



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”

CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE
SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA
DEL SOCORRO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

2014



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"

CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO 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 SANTA MARIA DEL SOCORRO** (1196), con R.U.C. N° 20181753120, con domicilio en Calle Castrovirreyna N° 759, PPJJ La Esperanza, Distrito de Ica , Provincia de Ica y Departamento de Ica, debidamente representado por su Director Ejecutivo **HECTOR ADAN DANIEL MONTALVO MONTOYA**, identificado con DNI N° 22061727, designado mediante Resolución Ministerial N° 0031-2011 de fecha 11/01/2011, a quien en adelante se le 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 Semicolaborativo 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 16 de diciembre de 2011, 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 02 de diciembre de 2013, 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.

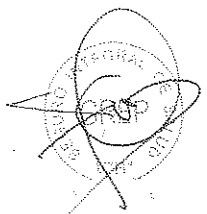
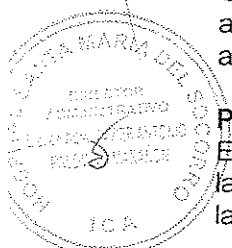
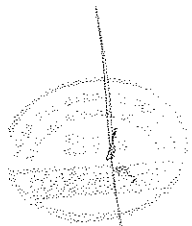
Pre-liquidación

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.

[Handwritten signature]





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.

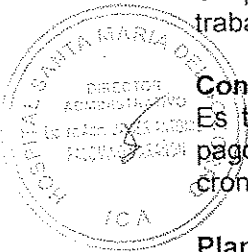
Condición de Asegurado SIS-EMPRENDEDOR "ACTIVO"

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.





- 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.





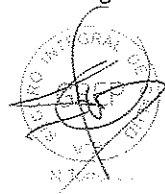
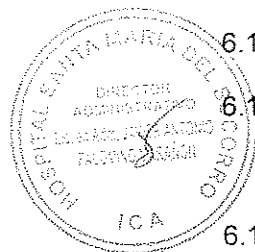
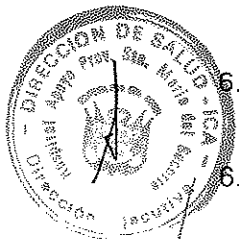
PERU

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"

- 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 odontoestomatológicos 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.





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 Semicontributivo 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





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.

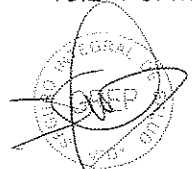
CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA COORDINACIÓN

- 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 período 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

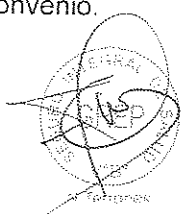
En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, las partes se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose 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 SANTA MARIA DEL SOCORRO y el SEGURO INTEGRAL DE SALUD", suscrito con fecha 16 de diciembre de 2011, así como la Primera Adenda a dicho Convenio suscrita con fecha 02 de diciembre de 2013, 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.

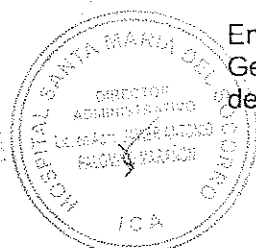
CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES

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.



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
HOSPITAL STA. MARIA DEL SOCORRO
DR. HECTOR MONTALVO MONTOYA
DIRECTOR EJECUTIVO
MONTALVO

HECTOR ADAN DANIEL MONTALVO MONTOYA
Director Ejecutivo
Hospital Santa María Del Socorro

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud

