso corresponda, 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.
- 16.21. LA IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a LA IAFAS la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio, para efectos de auditoría prestacional.
- 16.22. Brindar información en forma oportuna a LA IAFAS, al asegurado 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.
- 16.23. Garantizar que se presente a la IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como la demás información requerida por SUSALUD.
- 16.24. Implementar los aplicativos informáticos acordado por las partes.
- 16.25. Garantizar que sus IPRESS que forman parte del presente convenio, deben informar de inmediato a LA IAFAS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de salud a los asegurados.
- 16.26. 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.
- 16.27. 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 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. Verificación del cumplimiento de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares de calidad y la normativa vigente,

a través de las visitas de evaluación programadas y/o inopinadas por **SALUDPOL**. De hallar observaciones comunica el resultado de la evaluación de los estándares de calidad al prestador para la elaboración del Plan de Mitigación, el cual debe ser presentado en 15 días hábiles desde la notificación de los resultados de la evaluación, el mismo que debe de contener los plazos para su levantamiento según normativa vigente.

17.1.1. LA IAFAS, a través de su Dirección del Asegurado, aplicará encuestas de satisfacción a los asegurados que fueron atendidos en LA IPRESS, cuyos resultados serán comunicados a la Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS.

17.1.2. Efectuar auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados programadas por **LA IAFAS**.

17.1.3. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros relacionados al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud ejecutadas por LA IAFAS.

17.1.4. El proceso control presencial posterior a las prestaciones conformes liquidadas.

17.1.5. Realizar otras actividades de control que LA IAFAS considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio, comunicadas previamente a **EL PRESTADOR**.

17.2. Las observaciones producto de los procesos de control posterior realizados por LA IAFAS, será deducido del monto liquidado.

17.3. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio.

17.4. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.

17.5. **LA IAFAS** puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos o de tarifas relacionadas con la prestación de salud que se haya brindado a los asegurados, las cuales serán comunicadas de acuerdo al procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

18.1. Las IPRESS garantizan 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, las 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 las IPRESS de **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.





Seguro Popular



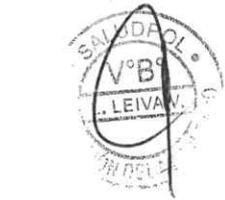
CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

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



CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

- 20.1 Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio cuando la otra parte incumpla injustificadamente con sus obligaciones esenciales, contempladas en el presente Convenio, debiendo previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.
- 20.2 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.
- 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 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 referencia 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

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 relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, se podrán resolver mediante trato directo.

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 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 anti corrupción.



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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: 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 QUINTA: DE LOS PAGOS QUE REALICE LA IAFAS

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

En ese sentido, LA IAFAS podrá realizar el pago de recursos financieros directamente a las IPRESS del Anexo N° 01 que sean Unidades Ejecutoras, mientras que en el caso de las IPRESS que no sean Unidades Ejecutoras, las transferencias se realizarán directamente a la Unidad Ejecutora a la cual pertenezcan según lo estipulado en la Cláusula Octava del presente Convenio.





Para la operatividad del presente Convenio se considera el registro de prestaciones en el sistema de LA IAFAS, la rendición y la facturación.

Se consideran IPRESS con Personería Jurídica y Unidades Ejecutoras, o que pertenezcan a alguna, a las consignadas en la siguiente tabla:

TABLA DE TRANSFERENCIAS A UNIDADES EJECUTORAS ADSCRITAS AL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES EN EL MARCO DEL PRESENTE CONVENIO

N°	CODIGO	NOMBRE LA UNIDAD EJECUTORA	CANTIDAD DE IPRESS	NÚMERO DE RUC	RAZON SOCIAL
1	1436	HOSP.REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA-JAMO II TUMBES	01	20409446303	UNIDAD EJECUTORA 402 "HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" JAMO II - 2
2	940	SALUD TUMBES	47	20171001065	DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES

El presente Convenio contempla un total de 48 establecimientos de salud, los cuales pertenecen a 02 Unidades Ejecutoras.

EL PRESTADOR debe 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 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 y CCI.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA: DEL PROCESO DE EJECUCIÓN Y COORDINACIÓN

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 quien haga sus veces.
- **Coordinador del PRESTADOR:** La Dirección Regional de Salud de Tumbes y áreas de seguros de las IPRESS del GORE TUMBES, o quien haga sus veces.

Las partes conformaran 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 ejecución del Convenio, realizando una evaluación semestral, 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, 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 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, con cargo al primer pago prospectivo que realice LA IAFAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: 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 Domingo Elías 148, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima.
- **DOMICILIO DE EL PRESTADOR:** Av. La Marina N.º 200, Departamento de Tumbes.

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 VIGÉSIMA 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
- ANEXO N° 3.1 FORMATO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROCEDIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DEL 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: MODELO DE PRESENTACIÓN DE HOJA RESUMÉN DE LIQUIDACIÓN MENSUAL.
- ANEXO N° 8: DECLARACIÓN JURADA.
- ANEXO N° 9: MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LAS IPRESS DEL PRESTADOR



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 TUMBES, a los 09 días del mes de ABRIL del 2025



M.C. HECTOR HELLMUTH BERASTAIN MERINO
Gerente General
Fondo de Aseguramiento en Salud de la
Policía Nacional del Perú – SALUDPOL

ING. SEGISMUNDO CRUCES ORDINOLA
Governador Regional
Gobierno Regional de Tumbes

ANEXO N° 1

DATOS DE LA IPRESS QUE FORMA PARTE DEL PRESENTE CONVENIO

N°	CODIGO UE	UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DE IPRESS	CODIGO RENIPRESS	PROVINCIA	DISTRITO	CATEGORIA
1	1436	HOSP.REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA-JAMO II TUMBES	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	00017077	TUMBES	TUMBES	II-2
2	940	SALUD TUMBES	CAÑAVERAL	00001897	CONTRALMIRANTE VILLAR	CASITAS	I-3
3			LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL DE SALUD PUBLICA	00013886	TUMBES	TUMBES	Sin Categoría
4			CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "VIRGEN DEL CISNE"	00028923	TUMBES	TUMBES	I-3
5			PAMPA GRANDE	00001882	TUMBES	TUMBES	I-4
6			Centro de Salud Mental Comunitario El Gran Chilimasa - Corrales	00032461	TUMBES	CORRALES	I-3
7			ZORRITOS	00001900	CONTRALMIRANTE VILLAR	ZORRITOS	I-4
8			CANCAS	00001902	CONTRALMIRANTE VILLAR	CANCOAS DE PUNTA SAL	I-3
9			CLAS AGUAS VERDES	00001885	ZARUMILLA	AGUAS VERDES	I-3
10			PAMPAS DE HOSPITAL	00001875	TUMBES	PAMPAS DE HOSPITAL	I-3
11			C.S MATAPALO	00001890	ZARUMILLA	MATAPALO	I-3
12			C.S. PAPAYAL	00001891	ZARUMILLA	PAPAYAL	I-3
13			CLAS CORRALES	00001866	TUMBES	CORRALES	I-4
14			CENTRO DE SALUD ZARUMILLA	00001896	ZARUMILLA	ZARUMILLA	I-4
15			SAMU -TUMBES	00027613	TUMBES	TUMBES	Sin Categoría
16			CLAS ANDRES ARAUJO MORAN	00001884	TUMBES	TUMBES	I-3
17			CLAS LA CRUZ	00001869	TUMBES	LA CRUZ	I-3
18			SAN JACINTO	00001870	TUMBES	SAN JACINTO	I-3
19			CLAS SAN JUAN DE LA VIRGEN	00001879	TUMBES	SAN JUAN DE LA VIRGEN	I-3
20			Centro de Salud Mental Comunitario "LIC. ENF. SILVIA VIOLETA CONDE SOSA"	00026856	ZARUMILLA	ZARUMILLA	I-3



