

CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

CONVENIO DE GESTION PARA EL DESARROLLO PARA EL INCREMENTO DE LA
COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD
EJECUTORA 1497-REGION APURIMAC – DIRECCION DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS
Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión para el Incremento de la Cobertura Poblacional y Prestacional** que celebran de una parte la UNIDAD EJECUTORA 1497- REGION APURIMAC – DIRECCION DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS, con R.U.C. N° 20491244900, con domicilio en calle Cotabambas S/N, Distrito de Chincheros, Provincia de Chincheros, Departamento de Apurimac, Región de Apurimac, debidamente representado por su Director KEEL CELEDONIO VILLANUEVA CHACON Identificado con DNI N° 28316928, designado mediante Resolución de Presidencia Regional 960- GR APURIMAC/PR de fecha del 12 DE diciembre 2012, al que en adelante se denominará DIRECTOR DE LA UE; y de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzáles 212, Urb. Maranga, San Miguel, Lima, representado por su Jefe Institucional PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS identificado con DNI N° 09644064, designado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, que en adelante se denominará SIS; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

1. Mediante Resolución Ministerial N° 422 -2007/MINSA se aprobó la Directiva Administrativa N° 112-MINSA/SIS V.01 que en las Disposiciones Generales, acápite V.2 Del Proceso de Pago de las Prestaciones, numeral 5, se precisa que: "El SIS realizará transferencias de recursos a las unidades ejecutoras a nivel nacional por el pago de las prestaciones de salud y administrativas brindadas a sus beneficiarios. Las transferencias deberán ser oportunas, afin de evitar perjuicio económico al prestador por el retraso en las mismas."
2. Mediante Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA se aprobó la modificación de la Directiva Administrativa N° 112-MINSA/SIS V.01, la misma que en las Disposiciones Generales, acápite V.2 Del Proceso de Pago de las Prestaciones, numeral 1, se precisa que: "La producción correspondiente a las prestaciones brindadas serán liquidadas en forma mensual. Las transferencias de recursos serán programadas por el SIS a fin de garantizar el oportuno financiamiento de las prestaciones. Los establecimientos deberán conocer su producción de servicios mediante reporte generado por el sistema de información".
3. Mediante Decreto Supremo N° 007-2012-SA se faculta al SIS a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado por Decreto Supremo N° 016-2009-SA y sus Planes Complementarios aprobados en virtud a lo dispuesto en el artículo 99° del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA a nivel nacional. Asimismo, en su artículo 3° señala que el SIS en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), establecerá un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios de común acuerdo suscrito con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o de las normas legales vigentes.
4. Por Resolución Jefatural N° 148-2012/SIS, se aprobó la Guía Técnica N° 001-2012-SIS/GNF, "Guía Técnica para el Pago por Preliquidación", la cual establece la metodología del pago de prestaciones por pre-liquidación (adelantado) en el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados al SIS.

CLAUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Las partes convienen mutuamente, que para los efectos del presente Convenio los siguientes términos y acrónimos, tendrán los significados que a continuación se indican:



**CONVENIO DE GESTIÓN PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Afiliación

Es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona (potencial asegurado), a alguno de los regímenes de financiamiento del SIS.

Asegurado

Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS, precalificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento.

Cobertura

Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

Convenio

El presente Convenio de Gestión para el Incremento de la Cobertura Poblacional y Prestacional, es un contrato que genera derechos y obligaciones tanto al SIS como a los establecimientos de salud de la UNIDAD EJECUTORA, sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de salud y financiamiento de la misma.

Formato Único de Atención

Es el formato en el que se registran los datos de atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico), así como los datos de afiliación del asegurado que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa.

Labores Administrativas

Comprende todas aquellas actividades que realiza el establecimiento vinculadas a la afiliación, registro de atenciones sanitarias y administrativas, costos informáticos asociados a las actividades del SIS.

Guías de Práctica Clínica

Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

Intervenciones de Salud

Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Preliquidación

Es la transferencia financiera que realiza el financiador a la Unidad Ejecutora previamente a la valorización y liquidación de prestaciones, según "valor de producción mensual base" y las cláusulas establecidas en los convenios.

Prestación de Salud

Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados del SIS en los establecimientos de salud autorizados según su categoría (intramural) o fuera del establecimiento teniendo en cuenta los escenarios familia, vivienda, instituciones educativas y comunidad (extramural), en la etapa de vida correspondiente. Pueden ser preventivos, recuperativos y de rehabilitación.



