

SEGUNDA ADDENDA AL CONTRATO DE FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES DE SALUD CELEBRADO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC



Conste por el presente documento, la Segunda addenda al Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud, que celebran de una parte la **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC**, con domicilio en Avenida Daniel Alcides Carrión s/n – Abancay, debidamente representada por el Director Regional de Salud de Apurímac **Dr. MARCO ANTONIO CORDOVA ROSELL**, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 362-2008-GR-APURIMAC/PR, de fecha 23 de junio del 2008, identificado con D.N.I. 23873407 a quién adelante se denominará **DIRESA**; y, de la otra parte el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio en la Av. Giuseppe Garibaldi (Ex Gregorio Escobedo) N° 426 del Distrito de Jesús María, Lima, representado por su Jefe Institucional Lic. **LUIS ALEJANDRO MANRIQUE MORALES**, identificado con DNI N° 07206642, designado mediante Resolución Suprema N° 023-2008-SA, a quién adelante se denominará el **SIS**; conforme a los siguientes términos y condiciones:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES



1.1.- Con fecha 14 de mayo del 2008, el **SIS** y la **DIRESA**, celebraron un Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud, con el Objeto de Establecer las condiciones bajo las cuales la **DIRESA**, y por tanto, los establecimientos de Salud de los distritos que se indican en su anexo N° 1, brindan las prestaciones de salud comprendidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal a beneficiarios del SIS, conforme al Decreto Supremo N° 003-2008-SA y los dispositivos legales relacionados.



1.2.- Con fecha 27 de junio del año 2008 el **SIS** y la **DIRESA** suscribieron la primera addenda al Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud que celebraron con fecha 14 de Mayo del año 2008; estableciéndose expresamente en el literal A) de la cláusula segunda de la misma lo siguiente: "Dejar sin efecto los acápite 8.3 (proceso de Evaluación de las Intervenciones) y 8.4 (proceso de Validación) de la cláusula octava del Contrato de Financiamiento, las mismas que serán implementadas mediante una Directiva consensuada por las partes".



CLAUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADDENDA

La presente Addenda tiene por objeto modificar el literal A) de la Cláusula Segunda de la Primera Addenda celebrada por el **SIS** y la **DIRESA**, en fecha 27 de junio del año 2008, conforme a lo siguiente:

A) El **SIS** y la **DIRESA** se comprometen y se someten a los términos establecidos en el **Anexo N° 1 – De la Segunda Adenda al Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud celebrado entre el Seguro Integral de Salud y la Dirección Regional de Salud de Apurímac**, que constituye parte integrante de la presente Addenda y del Contrato de Financiamiento suscrito entre las mismas partes.



R. ROMERO O.



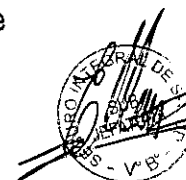
L. Jordán



E. CHON Y.



L. MANRIQUE



CLAUSULA TERCERA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES:

El SIS y la DIRESA declaran que los demás términos y condiciones del contrato de financiamiento y de la primera addenda, suscritos entre las mismas partes se mantienen vigentes e inalterables en cuanto no se opongan a la presente addenda.

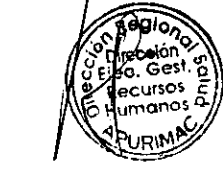
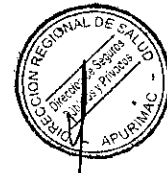
En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman la presente Addenda, en cuatro ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los 01 días del mes de julio del año 2009.



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Dr. MARCO ANTONIO CORDOVA ROSELL
DIRECTOR REGIONAL

Dr. MARCO ANTONIO CORDOVA ROSELL
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC



[Handwritten Signature]
Lic. LUIS ALEJANDRO MANRIQUE MORALES
JEFE INSTITUCIONAL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

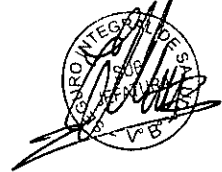


R. ROMERO O.

L. Jordán

E. CHON Y.

L. MANRIQUE



ANEXO N° 1 - DE LA SEGUNDA ADDENDA AL CONTRATO DE FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES DE SALUD CELEBRADO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC

I. FINALIDAD

Establecer los procedimientos para la evaluación de las intervenciones de salud financiadas por el SIS mediante el mecanismo de pago por capitación, para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal. Así como determinar los procedimientos para la evaluación de desempeño como mecanismo de control del avance físico y financiero de los contratos suscritos.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Implementar los procedimientos de Evaluación de Desempeño del Prestador (de la DIRESA), sobre la gestión de los recursos transferido por el SIS mediante el Mecanismo de Pago por Capitación, en el marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- 2.2.1. Establecer la metodología de la Evaluación de los Niveles de Desempeño del Prestador (de la DIRESA), que recibe financiamiento del SIS mediante el Mecanismo de Pago por Capitación.
- 2.2.2. Determinar las escalas de ajuste de las transferencias mediante el Mecanismo de Pago por Capitación que se asigna periódicamente a los prestadores.
- 2.2.3. Establecer los plazos para la evaluación y pago prospectivo de las transferencias mediante el Mecanismo de Pago por Capitación.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Anexo es de aplicación obligatoria para:

- 3.1. Seguro Integral de Salud y sus instancias Desconcentradas a nivel Nacional.
- 3.2. Direcciones Regionales de Salud (DIRESA's), Direcciones de Salud (DISA's) o la que haga sus veces en el ámbito de las regiones incluidas en la Estrategia Nacional "CRECER", que hayan suscrito con el SIS un "Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud", mediante el Mecanismo de Pago por Capitación.
- 3.3. La aplicación del presente Anexo alcanzará a los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) de las DIRESA's y DISA's comprendidas en el numeral 3.2.

IV. BASE LEGAL

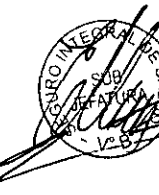
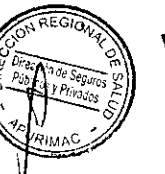
- 4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 4.2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, que crea el Seguro Integral de Salud
- 4.3. Ley N° 27812, Ley que Determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.4. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.



- 4.5. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.6. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.7. Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- 4.8. Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- 4.9. Decreto Supremo N° 009-2002-SA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 004-2007-SA. Establece Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS y establece los Componentes de Aseguramiento Subsidiado y Semisubsidiado.
- 4.12. Decreto Supremo N° 055-2007-PCM. Aprueba la Estrategia Nacional denominada CRECER que establece la intervención articulada de entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local vinculadas con la lucha contra la desnutrición infantil.
- 4.13. Decreto Supremo N° 003-2008-SA. Aprueba Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal.
- 4.14. Resolución Ministerial N° 414-2005/MINSA. Aprueba Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.15. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA. Aprueba Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 4.16. Resolución Ministerial N° 961-2007/MINSA. Constituyen Comisión Intrainstitucional Sector Salud para implementación de CRECER.
- 4.17. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.18. Resolución Jefatural N° 060-2008/SIS, que aprueba la Directiva N° 002-2008-SIS/J que regula los procesos operativos del SIS.
- 4.19. Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS-J, aprueba los formatos FESE, de inscripción, afiliación y atención para los componentes subsidiado y semisubsidiado y sus respectivos instructivos de llenado.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 193-2008-MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01 "NTS para la Implementación del LPIS Garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal"
- 4.21. Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS-J, aprueba la Directiva N° 003-2008-SIS/J, "Cobertura y procesos de prestaciones de salud del SIS".
- 4.22. Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA. Aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes subsidiado y semisubsidiado, así como las definiciones operacionales

V. DISPOSICIONES GENERALES.
5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES
5.1.1. Mecanismo de Pago por Capitación

Es el pago predeterminado por cada asegurado ("per capita"), que reciben los Prestadores de salud, que se registra con ellos, para la atención de un conjunto de necesidades establecidas en el "Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud" durante un periodo prefijado.



Este mecanismo implica el pago prospectivo, es decir pago anticipado al otorgamiento de las prestaciones de salud específicas a cada miembro de la población definida, según se requiera, durante un período estipulado contractualmente.

5.1.2. Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud.