Seguro



ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIA I-3

UPSS	CARTERA DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO GENERAL
	TELECONSULTA POR MÉDICO
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR OBSTETRA
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMERA(O)
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR PSICÓLOGO(A)
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR CIRUJANO DENTISTA
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR NUTRICIONISTA
	ATENCIÓN AMBULATORIA DIFERENCIADA POR PROFESIONAL DE LA SALUD
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR PROFESIONAL DE LA SALUD CAPACITADO EN SALUD MENTAL
	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO GENERAL CAPACITADO EN SALUD MENTAL
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR MÉDICO EN TÓPICO DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA
	TELECONSULTA (DL 1490)
	TELEINTERCONSULTA (DL 1490)
	TELEORIENTACIÓN (DL 1490)
TELEMONITOREO (DL 1490)	
PATOLOGIA CLINICA	PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO TIPOS I-3 O I-4

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIA I-4

UPSS	CARTERA DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *
	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA*
	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR*
	TELECONSULTA POR MÉDICO ESPECIALISTA (ESPECIFICAR)*
	ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
	CONSULTA AMBULATORIA POR MÉDICO GENERAL
	TELECONSULTA POR MÉDICO
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR OBSTETRA
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMERA(O)
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR PSICÓLOGO(A)
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR CIRUJANO DENTISTA GENERAL CON SOPORTE DE RADIOLOGÍA ORAL
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR NUTRICIONISTA
	ATENCIÓN AMBULATORIA DIFERENCIADA POR PROFESIONAL DE LA SALUD
	ATENCIÓN AMBULATORIA POR MÉDICO EN TÓPICO DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA
	TELECONSULTA (DL 1490)
	TELEINTERCONSULTA (DL 1490)
	TELEORIENTACIÓN (DL 1490)
TELEMONITOREO (DL 1490)	
PATOLOGIA CLINICA	PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO TIPOS I-4
FARMACIA	EXPENDIO DE MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
	ATENCIÓN EN FARMACIA CLÍNICA
	ATENCIÓN EN FARMACOTÉCNIA

CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL REGIONAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2
RD N° 00082-2024-GOBIERNO REGIONAL TUMBES-DRST-DR

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (URSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
1	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico general
2	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina interna
3	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría
4	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía general
5	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia
6	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina familiar
7	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en anestesiología.
8	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina de rehabilitación
9	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en traumatología y ortopedia
10	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en
11	CONSULTA EXTERNA	oftalmología 1
12	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico de urología
13	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en neumología
14	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en gastroenterología
15	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en psiquiatría
16	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en dermatología
17	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en endocrinología
18	CONSULTA EXTERNA	Consulta endocrinología por médico especialista en otorrinolaringología
19	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Nefrología
20	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Reumatología
21	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Cirugía torácica y cardiovascular
22	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Cirugía plástica
23	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Neurocirugía
24	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Oncología
25	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Cirugía Pediátrica
26	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria en el servicio sub especializado de Neonatología
27	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por enfermera(o)
28	CONSULTA EXTERNA	Mención ambulatoria por psicólogo(a)
29	CONSULTA EXTERNA	Mención ambulatoria por obstetra
30	CONSULTA EXTERNA	Mención ambulatoria por cirujano dentista
31	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista con soporte de radióloga oral
32	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por nutricionista
33	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por médico en tópicos de procedimientos de consulta externa
34	CONSULTA EXTERNA	Atención en procedimientos ambulatorios en la especialidad de ginecología y obstetricia
35	CONSULTA EXTERNA	Atención en procedimientos ambulatorios en la especialidad de gastroenterología
36	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cardiología
37	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de neurología
38	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de dermatología
39	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de otorrinolaringología
40	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cirugía plástica







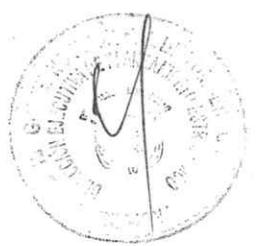





N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (URSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
40	EMERGENCIA	Atención de tópicos de inyectables y nebulizaciones
41	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de medicina interna
42	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de pediatría
43	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de gineco obstetricia
44	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía general
45	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de traumatología y ortopedia
46	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de neurocirugía
47	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía torácica y cardiovascular
48	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de psiquiatría
49	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de urología
50	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de oftalmología
51	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de otorrinolaringología
52	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de neurología
53	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico de otras especialidades
54	EMERGENCIA	Atención en sala de observaciones
55	EMERGENCIA	Atención en Unidad de Vigilancia Intensiva
56	EMERGENCIA	Atención en la Unidad de Shock trauma y Reanimación
57	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía general.
58	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en ginecología y obstetricia.
59	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en oftalmología
60	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en otorrinolaringología
61	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en traumatología y ortopedia
62	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en urología
63	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista torácica y cardiovascular
64	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista cirugía plástica
65	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista neurocirugía
66	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía pediátrica
67	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía pediátrica
68	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía pediátrica
69	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención en sala de Recuperación Post-Anestésica
70	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención de parto vaginal por médico especialista en ginecología y obstetricia, y por obstetra.
71	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención inmediata del recién nacido por médico sub especialista en pediatría y enfermera.
72	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención inmediata del recién nacido por médico sub especialista en neonatología.
73	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Medicina Interna.
74	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Pediatría
75	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Ginecología y Obstetricia.
76	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General
77	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal



N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (URSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
78	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
79	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos
80	PATOLOGÍA CLÍNICA	Procedimientos de Laboratorio Clínico tipo II-2.
81	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Procedimientos de Anatomía Patológica tipo II-2.
82	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación de Discapacidad leves y moderadas mediante terapia física.
83	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación de discapacidades severas mediante terapia física.
84	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación mediante terapia ocupacional.
85	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación mediante terapia de lenguaje.
86	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación mediante terapia de lenguaje.
87	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Evaluación nutricional en hospitalización.
88	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Evaluación nutricional con regímenes dietéticos.
89	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Soporte nutricional con fórmulas lácteas.
90	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Provisión de unidades de sangre y hemoderivados
91	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Abastecimiento de unidades de sangre y hemoderivados.
92	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Preparación de unidades de sangre y hemoderivados.
93	PRUEBAS RÁPIDAS Y TOMA DE MUESTRAS	Pruebas rápidas de laboratorio clínico y toma de muestras biológicas.
94	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología Convencional simple
95	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología Intervencionista
96	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología Especializada
97	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Ecografía general y Doppler
98	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Densitometría ósea
99	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Mamografía
100	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Tomografía computada
101	FARMACIA	Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios
102	FARMACIA	Atención en farmacotecnia
103	FARMACIA	Atención en farmacia clínica
104	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	DE Desinfección de nivel Intermedio en central de Esterilización
105	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	DE Desinfección de alto nivel en Central de Esterilización
106	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	DE Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización
107	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	DE Esterilización por medio químico en Central de Esterilización
108	HEMODIALISIS	Hemodiálisis





Seguro Popular



ANEXO N° 3

TARIFARIO: RELACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS CON COSTO ESTANDAR, DE LAS IPRESS ADSCRITAS Costo PEAS aprobado RM N°539-2021/MINSA