**CONVENIO DE GESTIÓN PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Proceso de Validación de Prestaciones

Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas, para dar conformidad a las prestaciones de salud y/o administrativas, de acuerdo a las particularidades de cada mecanismo de pago.

Tarifa

Es la tasa oficial que paga el **SIS** al proveedor de las prestaciones de salud y administrativas, otorgadas a los asegurados.

Unidad Ejecutora

Es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran.

CE:	Carné de Extranjería.
CUI:	Código Único de Identificación.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
DISA:	Dirección de Salud.
DNI:	Documento Nacional de Identidad.
FUA:	Formato Único de Atención.
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSA:	Ministerio de Salud.
UDR SIS:	Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud.
UE:	Unidad Ejecutora
SIAF:	Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
SISFOH:	Sistema de Focalización de Hogares.
SIGA:	Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
SIS:	Seguro Integral de Salud.

CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

- 3.1.- La UNIDAD EJECUTORA, de acuerdo a la Ley N° 28411 "Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto", es una unidad administrativa creada para el logro de los objetivos y como contribución de la mejora de la calidad de los servicios públicos. Están creados con criterios de especialización funcional y cobertura de servicio.
- 3.2.- El **SIS**, fue creado mediante Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud" como Organismo Público Descentralizado del MINSA, con autonomía económica y administrativa. Por Decreto Supremo N° 034-2008-PCM el SIS fue calificado como Organismo Público Ejecutor y actualizada su calificación por D.S. N° 058-2010-PCM, Su Visión es constituirse en la institución que integra y contribuye al Sistema de aseguramiento universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud. Su Misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector.



CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, que crea el Seguro Integral de Salud.
- 4.2. Ley N° 28411. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.3. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.4. Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.5. Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.6. Ley N° 29951. Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013
- 4.7. Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.8. Decreto Supremo N° 011-2011-SA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.9. Decreto Supremo N° 007-2012-SA. Autoriza sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.
- 4.10. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM. Aprueba el SISTEMA DE FOCALIZACIÓN DE HOGARES-MEF.
- 4.11. Resolución Ministerial N° 414-2005/MINSA. Aprueba Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA. Aprueba adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA. Aprueba Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS y sus modificatorias.
- 4.14. Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA. Aprueba la modificación de la Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS.
- 4.15. Resolución Ministerial N° 226-2011-/MINSA. Aprueba sustituir el Anexo N° 1 "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes Subsidiado y Semisubsidiado" aprobado por el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA y el Anexo N° 02 "Definiciones Operacionales" aprobado por el artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA.
- 4.16. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.17. Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS. Aprueba Directiva N° 002-2012-SIS-GREP "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud".
- 4.18. Resolución Jefatural N° 126-2012/SIS. Aprueba las disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios.
- 4.19. Resolución Jefatural N° 148-2012/SIS. Aprueba la Guía Técnica N° 001-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el Pago por Preliquidación".



**CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

- 4.20. Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que Regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud".

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto:

- 5.1 Establecer las obligaciones que asumen ambas partes para el incremento de la cobertura poblacional y prestacional, en el ámbito jurisdiccional de la UE,
- 5.2 Garantizar que la transferencia de recursos que realice el SIS a la Unidad Ejecutora, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio, en cuanto al pago adelantado de prestaciones a asegurados al SIS, con lo cual podrán disponer de recursos que les permita costear las atenciones, conforme a lo establecido por las normas que regulen dicho proceso.

CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA UNIDAD EJECUTORA

Constituyen obligaciones:

6.1 De la UE :

- 6.1.1. Es la responsable de implementar las acciones y recomendaciones administrativas y correctivas, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los Procesos de validación y supervisión que efectúe el SIS.
- 6.1.2. Es responsable que los establecimientos de salud otorguen las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS.
- 6.1.3. Deberá permitir al SIS la realización de intervenciones de supervisión a nivel de establecimientos de salud.
- 6.1.4. Es responsable de velar y cautelar que los recursos transferidos sean utilizados según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.1.5. Informar mensualmente al SIS sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de inscritos o asegurados atendidos, según lo establecido.
- 6.1.6. Transparentar y hacer uso de los recursos transferidos por el SIS de acuerdo a los montos que corresponde a cada establecimiento de salud.
- 6.1.7. Priorizar la ejecución de los recursos transferidos para su uso en medicinas, insumos y procedimientos médicos.