Documento suscrito entre el Seguro Integral, Gobierno Regional y las Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud u otras Organizaciones Prestadoras de Salud Públicas o Privadas, donde las partes se comprometen obtener resultados sanitarios de la población objetivo, los cuales son medidos mediante un conjunto de indicadores incluidos en el mismo.

5.1.3. Procesos de validación de prestaciones

Es un proceso operativo que consiste en la aplicación de las reglas de validación al reporte de las prestaciones presentadas por el prestador en el Aplicativo Informático del SIS (ARF-SIS o SIASIS). El producto es el reporte de prestaciones aptas para pago y de prestaciones observadas susceptibles de revisión.

5.1.4. Evaluación de los Niveles de Desempeño.

Evaluación cuantitativa del desempeño de los prestadores de salud en función del cumplimiento de un conjunto de indicadores pactados en el Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud.

5.2. COBERTURA PRESTACIONAL

Se otorgarán el conjunto de las prestaciones en el marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal (LPISG).

Las especificaciones de las intervenciones preventivas y recuperativas se encuentran detalladas en la NTS N° 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA.

El conjunto de prestaciones que establece el LPISG, es responsabilidad de todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3 e I-4) de los distritos comprendidos dentro del ámbito de la Estrategia Nacional "CRECER" y que pertenezcan a la jurisdicción de las regiones que hayan suscrito "Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud" mediante el Mecanismo de Pago por Capitación con el Seguro Integral de Salud.

Todas las atenciones que los establecimientos del primer nivel de atención brinden a los beneficiarios y que no se encuentren dentro del marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA, serán financiadas de acuerdo al marco del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.

5.3. SOBRE LOS ASEGURADOS

Los establecimientos de salud otorgarán las prestaciones de salud en el marco del presente Anexo a los asegurados inscritos y afiliados al Seguro Integral de Salud que cumplan con las siguientes condiciones:

a) Pertenecer a alguna de las siguientes poblaciones:

- Niñas y niños menores de 5 años,
- Gestantes, y
- Mujeres en Edad Fértil (14 a 49 años)

b) Residir en uno de los distritos del ámbito de la Estrategia Nacional "CRECER" o estar adscrito a un establecimiento de salud de la microrred incluida en esta estrategia.



R. ROMERO O.



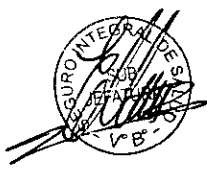
L. Jordán



E. CHON Y.



L. MANRIQUE



VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DETERMINACIÓN DEL IMPORTE A TRANSFERIR

6.1.1. Valor de Capitación por las Prestaciones de Salud

El Valor de Capitación se ha establecido para las regiones piloto en S/. 50.00 (cincuenta y 00/100 nuevos soles) por persona por año. Dicho valor podrá ser modificado de común acuerdo por las partes, de considerarse necesario.

6.1.2. Población Beneficiaria

La población beneficiaria se estima en función a densidad poblacional del quintil de pobreza I y II en el ámbito de la estrategia CRECER, de acuerdo al Decreto Supremo N° 003-2008-SA

6.1.3. Determinación del Importe a Transferir

El Seguro Integral de Salud determinará el monto a transferir mediante la modalidad de cuota por persona por mes. El Monto Anual para las Intervenciones Sanitarias que el Seguro Integral de Salud transfiera a los prestadores se calculará en base a la Población Beneficiaria Programada y el Valor de Capitación.

Importe de Transferencia Anual (ITA)

$$ITA = VC \times Población Beneficiaria Programada$$

VC = Valor de Capitación

Población Beneficiaria Programada= Población Proyectada General de Intervención (Anual), aprobada por los equipos técnicos de la DIRESA y SIS.

6.2. PROGRAMACIÓN DE TRANSFERENCIAS

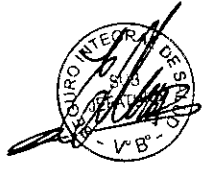
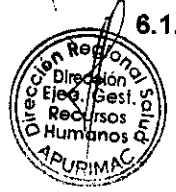
El Importe de Transferencia Anual se remesará mediante transferencias parciales. La Transferencia Inicial, corresponderá al valor de los primeros cuatro meses del monto estimado anual, que se utilizará principalmente para el equipamiento y garantizar la disponibilidad de medicamentos y será efectuada dentro de los 30 días de haberse suscrito el contrato de financiamiento.