N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
1	12001	Sutura simple de heridas superficiales de cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 2.5 cm o menos	S/ 43.51
2	12002	Sutura simple de heridas superficiales de cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 2.6 a 7.5 cm	S/ 57.26
3	12005	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies); 12.6 a 20.0 cm	S/ 78.24
4	13302	Extracción de puntos	S/ 38.45
5	15849	Retiro de puntos sin anestesia	S/ 31.61
6	15851	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local), hecho por otro cirujano	S/ 40.32
7	15854	Curación de herida primaria	S/ 25.99
8	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	S/ 166.50
9	51702	Inserción de catéter vesical temporal; simple (p ej Foley)	S/ 30.50
10	59050	Monitoreo fetal durante el trabajo de parto por parte de médico consultor (médico no encargado), con reporte escrito; supervisión e interpretación	S/ 33.27
11	59401	Atención prenatal	S/ 46.51
12	59401.03	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	S/ 10.56
13	59401.04	Suplementación de sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	S/ 11.09
14	59409	Atención de parto vaginal solamente (con o sin episiotomía)	S/ 359.72
15	59410	Atención de parto vaginal (únicamente) (con o sin episiotomía), incluye atención postparto	S/ 413.96
16	59414	Extracción de placenta (procedimiento separado)	S/ 129.71
17	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado) atención de puerperio	S/ 52.07
18	59813	Aspiración manual endouterina (AMEU)	S/ 155.41
19	70250	Examen radiológico, cráneo; menos de 4 incidencias	S/ 50.80
20	70260	Examen radiológico, cráneo; completa, mínimo de 4 incidencias	S/ 64.77
21	70320	Examen radiológico, dientes; completo, toda la boca	S/ 35.79
22	70360	Examen radiológico de tejido blando de cuello	S/ 35.79
23	71020	Examen radiológico de tórax, 2 incidencias, frontal y lateral	S/ 45.28
24	71030	Examen radiológico, tórax, completo, mínimo de cuatro vistas	S/ 64.77
25	71035	Examen radiológico de tórax, incidencias adicionales (p ej decúbito lateral)	S/ 35.79
26	72010	Examen radiológico de columna vertebral completa, estudio de Exploración, anteroposterior y lateral	S/ 55.11
27	72040	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 2 o 3 incidencias	S/ 55.11
28	72050	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 4 o 5 incidencias	S/ 64.77
29	72080	Examen radiológico, columna vertebral; toracolumbar, 2 incidencias	S/ 45.28
30	72090	Examen radiológico, columna vertebral; estudio de escoliosis, incluyendo estudios en posición supina y erguida	S/ 64.77
31	72100	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra; 2 o 3 incidencias	S/ 55.11
32	72120	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra, incidencias funcionales, vistas en posición doblada solamente, 2 o 3 incidencias	S/ 55.11
33	72190	Examen radiológico, pelvis; completo, mínimo de tres vistas	S/ 55.11
34	73020	Examen radiológico de hombro; 1 incidencia	S/ 35.79
35	73030	Examen radiológico, hombro; completo, mínimo de dos vistas	S/ 45.28
36	73060	Examen radiológico de húmero, mínimo de 2 incidencias	S/ 45.28
37	73070	Examen radiológico de codo; 2 incidencias	S/ 45.28
38	73080	Examen radiológico, codo; completo, mínimo de tres vistas	S/ 55.11
39	73090	Examen radiológico de antebrazo cada lado, 2 incidencias	S/ 45.28
40	73110	Examen radiológico, muñeca; completo, mínimo de tres vistas	S/ 55.11
41	73120	Examen radiológico, mano; dos incidencias	S/ 45.28
42	73130	Examen radiológico, mano; mínimo de tres incidencias	S/ 55.11
43	73510	Examen radiológico, cadera, unilateral; completo, mínimo de dos vistas	S/ 45.28
44	73550	Examen radiológico de fémur, 2 incidencias	S/ 45.28
45	73560	Examen radiológico de rodilla, 1 o 2 incidencias	S/ 45.28
46	73562	Examen radiológico de rodilla, 3 incidencias	S/ 55.11
47	73590	Examen radiológico, tibia y peroné, 2 vistas	S/ 45.28
48	73600	Examen radiológico, tobillo; 2 incidencias	S/ 45.28
49	73620	Examen radiológico, pie; 2 incidencias	S/ 45.28
50	73630	Examen radiológico, pie, completo, mínimo de tres vistas	S/ 55.11



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
91	82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol); con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal (se le provee al usuario de salud de tres recipientes para Recolección consecutiva)	S/ 11.13
92	82310	Dosaje de Calcio; total	S/ 9.38
93	82465	Dosaje de colesterol total en sangre completa o suero	S/ 9.73
94	82550	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); total	S/ 10.72
95	82553	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); fracción MB solamente	S/ 15.90
96	82565	Dosaje de creatinina en sangre	S/ 9.25
97	82575	Dosaje de Creatinina; depuración	S/ 9.25
98	82803	Dosaje de Gases en sangre, cualquier combinación de pH, pCO2, pO2, CO2, HCO3 (incluyendo la saturación de O2 calculada)	S/ 34.86
99	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	S/ 9.21
100	82948	Dosaje de Glucosa en sangre, tira reactiva	S/ 7.06
101	82950	Dosaje de Glucosa; después de una dosis de glucosa (incluye glucosa)	S/ 12.80
102	83036	Dosaje de hemoglobina; glucosilada (A1C)	S/ 46.07
103	83525	Dosaje de Insulina; total	S/ 26.21
104	83540	Dosaje de Hierro	S/ 11.45
105	83615	Dosaje de Lactato deshidrogenasa (LD), (LDH)	S/ 13.25
106	83718	Determinación directa de lipoproteína de alta densidad (HDL colesterol)	S/ 11.33
107	83735	Dosaje de Magnesio	S/ 10.80
108	84075	Dosaje de fosfatasa, alcalina	S/ 10.40
109	84155	Proteínas totales, excepto refractometría, suero, plasma o sangre total	S/ 10.41
110	84165	Proteínas; fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis; suero	S/ 10.41
111	84180	Proteinuria de 24 horas	S/ 12.16
112	84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)	S/ 10.55
113	84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)	S/ 10.19
114	84478	Triglicéridos	S/ 10.89
115	84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo	S/ 10.54
116	84550	Ácido úrico; en sangre	S/ 10.15
117	85002	Tiempo de sangría	S/ 9.81
118	85007	Frotis de sangre con examen microscópico con formula diferencial manual de leucocitos	S/ 15.67
119	85013	Microhematocrito por centrifugación	S/ 13.83
120	85014	Hematocrito	S/ 13.83
121	85018	Hemoglobina	S/ 15.67
122	85025	Recuento sanguíneo completo automatizado, (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) formula diferencial automatizada de leucocitos	S/ 15.67
123	85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	S/ 15.67
124	85031	Hemograma completo, 3ra generación (Nº, Formula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)	S/ 15.67
125	85044	Recuento manual de reticulocitos	S/ 13.68
126	85049	Recuento automatizado de plaquetas	S/ 10.93
127	85060	Extendido de sangre periférica, interpretación e informe escrito por médico	S/ 15.92
128	85384	Medición de actividad de fibrinógeno	S/ 15.89
129	85590	Recuento de plaquetas	S/ 10.93
130	85610	Tiempo de protrombina	S/ 11.83
131	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	S/ 20.12
132	85730	Tiempo de tromboplastina parcial (PTT); en plasma o sangre entera	S/ 15.22
133	86580	Pruebas cutáneas; tuberculosis, intradérmica	S/ 28.83
134	86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p ej VDRL, RPR, ART)	S/ 12.22
135	86900	Tipificación de sangre; ABO	S/ 6.61
136	86901	Tipificación de sangre; Rh (D)	S/ 6.64
137	87040	Cultivo bacteria, en sangre, aeróbico, con aislamiento e Identificación presuntativa de cepas (incluye cultivo anaeróbico, si es necesario)	S/ 24.86
138	87045	Cultivo bacteriano, en heces, aeróbico, con aislamiento e examen preliminar (pej: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shigella	S/ 23.80
139	87070	Cultivo bacteriano, en cualquier fuente excepto orina, sangre o heces, con aislamiento e Identificación presuntativa de cepas	S/ 23.03
140	87086	Urocultivo con recuento de colonias cuantitativo	S/ 30.16
141	87087	Urocultivo y antibiograma	S/ 30.16
142	87088	Urocultivo con aislamiento e Identificación presuntiva de cada aislamiento	S/ 30.16



