

**BASES DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA LA
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

(Decreto Supremo N° 017-2014-SA)



**PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-
2015-ESSALUD/GCL**



**“CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PARA LAS REDES
ASISTENCIALES DE LIMA Y CALLAO”**

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Seguro Social de Salud - EsSalud
RUC N° : 20131257750
Domicilio legal : Jr. Domingo Cueto N° 120, Jesús María – Lima
Teléfono/Fax: : 2656000 / 2657000
Correo electrónico: : fernando.saenz@essalud.gob.pe
daniel.paz@essalud.gob.pe

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente proceso de selección tiene por objeto contratar Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), que brinden prestaciones de salud, organizadas bajo la modalidad de PAQUETES QUIRÚRGICOS para la atención de la demanda embalsada de cirugías para pacientes asegurados adscritos a las Redes Asistenciales de Lima y Callao, con los más altos estándares de calidad.

1.3. TARIFARIO REFERENCIAL

La forma de pago y la tarifa referencial de(l) lo(s) servicio(s) se detalla(n) en el Anexo B de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

1.4. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE LOGÍSTICA N° 009-GCL-ESSALUD-2015**, de fecha 28 de enero de 2015.

1.5. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Determinados - Contribuciones a Fondos

1.6. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente proceso se rige por el sistema de **PRECIOS UNITARIOS**, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El servicio a contratar está definido en los Requerimientos Técnicos Mínimos que forman parte del Capítulo III.

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de

veinticuatro (24) meses, contados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato. Dicho plazo constituye un requerimiento técnico mínimo que debe coincidir con lo establecido en el expediente de contratación.

1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN DE LAS BASES

Las IPRESS interesadas en participar del presente proceso de selección, podrán adquirir las bases impresas, siendo el costo de reproducción de S/. 8.00 (ocho con 00/100 nuevos soles).

1.10. BASE LEGAL

- 
- Ley N° 28411 – Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
 - Ley N° 30281 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
 - Ley N° 30115 – Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014.
 - Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
 - Decreto Supremo N° 008-2010-SA – Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
 - Decreto Legislativo N° 1163 – Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
 - Decreto Supremo N° 017-2014-SA – Aprueban Reglamento que regula el Procedimiento Especial de Contratación de Servicios de Salud, Servicios de Albergue incluido la alimentación, cuando corresponda, y compra, dispensación o expendio de medicamentos esenciales de manera complementaria a la oferta pública.
 - Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S.
 - Decreto Legislativo N° 1017 - Ley de Contrataciones del Estado.
 - Decreto Supremo N° 184-2008-EF - Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
 - Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
 - Código Civil.
 - Ley 27806 – Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

CAPÍTULO II
DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN

2.1. CRONOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN¹

Etapas	Fecha, hora y lugar
Convocatoria Portal web institucional	04-02-2015
Formulación de Consultas	Del: 05-02-2015 Al: 09-02-2015
Absolución de Consultas y publicación del pliego absolutorio	12-02-2015
Presentación y Evaluación de Expresiones de Interés	Desde el: 13-02-2015 La presentación de expresiones de interés se realizará en el Módulo de Atención al Proveedor ubicado en la Av. Arenales N° 1402 Jesús María. Horario: de 08:00 a 16:00 horas
Declaración de Elegibilidad Expresión de Interés	De acuerdo a lo indicado en el numeral 2.6 de las Bases Publicación en el portal web institucional
Formalización de Contrato	De acuerdo a lo indicado en el numeral 2.8 de las Bases

La convocatoria se efectuará publicando las Bases en el portal web de la Entidad Contratante. Asimismo, la convocatoria se pondrá en conocimiento del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado – OSCE.

2.2. FORMULACIÓN Y ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS A LAS BASES

2.2.1 FORMULACIÓN DE CONSULTAS

Las consultas a las Bases serán presentadas en un periodo mínimo de tres (3) días hábiles, contados desde el día siguiente de publicada la convocatoria.

A través de las consultas se formulan pedidos de aclaración a las disposiciones de las Bases. Las Entidades privadas pueden formular sus consultas a las Bases del procedimiento, dentro del cronograma establecido en éstas.

Las consultas se formularán mediante correo electrónico a las direcciones señaladas en el numeral 1.1 de la Bases, o por escrito, debidamente fundamentadas, ante la ventanilla del Módulo de Atención al Proveedor sito en la Av. Arenales N° 1402 – Jesús María, en las fechas señaladas en el cronograma, en el horario de 08:30 horas a 16:30 horas, debiendo estar

¹ La información del cronograma indicado en las Bases no debe diferir de la información consignada en el portal institucional de la Entidad. No obstante, de existir contradicción en esta información, primará el cronograma indicado en las Bases.

dirigidos al Comité Especial del PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL.

2.2.2 ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS

El plazo para la absolución de consultas y su respectiva publicación no podrá exceder de tres (3) días hábiles contados desde el día siguiente de la culminación de la fase de presentación de consultas.

El Comité Especial de Contratación absolverá las consultas realizadas a las Bases, a través de un pliego absolutorio, debidamente fundamentado, el que deberá contener la identificación de cada participante que las formuló, las consultas presentadas y la respuesta para cada una de ellas, dentro del plazo establecido en el cronograma. El pliego absolutorio será publicado en el portal institucional de EsSalud.

No se absolverán consultas a las Bases que se presenten extemporáneamente.

2.3. INTEGRACIÓN DE LAS BASES

Una vez publicado el pliego absolutorio, éste será considerado como parte integrante de las Bases y del contrato, constituyendo las reglas definitivas del proceso de selección. No cabe interposición de recurso impugnatorio alguno contra la absolución de las consultas y las Bases.

2.4. ACTO PRIVADO DE PRESENTACIÓN DE EXPRESIONES DE INTERÉS

Las IPRESS participantes presentarán sus expresiones de interés en sobre cerrado, en la **ventanilla del Módulo de Atención al Proveedor** sito en la **Av. Arenales N° 1402 – Jesús María**, en la fecha y horario señalados en el cronograma, bajo responsabilidad del Comité Especial.

Los integrantes de un consorcio no podrán presentar propuestas individuales ni conformar más de un consorcio en un mismo ítem, lo que no impide que puedan presentarse individualmente o conformando otro consorcio en ítems distintos.

La expresión de interés se presentará en un (1) sobre cerrado y estará dirigida al Comité Especial de Contratación, conforme al siguiente detalle:

SOBRE: Expresión de Interés. El sobre será rotulado:

Señores
ESSALUD

Av. Arenales N° 1402 – Jesús María
Atención: Comité Especial de Contratación

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL

"CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PARA LAS REDES ASISTENCIALES DE LIMA Y CALLAO"

SOBRE: EXPRESIÓN DE INTERÉS
[NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DEL IPRESS]

2.5. CONTENIDO DE LAS EXPRESIONES DE INTERÉS

La expresión de interés por cada ítem es única, por ningún motivo se aceptará la presentación de dos o más ofertas del mismo postor en el ítem al cual se presenta.

SOBRE – EXPRESIÓN DE INTERÉS

Se presentará en un original y una copia.

El sobre contendrá, además de un índice de documentos², la siguiente documentación de presentación obligatoria:

Cuadernillos individuales por cada ítem:

Cada cuadernillo deberá estar debidamente foliado. Si se presenta más de un cuadernillo, todos deben ser foliados en conjunto y de manera ascendente. No se aceptará foliaciones individuales por cuadernillo:

- a) Declaración jurada de datos de la IPRESS.
Cuando se trate de consorcio, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los consorciados (**Anexo N° 01**).

- b) Promesa formal de consorcio, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones (**Anexo N° 02**).

La promesa formal de consorcio deberá ser suscrita por cada uno de sus integrantes.

Se presume que el representante común del consorcio se encuentra facultado para actuar en nombre y representación del mismo en todos los actos referidos al proceso de selección, suscripción y ejecución del contrato, con amplias y suficientes facultades.

- c) Declaración Jurada de Plazo de prestación del servicio. (**Anexo N° 03**)
- d) Declaración Jurada de Expresión de Interés y cumplimiento de los Requerimientos Técnicos Mínimos contenidos en el Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 04**)
- e) Documentos que sustentan el cumplimiento de los requisitos de funcionamiento de las IPRESS, según numeral 10.2 de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases:
- e.1) Declaración Jurada que acredite la aceptación de las tarifas. (**Anexo N° 05**)
- e.2) Declaración Jurada respecto de las exigencias contenidas en los numeral 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3 y 10.2.7 del Capítulo III de las Bases. (**Anexo N° 06**)

² La omisión del índice no descalifica la propuesta, ya que su presentación no tiene incidencia en el objeto de la convocatoria.

e.3) Copia simple de la documentación sustentatoria que acredite la experiencia de la empresa, teniendo en consideración lo requerido en el numeral 10.2.9 de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

e.4) Declaración Jurada de Información del Personal que brindará el servicio. Según el modelo del **(Anexo N° 07)**.