6.2 De los Establecimientos de Salud :

- 6.2.1. Brindar las prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrado en el asegurado; la cobertura de prestaciones se determina en el Plan de Beneficios SIS.
- 6.2.2. Realizar las afiliaciones de las personas que reúnan las condiciones de elegibilidad del SISFOH para ser asegurados del SIS.
- 6.2.3. Actuar con la diligencia debida para que el Formato Único de Atención se encuentre debida y oportunamente llenado en su integridad.
- 6.2.4. Garantizar que no se realice cobros a los asegurados subsidiados del SIS por concepto alguno en las prestaciones que se encuentran dentro de los planes de cobertura del SIS.
- 6.2.5. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica.



**CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

- 6.2.6. Priorizar el stock de medicamentos e insumos médicos para atenciones asegurados SIS.
- 6.2.7. Garantizar la atención y el trámite oportuno de las quejas y reclamos.

CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS:

7.1 Del SIS Central:

- 7.1.1 Efectuar la transferencia de recursos financieros a la Unidad Ejecutora señalada en la cláusula novena del presente Convenio de acuerdo a la disposición presupuestaria correspondiente. Esta transferencia está sujeta a las disposiciones presupuestales vigentes, particularmente las referidas a las modificaciones para la Previsión Presupuestaria Trimestral Mensualizada.
- 7.1.2 Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS a fin de que las UE puedan informar al SIS el número de atenciones y atendidos, y hacer uso de los reportadores progresivamente en horarios más extendidos.
- 7.1.3 Las resoluciones Jefaturales que tengan vinculación con las prestaciones serán socializadas con la Unidad Ejecutora y se les apoyara en la difusión y capacitación de la misma, así como en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento.
- 7.1.4 Realizar visitas inopinadas para verificar la gratuidad de las prestaciones

7.2 De las UDR SIS:

- 7.2.1 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos.
- 7.2.2 Efectuar la validación de las prestaciones informadas por los establecimientos de salud.

CLÁUSULA OCTAVA: COEFICIENTE DE AJUSTE DE RIESGO

- 8.1. No se ha establecido ningún mecanismo de ajuste de riesgo, dado que el pago es por prestaciones.

CLÁUSULA NOVENA: MECANISMO DE PAGO

- 9.1. El mecanismo de pago es pago por servicio.
- 9.2. La forma de pago a las Unidades Ejecutoras es pago por pre-liquidación
- 9.3. La transferencia será monitoreada y se efectuara la liquidación según las prestaciones realizadas y valorizadas

.CLÁUSULA DECIMA: TARIFA Y COSTOS

- 10.1. El sistema de tarifas establecido en el marco del convenio será de común acuerdo con la Unidad Ejecutora o de acuerdo a normas legales vigentes.



CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DE LA TRANSFERENCIA

- 10.1. El SIS realizará la transferencia de recursos a la **UNIDAD EJECUTORA** para el financiamiento de las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS.
- 10.2. El monto total corresponde al estimado equivalente de las prestaciones de un trimestre como mínimo.
- 10.3. Si el saldo de la transferencia financiera al mes 2 es menor al valor de producción mensual, se realizara la siguiente transferencia trimestral reajustada.
- 10.4. Se aplicará control prestacional al total de prestaciones lo que se utilizará como información.
- 10.5. Se financiarán las intervenciones y prestaciones del Plan de beneficios del SIS que se realicen en el ámbito de la Unidad Ejecutora.
- 10.6. Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la Unidad Ejecutora debe asegurar la entrega de las prestaciones de acuerdo al Plan de Beneficios del SIS y el pago correspondiente; incluso a terceros si fuera necesario con los recursos transferidos en mérito del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCION

- 11.1. La evaluación de la ejecución de las transferencias se realizará principalmente al componente de reposición, ya que deben reponer el 100% del consumo informado.
- 11.2. El SIS en el marco de sus funciones y a fin de garantizar la eficiencia de la prestación de los servicios de salud a sus asegurados, podrá desarrollar acciones de supervisión de la calidad de las prestaciones, así como procesos de validación prestacional. De la resultante de dichas acciones, se obtendrán recomendaciones que se pondrán en conocimiento de los prestadores para que tomen medidas correctivas que permitan superar dichos inconvenientes, si es que los hubieran.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DE LA VIGENCIA