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
143	87102	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento, con Identificación presuntiva de aislamientos); otra fuente (excepto sangre)	S/ 21.09
144	87115	Baciloscofia: BK	S/ 10.00
145	87162	Cultivo de secreciones (faringea, uretral, vaginal, esputo, heridas, otros)	S/ 25.07
146	87162.01	Toma de muestra, cultivo para ITS	S/ 13.82
147	87163	Cultivo de líquidos corporales (LCR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	S/ 20.03
148	87177	Examen de frotis directo y de concentración para Identificación de huevos y parásitos	S/ 10.26
149	87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3	S/ 11.17
150	87178	Test de Graham	S/ 9.17
151	87179	Examen coprológico funcional	S/ 11.56
152	87205	Frotis de fuente primaria con interpretación, con coloración Gram o Giemsa o Wright para bacterias, hongos o tipos de células	S/ 10.71
153	87210	Frotis con montaje húmedo para Identificación de agentes infecciosos (p ej solución salina, tinta de la India, Reparaciones de KOH)	S/ 9.81
154	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o ácaros (pej: sarna)	S/ 9.81
155	88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico	S/ 52.01
156	88141.01	Inspección Visual con ácido acético (IVAA)	S/ 38.95
157	88142	Citopatología, cervical o vaginal (cualquier sistema de informes), con Recolección de material en líquido preservante, Reparación automatizada de capa delgada; tamizaje manual supervisado por el médico	S/ 56.88
158	88150	Citopatología, extendidos, cervical o vaginal; tamizaje manual supervisada por el médico	S/ 12.91
159	89055	Evaluación de leucocitos, en heces, cualitativo o semicuantitativo	S/ 26.09
160	90371	Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG), humana, para uso intramuscular	S/ 7.75
161	90375	Inmunoglobulina antirrábica (RIG), humana, para uso intramuscular y/o subcutáneo	S/ 7.75
162	90471	Administración de inmunización (incluye inyecciones percutáneas, intradérmicas, subcutáneas, intramusculares y a chorro, y/o administración intranasal u oral); primera vacuna (única o combinación de vacuna y toxoide)	S/ 10.98
163	90585	Vacuna viva de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) contra la tuberculosis, para uso percutáneo	S/ 15.06
164	90649	Vacuna contra virus papiloma humano (HPV), tipos 6, 11, 16, 18 (cuadrivalente), esquema de 3 dosis, para uso intramuscular	S/ 46.91
165	90657	Vacuna contra virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 6-35 meses de edad, para uso intramuscular	S/ 22.08
166	90658	Vacuna contra virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a personas de 3 años de edad o mayores, para uso intramuscular	S/ 28.76
167	90670	Vacuna conjugada contra neumococo, valente por 13, para uso intramuscular	S/ 81.88
168	90676	Vacuna contra rabia, para uso intradérmico	S/ 58.34
169	90681	Vacuna contra rotavirus humano, atenuada, esquema de 2 dosis, vivo, para uso oral	S/ 43.09
170	90701	Administración de DPT	S/ 14.47
171	90702	Toxoide de la difteria y del tétanos (DT), adsorbida, para individuos menores de 7 años, para uso intramuscular	S/ 14.38
172	90707	Vacuna viva contra virus del sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), para uso subcutánea	S/ 26.48
173	90708	Vacuna viva contra virus del sarampión y rubéola, para uso subcutánea	S/ 25.10
174	90712	Vacuna viva contra poliovirus (cualquier tipo) (OPV), para uso oral	S/ 13.22
175	90713	Vacuna contra poliovirus, inactivada (IPV), para uso subcutáneo o intramuscular	S/ 39.36
176	90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	S/ 73.47
177	90716	Vacuna viva contra virus de la varicela, para uso subcutáneo	S/ 91.70
178	90717	Vacuna viva contra fiebre amarilla, para uso subcutáneo	S/ 22.33
179	90722	Vacuna contra DPT-HvB-HiB	S/ 18.46
180	90740	Vacuna contra hepatitis B, dosis para pacientes en diálisis o inmunosuprimidos (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	S/ 14.43
181	90744	Vacuna contra hepatitis B, dosis pediátrica/adolescente (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	S/ 14.33
182	90746	Vacuna contra hepatitis B, dosis adulta (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	S/ 14.43
183	90784	Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa	S/ 10.21
184	90804	Psicoterapia individual, en consultorio ambulatorio o hospitalización, orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento, que dura aproximadamente 45 a 60 minutos cara a cara con el usuario de salud	S/ 45.68
185	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo	S/ 45.68
186	90806.01	Estudio psicológico inicial	S/ 45.72
187	90806.02	Estudio psicológico para rehabilitación profesional	S/ 45.72
188	90806.04	Evaluación psicológica (incluye Aplicación de test de psicometría)	S/ 46.07