Deberá presentarse el listado del personal que realizará el servicio, según lo indicado en el numeral 10.2.10 de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

Se adjuntará copia simple de toda la documentación sustentatoria del perfil y experiencia del personal que ha sido propuesto para brindar el servicio, teniendo en consideración lo requerido en el numeral 10.2.10 de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

La experiencia del personal se deberá acreditar adjuntando certificados y/o constancias.

e.5) Declaración Jurada de equipamiento mínimo y otras condiciones. **(Anexo N° 08)**

e.6) Copia simple de la Licencia Municipal de funcionamiento vigente del establecimiento de salud destinado donde se brindarán las prestaciones.

e.7) Copia de la Constancia de Registro de la IPRESS ante la SUSALUD.

e.8) Copia del Certificado de INDECI vigente.

e.9) Copia de la Resolución Vigente, en la que se indique la CATEGORIA de la IPRESS, expedida por la Autoridad de Salud competente, la misma que debe guardar relación con la prestación del servicio de salud objeto de contratación, según el Anexo "A" de los Términos de Referencia.

IMPORTANTE:

- La omisión de alguno de los documentos enunciados acarreará la no elegibilidad de la expresión de interés.

2.6. EVALUACIÓN Y ELECCIÓN DE LAS EXPRESIONES DE INTERÉS

La expresión de interés será evaluada por el Comité Especial, por ítem, a fin de determinar el cumplimiento de los requisitos mínimos y la presentación de documentos obligatorios establecidos en las Bases, en cuyo caso se declarará a la IPRESS elegible para contratar. Los resultados de dicha evaluación serán publicados por ítem, en el portal de la Entidad Contratante, en el plazo máximo de **cinco (05) días hábiles**, contados a partir del día siguiente de la fecha de presentación de las expresiones de interés.

2.7. FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

Una vez declarada elegible la expresión de interés, el Comité Especial de Contratación eleva dicha expresión de interés al Titular de la Entidad o a quien éste delegue para la suscripción del contrato.

La IPRESS elegida deberá presentar los siguientes documentos para suscribir el contrato:

- a) Constancia vigente de no estar inhabilitado para contratar con el Estado.
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas de los integrantes, de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancario (CCI).
- d) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- e) Copia de DNI del Representante Legal
- f) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa
- g) Copia de la constitución de la empresa y sus modificatorias debidamente actualizadas
- h) Copia del RUC de la empresa.
- i) Documento en el cual se acredite al representante de la IPRESS ante la Red Asistencial usuaria, quien asumirá las responsabilidades establecidas en el numeral 7.2 de los Términos de Referencia.
- j) Plan de mantenimiento de los equipos biomédicos.

2.8. PLAZO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

La suscripción del contrato se efectúa en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación de la declaración de elegibilidad en el portal institucional

La documentación para la suscripción del contrato deberá ser presentada en el Módulo de Atención al Proveedor, sito en Av. Arenales N° 1402 Jesús María – Segundo Piso.

Previo a la suscripción del contrato, se verificará el cumplimiento de condiciones ofertadas en las expresiones de interés de manera presencial en la IPRESS.

En caso que, como resultado de la verificación efectuada, se compruebe que el proveedor declarado elegible no cumple con lo estipulado en su expresión de interés, se revocará la elegibilidad.

2.9. FORMA DE PAGO

La Entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista, según lo indicado en el numeral 13 de los Términos de Referencia, luego de otorgada la conformidad del servicio por parte de la Oficina de Servicios de Salud Extra Institucionales (OSSE) de la Red Asistencial Usuaria, efectuándose el pago de acuerdo a lo detallado en el Anexo B de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad por parte de la Oficina de Servicios de Salud Extra Institucionales (OSSE) de la Red Asistencial Usuaria.
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad por la prestación efectuada.
- Comprobante de pago

2.10. PLAZO PARA EL PAGO

La Entidad debe efectuar el pago dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes al otorgamiento de la conformidad respectiva, siempre que se verifiquen las demás condiciones establecidas en el contrato.

2.11. RECURSO DE APELACIÓN

Las IPRESS podrán presentar recurso de apelación contra la no elegibilidad de su expresión de interés por incumplimiento de los requisitos técnicos mínimos y la no presentación de documentos obligatorios establecidos en las Bases.

El recurso de apelación será dirigido al Comité Especial de Contratación y presentado ante la mesa de partes de la Entidad Contratante sito en Av. Arenales N° 1402 – Jesús María (ventanilla del Módulo de Atención al Proveedor), en el plazo máximo de ocho (8) días hábiles contados desde el día siguiente de publicados los resultados en el portal institucional de la Entidad Contratante.

El Comité Especial de Contratación deberá elevar la apelación, los actuados y el informe respectivo al Titular de la Entidad Contratante, dentro de los dos (2) días hábiles de recibido el recurso de apelación, bajo responsabilidad.

El Titular de la Entidad Contratante resuelve el recurso de apelación en un plazo máximo de doce (12) días hábiles, contabilizados desde el día siguiente de presentado el recurso. La resolución de la Entidad Contratante, será publicada en el portal Institucional de la misma y notificada en dicho plazo.

La presentación de la apelación no suspende el procedimiento especial de contratación respecto de los demás participantes.

La facultad de resolver el recurso de apelación bajo al amparo del presente Decreto Supremo, podrá ser delegable.

2.12. DE LAS PENALIDADES

La penalidad por retraso injustificado en la ejecución del servicio será aplicada de conformidad con el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Asimismo, se considerarán las penalidades indicadas en el Anexo C de los términos de referencia del Capítulo III de las Bases.

CAPÍTULO III
TÉRMINOS DE REFERENCIA Y REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS



**TÉRMINOS DE REFERENCIA
CONTRATACION DE PAQUETE QUIRURGICO**

1. OBJETO

Contratar Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), que brinden prestaciones de salud, organizadas bajo la modalidad de PAQUETES QUIRÚRGICOS, para la atención de la demanda embalsada de cirugías para pacientes asegurados adscritos a las Redes Asistenciales de Lima y Callao, con los más altos estándares de calidad.

2. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la accesibilidad y oportunidad de la atención quirúrgica de los asegurados de las Redes Asistenciales de Lima y Callao, ampliando la oferta de servicios de salud en el segundo nivel de atención, lo que contribuirá a disminuir la brecha oferta – demanda existente y obtener la satisfacción del asegurado.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Brindar atención quirúrgica oportuna a los asegurados de las Redes Asistenciales de Lima y Callao, que se encuentren inscritos en las listas de espera quirúrgica de su correspondiente Red Asistencial de adscripción.

Incrementar la oferta de prestaciones de salud quirúrgicas del segundo nivel en las Redes Asistenciales de ESSALUD que tienen una mayor brecha oferta – demanda.

4. FINALIDAD DE LA CONTRATACION

Contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud con especial énfasis en las actividades quirúrgicas del segundo nivel de atención, que permitan la oportuna intervención sanitaria, lo cual contribuirá a satisfacer las necesidades de salud de la población asegurada.

5. DEFINICIONES

5.1. ACREDITACIÓN: Procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado y sus derechohabientes para tener derecho de cobertura.

5.2. ALTA DEL PACIENTE: Se considera cuando se ha solucionado el problema quirúrgico presentado en el paciente, incluye la consulta post operatoria.

5.3. ASEGURADO: Beneficiario directo de los servicios y beneficios de ESSALUD, de acuerdo con los requisitos exigidos y los derechos otorgados por la ley. (Ley N° 26790, Decreto Supremo N° 009-97-SA y normas complementarias).

5.4. AUDITORIA DE LA PRESTACIÓN: Evaluación del acto médico, a fin de garantizar el adecuado otorgamiento de las prestaciones de salud. Estas actividades comprenden: acreditación, cobertura, calidad de atención y pertinencia del acto médico; las mismas que determinarán la validación de la prestación.

5.5. COBERTURA: Protección contra pérdidas especificadas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

5.6. CONTRAREFERENCIA: Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo y seguimiento del asegurado a la Red Asistencial.

