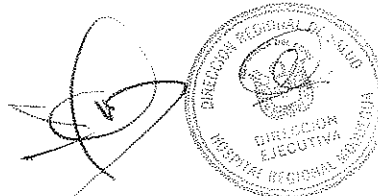


CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud** que celebran de una parte la **Unidad Ejecutora HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA** (1394), con R.U.C. N° 20532658986, con domicilio en Av. Bolívar s/n, Distrito de Moquegua, Provincia de Mariscal Nieto, Departamento de Moquegua, debidamente representado por su Director **CESAR HUMBERTO NAPA VALLE**, identificado con DNI N° 07906889, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 250-2013-GR/MOQ, de fecha 04/03/2013, al que en adelante se denominará **UNIDAD EJECUTORA**; 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, **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS** identificado con DNI N° 09644064, encargado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

- 1.1. Mediante la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se establece que el Seguro Integral de Salud es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS y que tiene a su cargo el financiamiento de la cobertura en salud de los afiliados a los regímenes Subsidiado y Semicontributivo que administra.
- 1.2. Mediante Decreto Legislativo N° 1163 se aprobaron las Disposiciones que tienen por objeto el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, que incluye a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, Seguro Integral de Salud (SIS) y al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.3. 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 suscritos de común acuerdo con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o de las normas legales vigentes.
- 1.4. Con fecha 02 de febrero de 2012, el **SIS** y la **UNIDAD EJECUTORA**, celebraron un Convenio de Gestión, con el fin de incrementar la cobertura poblacional y prestacional.
- 1.5. Con fecha 27 de enero de 2014, ambas partes suscribieron una Primera Adenda al Convenio de Gestión antes referido, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en cada una de ellas



CLÁUSULA 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:

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 aseguramiento del SIS, precalificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento y demás normas legales vigentes.

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 Financiamiento de Servicios de Salud es un acuerdo 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 aprobado por el SIS 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.

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.

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.

Pre-liquidación

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.



Grillo



I. Zapetti



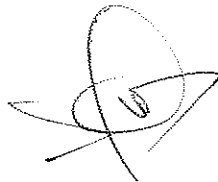
C. AGUIRRE



T. SALAZAR A.



Y. Hernández





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 retribución económica según lista de precios establecidos, por determinados servicios o prestaciones a los asegurados.

Tarifario de Procedimientos medico quirúrgicos y estomatológicos (PME)

Se refieren a aquellos PME que han sido aprobados por la Resolución Jefatural N° 082-2014-SIS y que servirán de base para los convenios que se suscriban con las IPRESS.

Estructura de costos de los PME

Están referidos a aquellas estructuras de costos que son realizados de acuerdo a lo indicado por la Resolución Ministerial N° 195-2009-MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la estimación de Costos Estándar en los establecimientos de salud".

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.

Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS)

Es el Régimen tributario creado por el Decreto Legislativo N° 937, al cual pueden acogerse las personas naturales y sucesiones indivisas domiciliadas en el país, que exclusivamente obtengan rentas por la realización de actividades empresariales y aquellas personas naturales no profesionales, domiciliadas en el país, que perciban rentas de cuarta categoría únicamente por actividades de oficios.

SIS-Emprendedor

El SIS Emprendedor es un producto del Régimen Semicontributivo del Seguro Integral de Salud, dirigido a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes, siempre que aquellas no tengan trabajadores dependientes y no cuenten con un seguro de salud.

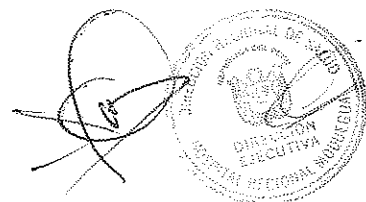
Condición de Asegurado SIS-EMPREENDEDOR "ACTIVO"

Es todo asegurado SIS Emprendedor del Régimen Semicontributivo, que ha realizado el pago de todas sus contribuciones al NRUS desde la fecha de su afiliación, según cronograma de vencimiento de SUNAT.