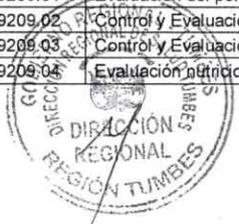




Seguro Popular



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
189	90806.05	Evolucion psicologica	S/ 44.59
190	90806.06	Seguimiento en terapias	S/ 36.87
191	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el usuario de salud y/o miembro de la familia	S/ 44.48
192	91105	Lavado gástrico por sonda nasogástrica	S/ 46.67
193	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 derivaciones; con interpretación e informe	S/ 22.04
194	93005	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 derivaciones; trazado solamente, sin interpretación e informe	S/ 19.91
195	93923	Estudios fisiologicos no invasivos bilaterales completos de arterias de miembros superiores o inferiores, 3 o más niveles (pej: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedia más presión arterial segmentaria con registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedia más pletismografía de volumen en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorales pedias mas mediciones segmentarias transcutáneas de tension de oxigeno en 3 o más niveles) o estudio de nivel único con maniobras funcionales de provocacion (pej: mediciones con pruebas provocativas posturales, o mediciones con hipermemia reactiva)	S/ 64.43
196	94640	Tratamiento por inhalacion con o sin presión para tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos (pej con generador de aerosol, nebulizador, inhalador dosificado, o dispositivo de presión intermitente positiva)	S/ 37.62
197	94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinacion	S/ 11.29
198	96100	Evaluación psicologica; incluye Evaluación psicodiagnóstica de personalidad, psicopatología, emocionalidad, habilidades intelectuales (p ej, WAIS-R, Rorschach, MMPI)	S/ 22.42
199	96100.05	Terapia de rehabilitacion del deterioro cognitivo	S/ 49.54
200	96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	S/ 95.08
201	96111	Pruebas de Desarrollo (incluye evaluaciones del funcionamiento motor, del lenguaje, social, adaptativo, y/o cognitivo mediante instrumentos de desarrollo estandarizados) con interpretación y reporte	S/ 56.27
202	96150.01	Tamizaje de salud mental en violencia	S/ 32.75
203	96150.02	Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas	S/ 32.75
204	96150.03	Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos	S/ 32.75
205	96150.04	Tamizaje de salud mental en psicosis	S/ 32.75
206	96150.05	Tamizaje de salud mental en habilidades sociales	S/ 32.75
207	96361	Infusión intravenosa, hidratacion; inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	S/ 70.42
208	99199.09	Solicitud de exámenes auxiliares: baciloscopias, cultivos, pruebas de sensibilidad rápidas y convencionales, radiología de torax, PPD	S/ 17.89
209	99199.17	Suplementación con hierro	S/ 63.49
210	99199.18	Suplementación de ácido fólico	S/ 10.56
211	99199.19	Suplementación de multimicronutrientes	S/ 20.74
212	99199.27	Suplementación de vitamina A	S/ 9.86
213	99199.28	Profilaxis antiparasitaria	S/ 12.25
214	99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo nivel de atención I	S/ 19.24
215	99201.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo, nivel de atención I (evaluación y manejo inicial de daños identificados)	S/ 19.24
216	99205	Atención de enfermería en I nivel de atención	S/ 15.39
217	99205.01	Atención de enfermería en I nivel de atención (administración de tratamiento)	S/ 69.10
218	99205.02	Administración de terapia preventiva con isoniacida (TPI), según normatividad vigente	S/ 64.70
219	99207	Atención en salud mental	S/ 34.93
220	99207.01	Intervencion individual de salud mental	S/ 36.85
221	99207.02	Intervencion en grupo de salud mental	S/ 57.66
222	99207.03	Evaluación clínica	S/ 19.24
223	99207.04	Psicoeducación al usuario de salud	S/ 22.58
224	99207.05	Identificación de riesgos psicosociales	S/ 15.39
225	99208	Atención en planificacion familiar y salud reproductiva	S/ 30.22
226	99208.01	Administración y uso de métodos anticonceptivos	S/ 32.83
227	99208.02	Provisión de preservativos masculino	S/ 33.44
228	99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual	S/ 27.50
229	99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral	S/ 25.03
230	99209	Atención en nutricion	S/ 17.83
231	99209.01	Evaluación del perímetro abdominal	S/ 12.64
232	99209.02	Control y Evaluación nutricional (IMC) registro individual	S/ 16.03
233	99209.03	Control y Evaluación nutricional (Evaluación del PAB)	S/ 16.03
234	99209.04	Evaluación nutricional antropométrica	S/ 16.03



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
235	99210	Atención de servicio social	S/ 32.01
236	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud continuador, nivel I	S/ 18.44
237	99214	Evaluación médica	S/ 19.24
238	99214.06	Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento	S/ 48.69
239	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador	S/ 18.44
240	99216	Atención en consultorio de enfermería	S/ 33.89
241	99219	Evaluación y manejo iniciales por día de un usuario de salud en observación que requiere estos tres elementos clave: una anamnesis completa; un examen físico completo; una toma de decisiones médica de moderada complejidad Se provee consejería y/o coordinación de la atención con otros proveedores u organismos de manera consistente con la naturaleza del problema (s) y las necesidades del usuario de salud y/o la familia Usualmente, el(los) problema(s) de salud que generaron el ingreso a observación son de moderada gravedad	S/ 56.89
242	99231	Atención paciente-día hospitalización continuada	S/ 151.08
243	99233	Atención en tópico	S/ 24.37
244	99235	Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes)	S/ 257.50
245	99243	Interconsulta ambulatoria para la Evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo o continuador, de gravedad leve	S/ 21.86
246	99246.01	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Pediatría	S/ 24.32
247	99246.02	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Gineco-Obstetricia	S/ 24.32
248	99262	Día paciente en hospitalización general (incluye admisión y alta)	S/ 152.71
249	99281	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada al problema, examen clínico focalizado al problema, decisión médica simple y directa, usualmente el problema es autolimitado y de menor complejidad (Prioridad IV)	S/ 57.85
250	99282	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida del problema, examen clínico focalizado-extendido del problema, decisión médica de baja complejidad, usualmente el problema es de baja severidad (Prioridad III)	S/ 61.45
251	99283	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un usuario de salud, que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida del problema, examen clínico focalizado-extendido del problema decisión médica de moderada complejidad, usualmente el problema es de moderada severidad (Prioridad III)	S/ 57.85
252	99284	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia clínica focalizada-extendida del problema, examen clínico detallado-extendido del problema, decisión médica de alta complejidad usualmente el problema es de alta severidad y requiere de Evaluación urgente por el médico, pero no pone en riesgo inmediato a la vida (Prioridad II)	S/ 64.37
253	99285	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia focalizada extendida del problema, examen clínico completo del problema decisión médica de alta complejidad usualmente el problema es de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional (Prioridad I)	S/ 265.89
254	99342	Consulta a domicilio para la Evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo de moderada severidad	S/ 145.80
255	99343	Visita médica domiciliar especializada	S/ 96.08
256	99344	Consulta a domicilio para la Evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo, de elevada severidad	S/ 187.79
257	99381	Atención integral de salud del niño; CRED menor de 1 año	S/ 44.44
258	99381.01	Atención integral de salud del niño; CRED neonato	S/ 44.44
259	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	S/ 44.44
260	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	S/ 44.44
261	99384	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adolescente (12 a 17 años)	S/ 34.84
262	99385	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el joven (18 a 29 años)	S/ 33.99
263	99385.02	Atención preconceptual (18 a 39 años)	S/ 33.99
264	99386	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto (30 a 59 años)	S/ 33.99
265	99386.02	Atención preconceptual (> 40 años)	S/ 33.99
266	99387	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto mayor 60 años	S/ 34.15
267	99394	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adolescente (12 a 17 años)	S/ 34.04
268	99401	Consejería en medicina preventiva; provisión de intervenciones sanitarias para la reducción de factores de riesgo, proporcionados al individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p ej consejería integral)	S/ 24.23
269	99401.07	Consejería en inmunizaciones	S/ 18.13
270	99402	Consejería en medicina preventiva; provisión de intervenciones sanitarias para la reducción de factores de riesgo, proporcionados al individuo, durante aproximadamente 30 minutos (p ej planificación familiar)	S/ 25.25
271	99402.02	Consejería en prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro, hiperglicemia y dislipidemia	S/ 22.59