- 5.7. **INTERVENCIONES QUIRURGICAS:** Procedimientos Quirúrgicos que han sido clasificados de acuerdo en los criterios en el Manual y Codificación de Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por grado de complejidad. (Directiva N°003-GCPS-ESSALUD-2009)
- 5.8. **LISTA DE OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA:** es el instrumento de gestión para la atención integral del paciente quirúrgico, cuya actualización se realiza diariamente y permite conocer la relación de pacientes que se encuentran en espera de ser intervenidos quirúrgicamente.
- 5.9. **MECANISMOS DE PAGO:** Forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados según el contrato entre IAFAS e IPRESS.
- 5.10. **PAGO POR SERVICIOS:** Financiamiento previamente pactado, cuya unidad de pago lo constituye el Paquete Quirúrgico otorgado a un asegurado.
- 5.11. **PAQUETE QUIRÚRGICO:** Conjunto de prestaciones de salud que se brindan en relación a un procedimiento de Intervención Quirúrgica, que incluye:
- Consulta médica pre quirúrgica (incluye riesgo quirúrgico)
 - Exámenes de Ayuda al Diagnóstico durante la
 - Acto quirúrgico(s), uso de sala quirúrgica, dotación de recursos humanos, materiales, insumos, dispositivos biomédicos, sala de recuperación. Hospitalización, medicamentos
 - Control pos operatorio y medicación al alta.
- 5.12. **PRESTACIÓN DE SALUD:** Atención de salud otorgada a un asegurado y/o derechohabiente en los establecimientos de salud contratados.
- 5.13. **REFERENCIA:** Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual se traslada la responsabilidad del manejo médico quirúrgico del asegurado desde una Red Asistencial de ESSALUD a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) para su atención quirúrgica, en virtud a su capacidad y disponibilidad de oferta.

6. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La IPRESS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) deberá estar ubicada en el ámbito de Lima Metropolitana y/o el Callao. Debiendo las Redes Asistenciales aplicar el criterio de geo-referencia para derivar a los asegurados.

7. VERIFICACION DE CONDICIONES Y VIGENCIA DEL CONTRATO

- 7.1 La suscripción del contrato estará condicionada a que las Redes Asistenciales usuarias realicen la evaluación de la IPRESS y la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos y condiciones establecidas en los Términos de Referencia, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto Supremo N°017-2014 y la Ley de Contrataciones del Estado en lo que fuera aplicable, u otra norma vigente.
- 7.2 Para efectos de la ejecución del contrato, la IPRESS deberá acreditar de manera formal ante la Red Asistencial usuaria un representante, el cual asumirá la responsabilidad de las coordinaciones técnicas y administrativas y tendrá capacidad de decisión; toda documentación y/o comunicación con la IPRESS será a través de dicha persona; del mismo modo ESSALUD realizará las coordinaciones pertinentes a través de la Oficina de Servicios de Salud Extraintitucionales, o quien haga sus veces, de la Red Asistencial usuaria.

- 7.3 En caso que, como resultado de la verificación efectuada se compruebe que el proveedor declarado elegible no cumple con lo estipulado en su expresión de Interés la entidad contratante revocará la elegibilidad.
- 7.4 La vigencia del contrato será de dos años (2) años, a cuyo término podrá renovarse mediante la suscripción de la respectiva adenda. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá manifestar su voluntad de no renovarlo mediante carta notarial remitida a la otra parte 30 días antes de su finalización.

8. MECANISMO DE PAGO Y TARIFARIO REFERENCIAL

El mecanismo de pago a aplicar es el Pago por Servicios, el tarifario referencial por cada ítem a contratar, se encuentra detallado en el Anexo B.

9. OBLIGACIONES

9.1. Obligaciones de la IPRESS

- 9.1.1. Mantener vigente sus autorizaciones, vigencias de apertura y funcionamiento y demás, permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, en ningún caso podrá tener vencidas dichas autorizaciones durante la vigencia del contrato.
- 9.1.2. Brindar los servicios de salud detallados en el Anexo A del presente término de referencia, garantizando que las mismas se presten en condiciones óptimas de calidad y oportunidad a los asegurados a fin de satisfacer su necesidad de salud.
- 9.1.3. Verificar la identidad del paciente y su condición de asegurado de ESSALUD.
- 9.1.4. No realizar cobros a los asegurados de ESSALUD, asignados a la IPRESS.
- 9.1.5. Permitir y otorgar las facilidades (espacio físico y equipamiento mobiliario e informático necesario) al personal auditor de la Red Asistencial usuaria para que realice acciones de auditoría médica y control prestacional que corresponda.
- 9.1.6. Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutive. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normativa aplicable para tal efecto. Su cumplimiento estará sujeto a auditoría médica y/o control prestacional por parte de ESSALUD, en el momento que considere pertinente.
- 9.1.7. Informar, dejando constancia por escrito, a ESSALUD la existencia de otros locales en los que pueda, de manera parcial o permanente, brindar atención a los asegurados. En tal caso, las partes se comprometen a suscribir una adenda para la inclusión del local correspondiente dentro de los alcances del contrato, siempre que ESSALUD los considere adecuados en función a la ubicación y demás características de LA IPRESS, debiendo acreditar con su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud y demás permisos, autorizaciones, y licencias de acuerdo a Ley.
- 9.1.8. No discriminar en su atención a los asegurados de ESSALUD por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, cultural, discapacidad u otras que atenten contra los derechos de las personas.

- 8
- B
- 9.1.9. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de ESSALUD y de aquella que se genere en LA IPRESS, respetando lo previsto en la Ley General de Salud N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales.
- 9.1.10. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones del contrato.
- 9.1.11. Mantener una historia clínica única por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La historia clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. (Norma Técnica N° 022-2006-MINSA/DGSP.V.02 y la Directiva N°001-GG-ESSALUD-2014).
- 9.1.12. Informar de inmediato a la Red Asistencial Usuaria sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.
- 9.1.13. En los casos que corresponda, informar a la Red Asistencial usuaria sobre asegurados con contingencias que exceden la capacidad de resolución de LA IPRESS, para su respectiva referencia a otra IPRESS según corresponda.
- 9.1.14. Presentar a la Red Asistencial Usuaria la información necesaria sobre las prestaciones brindadas a los asegurados y toda aquella otra información requerida por ESSALUD, en el marco del contrato suscrito mediante sistemas informáticos (SIAD) y manuales.
- 9.1.15. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del contrato o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y demás normas aplicables.
- 9.1.16. Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones u omisiones en la prestación del servicio brindado por su personal o como consecuencia de ello; así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
- 9.1.17. Garantizar un ambiente adecuado para la custodia y seguridad de la información sujeta a los procedimientos de auditoría (historia clínica, informes, reportes y otros), que permita cumplir con los mismos.
- 9.1.18. Levantar las no conformidades y observaciones producto de las acciones de control efectuadas por la Red Asistencial usuaria, las cuales no deben exceder las 72 horas de efectuada la comunicación. Si el levantamiento de las no conformidades y observaciones implicara más tiempo de lo estipulado, la IPRESS elaborará un plan de trabajo; el mismo que en ningún caso excederá a 15 días calendario. El levantamiento de las no conformidades y observaciones deberá ser notificado por escrito a la Red Asistencial usuaria.
- 9.1.19. Asumir la responsabilidad respecto de las relaciones contractuales generadas con el personal (administrativo, médico, etc.) que labora en la IPRESS, de acuerdo al Decreto Legislativo N°728 Ley de la Productividad y Competitividad Laboral del Régimen Privado, Ley N°29245 Ley que Regula los Servicios de Tercerización, y todas aquellas normas aplicables conforme lo regulado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- 9.1.20. Acatar las penalidades debidamente sustentadas que establezca y aplique ESSALUD, como resultado de las acciones de auditoría que se realice (Ver numeral 15- Infracciones y Penalidades y Anexo C).
- 9

9.1.21. En caso que el paciente presente una complicación moderada o grave o fallezca, como resultado de una intervención quirúrgica, se procederá a la realización de Auditoría de Caso, si el Informe determinara falla en los procesos, el pago será retenido hasta que culminen las investigaciones que se requieran.

9.1.22. El alta hospitalaria del paciente es responsabilidad del médico tratante en la IPRESS. En caso que el paciente desee abandonar el establecimiento sin indicación médica, la IPRESS deberá comunicar inmediatamente a la autoridad competente.

9.1.23. Obtener el 80% de satisfacción en las encuestas de satisfacción aplicadas por Defensoría del Asegurado.

9.2. Obligaciones de ESSALUD

9.2.1 Remitir oportunamente información a LA IPRESS sobre los asegurados regulares referidos con derecho a la atención de servicios de salud.

9.2.2 Informar oportunamente a LA IPRESS sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan de su relación con ESSALUD, así como las modificaciones que se susciten.

9.2.3 Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga experiencia asistencial no menor a 5 años y, cuente con Registro de Auditor Médico del Colegio Médico del Perú.

9.2.4 Realizar Auditorías Concurrentes, para la verificación de las historias clínicas, las mismas que serán tomadas de manera muestral.

9.2.5 Pagar a LA IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas (revisar) y demás condiciones acordadas entre las partes.