- 13.1. El presente Convenio tendrá una vigencia de hasta 1 (un) año posteriores a la fecha de su suscripción
- 13.2. El presente Convenio, entre LA UE y el SIS, se renovará en forma automática por un periodo similar al señalado en el numeral anterior, salvo disposición en contrario de las partes, en cuyo caso deberá comunicare el desistimiento con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.
- 13.3. Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones de la Unidad Ejecutora de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DE LA COORDINACION

- 14.1. La coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del Convenio es de la UNIDAD EJECUTORA.
- 14.2. El SIS Central delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del Convenio en:
 - 14.2.1. La **Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones**, será el área encargada de supervisar los procesos de validación prestacional.



**CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

- 14.2.2. La **Gerencia de Negocios y Financiamiento**, será el área encargada de supervisar la evolución del gasto y la programación de las transferencias..
- 14.2.3. La **Oficina General de Tecnología de la Información**, facilitará la información para la evaluación permanente del presente Convenio.
- 14.2.4. La **Gerencia del Asegurado**, será la encargada de informar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento los montos correspondientes a descontar por cobros indebidos detectados en los establecimientos de salud.
- 14.2.5. **Las Unidades Desconcentradas Regionales**, se encargarán de absolver las dudas respecto a los alcances de los convenios y otras que fueran encargadas posteriormente.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA RESOLUCIÓN Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente Convenio:

- 15.1. El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las dos partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.
- 15.2. Por mutuo acuerdo de las partes.
- 15.3. Por caso fortuito o fuerza mayor que hagan imposible el cumplimiento de los fines y objetivos del presente Convenio. En caso de impedimento temporal comprobado, las partes podrán solicitar la suspensión temporal del Convenio.

En caso que las causales por caso fortuito o fuerza mayor sean de naturaleza temporal, cualquiera de las partes podrá solicitar la suspensión temporal del Convenio, con anticipación no menor de quince (15) días calendario sobre la fecha del siguiente desembolso, a fin que dicha causal sea evaluada por la contraparte para que dé su conformidad y se establezca el periodo de dicha suspensión.

En caso de suspensión temporal del presente Convenio, las partes se comprometen a garantizar la continuidad de la prestación de servicios a los asegurados, estando el SIS obligado a garantizar la transferencia financiera correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente Convenio y lo establecido por disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación al objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente Convenio.

Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración las disposiciones legales vigentes que resulten aplicables y los términos establecidos en el presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEPTIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, las partes se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, teniendo en cuenta los principios que inspiran este Convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán como Adenda.

No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo las partes se comprometen a someterse a la Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.



[Handwritten signature]




**CONVENIO DE GESTION PARA EL INCREMENTO DE LA COBERTURA POBLACIONAL Y PRESTACIONAL
SUSCRITO ENTRE LAS UNIDADES EJECUTORAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Si no se logra una solución satisfactoria para ambas partes en la conciliación extrajudicial, cualquiera de ellas podrá solicitar un arbitraje de derecho al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA, a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DE LAS MODIFICACIONES

Las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de quince (15) días calendario, que se computarán desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de modificación. Transcurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación, lo que será incorporado en el cuerpo del presente Convenio. Los acuerdos de las partes sobre modificaciones del Convenio se aprobarán a través de la suscripción de una Adenda.

Estando conforme las partes en todas y cada una de las cláusulas, las suscriben en la ciudad de Lima, a los 03 días del mes de Junio del año dos mil trece.


GOBIERNO REGIONAL APURIMAC
DIRECCIÓN DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS
[Signature]
Obst. Keel C. Villanueva Chacon
DIRECTOR

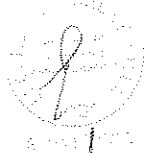
KEEL CELEDONIO VILLANUEVA CHACON
Director de la UE 1497
Región Apurímac-D.S. Virgen De Cocharcas

[Signature]

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud

GOBIERNO REGIONAL APURIMAC
DIRECCIÓN DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS
[Signature]
Mecolinda Anaya Ordóñez Palomino
COP: 14016
CENTRO DE UNIDAD DE SEGUROS

GOBIERNO REGIONAL APURIMAC
DIRECCIÓN DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS
[Signature]
Abog. Edith Cruz Sicha
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS



I. Zañetti