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
272	99402.03	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	S/ 18.35
273	99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B	S/ 18.35
274	99403	Consejería en medicina preventiva y/o provision de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 45 minutos (p ej consejería nutricional)	S/ 48.77
275	99403.01	Consejería nutricional: alimentación saludable	S/ 16.30
276	99411.01	Atención Temprana del Desarrollo Areas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/sesión En menor de 1 año	S/ 24.94
277	99412.01	Consejería en medicina preventiva y/o provision de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos estimulación Prenatal	S/ 19.51
278	99412.02	Consejería en medicina preventiva y/o provision de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos Psicoprofilaxis Obstétrica	S/ 19.58
279	99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado	S/ 37.22
280	99436	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto	S/ 92.50
281	99442	Transporte asistido de usuario de salud o herido con asistencia médica básica y condiciones especiales para el traslado	S/ 163.01
282	99443	Transporte asistido de usuario de salud o herido en estado crítico o de alto riesgo que requieren asistencia médica avanzada durante el traslado	S/ 177.91
283	99460	Atención inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la Evaluación y manejo del recién nacido normal	S/ 69.57
284	99499.01	Teleconsulta en Línea	S/ 21.70
285	99499.1	Telemonitoreo	S/ 16.77
286	99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal	S/ 71.88
287	99600	Servicios o procedimientos en visita domiciliaria	S/ 47.19
288	D0120	Evaluación oral periódica; usuario de salud continuador	S/ 22.82
289	D0140	Consulta estomatológica no especializada	S/ 22.82
290	D0150	Evaluación oral completa	S/ 22.82
291	D0220	Radiografía intraoral periapical	S/ 24.00
292	D0270	Radiografía bitewing	S/ 24.00
293	D1110	Profilaxis dental	S/ 28.99
294	D1206	Aplicación flúor barniz	S/ 35.10
295	D1208	Aplicación tópica de flúor gel	S/ 29.79
296	D1330	Instrucción de higiene oral (IHO)	S/ 24.82
297	D1351	Aplicación de sellante - por diente	S/ 38.52
298	D2330	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	S/ 41.84
299	D2331	Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	S/ 56.54
300	D2332	Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	S/ 65.61
301	D3110	Recubrimiento pulpar directo	S/ 47.53
302	D3120	Recubrimiento pulpar indirecto	S/ 47.53
303	D3220	Pulpectomía	S/ 43.06
304	D3240	Pulpectomía posterior diente deciduo	S/ 47.54
305	D4341	Raspado y alisado radicular - cuatro a más dientes por cuadrante	S/ 82.02
306	D4342	Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante	S/ 97.76
307	D4355	Raspaje dental; destartraje dental	S/ 42.47
308	D7111	Exodoncia, remanente coronal-diente deciduo	S/ 40.12
309	D7176	Extracción dental simple, un diente	S/ 40.14
310	E1352	Tratamiento restaurador atraumático	S/ 31.64
311	E2395	Restauración fotocurable con ionomero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	S/ 38.25
312	E2396	Restauración fotocurable con ionomero de vidrio en dos superficies dentarias (primaria o permanente)	S/ 50.87
313	E2398	Restauración autocurable con ionomero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	S/ 38.25
314	E4120	Raspaje y pulido dental	S/ 57.49
315	E4130	Curetaje subgingival	S/ 85.85



TARIFARIO CENTROS DE SALUD MENTALES COMUNITARIOS Costo PEAS aprobado RM N°539-2021/MINSA

N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
1	96100	Evaluación psicológica; incluye Evaluación psicodiagnóstica de personalidad, psicopatología, emocionalidad, habilidades intelectuales (p ej, WAIS-R, Rorschach, MMPI)	22.42
2	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo	45.68
3	90806.01	Estudio psicológico inicial	45.72
4	90806.03	Reevaluación psicológica	45.72
5	90806.04	Evaluación psicológica (incluye Aplicación de test de psicometría)	46.07
6	90806.05	Evolución psicológica	44.59
7	90806.06	Seguimiento en terapias	36.87
8	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el usuario de salud y/o miembro de la familia	44.48
9	96150.01	Tamizaje de salud mental en violencia	32.75
10	96150.02	Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas	32.75
11	96150.03	Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos	32.75
12	96150.04	Tamizaje de salud mental en psicosis	32.75
13	96150.06	Tamizaje de salud mental especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años	32.75
14	97003	Evaluación de terapia ocupacional	56.65
15	97009	Terapia de lenguaje/sesión	34.13
16	99207	Atención en salud mental	34.93
17	99207.01	Intervención individual de salud mental	36.85
18	99207.02	Intervención en grupo de salud mental	57.66
19	99207.03	Evaluación clínica	19.24
20	99207.04	Psicoeducación al usuario de salud	22.58
21	99207.05	Identificación de riesgos psicosociales	15.39
22	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud continuador, nivel I	18.44
23	99212	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un usuario de salud continuador nivel II	23.34
24	99214	Evaluación médica	48.69
25	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador	18.44
26	99215.01	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador de psiquiatría	38.98
27	99247	Consulta médica especializada/subespecializada de 30 minutos	39.94
28	99249	Consulta médica especializada/subespecializada de 60 minutos	71.22
29	99343	Visita médica domiciliar especializada	96.08
30	99499.01	Teleconsulta en Línea	21.7
31	99499.1	Telemonitoreo	16.77
32	99499	Telemedicina	71.88
33	99344	Consulta a domicilio para la Evaluación y manejo de un usuario de salud nuevo, de elevada severidad	187.79
34	96100.05	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo	38.98
35	99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja	22.42
36	99207.07	Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política	22.42



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
52	82248	Dosaje de Bilirrubina; directa	S/. 11.00
53	84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)	S/. 11.00
54	84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)	S/. 12.00
55	84075	Dosaje de fosfatasa, alcalina	S/. 10.45
56	82150	Dosaje de Amilasa	S/. 12.00
57	84155	Proteínas totales, excepto refractometría, suero, plasma o sangre total	S/. 10.50
58	84165	Proteínas; fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis; suero	S/. 10.50
59	84180	Proteinuria de 24 horas	S/. 12.16
60	84550	Ácido úrico; en sangre	S/. 10.50
61	82310	Dosaje de Calcio; total	S/. 9.50
62	84702	Gonadotropina corionica (hCG); cuantitativa	S/. 29.87
63	84703	Gonadotropina corionica (hCG); cualitativa	S/. 29.87
64	82040	Dosaje de Albúmina; suero, plasma o sangre total	S/. 10.00
65	82044	Dosaje de albúmina en orina, microalbúmina semicuantitativa (p ej ensayo con tira reactiva)	S/. 20.00
66	80076	Perfil de la función hepática, este perfil debe incluir lo siguiente: albúmina (82040), total de bilirrubina (82247), bilirrubina directa (82248), alcalina fosfatasa (84075), proteínas totales (84155), alanino amino transferasa (ALT) (SGPT) (84460), aspartato aminotransferasa (AST) (SGOT) (84450)	S/. 34.80
67	80069	Perfil de la función renal: albúmina (82040), calcio total (82310), dióxido de carbono (bicarbonato) (82374), cloruro (82435), creatinina (82565), glucosa (82947), fósforo inorgánico (fosfato) (84100), potasio (84132), sodio (84295), nitrógeno ureico (BUN) (84520)	S/. 35.00
68	80061	Perfil lipídico: colesterol, suero total (82465), medición directa de lipoproteína, colesterol de alta densidad (HDL) (83718) y triglicéridos (84478)	S/. 27.00
69	84146	Dosaje de Prolactina	S/. 45.00
70	84402	Testosterona, libre	S/. 35.00
71	84403	Testosterona; total	S/. 35.00
72	84144	Dosaje de Progesterona	S/. 35.00
73	86000	Aglutininas de fiebre (p ej Brucella, Francisella, tífus murino, fiebre Q, fiebre por garrapatas, Montañas Rocosas, tífus de los matorrales), cada antígeno	S/. 20.39
74	86009	Estudio de Brucella: Rosa de bengala	S/. 22.50
75	81025	Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	S/. 8.50
76	86430	Factor reumatoideo; cualitativo	S/. 11.80
77	86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p ej VDRL, RPR, ART)	S/. 12.50
78	86781	FTA - absorbido, prueba de confirmación Treponema pallidum	S/. 38.00
79	86140	Proteína C reactiva	S/. 22.10
80	86757	Anticuerpo contra; Rickettsia	S/. 64.00
81	86593	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico, cuantitativa	S/. 35.00
82	84145	Dosaje de Procalcitonina (PCT)	S/. 35.00
83	86720	Anticuerpo contra; Leptospira	S/. 25.00
84	87101	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento (con o sin identificación presuntiva); piel, pelo o uñas	S/. 38.00
85	87102	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento, con identificación presuntiva de aislamientos; otra fuente (excepto sangre)	S/. 38.00
86	87103	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento, con identificación presuntiva de aislamientos; sangre	S/. 38.00
87	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o ácaros (pej: sarna)	S/. 10.00
88	87106	Identificación definitiva de levaduras	S/. 10.00
89	87107	Identificación definitiva de esporas	S/. 10.00
90	86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)	S/. 28.00
91	86762	Anticuerpo contra; rubéola	S/. 23.00
92	86684	Anticuerpos; Hemophilus influenza	S/. 125.00
93	86684.01	Anticuerpos; Influenza Virus Tipo A (H3N2) (Igm)	S/. 125.00
94	86684.02	Anticuerpos; Influenza Virus Tipo B (Igm)	S/. 125.00
95	86759	Anticuerpo contra; rotavirus	S/. 38.00
96	86849.02	TORCH	S/. 65.00
97	86696	Anticuerpos; herpes simple, tipo 2	S/. 51.00
98	87088	Urocultivo con aislamiento e identificación presuntiva de cada aislamiento	S/. 30.16
99	87087	Urocultivo y antibiograma	S/. 30.16
100	87086	Urocultivo con recuento de colonias cuantitativo	S/. 30.16
101	87045	Cultivo bacteriano, en heces, aerobico, con aislamiento e examen preliminar (pej: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shigella	S/. 23.80
102	87040	Cultivo bacteriano, en sangre, aerobico, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas (incluye cultivo anaerobico, si es necesario)	S/. 24.86



N°	CÓDIGO CPMS (")	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS PMS	TARIFA
103	87163	Cultivo de líquidos corporales (LCR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	S/. 20.03
104	87162	Cultivo de secreciones (faringea, uretral, vaginal, esputo, heridas, otros)	S/. 25.07
105	87116	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p.ej tuberculosis, AFB, micobacteria); cualquier fuente, con aislamiento e identificación presuntiva de aislamientos	S/. 63.05
106	87162.01	Toma de muestra, cultivo para ITS	S/. 13.82
107	87115	Baciloscopia: BK	S/. 10.00
108	84154	Dosaje de Antígeno prostático específico libre (PSA)	S/. 55.00
109	88201	Citometría de linfocitos CD4 CD8	S/. 65.00
110	82728	Dosaje de Ferritina	S/. 33.00
111	83540	Dosaje de Hierro	S/. 45.00
112	83525	Dosaje de Insulina; total	S/. 27.00
113	86790.1	Anticuerpos de Dengue – Elisa IgM	S/. 25.00
114	87621	Detección de agente infeccioso por medio de ácidos nucleicos (ADN o ARN); Papillomavirus, humano, técnica de Evaluación con amplificación (VPH)	S/. 160.00



ANEXO N° 3.1

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

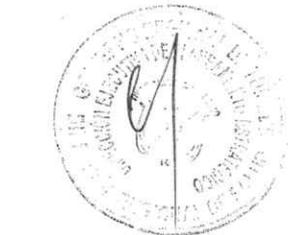
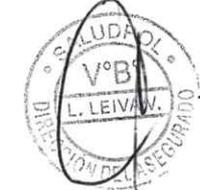
"Sres. IAFAS SALUDPOL:

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."





ANEXO N°4. DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Prestación de Salud Nro. CV-XXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXX



CV-1401-20180000020



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

De mi consideración:

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

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

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

ATENCIÓN

Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>

En caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento de autorización dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso el presente documento de autorización señale puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes. En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

Sobre la emergencia médica o quirúrgica (prioridad I y II), el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención o desde ocurrido el evento, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

Sobre la emergencia clasificada como urgencia menor (prioridad III) y patología común (prioridad IV); el documento de autorización rige a partir del inicio de la atención por la IPRESS con convenio, previa comunicación del beneficiario y/o familiar a la IAFAS Saludpol, a través del Call Center de Emergencia, y emisión del formato de solicitud de procedimiento por parte establecimiento de salud PNP de la jurisdicción, dentro de las primeras 72 horas desde ocurrido el evento.

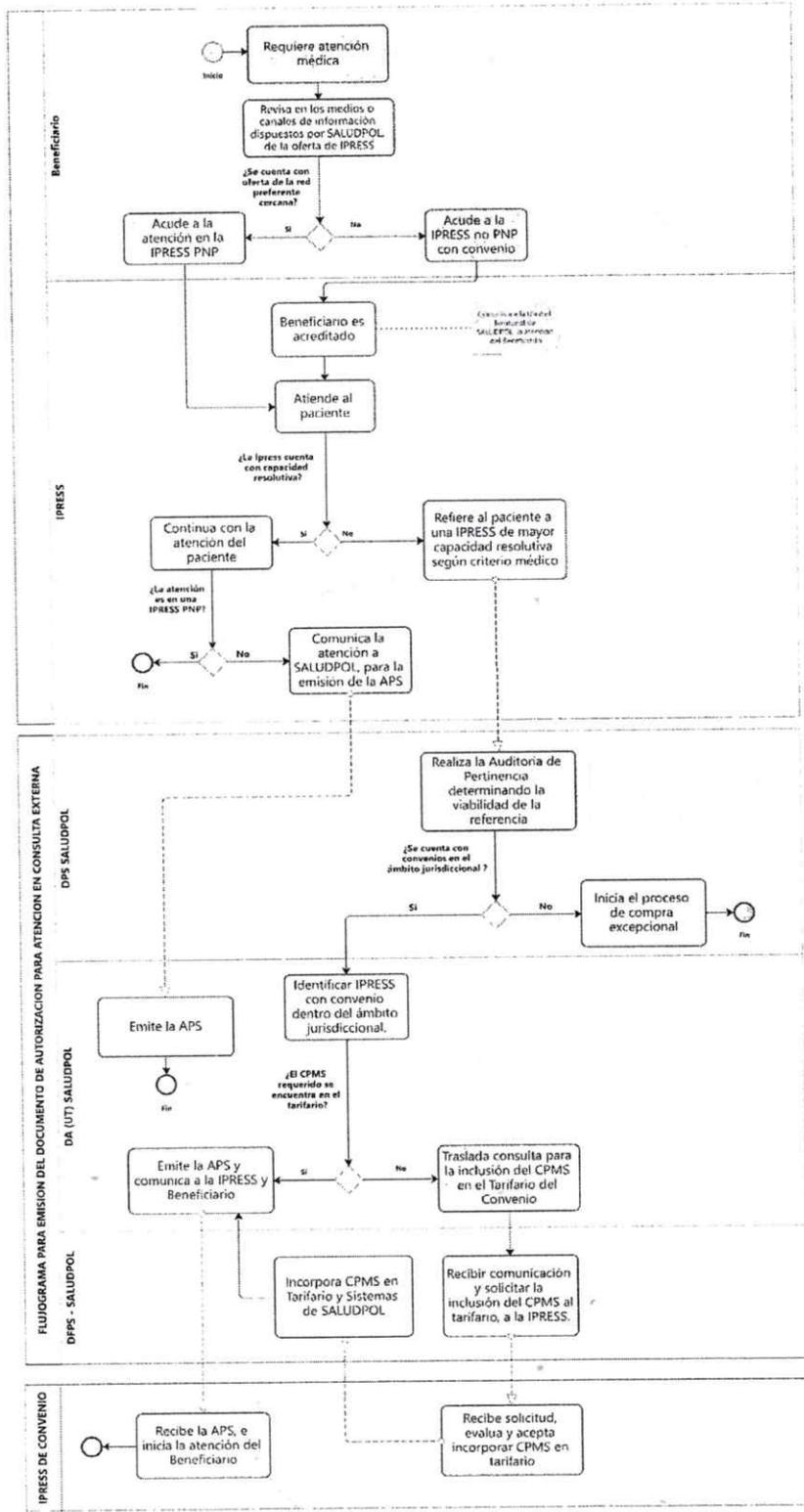
Sobre las prestaciones de salud que no sean clasificadas como emergencia; el documento de autorización rige a partir de la fecha de la emisión del documento de autorización.