9.2.6 Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con la IPRESS.

9.2.7 Realizar encuestas de satisfacción a través de Defensoría del Asegurado.

9.2.8 Poner a disposición el sistema informático SIAD así como otros sistemas de ESSALUD que sean necesarios para la operatividad de la IPRESS.

10. CONDICIONES EN QUE SE PRESTARÁ EL SERVICIO

10.1. Para la prestación del servicio es condición obligatoria que el asegurado presente su Documento Nacional de Identidad - DNI, o Carné de Extranjería, Pasaporte u otros validados por las normas migratorias vigentes, al personal de admisión o a quien corresponda en LA IPRESS, a fin de verificar su condición de asegurado, según la información proporcionada por ESSALUD.

10.2. Requisitos de Funcionamiento:

10.2.1. Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado - OSCE.

10.2.2. No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme a lo dispuesto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

10.2.3. No haber sido inhabilitado para contratar con el Estado.

- 10.2.4. La IPRESS debe contar con licencia municipal de funcionamiento y tener certificado de INDECI vigentes.
- 10.2.5. Estar registrado en la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.
- 10.2.6. La IPRESS debe contar con Resolución vigente de la Dirección de Salud o Dirección Regional de Salud, donde se establece su CATEGORIA, la que debe tener relación con la prestación del servicio de salud a contratarse, según lo señalado en el Anexo A de los presentes términos de referencia.
- 10.2.7. No tener sanción vigente impuesta por SUSALUD, a la fecha de presentación de la expresión de interés, ni haber sido sancionado por ésta en los últimos doce (12) meses anteriores a la prestación de la expresión de interés.
- 10.2.8. Deben cumplir con las especificaciones técnicas contenidas en la Norma Técnica de Salud N° 021/MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de los Establecimientos de Salud" según su nivel de atención, complejidad y capacidad resolutive vigente".
- 10.2.9. La IPRESS debe acreditar documentariamente cinco (05) años de experiencia en la prestación de servicios de atención de salud similares a los requeridos mediante facturas y/o estados financieros.
- 10.2.10. La IPRESS deberá presentar el listado de personal que realizará el servicio materia de la presente. Además, deberá detallar el perfil de los profesionales y, técnicos asistenciales, según el siguiente detalle
- Profesionales de la salud: Deberán acreditar Título Profesional y Constancia de Habilitación Profesional vigente emitido por el Colegio correspondiente, con una experiencia no menor de tres (03) años en servicios quirúrgicos o afines al objeto del presente contrato; así mismo no deberán tener ningún tipo de sanción por mala praxis u otro derivado de la actividad asistencial.
 - Médicos Especialistas (Cirujanos según especialidad médica; Gineco - obstetras, pediatras, anestesiólogos u otros) deberán acreditar el Título Profesional, Registro de especialista y Recertificación (según corresponda) en el Colegio Médico del Perú y Constancia de Habilidad Profesional vigente.
 - En caso de Técnicos Asistenciales deberán acreditar mínimo tres años de experiencia en actividades de prestación de servicios de salud.
- 10.2.11. La Sala de Operaciones deberá contar con el siguiente equipamiento mínimo:
- Equipo de anestesia con Sistema de Monitoreo Completo (monitor cardíaco, pulso-oxímetro y capnógrafo, de ser necesario por el tipo de procedimiento quirúrgico).
 - Lámpara Cialítica de Alta Intensidad.
 - Equipo de Resucitación completo.
 - Administración de Oxígeno empotrado.
 - Electrocauterio Mono y Bipolar.
 - Aspiradores de secreciones.
 - Torre de laparoscopia (según corresponda)
 - Otros equipos que garanticen el éxito del procedimiento y la seguridad del paciente.

10.2.12. La Sala de Recuperación deberá contar con el siguiente equipamiento mínimo:

- Equipo de reanimación completo.
- Monitor cardíaco
- Oxígeno empotrado
- Pulso-oxímetro.
- Ventilador Mecánico
- Otros equipos que garanticen la seguridad del paciente en la sala de recuperación y en la hospitalización en caso el procedimiento quirúrgico lo requiera

10.2.13. Declaración Jurada de mantenimiento de los equipos biomédicos y plan de mantenimiento durante la vigencia del contrato.

10.2.14. La IPRESS deberá garantizar la provisión de sangre y hemoderivados de acuerdo a la normativa vigente.

10.2.15. La IPRESS contratada debe comunicar semanalmente a ESSALUD, su disponibilidad de camas para hospitalización de los pacientes asegurados de ESSALUD que va a intervenir quirúrgicamente.

10.3. De la Atención Médica

10.3.1. La Gerencia Quirúrgica de la Red Asistencial usuaria o quien haga sus veces en los Centros Asistenciales, derivará a los pacientes acreditados, para su atención en la IPRESS.

10.3.2. La IPRESS garantiza la adecuada atención de los asegurados de ESSALUD y pone a disposición su capacidad operativa, de acuerdo a su nivel de resolución, hasta culminar el proceso de la prestación de salud en concordancia con los servicios contratados.

10.3.3. El tiempo de espera entre la primera consulta en la IPRESS, la aptitud y la intervención quirúrgica, no podrá exceder a los siete (07) días calendario. En caso, que por causa propia del paciente no se cumpla con el plazo establecido para la intervención quirúrgica, deberá constar en una declaración jurada firmada por el paciente los motivos del retraso

10.3.4. Las prestaciones de salud se encuentran organizadas en paquetes quirúrgicos, los mismos que se detallan en el Anexo A- Servicios a contratar, de los presentes términos de referencia.

10.3.5. De detectarse pacientes referidos por ESSALUD que no se encuentren en condiciones clínicas de ser intervenidos quirúrgicamente, éstos deberán ser contra-referidos por la IPRESS, hasta su nueva evaluación para su reprogramación por ESSALUD.

10.3.6. La tarifa del paquete quirúrgico incluye las complicaciones derivadas de los procedimientos realizados como: re intervenciones quirúrgicas y/o atenciones ambulatorias, dentro de los 10 primeros días de la intervención original y será responsabilidad de la IPRESS la reprogramación inmediata, De 11 a 30 días después de la re intervención original, se facturará el 50% de la re intervención efectuada.

8

10.3.7. Las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS al asegurado como consecuencia de las complicaciones producto de enfermedades concomitantes que pudieran presentarse durante el periodo post operatorio inmediato y hasta las 72 horas de realizada la cirugía, serán facturadas por la IPRESS a ESSALUD mediante su tarifario, siempre y cuando ésta no exceda al SEGUS factor 4 y pagadas por esta última previa evaluación de la pertinencia de las mismas por los auditores de la Red Asistencial usuaria.

B

10.3.8. De requerir un mayor tiempo de hospitalización para el manejo de las complicaciones mencionadas en el numeral precedente (10.4.8), la IPRESS deberá coordinar con la Gerencia Quirúrgica de la Red Asistencial usuaria a fin de efectuar la referencia al correspondiente Centro Asistencial de ESSALUD.

10.4. De los Medicamentos e Insumos Biomédicos

✓

10.4.1 La IPRESS brindará los medicamentos e insumos biomédicos y materiales necesarios a los asegurados y derechohabientes para la realización de las prestaciones de salud contratadas. Bajo ninguna circunstancia, la IPRESS contará en sus instalaciones y/o entregará medicamentos de ESSALUD.

10.4.2 La dispensación de los medicamentos deberá ser efectuada obligatoriamente el mismo día que el paciente recibió la prestación.

10.4.3 La IPRESS deberá cumplir con la normativa vigente sobre Buenas Prácticas de Almacenamiento conforme lo establece el DS N° 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y el DS N° 014-2011-SA "Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos" y demás normas vigentes. Así como lo establece la Ley N° 29459 de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

10.4.4 Para el uso de Productos sanguíneos deberán contar con la certificación del PRONAHEBAS, así como cumplir con la Norma Técnica N° 014 - MINSA / DGSP - V.01 (Guía de Procedimientos Operativos Estándar del PRONAHEBAS), Norma Técnica N°015 - MINSA / DGSP - V.01 (Manual de Bioseguridad del PRONAHEBAS).

10.5. Materiales, Equipos e Instalaciones

10.5.1. Los ambientes de la IPRESS deberán contar con una señalética apropiada para orientar e informar a los asegurados. Adicionalmente, deberá contar con banners de difusión del Plan Confianza utilizando los logotipos y colores oficiales de ESSALUD.

10.5.2. La IPRESS deberá garantizar la aplicación de las normas vigentes de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo.

10.5.3. En aquellos casos que la infraestructura tenga más de un piso, deberá garantizar el acceso de personas con discapacidad, limitaciones en la marcha y de aquellas personas que por su estado de salud así lo requieran, en cumplimiento de la Ley de Discapacidad N° 29973.

11 ENTREGABLES DEL SERVICIO

- 11.1. La IPRESS remitirá a la Red Asistencial usuaria para la validación prestacional lo siguiente:

11.1.1 Copia de la Epicrisis (atención efectuada en el marco del presente contrato)

11.1.2 Formato de derivación y acreditación emitida por la Red Asistencial usuaria.

11.1.3 Reporte operatorio y Ficha de anestesia.

11.1.4 Conformidad de la prestación recibida por parte del asegurado.

12 RECEPCION Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

- 12.1. La conformidad del servicio será extendida por la Oficina de Servicios de Salud Extra institucionales - OSSE de la Red Asistencial usuaria, previo informe de validación de las prestaciones realizadas por la Gerencia Quirúrgica de la Red Asistencial. El informe de validación de las prestaciones de salud, debe contener los documentos establecidos en el numeral 11.1.
- 12.2. Posteriormente, la Oficina de Servicios de Salud Extra Institucionales - OSSE emitirá un informe de conformidad y remitirá el expediente al área de logística de la Red Asistencial usuaria para iniciar el procedimiento de pago ante la Oficina de Finanzas de dicha Red.
- 12.3. Los médicos y otros profesionales que participen en la validación/auditoria de las prestaciones y la conformidad del servicio no podrán prestar servicios de forma directa o indirecta con la IPRESS contratada.
- 12.4. La IPRESS pondrá a disposición de ESSALUD, cuando esta última lo requiera para fines de control u otros; copia de la historia clínica, reporte operatorio, consentimiento informado y exámenes auxiliares de los asegurados atendidos en el marco del presente contrato.
- 12.5. ESSALUD se obliga a pagar la contraprestación a LA IPRESS mediante el mecanismo de Pago por Servicios según corresponda, luego de la recepción formal, oportuna, completa y validada de la documentación correspondiente. La recepción, admisibilidad o conformidad de la citada documentación es responsabilidad de la Oficina de Servicios de Salud Extra institucionales - OSSE de la Red Asistencial usuaria o quien haga sus veces.
- 12.6. Para los efectos de otorgar la conformidad de la documentación que sustenta la prestación de salud, la Red Asistencial usuaria no podrá excederse de quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción.
- 12.7. Luego de otorgada la conformidad, ESSALUD se compromete a efectuar el pago correspondiente en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario, respetando las condiciones establecidas en el contrato. El plazo se computa a partir del día siguiente de recibido el documento de pago.
- 12.8. En caso de exceder el plazo convenido para el pago, salvo caso fortuito o de fuerza mayor debidamente justificado, la IPRESS tendrá derecho al pago de los intereses legales correspondientes, tomándose en cuenta, para ello, desde que se cumplió la fecha en que el pago debió efectuarse.

- 8
B
J
X
- 12.9. En el supuesto, que LA IPRESS incurra en retraso injustificado en la presentación del sustento de las prestaciones brindadas, en el marco del contrato, serán de aplicación las penalidades previstas que correspondan. (véase Anexo C)
- 12.10. De presentarse observaciones en relación a la recepción de documentos entregados por la IPRESS o a la conformidad de la prestación otorgada, la Red Asistencial usuaria deberá remitir por escrito y en un solo acto, las observaciones halladas, otorgándosele a LA IPRESS un plazo no mayor a treinta (30) días calendario para su levantamiento en función a la complejidad del servicio.
- 12.11. Todas las observaciones que la Red Asistencial usuaria, plantee a LA IPRESS, así como las respuestas que éstas remitan al respecto, deben constar por escrito y deben basarse en Las Guías de Prácticas Clínicas, previamente acordadas, según se establece en el numeral 16. En el caso que no se encuentre contemplada deberá sustentarse con un informe en el que se incluya la evidencia científicamente aceptada en el ámbito nacional o internacional
- 12.12. Si pese al plazo otorgado, LA IPRESS no cumpliera a cabalidad con la subsanación, la Red Asistencial Usuaria podrá condicionar su pago, sin perjuicio de aplicar las penalidades que correspondan y sin perjuicio de negarse a reconocer la misma una vez efectuada la subsanación. Bajo ninguna circunstancia la observación a una o más prestaciones brindadas por LA IPRESS, condicionará el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.
- 12.13. La excepción para el pago aplica únicamente cuando el servicio contratado, en su conjunto, manifiestamente no cumpla con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso la Red Asistencial usuaria no efectuará la recepción, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose las penalidades que correspondan (véase Anexo C)

13 PAGO DE SERVICIOS

- 13.1. Se realizará a través de la Oficina de Finanzas de la Red Asistencial usuaria, la cual efectuara la liquidación y pago respectivo.
- 13.2. En caso de que la IPRESS efectúe dos o más intervenciones quirúrgicas a través de un mismo punto de abordaje o cavidad anatómica, corresponde el reconocimiento de pago al 100% del procedimiento quirúrgico de mayor costo.
- 13.3. En el caso que existan dos o más intervenciones quirúrgicas efectuadas dentro de un mismo acto operatorio, mediante diferentes incisiones, se reconocerá el pago de la intervención mayor al 100%, más el 50% de la segunda, más el 25% de cada una de las siguientes intervenciones.

14 CONTROL DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA IPRESS

- 14.1 Monitoreo en la ejecución de las prestaciones de salud a cargo de la Red Asistencial usuaria.

- 14.2 Auditoría concurrente al 100% de las prestaciones en lo concerniente a Acreditación, Calidad de Atención, Pertinencia del acto médico, a cargo de la Oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial usuaria.
- 14.3 Evaluación permanente de las quejas, reclamos y consultas de los asegurados y/o derechohabientes atendidos, a cargo de la Defensoría del Asegurado.
- 14.4 Encuestas de Satisfacción de Asegurados (Muestreo Aleatorio), a cargo de la Defensoría del Asegurado.
- 14.5 Evaluación inopinada de las condiciones de salubridad y bioseguridad de acuerdo a la normatividad vigente, a cargo de la Red Asistencial usuaria.
- 14.6 ESSALUD tiene la facultad de efectuar auditorías de la validez prestacional con estándares consensuados y/o control prestacional con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto ESSALUD podrá efectuar lo siguiente:
- 14.6.1 Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares mínimos establecidos; a través de las visitas inopinadas o notificadas a cargo de la Red Asistencial usuaria.
- 14.6.2 LA red asistencial usuaria podrá efectuar Auditorías y/o control de las historias clínicas de sus asegurados.
- 14.7 La Red Asistencial usuaria puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus asegurados, las cuales serán comunicadas a LA IPRESS de acuerdo al procedimiento previsto en el numeral 12.
- 14.8 Si a consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud, la Red Asistencial usuaria detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar y se aplicarán las penalidades correspondientes (véase Anexo C).

15 PENALIDADES

- 15.1. Toda acción u omisión, debidamente comprobada por ESSALUD, que configure el incumplimiento de las obligaciones del contrato, constituirá una infracción, la cual será sancionada con penas pecuniarias y administrativa.
- 15.2. Las infracciones establecidas en el cuadro de penalidades tendrán carácter objetivo en tanto se sustenten en obligaciones y diligencias explícitas y detalladas en el Anexo C, por lo cual su aplicación no es objeto de someterse a arbitraje de derecho o conciliación.
- 15.3. Las penalidades serán de aplicación sin perjuicio de la obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios u otra acción legal que pudieran tener lugar y de las deducciones en los pagos a cargo de ESSALUD de acuerdo con lo pactado.
- 15.4. Con la finalidad de evitar la aplicación de penalidades o consecuencias legales mayores, la IPRESS solo podrá aplicar un supuesto de fuerza mayor, caso fortuito, acuerdo entre las partes u otro pactado en el contrato, no siendo posible alegar como eximente de responsabilidad

los incumplimientos contractuales derivados de contratos que celebre con terceros.

- 15.5. ESSALUD, se encuentra facultado para aplicar las penalidades contractuales. En ese sentido, en caso de incumplimiento de la IPRESS de cualquiera de las obligaciones indicadas en el contrato, y verificadas previamente por la Red Asistencial usuaria, quien le indicará a la IPRESS los mecanismos de subsanación correspondientes y la aplicación de las penalidades contenidas en el contrato. La IPRESS no estará exenta de responsabilidad aún en los casos en que los incumplimientos sean consecuencia de convenios o contratos que celebre con terceros.
- 15.6. La IPRESS podrá reclamar la aplicación de la penalidad si presenta, ante la Red Asistencial usuaria, en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la penalidad, la reclamación por escrito con el respectivo sustento. Vencido el plazo antes indicado se tomara como aceptada la penalidad.
- 15.7. Por su parte, la Red Asistencial usuaria contará con un plazo de quince (15) días calendarios para responder al recurso planteado por la IPRESS. En tanto dure el proceso de reclamo, la penalidad no será descontada en el mes de la ocurrencia.
- 15.8. La Red Asistencial usuaria, podrá descontar del monto a cancelar, el valor al que ascienda la deuda por penalidad impuesta.
- 15.9. De no haber acuerdo en la aplicación de las penalidades ésta puede ser cuestionada empleando el mecanismo de solución de controversias del contrato.
- 15.10. Si la IPRESS incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, ESSALUD, le aplicará una penalidad por cada día de atraso, aplicando, de corresponder según el tipo de servicio, la fórmula establecida en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 15.11. Cuando una de las partes incurra en falta injustificada en el cumplimiento de las obligaciones asumidas, debe resarcir a la otra parte por los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente.