Plan de beneficios del SIS-Emprendedor del Régimen Semicontributivo

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados del SIS Emprendedor del Régimen Semicontributivo, incluye el PEAS, Planes Complementarios y el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

- 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.





GERESA:	Gerencia Regional de Salud
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSA:	Ministerio de Salud.
PME:	Procedimientos medico quirúrgicos y estomatológicos
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.
GA:	Gerencia del Asegurado
GNF:	Gerencia de Negocios y Financiamiento
GREP:	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
OGTI:	Oficina General de Tecnología de la Información.
NRUS:	Nuevo Régimen Único Simplificado

CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

- 3.1 La **UNIDAD EJECUTORA**, de acuerdo a lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF 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** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que goza de autonomía económica y administrativa, de conformidad con el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y a la actualización de la calificación de acuerdo a lo dispuesto en Decreto Supremo N° 058-2011-PCM.
- 3.3 Mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se estableció el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud; constituyéndose el Seguro Integral de Salud como una de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Mediante Decreto Legislativo N° 1163, se aprobaron disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

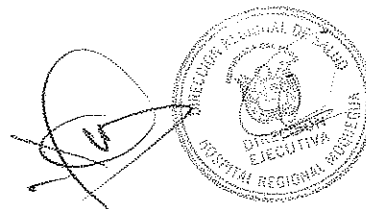
CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.2. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.3. Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 4.4. Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.5. Ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014.
- 4.6. Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.





- 4.7. Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 4.8. Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 011-2011-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 007-2012-SA que autoriza la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.
- 4.12. Decreto Supremo N° 106-2013-EF que aprueba afiliar al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud - SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes.
- 4.13. Decreto Supremo N° 278-2013-EF que autoriza la transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013 a favor del Pliego Seguro Integral de Salud, para el financiamiento de los contribuyentes del NRUS, incluidos sus derechohabientes, en el régimen de financiamiento semicontributivo.
- 4.14. Decreto Supremo N° 304-2012-EF que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.15. Decreto Supremo N° 001-2014-SA que aprueba el Reglamento de los Servicios Complementarios en Salud.
- 4.16. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM que aprueba el Sistema de Focalización de Hogares-MEF.
- 4.17. Decreto Supremo N° 106-2013-EF se aprueba la afiliación al Régimen Semicontributivo del SIS, de las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS
- 4.18. Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA que aprueba el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
- 4.19. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA que aprueba la adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA que aprueba la modificación de la Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS.
- 4.21. Resolución Ministerial N° 226-2011-/MINSA que 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.
- 4.22. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de los establecimientos del MINSA.
- 4.23. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.24. Resolución Jefatural N° 185-2011/SIS que aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GNF, "Directiva que regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos en las Unidades Ejecutoras que reciben financiamiento del SIS para la atención de los Asegurados/Inscritos".
- 4.25. Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS que aprueba la 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".





- 4.26. Resolución Jefatural N° 126-2012/SIS que 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.
- 4.27. Resolución Jefatural N° 148-2012/SIS que aprueba la Guía Técnica N° 001-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el Pago por Preliquidación".
- 4.28. Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS que Aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que Regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud".
- 4.29. Resolución Jefatural N° 082-2014/SIS que aprueba el Tarifario de Procedimientos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME) del Seguro Integral de Salud.
- 4.30. Resolución Jefatural N° 024-2014/SIS, que modifica la Directiva N° 002-2011-SIS/GO "Directiva que regula los procesos de validación Prestacional del Seguro Integral de Salud".

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

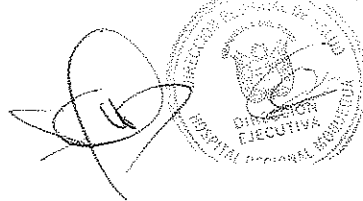
El presente Convenio tiene por objeto:

- 5.1 Establecer las obligaciones de las partes.
- 5.2 Fijar el cálculo del Valor de Producción Mensual Base Referencial.
- 5.3 Determinar la transferencia de recursos para el financiamiento de los servicios de salud en el ámbito territorial de la **UNIDAD EJECUTORA**.
- 5.4 Garantizar que la transferencia de los recursos que realice el **SIS** a la **UNIDAD EJECUTORA**, sea destinada única y exclusivamente al financiamiento de los servicios de salud brindados a los asegurados del **SIS**, con lo cual podrán disponer de los recursos que les permitan otorgar las atenciones, conforme a lo establecido por las normas que regulen dicho proceso.

CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA UNIDAD EJECUTORA

Constituyen obligaciones:

- 6.1. 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.
- 6.2. Deberá permitir al SIS la realización de intervenciones de monitoreo y supervisión a nivel del establecimiento de salud.
- 6.3. Es responsable de velar y cautelar que los recursos transferidos sean utilizados según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.4. Informar mensualmente al SIS sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de inscritos o asegurados atendidos, según lo establecido en los aplicativos informáticos que el SIS proporcione (SIASIS y/o ARFSIS).
- 6.5. Transparentar y hacer uso de los recursos trasferidos por el SIS de acuerdo a los montos que corresponde a cada establecimiento de salud.





- 6.6. Transparentar y priorizar la ejecución de los recursos transferidos por el SIS para su uso en productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y procedimientos médicos, quirúrgicos y odontostomatológicos realizados en la prestación.
- 6.7. Garantizar la atención y el trámite oportuno de las quejas y reclamos.
- 6.8. Gestionar las referencias y contrarreferencias de conformidad con la normatividad vigente.
- 6.9. Garantizar las buenas condiciones del establecimiento de salud en el que se otorgan los servicios de salud.
- 6.10. Informar mensualmente al SIS, de manera obligatoria el avance de ejecución de las transferencias realizadas por el SIS, según lo dispuesto en la Resolución Jefatural N°185-2011/SIS.
- 6.11. Garantizar la reposición del 100% del componente de Reposición y de manera oportuna.
- 6.12. Garantizar el cumplimiento de los indicadores hospitalarios establecidos en el presente convenio.
- 6.13. Efectuar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los Indicadores acordados en el presente Convenio.
- 6.14. Velar por el cumplimiento de los procesos de atención, los mismos que estarán orientados por protocolos de atención y guías de práctica clínica aprobadas por el MINSA y la DISA/DIRESA/GERESA, procurando realizar intervenciones con alta efectividad.
- 6.15. Recurrir obligatoriamente ante la GMR/UDR de su jurisdicción, a efectos de realizar consultas, solicitar asistencia técnica, realizar procesos de capacitación y control y todo lo concerniente respecto a la ejecución del presente convenio.
- 6.16. Garantizar la vigencia de categorización de sus establecimientos.
- 6.17. Garantizar la dotación de medicamentos e insumos de los establecimientos de salud a su cargo bajo las normas de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 6.18. Brindar los servicios de salud con calidad, oportunidad, calidez al asegurado. La cobertura de servicios de salud se determina en el Plan de Beneficios SIS y conforme a la categoría que corresponda.
- 6.19. Realizar las afiliaciones/inscripciones de las personas que reúnan las condiciones de elegibilidad del SISFOH para ser asegurados del SIS.
- 6.20. Realizar las afiliaciones de todas las personas que al momento de la atención no cuenten con algún seguro de salud y que reúnan los requisitos para ser asegurados del SIS, dentro del ámbito de su jurisdicción y respecto a los planes de cobertura vigentes.





- 6.21. Ingresar la información de manera correcta y completa, (Formato de Recolección de datos y el Formato Único de Atención) en los aplicativos informáticos del SIS.
- 6.22. Actuar con la diligencia del caso para que el Formato Único de Atención se encuentre debida y oportunamente llenado en su integridad.
- 6.23. Garantizar que no se realicen cobros indebidos a los asegurados del SIS por concepto alguno en los servicios de salud que se encuentran dentro de los planes de cobertura del SIS.
- 6.24. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica.
- 6.25. Garantizar el stock y la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y procedimientos médicos, quirúrgicos y odontoestomatológicos para atenciones a los asegurados SIS.
- 6.26. Permitir que el SIS coloque anuncios publicitarios y propaganda relacionados con los servicios que brinda a sus asegurados.
- 6.27. Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel que cuentan con internet están obligados a utilizar el sistema informático (software) desarrollado por el Ministerio de Salud que se encuentra disponible en el portal de internet del Ministerio de Salud, para registrar todas las referencias y contrarreferencias que realicen a los asegurados SIS, excepto aquellos que a la fecha ya tengan implementado un software para el registro de sus referencias y contrarreferencias, en cuyo caso deberán coordinar con el Ministerio de Salud la interoperabilidad con el sistema informático oficial.
- 6.28. El SIS informará con 60 días de anticipación, la fecha a partir de la cual ya no reconocerá las referencias o contrarreferencias para los establecimientos que no se encuentren registrados en el aplicativo del Ministerio de Salud.
- 6.29. Contar con un profesional médico auditor que garantice que las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS se realicen de acuerdo a la normatividad vigente, para lo cual debe realizar acciones de auditoria de la calidad del registro asistencial, entre otros.



CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS

7.1 Del SIS Central

- 7.1.1 Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS/ARFISIS a fin de que las **UNIDADES EJECUTORAS** puedan informar en el aplicativo las prestaciones y afiliaciones realizadas a los asegurados, y hacer uso de los reporteadores progresivamente en horarios más extendidos.





- 7.1.2 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.
 - 7.1.3 Realizar visitas inopinadas para verificar la gratuidad de los servicios de salud brindados a los asegurados SIS.
 - 7.1.4 Informar al Órgano de Control Institucional y/o Superintendencia Nacional de Salud, en caso de incumplimiento por parte de las **UNIDADES EJECUTORAS**, por responsabilidad funcional, administrativa, civil y/o penal, de acuerdo a la normas de la materia.
 - 7.1.5 Tener Certificación de Crédito Presupuestario antes de realizar las transferencias financieras a las **UNIDADES EJECUTORAS**.
- 7.2 De las MACRO REGIONES y/o UDR SIS**
- 7.2.1 Es el representante del SIS dentro de su jurisdicción y es el encargado de absolver consultas y/o brindar asistencia técnica a las **UNIDADES EJECUTORAS** y establecimientos de salud.
 - 7.2.2 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos.
 - 7.2.3 Efectuar la validación de las prestaciones informadas por los establecimientos de salud.
 - 7.2.4 Realizar visitas inopinadas a los establecimientos de salud para verificar la gratuidad y calidad de los servicios de salud.
 - 7.2.5 Realizar supervisiones, previa comunicación al EESS, de los diferentes procesos y procedimientos del SIS y retroalimentarlo para que se implementen las medidas correctivas.

CLÁUSULA OCTAVA: MECANISMO DE PAGO

La forma de pago a las Unidades Ejecutoras es pago pre-liquidado.

CLÁUSULA NOVENA: TARIFA Y COSTOS

- 9.1 Para efectos del presente convenio, regirán las tarifas de los procedimientos médico quirúrgicos y estomatológicos, aprobadas por la Resolución Jefatural N° 082-2014-SIS y las que se vayan incorporando a este tarifario, según lo establecido en la mencionada norma.
- 9.2 Las tarifas aprobadas por la Resolución Jefatural N° 082-2014-SIS incluyen como gasto variable los costos de los medicamentos, insumos y material de contraste, entre otros, según lo señalado en el Anexo N° 001 del presente Convenio.





CLÁUSULA DÉCIMA: 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 Para el cálculo de la transferencia a realizar se seguirá el procedimiento establecido en la Resolución Jefatural N° 148-2012-SIS que aprueba la Guía Técnica N° 001-2012-SIS-GNF - Guía Técnica para el pago por pre liquidación.
- 10.3 Se financiarán las intervenciones y servicios del Plan de beneficios del SIS que se realicen en el ámbito de la Unidad Ejecutora.
- 10.4 Asimismo, se financiarán los servicios de salud brindados a los asegurados del Régimen Semicolaborativo del SIS, por el plan de beneficios SIS Emprendedor, mediante modalidad de pago preliquidado.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DEL MONITOREO FINANCIERO

- 11.1 El SIS efectuará el monitoreo de la ejecución de las transferencias, el cual se realiza principalmente al componente de reposición, ya que deben reponer el 100% del consumo informado.
- 11.2 El SIS realizará el monitoreo para que los procedimientos administrativos se cumplan en el marco de la normativa vigente, a fin de que se otorguen las prestaciones de salud adecuadas.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL MONITOREO DE LAS PRESTACIONES:

- 12.1 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.

Del resultado 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 las hubiera, las cuales deberán ser informadas al SIS.

- 12.2 Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la **UNIDAD EJECUTORA** debe garantizar 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.

- 12.3 Se tienen Indicadores Prestaciones de Monitoreo (IPM) los cuales se medirán durante todo el año; éstos son:

- o IPM01 Relación atenciones/atendidos
- o IPM02 Grado de avance de número de prestaciones respecto al año anterior
- o IPM03 Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
- o IPM04 Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP





PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y el Compromiso Climático"

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA VIGENCIA

- 13.1 El presente Convenio tendrá una vigencia de 03 años, contados a partir de la fecha de suscripción.
- 13.2 El presente Convenio, se renovará en forma automática por un periodo anual sucesivo, salvo disposición en contrario de las partes, en cuyo caso deberán comunicar su voluntad de no renovarlo, por escrito y con una anticipación no mayor de treinta (30) días calendarios a la fecha de su vencimiento.
- 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 DÉCIMO CUARTA: DE LA COORDINACIÓN

- 14.1 La coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del Convenio es de responsabilidad 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.
 - 14.2.2 La **Gerencia de Negocios y Financiamiento - GNF**, será la encargada de supervisar la transferencia de recursos financieros.
 - 14.2.3 La **Oficina General de Tecnología de la Información**, mantendrá actualizada la base de datos de los asegurados y 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 de forma mensual.
 - 14.2.5 Las **Gerencias Macro Regionales - GMR y/o Unidades Desconcentradas Regionales - UDRs**, 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 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 SÉPTIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

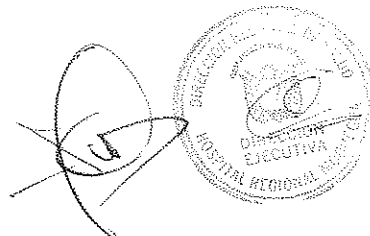
En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, las partes se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose 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.

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 Salud, 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 mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento de los fines del presente Convenio.





CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD

El **SIS** con la finalidad de mejorar y garantizar el acceso a los servicios de salud podrá celebrar convenios de servicios complementarios de salud a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 001-2014-SA.

Para los hospitales que ingresen bajo el sistema de servicios complementarios el pago de estos servicios estará condicionado a que la producción del mes en que se brinden estos servicios no sea menor al promedio mensual de atenciones registrados en el 2013 para dicho servicio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: ACUERDO DE RESOLUCIÓN

La **UNIDAD EJECUTORA** y el **SIS** acuerdan resolver el "Convenio de Gestión entre el **HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA** y el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**", suscrito con fecha 02 de febrero de 2012, así como la Primera Adenda a dicho Convenio suscrita con fecha 27 de enero de 2014, en mérito a lo establecido en el numeral 15.2 de la CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: "DE LA RESOLUCION Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO", que establece como causal de resolución del referido Convenio, el mutuo acuerdo de las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES

Las obligaciones pactadas al amparo de los Convenios y Adendas resueltos, en virtud del presente convenio, continúan vigentes hasta su total ejecución, en caso corresponda.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DECLARACION DE LAS PARTES

Las partes declaran que, a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio de Gestión, la relación entre las partes se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el referido documento.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman el presente Convenio de Gestión en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima, a los 30 días del mes de abril de 2014.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

MED. CIR. CESAR HUMBERTO NAPA VALLE
CPM 12615 RNE 15755
DIRECTOR

CESAR HUMBERTO NAPA VALLE
Director
Hospital Regional Moquegua

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud



I. Zanetti



C. AGUIRRE



T. SALAZAR A



Y. Hernández