La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

El documento de autorización tiene una vigencia hasta doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir de la fecha de la primera atención. Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763



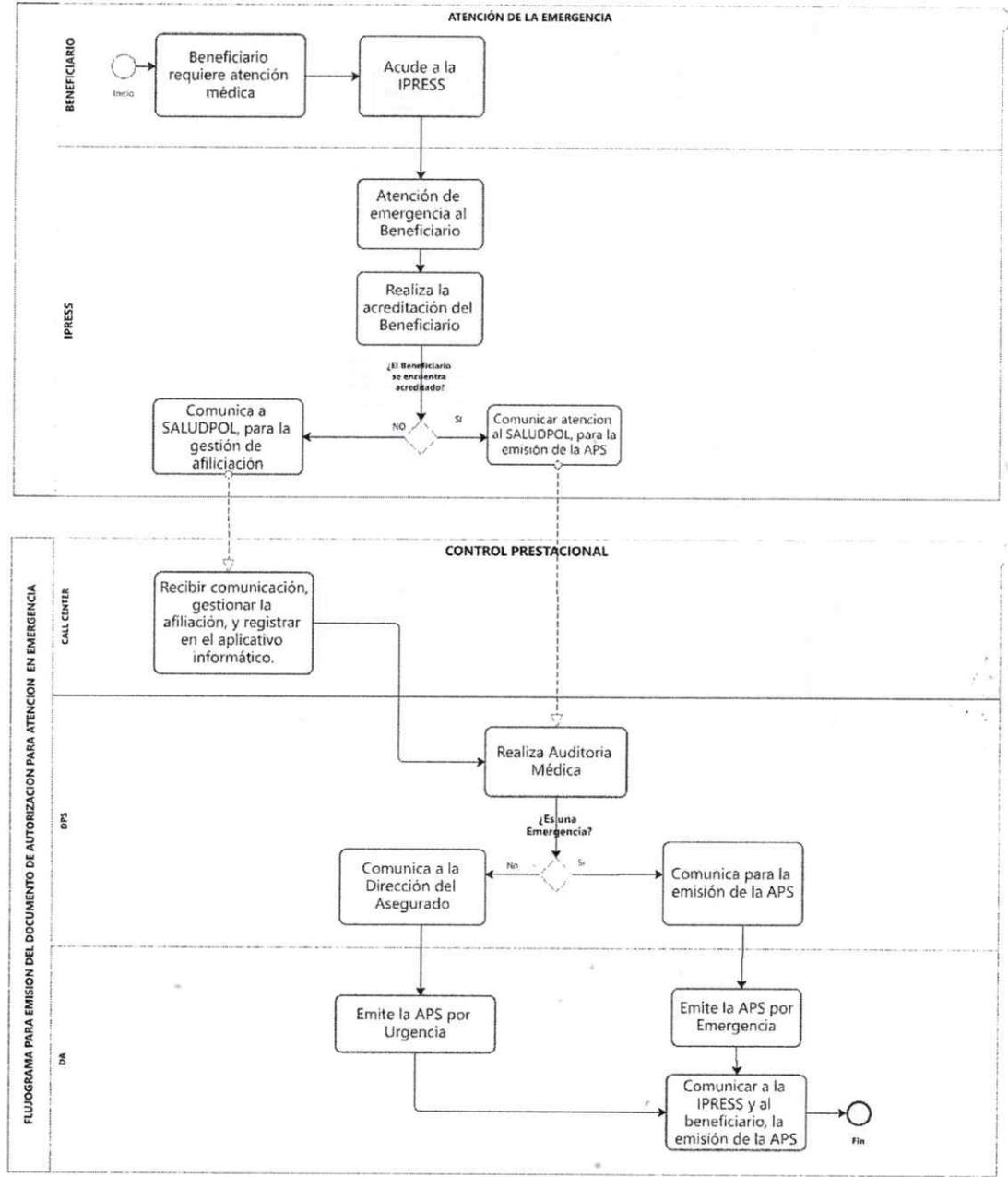
ANEXO N°5:
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO
Atención Ambulatoria



4



Atención de Emergencia



ANEXO N°6. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

(Según el sistema de registro de prestaciones)

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



ANEXO N°7

MODELO DE PRESENTACION DE HOJA DE RESUMEN DE PRELIQUIDACIÓN MENSUAL

NOMBRE DE IPRESS - UGIPRESS:

N°	MES DE PRODUCCION	DOCUMENTO DE AUTORIZACION	DNI	NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE	MONTO PROCEDIMIENTOS	MONTO MEDICAMENTOS E INSUMOS	MONTO CONFORME TOTAL	FECHA FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/ DÉBITO	NRO FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/ DÉBITO	MONTO FACTURA Y/O NOTA DE CRÉDITO/ DÉBITO
TOTAL							_____	_____	_____	_____

 (NOMBRE COMPLETO)
 Responsable/coordinador del Convenio
 (CARGO)
 Oficina de seguros





ANEXO N°8

DECLARACIÓN JURADA

La UGIPRESS e IPRESS,..... con Registro Único de Contribuyente (RUC) N°..... inscrito con Código RENIPRESS e UGIPRESS N°..... y con domicilio en del distrito.....Provincia....., Departamento....., declaro bajo juramento lo siguiente:

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

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

(NOMBRE COMPLETO responsable o coordinador del convenio)
(CARGO)



ANEXO N°09. MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO DE LAS PRESTACIONES A BRINDAR POR LAS IPRESS DEL PRESTADOR

Mecanismos de pago	Modalidad de pago
<p>El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos, en base a las tarifas establecidas en el Anexo N° 03 del presente convenio.</p>	<p><u>Pago prospectivo</u></p> <p>Una vez suscrito el presente convenio LA IAFAS realiza el pago prospectivo a las unidades ejecutoras (según razón social) de las IPRESS de EL PRESTADOR. El importe a desembolsar será estimado por LA IAFAS en base al histórico de prestaciones de salud brindadas a los asegurados de LA IAFAS en la IPRESS, del último periodo anual.</p> <p>Una vez ejecutado el 80% del pago realizado, 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/o liquidación.</p> <p>Los pagos a realizarse a las Unidades Ejecutoras serán determinadas en el Acta de Implementación y control, que será suscrita dentro de los 30 días siguientes, en virtud de la cartera de servicios de las IPRESS que forman parte del presente convenio, según el anexo N° 01.</p> <p>En caso no se cuente con información prestacional valorizada en el último periodo anual, se aplicará el mecanismo de pago por servicio retrospectivo durante los tres (3) primeros meses del inicio del convenio, y una vez transcurrido dicho periodo, el mecanismo migrará automáticamente a prospectivo. Los pagos correspondientes estarán supeditados al registro y la remisión de documentos de liquidación oportuna de las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS.</p>