Las siguientes transferencias parciales se realizarán trimestralmente (al cuarto, séptimo y décimo mes); estas últimas están sujetas a ajuste en función de la validación de las prestaciones y de la evaluación del nivel de desempeño del prestador. Luego de transcurrido el periodo anual, las entregas continuarán siendo trimestralmente en caso se renueve el Contrato de Financiamiento de Prestaciones de Salud.

Fórmula para determinar Transferencia Inicial (TI) y Parciales (TP):

$$TI = \frac{ITA}{12} \times 4$$

ITA = Monto de Transferencia Anual
 TI = Transferencia Inicial
 TP = Transferencia Parcial



$$TP \text{ (trimestral)} = \frac{ITA}{12} \times 3 - \text{(ajuste)}$$

6.3. VALIDACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS

La Validación y Evaluación de las Intervenciones Sanitarias se realizará en dos etapas:

- Procesos de Validación de Prestaciones de Salud.
- Evaluación del Nivel de Desempeño del Prestador.

6.3.1. PROCESOS DE VALIDACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD

Es el proceso operativo que consiste en la aplicación de las reglas de validación al reporte de las prestaciones realizadas por el prestador en el Aplicativo Informático del SIS (ARF-SIS o SIASIS). Consta de dos procesos: Evaluación Automática (PEA) y Evaluación Presencial (PEP).

6.3.2. PROCESO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESEMPEÑO DEL PRESTADOR

La evaluación se realizará en función de los indicadores de ejecución, estructura, procesos y resultados establecidos en el Contrato de Financiamiento, la que se efectuará mensualmente y se utilizará un Score Ponderado de Indicadores de Evaluación del Nivel de Desempeño del Prestador, contemplados en contrato, conforme al Anexo N° 02 del presente.

Las fases de la evaluación de desempeño se desarrollan en tres niveles:

a) Básico:

Comprende desde el primero hasta el tercer mes de suscripción del Contrato de Financiamiento de Prestaciones bajo el Mecanismo de Pago por Capitación. En esta fase se evalúa la ejecución de las transferencias y los indicadores de estructura, relacionados a la adquisición de equipos, disponibilidad de medicamentos y de recursos humanos que permitan brindar las atenciones referidas en el presente Anexo.

b) Intermedio

Comprendida desde el cuarto al séptimo mes. Está orientada, además de la evaluación de la fase anterior, a la evaluación de la producción de las prestaciones de salud, en el marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA.

c) Avanzado

Fase final de la evaluación anual, se desarrolla a partir del octavo mes. En esta fase se aplica, además de la evaluación involucrada en la fase anterior, la evaluación de los indicadores de resultado.

6.3.3. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS

El Proceso Integrado de Validación de las Prestaciones y la Evaluación de los Niveles de Desempeño se desarrollará de acuerdo a los siguientes procedimientos:

PASO 1:

El prestador (establecimiento de salud y áreas administrativas de apoyo) registra las atenciones otorgadas a los asegurados al SIS, en el marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA (ver Anexo N° 1), en los formatos establecidos por el SIS y en el ARF-SIS o SIASIS, correspondientes al mes de producción, de acuerdo al sistema informático que se encuentre implementado en los puntos de digitación de las microrredes que conforman la Dirección Regional de Salud y según periodo de aceptación de prestaciones reglamentado por el SIS.



R. ROMERO O.



L. Jordán



E. CHON Y.



L. MANRIQUE



PASO 2:

Simultáneamente el prestador, a nivel ejecutora, a través de su Unidad de Seguros, presentará mensualmente los reportes de indicadores de ejecución financiera y de estructura (disponibilidad de medicamentos, equipamiento y recursos humanos en salud) ante la ODSIS y esta a su vez remitirá los reportes al SIS Central, conforme al formato de reportes en Anexo N° 03.