16 GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- 16.1. ESSALUD y LA IPRESS, de común acuerdo usaran Estándares o Protocolos y Guías de Practica Clínica, para la atención de los asegurados. Estos Protocolos o Guías, no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

17 CODIGOS Y ESTANDARES

- 17.1. En la remisión de información entre ESSALUD y la IPRESS, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud, así como los formatos aprobados por ella.

18 RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

- 18.1. La conformidad del servicio por parte de ESSALUD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de LA IPRESS es de 5 años.

19 RESOLUCION DEL CONTRATO

- 19.1. Son causales de resolución del contrato las siguientes:

19.1.1. De común acuerdo entre ambas partes. Cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del contrato, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Contrataciones del Estado.

19.1.2. Incumplimiento o el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier obligación de una de las partes. Para tal efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá por escrito notarialmente a la otra parte para que satisfaga su prestación en el plazo de 15 días calendarios, bajo apercibimiento de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.

19.1.3. La cancelación de la autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a una IAFAS o la cancelación de la inscripción de la IPRESS en el Registro de IPRESS - RIPRESS.

- 19.2. Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

- 19.3. En el caso que un asegurado esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del contrato, LA IPRESS continuará con su atención, hasta su recuperación, alta, o su transferencia autorizada por el paciente y ESSALUD a otra IPRESS. La Red Asistencial usuaria deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas.

20. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

20.1. Todos los conflictos o desavenencias que surjan de la ejecución e interpretación del contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje; las partes se someten a los centros registrados y especializados en materia de salud que se encuentran inscritos en la Superintendencia Nacional de Salud

20.2. El Laudo Arbitral emitido es definitivo e inapelable, tiene el valor de cosa juzgada y se ejecuta como una sentencia.

20.3. Las partes, pueden acudir en vía de conciliación al CECONAR, en forma previa al inicio del arbitraje o en cualquier estado del mismo.

21. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 21.1. Durante la vigencia del contrato pueden realizarse ciertas modificaciones, siempre que medie acuerdo entre las partes.

- 8
- B
- 21.2. Toda solicitud de enmienda, adenda o modificación del contrato por cualquiera de las partes, deberá ser presentada con el debido sustento técnico y económico - financiero, debiendo la otra parte atender a la solicitud en el más breve plazo. La solicitud que en ese sentido realice ESSALUD deberá respetar la naturaleza del contrato, las condiciones económicas y técnicas contractualmente convenidas por las partes.
- 21.3. La modificación que sea aceptada por ambas partes debe constar por escrito y contar con la firma de sus Representantes, además de las formalidades que sean establecidas para la validez del contrato, constituyéndose de ese modo como parte del mismo y en consecuencia de carácter vinculante para ESSALUD.
- 21.4. Las modificaciones deben contener los detalles de su incorporación dentro del contrato, así como esclarecer los plazos, las penalidades, garantías o indemnizaciones de ser el caso.
- [Handwritten signature]*
- [Handwritten signature]*

ANEXO A

Consolidado de ítems a contratar según Diagnóstico y Procedimiento Quirúrgico

N°	ÍTEM	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
1	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR	H26.0	Catarata Infantil, Juvenil y Presenil	66982	Remoción de cataratas extracapsular con inserción de lentes intraoculares (procedimiento de una etapa). Técnica manual o mecánica.
		H26.1	Catarata Traumática		
		H26.2	Catarata Complicada		
		H25.0	Catarata Senil Incipiente	66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de prótesis del cristalino (procedimiento en un estado).
		H25.1	Catarata Senil Nuclear		
		H25.2	Catarata Senil Tipo Morgagnian		
		H25.8	Otras Cataratas Seniles	66984	Extracción de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino intraocular facoemulsificación).
		H25.9	Catarata Senil, no especificada		
		H26.3	Catarata Inducida por drogas		
		H26.4	Catarata Residual		
		H26.8	Otras Formas especificadas de catarata		
		H26.9	Catarata, no especificada		
2	ATENCIÓN DE PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA	N40.X	Hiperplasia de la próstata	52601	Resección electo quirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasedomía, meabdomía, cisturetroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrobomía interna).
				55821	Adenomecómia prostática suprapúbica
				52648	Vaporización por contacto mediante laser con o sin resección transuretral de la próstata, incluyendo control del sangrado postoperatorio, completa (incluye vasedomía, meabdomía, cisturetroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrobomía interna).
3	ATENCIÓN DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	N39.3	Incontinencia Urinaria por Tensión	57288	Operación para Incontinencia de esfuerzo (p. ej. fascía o sintético).
		N39.4	Otras Incontinencias Urinarias No Especificadas	53445	Cirugía correctiva de incontinencia urinaria de esfuerzo no asociada a prolapso de órgano pélvico
4	ATENCIÓN DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA	D25	Leioma del útero	58150	Histerectomía abdominal c/s ooforectomía
				58260	Histerectomía vaginal c/s colpoplastia anterior y posterior
				58541	Histerectomía laparoscopia c/s anexectomía

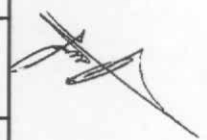
N°	ITEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
5	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	N81.1	Cistocele	57284	Corrección de defecto paravaginal (incluyendo corrección de cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso vaginal incompleto).
				57240	Colporrafia anterior, corrección de cistocele con o sin corrección de uretrocele
				53275	Escisión o fulguración; prolapso uretral
		N81.2	Prolapso uterovaginal incompleto	57284	Corrección de defecto paravaginal (incluyendo corrección de cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso vaginal incompleto).
				57265	Colporrafia anteroposterior combinada; con corrección de enterocoele
		N81.3	Prolapso uterovaginal completo	57268	Corrección de enterocoele, abordaje vaginal (procedimiento separado).
				57270	Corrección de enterocoele, abordaje abdominal (procedimiento separado).
		N81.4	Prolapso uterovaginal, sin otra especificación	57556	Escisión de muñón cervical, abordaje vaginal, con corrección de enterocoele
					Histerectomía vaginal; con extirpación de tubo(s) y/u ovario(s), con corrección de enterocoele..
		N81.5	Enterocoele vaginal	58263	Histerectomía vaginal; con corrección de enterocoele
				58270	
		N81.6	Rectocoele	58280	Histerectomía vaginal, con colpectomía total o parcial; con corrección de enterocoele.
6	RADICULOPATÍA			58292	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con remoción de trompa y ovarios con reparación de enterocoele.
		N81.8	Otros prolapso genitales femeninos	58294	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con reparación de enterocoele.
				45560	Reparación de rectocoele. Vía abdominal.
		N81.9	Prolapso genital femenino, no especificado	57250	Colporrafia posterior, Corrección de rectocoele con o sin perineorrafia.
		M51.1	Trastorno del disco lumbar y otros, con radiculopatía		
		M54.1	Radiculopatía		
		M54.3	Ciática		
		M54.4	Lumbago con ciática		
		M54.5	Lumbago no especificado		
		M54.6	Dolor en la columna dorsal		
		M54.8	Otras dorsalgias		
		M54.9	Dorsalgia, no especificada		
				63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía, cada segmento vertebral adicional a nivel cervical, torácico lumbar.