PASO 3:

La Oficina Desconcentrada del Seguro Integral de Salud (ODSIS) correspondiente, consolidará el reporte de las atenciones que fuera presentado por los prestadores a través del ARF-SIS o SIASIS y obtendrá reportes de aquellas prestaciones que correspondan al Decreto Supremo N° 003-2008-SA y llevará a cabo el Proceso de Evaluación Automática (PEA), sujeto a las reglas de validación, las cuales son reguladas por el aplicativo informático correspondiente. Luego del PEA se obtiene como resultado Prestaciones Aprobadas.

PASO 4:

La ODSIS remite el reporte de prestaciones a la Oficina de Informática y Estadística del SIS Central.

PASO 5:

Las prestaciones aprobadas en el PEA pasarán al Proceso de Evaluación Presencial (PEP), a cargo de la ODSIS correspondiente, el cual tendrá como finalidad evaluar criterios de calidad de las prestaciones. Este proceso se aplicará a una muestra representativa de las prestaciones aprobadas del mes anterior efectuadas en los establecimientos de salud de una microrred. Como resultado, se obtendrá la proporción de prestaciones válidas que se utilizarán par la Evaluación de los Indicadores de Proceso.

PASO 6:

Luego de la Evaluación de las Prestaciones, la ODSIS reportará a la Gerencia de Operaciones el número de prestaciones válidas, que utilizará para el procesamiento de información correspondiente a la Evaluación de los Indicadores de Proceso y Resultado de la Evaluación de Niveles de Desempeño.

PASO 7:

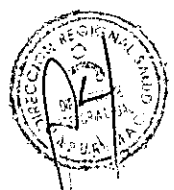
Paralelamente al PEP, la ODSIS realizará visitas de inspección inopinadas a una muestra de establecimientos de salud con la finalidad de verificar la información de los reportes de Ejecución Financiera e indicadores de Estructura. Estas visitas serán coordinadas con el SIS Central.

El SIS Central tendrá la facultad de considerarlo necesario, y en forma conjunta con entidades cooperantes y ODSIS, realizar las supervisiones de Evaluación del Nivel de Desempeño de los Prestadores.

PASO 8:

La Gerencia de Operaciones y la Gerencia de Financiamiento realizarán la Evaluación del Nivel de Desempeño del Prestador (Indicadores de Ejecución Financiera, de Proceso, Estructura y Resultado). Posteriormente se elaborará un informe conjunto, el cual se remitirá a la Jefatura del SIS.

Por medio de la Evaluación de los Indicadores se determinará el cumplimiento de los establecimientos de salud, sobre los compromisos asumidos en el contrato. El Nivel de Desempeño (ND), se obtendrá del promedio del cumplimiento de los tres meses previos.



El valor del Nivel de Desempeño se calcula de la siguiente manera:

$$\text{ND1 (al 4º mes)} = \frac{\text{Cump. 1ºmes} + \text{Cump. 2ºmes} + \text{Cump. 3ºmes}}{3}$$

$$\text{ND2 (al 7º mes)} = \frac{\text{Cump. 4ºmes} + \text{Cump. 5ºmes} + \text{Cump. 6ºmes}}{3}$$

$$\text{ND3 (al 10º mes)} = \frac{\text{Cump. 7ºmes} + \text{Cump. 8ºmes} + \text{Cump. 9ºmes}}{3}$$

PASO 09:

Finalmente se autorizará la transferencia parcial con el ajuste correspondiente.

La segunda transferencia parcial (al cuarto mes) será ajustada en base al ND1, y corresponde al adelanto de los meses 5º, 6º y 7º, que se transferirá con cargo al calendario del mes programado.

La tercera transferencia parcial (al séptimo mes) será ajustada en base al ND2, y corresponde al adelanto de los meses 8º, 9º y 10º, que se transferirá con cargo al calendario del mes programado.

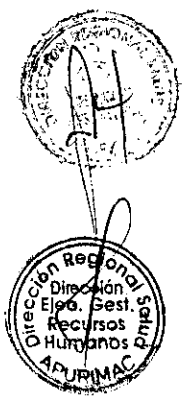
La cuarta transferencia parcial (al décimo mes) será ajustada en base al ND3, y corresponde al adelanto de los meses 11º, 12º y 1º mes correspondiente al nuevo contrato (en caso ser renovado).

Las siguientes transferencias se realizarán para periodos trimestrales, de acuerdo a similares criterios indicados en los párrafos previos.

6.4. DEL AJUSTE DE TRANSFERENCIAS POST EVALUACIÓN

El Ajuste de las Transferencias se realizará en base a los resultados de la Evaluación de las Intervenciones Sanitarias. En función al Evaluación (ND) se realizará los siguientes descuentos:

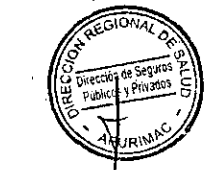
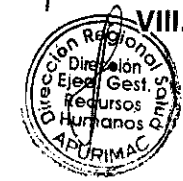
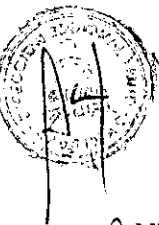
- Si $\text{ND} \geq 90$, no se realizará descuento a la Transferencia Parcial Programada correspondiente.
- Si $80 \leq \text{ND} < 90$, se realizará un descuento del 5% a la Transferencia Parcial Programada correspondiente.
- Si $70 \leq \text{ND} < 80$, se realizará un descuento del 10% a la Transferencia Parcial Programada correspondiente.
- Si $60 \leq \text{ND} < 70$, se realizará un descuento del 20% a la Transferencia Parcial Programada correspondiente.
- Si $60 < \text{ND}$, se renegociara las poblaciones y evaluación del contrato de financiamiento.



SEGUNDA ADDENDA AL CONTRATO DE FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES DE SALUD CELEBRADO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

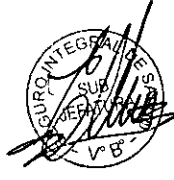
VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1. El Seguro Integral de Salud, a través de sus ODSIS, realizará el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recurso transferidos, procesos y validez de las prestaciones de salud.
- 7.2. La Dirección Regional de Salud es responsable de hacer cumplir en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, el otorgamiento de las prestaciones de salud en el marco del presente Anexo. Los establecimientos de salud son responsables de su estricto cumplimiento.



VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Prestaciones en el marco del Decreto Supremo N° 003-2008-SA
- Anexo N° 02: Score de calificación.
- Anexo N° 03: Formatos para Reporte de Ejecución Financiera e Cumplimiento.
- Anexo N° 04: Flujograma Proceso de Evaluación de Intervenciones Sanitarias.

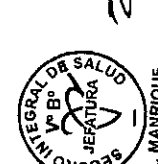
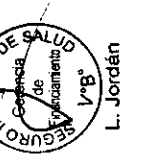
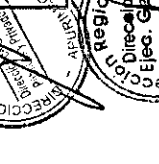
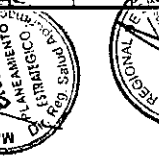
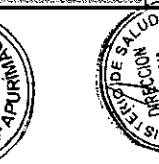
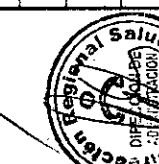


SEGUNDA ADDENDA AL CONTRATO DE FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES DE SALUD CELEBRADO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC

ANEXO N° 01

PRESTACIONES DEL PILOTO GREGER CON CONVENIO VIGENTE
(SEGÚN EL D.S. N° 003-2008-SA)

SEGÚN TARIFARIO SIS CON RMI N° 725-2005/MINSA			SEGÚN TARIFARIO SIS CON RMI N° 725-2005/MINSA		
CODIGO PRESTACION	PRESTACION	TOPE POR EDAD	CODIGO	PRESTACION	TOPE POR EDAD
INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
210	Atención integral de salud del niño	menor de 5 años	001	Control de crecimiento y desarrollo	menor de 5 años
106	Control de recién nacido de bajo peso al nacer	menor de 1 año	002	Control de recién nacido de bajo peso al nacer	menor de 1 año
211	Consejería nutricional (para niños en riesgo/n desnutrición)	menor de 5 años	005	Consejería nutricional (para niños en riesgo/n desnutrición)	menor de 4 años
213	Suplemento de Hierro	menor de 5 años	007	Suplemento de micronutrientes	menor de 5 años
214	Tratamiento Antiparasitario	menor de 5 años	008	Profilaxis antiparasitaria	menor de 5 años
321	Control prenatal	Gestante	009	Atención prenatal	Gestante
324	Control de puerperio	Gestante post parto	010	Atención de puerperio normal	gestante post parto
			015	Estimulación temprana	0-3 años
			018	Salud Reproductiva (planificación familiar)	Mujeres en Edad Fértil
INTERVENCIONES RECUPERATIVAS					
101	Atención inmediata del Recién Nacido Normal	RN	050	Atención inmediata al recién nacido normal	RN
322	Atención de parto normal	Gestante	054	Atención de parto vaginal	Gestante
451	Consulta externa	Niños menores de 5 años	056	Consulta externa	Niños menores de 5 años



R. ROMERO O.

L. Jordán

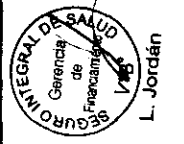
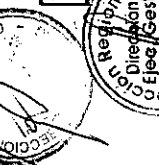
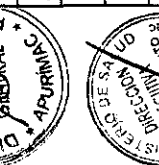
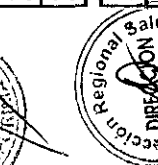
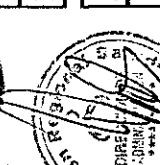
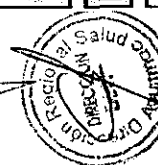
E. CHON Y.

L. MANRIQUE

ANEXO Nº 02

SCORE PONDERADO DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESEMPEÑO DEL PRESTADOR (DE LA DIRESA)

INDICADORES	EVALUACIONES													
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12		
NIVEL DE DESEMPEÑO	BASICO						INTERMEDIO						AVANZADO	
1. EJECUCIÓN	25	25	25	15	15	15	10	2	2	2	2	2		
1.1. Ejecución de las Transferencias Financieras	25	25	25	15	15	15	10	2	2	2	2	2		
2. ESTRUCTURA	75	60	60	45	25	10	5	3	3	3	3	3		
2.1. Disponibilidad de equipamiento	30	20	20	5	5	2	1	1	1	1	1	1		
2.2. Disponibilidad de recursos humanos	20	20	20	20	10	3	1	1	1	1	1	1		
2.3. Disponibilidad de medicamentos e insumos	25	20	20	20	10	5	3	1	1	1	1	1		
3. PROCESO	15	15	15	40	60	75	85	85	85	85	85	85		
3.1. Control Integral de la Gestante	3	3	3	8	12	15	17	17	17	17	17	17		
3.2. Atención Integral del Parto y Puerperio	3	3	3	8	12	15	17	17	17	17	17	17		
3.3. Atención Integral del Recién Nacido	3	3	3	8	12	15	17	17	17	17	17	17		
3.4. Atención Integral del Niño < 05 años	3	3	3	8	12	15	17	17	17	17	17	17		
3.5. Planificación Familiar	3	3	3	8	12	15	17	17	17	17	17	17		
4. RESULTADO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
4.1. Crecimiento de Niños < 05 años	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
4.2. Muerte Materna	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
CUMPLIMIENTO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		



R. ROMERO O.

L. Jordán

C. CHON Y.

L. MANRIQUE

ANEXO N° 03

REPORTE N° 01

EJECUCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS

REGION	
PERIODO	

UNIDAD EJECUTORA	
MONTO TRANSFERIDO	
UMBRAL	100%
RESULTADO	

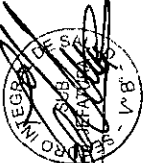
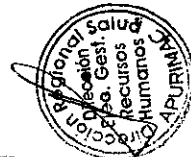
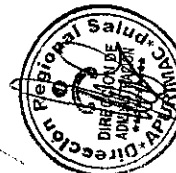
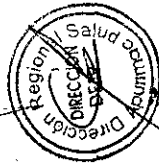
N°	META	ORDEN DE COMPRA O SERVICIO	REGISTRO SIAF	CLASIFICADOR DE GASTOS	IMPORTE	FASE	AFECTADO	TIPO	DESTINO	FECHA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
TOTAL										S/ 0.00

Firma y sello del Director de Administración

Fecha:

Firma y sello de Coordinador de Unidad de Seguros

Fecha:



R. ROMERO O.

L. Jordán

E. CHICHY

L. MARIQUE