N°	ITEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
7	HERNIAS INGUINALES	K40.0	Hernia Inguinal Bilateral con obstrucción, sin gangrena.	49520	Reparación de hernia inguinal convencional
		K40.2	Hernia Inguinal Bilateral, sin obstrucción ni gangrena.		
		K40.3	Hernia Inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena.	56317 ó 56316 ó 49650	Reparación de hernia inguinal por laparoscopia
		K40.9	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.		
		K41.3	Hernia Femoral Unilateral o no Especificada Con Obstrucción, sin Gangrena	49550	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; reducible.
8	HERNIAS FEMORALES	K41.9	Hernia Femoral Unilateral o no Especificada, sin obstrucción ni gangrena	49553	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; incarceration o estrangulada.
		K41.0	Hernia Femoral Bilateral, con Obstrucción, sin gangrena	49555	Corrección de hernia femoral recurrente; reducible.
		K41.2	Hernia Femoral Bilateral, sin obstrucción ni gangrena	49557	Corrección de hernia femoral recurrente; estrangulada.
		K42.0	Hernia Umbilical con Obstrucción, sin Gangrena	49580	Reparación de hernia umbilical reducible en menores de 5 años
		K42.9	Hernia Umbilical sin Obstrucción ni Gangrena		
9	OTRAS HERNIAS NO INGUINALES O FEMORALES, Y EVENTRACIONES ABDOMINALES	K43.0	Hernia Ventral con Obstrucción, sin Gangrena	49585	Reparación de hernia umbilical en mayores de 5 años o mas
		K43.9	Hernia Ventral sin Obstrucción ni Gangrena		
		K42.0	Hernia Umbilical con Obstrucción, sin Gangrena	49560	Reparación inicial de hernia incisional o ventral reducible
		K42.9	Hernia Umbilical sin Obstrucción ni Gangrena	49565	Reparación de hernia recurrente incisional o ventral reducible
		K43.0	Hernia Ventral con Obstrucción, sin Gangrena		
		K43.9	Hernia Ventral sin Obstrucción ni Gangrena		
		K45.0	Otras Hernias de la Cavidad Abdominal Especificadas, con Obstrucción, sin Gangrena	49652	Reparación quirúrgica laparoscópica de la hernia ventral, umbilical, de Spiegel o epigástrica (incluye inserción de la malla) reducible
		K45.8	Otras Hernias de la Cavidad Abdominal Especificadas, sin Obstrucción ni Gangrena	49560	Reparación inicial de hernia incisional o ventral reducible
		K46.0	Hernia Abdominal no Especificada, con Obstrucción, sin Gangrena	49565	Reparación de hernia recurrente incisional o ventral reducible
		K46.9	Hernia Abdominal no Especificada, sin Obstrucción ni Gangrena		

Nº	HEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	GMT	DESCRIPCIÓN GMT
10	ATENCIÓN DE PACIENTES CON COXARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	M16.0	Coxartrosis Primaria, Bilateral	27130	Artroplastia, reemplazo protésico acetabular y femoral proximal, con o sin injerto autólogo o aloinjerto
		M16.1	Otras Coxartrosis Primarias		
		M16.2	Coxartrosis a consecuencia de displasia, bilateral		
		M16.3	Otras coxartrosis displásicas		
		M16.4	Coxartrosis postraumática, bilateral		
		M16.5	Otra coxartrosis postraumática		
		M16.6	Otra coxartrosis secundaria, bilateral		
		M16.7	Otras coxartrosis secundarias		
		M16.9	Coxartrosis, no especificada		
		M17.0	Gonartrosis Primaria, Bilateral		
11	ATENCIÓN DE PACIENTES CON GONARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	M17.1	Otras Gonartrosis Primarias	27438	Artroplastia de rodilla con prótesis
		M17.2	Gonartrosis Postraumática, Bilateral		
		M17.3	Otras Gonartrosis Postraumáticas		
		M17.4	Otras Gonartrosis Secundarias, Bilaterales		
		M17.5	Otras Gonartrosis Secundarias		
		M17.9	Gonartrosis, No Especificada		
		J35.0	Amigdalitis Crónica		
		J35.1	Hipertrofia de las Amígdalas	42820	
12	AMIGDALECTOMIA	J35.2	Hipertrofia de las Adenoides	42821	Amigdalectomía y adenoidectomía; menor de 12 años de edad.
		J35.3	Hipertrofia de las Amígdalas con Hipertrofia de las Adenoides		
		J35.8	Otras enfermedades crónicas de las Amígdalas y de las Adenoides	42835	Adenoidectomía, secundaria; menor de 12 años de edad.
		J35.9	Enfermedad Crónica de las Amígdalas y de las Adenoides, no especificada	42836	Adenoidectomía, secundaria; mayor de 12 años de edad.
		N20.0	Calculo del Riñón		
13	ATENCIÓN DE PACIENTES CON LITIASIS URINARIA	N20.1	Calculo del Uréter		
		N20.2	Calculo del Riñón con Calculo del Uréter		
		N20.9	Calculo Urinario, No Especificado	50060	Nefrolitotomía; extracción de calculo
		N21.0	Calculo en la Vejiga	50549	Procedimiento renal laparoscópico no listado
		N21.1	Calculo en la Uretra	51050	Cistolitotomía, cistotomía con extracción de cálculos, sin resección del cuello vesical
		N21.8	Otros Cálculos de las Vías Urinarias Inferiores		
		N21.9	Calculo de las Vías Urinarias Inferiores, no Especificado		
		N22.8	Calculo de las Vías Urinarias en otras Enfermedades Clasificadas en otra parte		

N°	ITEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
14	ATENCIÓN DE PACIENTES CON FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	Q35.0	Fisura del paladar duro, bilateral		
		Q35.1	Fisura del paladar duro, unilateral		
		Q35.2	Fisura del paladar blando, bilateral		
		Q35.3	Fisura del paladar blando, unilateral		
		Q35.4	Fisura del paladar duro y del paladar blando, bilateral		
		Q35.5	Fisura del paladar duro y del paladar blando, unilateral		
		Q35.6	Fisura del paladar, línea media		
		Q35.8	Fisura del paladar bilateral, sin otra especificación	30460	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos congénitos, incluyendo alargamiento de columela; solamente la punta.
		Q35.9	Fisura del paladar unilateral, sin otra especificación		
		Q36.0	Labio leporino, bilateral	30462	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos
		Q36.1	Labio leporino, línea media		
		Q36.9	Labio leporino, unilateral	42200	Palatoplastia para paladar hendido, paladar blando y/o duro solamente.
		Q37.0	Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral	42210	Palatoplastia para paladar hendido, con cierre de arco alveolar; con injerto óseo en el arco alveolar (incluye la obtención del injerto).
		Q37.1	Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral		
		Q37.2	Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral		
		Q37.3	Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral		
		Q37.4	Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral		
		Q37.5	Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral		
		Q37.8	Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación		
		Q37.9	Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación		

8

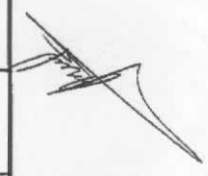
  

Nº	ITEMS	ICD-10	DESCRIPCIÓN ICD-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
15	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO	C73.X	Tumor maligno de glándula tiroides	60260	Tiroidectomía, remoción de tejido tiroideo remanente
		C75.0	Tumor maligno de glándula paratiroides	60240	Tiroidectomía total o completa
		D34.X	Tumor benigno de glándula tiroides	60245	Tiroidectomía subtotal o parcial
		D35.1	Tumor benigno de glándula paratiroides		
16	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTITIS MEDIA	H66.9	Otitis media aguda y subaguda sin especificación	69501	Antrotomía transmastoides (mastoidectomía "simple").
17	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA DE	N75.0	Quiste de la glándula de Bartholin	56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin
		N75.1	Absceso de la glándula de Bartholin	56420	Incisión y drenaje de absceso de la glándula de Bartholin
		N75.8	Otras enfermedades de la glándula de Bartholin	56740	Excisión de quiste o glándula de Bartholin.
		N75.9	Enfermedad de la glándula de Bartholin, no especificada		
18	AT. DE PAC. CON OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	58920	Resección
19	ATENCIÓN DE PACIENTES CON PTERIGIÓN	H11.0	Pterigión	65420	Excisión o transposición de pterigión; sin injerto
				65426	Excisión o transposición de pterigión; con injerto
20	ARTROSCOPIA DE RODILLA	M23.1	Menisco disolvido		Artroscopia, rodilla, quirúrgica; para extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño (p. ej. fragmentación porosteocondritis disecante, fragmentación cartilaginosa)
		M23.2	Trastorno de menisco debido a desgarramiento o lesión antigua.	29874	
		M23.3	Otros trastornos de los meniscos		
		M23.4	Cuerpo flotante en la rodilla.		

Nº	ITEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
21	ATENCIÓN DE PACIENTES CON VARICES EN MIEMBROS INFERIORES	I83	Venas varicosas de los miembros inferiores	37700	Ligadura de vena safena
		I83.0	Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera	37722	Ligadura de vena safena corta o larga
		I83.1	Venas varicosas de los miembros inferiores con inflamación	37735	Ligadura de safena larga o corta con exc
		I83.2	Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera e inflamación	37780	Ligadura y división de vena safena corta
		I83.9	Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación	37785	Ligadura, división y excisión de venas varicosas
22	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁLCULO VESICULAR	K80.0	Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda		
		K80.1	Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis		
		K80.2	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	47600	Colecistectomía convencional
		K81.1	Colecistitis crónica	56340	Colecistectomía laparoscópica
		K81.8	Otras colecistitis		
23	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DESVIACIÓN DE TABIQUE	K81.9	Colecistitis no especificada		
		J34.2	Desviación del tabique nasal.	30520	Septoplastia
24	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE TIROIDES	C73.X	Neoplasia de tiroides		Tiroidectomía total + disección modificada de cuello + Hemovack
25	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA	H33	Desprendimiento y desgarro de retina		
		H33.0	Desprendimiento de retina con ruptura		
		H33.1	Refinosis y quistes de la retina		
		H33.2	Desprendimiento seroso de la retina		
		H33.3	Desgarro de la retina sin desprendimiento	A67036	Vitrectomía
		H33.4	Desprendimiento de la retina por tracción		
		H33.5	Otros desprendimientos de la retina		
		H34.0	Oclusión arterial transitoria de la retina		

N°	ITEMS	CIE-10	DESCRIPCIÓN CIE-10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
26	ATECIÓN DE PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DE MAMA	N64	Fistula de pezón	B19160	Mastectomía parcial
		C50	Tumor Maligno de pezón y aureola mamaria		
		C50.4	Tumor Maligno cuadrante superior externo de la mama		
		R92.X	Hallazgos Anormales diagnóstico por imagen de la mama		
		D24.X	Tumor Maligno de la mama		
		C50.9	Tumor Maligno de la mama parte no especificada		
		C50.1	Tumor Maligno de la porción central de la mama		
		C50.2	Tumor Maligno del cuadrante superior interno de la mama		
		C50.3	Tumor Maligno del cuadrante inferior interno de la mama		
		N60.2	Fibroadenosis de mama		
		N60.0	Quiste solitario de la Mama		
		N62X	Hipertrofia de la mama		
		Q83.1	Mama supernumeraria		
		N63.X	Masa no especificada en la mama		
		N64.9	Trastorno de la mama no especificado		
		D05.1	Carcinoma in situ intracanicular		
		D48.6	Tumores de comportamiento incierto o desconocido de la mama		
		N60.1	Mastopatía quística difusa		

2

 B

ANEXO B
TARIFA REFERENCIAL POR PAQUETES QUIRÚRGICOS

Nº	ITEMS	CPT	DESCRIPCIÓN CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
1	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR	66982	Remoción de cataratas extracapsular con inserción de lentes intraoculares (procedimiento de una etapa). Técnica manual o mecánica.	S/. 3,175.50 Incluye lente intraocular
		66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de prótesis del cristalino (procedimiento en un estadio).	S/. 2,996.65 Incluye lente intraocular
		66984	Extirpación de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino intraocular facoemulsificación).	S/. 3,185.33 Incluye lente intraocular
2	ATENCIÓN DE PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA	52601	Resección electro quirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	S/. 4,552.00
		55821	Adenomectomía prostática suprapúbica	S/. 4,642.00
		52648	Vaporización por contacto mediante laser con o sin resección transuretral de la próstata, incluyendo control del sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	S/. 6,128.00
3	ATENCIÓN DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	57288	Operación para incontinencia de esfuerzo (p. ej. fascia o sintético).	S/. 2,786.00
		53445	Cirugía correctiva de incontinencia urinaria de esfuerzo no asociada a prolapso de órgano pélvico	S/. 3,112.00
4	ATENCIÓN DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA	58150	Histerectomía abdominal c/s ooforectomía	S/. 4,929.00
		58260	Histerectomía vaginal c/s colpoplastia anterior y posterior	S/. 4,704.00
		58541	Histerectomía laparoscopia c/s anexectomía	S/. 4,860.00
5	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	57284	Corrección de defecto paravaginal (incluyendo corrección de cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso vaginal incompleto).	S/. 3,993.00
		57240	Colporrafia anterior, corrección de cistocele con o sin corrección de uretrocele.	S/. 4,197.00
		53275	Escisión o fulguración; prolapso uretral	S/. 3,803.00
		57265	Colporrafia anteroposterior combinada; con corrección de enterocele.	S/. 3,603.00
		57268	Corrección de enterocele, abordaje vaginal (procedimiento separado).	S/. 3,968.00
		57270	Corrección de enterocele, abordaje abdominal (procedimiento separado).	S/. 3,968.00
		57556	Escisión de muñón cervical, abordaje vaginal; con corrección de enterocele.	S/. 4,718.00
		58263	Histerectomía vaginal; con extirpación de tubo(s) y/u ovario(s), con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00
		58270	Histerectomía vaginal; con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00
		58280	Histerectomía vaginal, con colectomía total o parcial; con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCION CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
5	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	58292	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con remoción de trompa y ovarios con reparación de enteroceles.	S/. 4,618.00
		58294	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con reparación de enterocel.	S/. 4,618.00
		45560	Reparación de rectocel. Vía abdominal.	S/. 4,956.00
		57250	Colporrafia posterior, Corrección de rectocel con o sin perineorrafia.	S/. 3,943.00
6	RADICULOPATÍA	63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía, cada segmento vertebral adicional a nivel cervical, torácico lumbar.	S/. 8,518.00
7	HERNIAS INGUINALES	49520	Reparación de hernia inguinal convencional	S/. 3,180.00 Incluye malla de polipropileno
		56317 ó 56316 ó 49650	Reparación de hernia inguinal por laparoscopia	S/. 2,662.00
		49550	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; reducible.	S/. 3,829.00
		49553	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; incarcerada o estrangulada.	S/. 3,304.00
8	HERNIAS FEMORALES	49555	Corrección de hernia femoral recurrente; reducible.	S/. 3,829.00
		49557	Corrección de hernia femoral recurrente; estrangulada.	S/. 4,020.00
		49580	Reparación de hernia umbilical reducible en menores de 5 años	S/. 3,595.00
		49585	Reparación de hernia umbilical en mayores de 5 años o mas	S/. 3,644.00
9	OTRAS HERNIAS NO INGUINALES O FEMORALES, Y EVENTRACIONES ABDOMINALES	49560	Reparación inicial de hernia incisional o ventral reducible	S/. 3,399.00
		49565	Reparación de hernia recurrente incisional o ventral reducible	S/. 3,592.00
		49652	Reparación quirúrgica laparoscópica de la hernia ventral, umbilical, de Spiegel o epigástrica (incluye inserción de la malla) reducible	S/. 3,645.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCION CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
10	ATENCIÓN DE PACIENTES CON COXARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	27130	Artroplastia, reemplazo protésico acetabular y femoral proximal, con o sin injerto autologo o aloinjerto	S/. 19,470.00 Incluye protesis
11	ATENCIÓN DE PACIENTES CON GONARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	27438	Artroplastia de rodilla con prótesis	S/. 14,548.00 Incluye protesis
12	AMIGDALECTOMIA	42820	Amigdalectomía y adenoidectomía; menor de 12 años de edad.	S/. 2,806.00
		42821	Amigdalectomía y adenoidectomía; mayor de 12 años de edad.	S/. 2,832.00
		42835	Adenoidectomía, secundaria; menor de 12 años de edad.	S/. 4,031.00
		42836	Adenoidectomía, secundaria; mayor de 12 años de edad.	S/. 4,031.00
13	ATENCIÓN DE PACIENTES CON LITIASIS URINARIA	50060	Nefrolitotomía; extirpación de calculo	S/. 4,406.00
		50549	Procedimiento renal laparoscópico no listado	S/. 5,681.00
		51050	Cistolitotomía, cistotomía con extracción de cálculos, sin resección del cuello vesical	S/. 3,616.00
14	ATENCIÓN DE PACIENTES CON FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL SIN OTRA ESPECIFICACION	30460	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos congénitos, incluyendo alargamiento de columela; solamente la punta.	S/. 3,483.00
		30462	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos congénitos, incluyendo alargamiento de columela; punta, tabique, osteotomías.	S/. 3,380.00
		42200	Palatoplastia para paladar hendido, paladar blando y/o duro solamente.	S/. 3,660.00
		42210	Palatoplastia para paladar hendido, con cierre de arco alveolar; con injerto óseo en el arco alveolar (incluye la obtención del injerto).	S/. 3,685.00
15	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO SOLITARIO NO TÓXICO	60260	Tiroidectomía, remoción de tejido tiroideo remanente	S/. 3,458.00
		60240	Tiroidectomía total o completa	S/. 4,660.00
		60245	Tiroidectomía subtotal o parcial	S/. 4,660.00

Nº	ITEMS	CPT	DESCRIPCIÓN CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
16	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTITIS MEDIA	69501	Antrotomía transmastoides (mastoidectomía "simple").	S/. 3,523.00
17	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA DE BARTOLINO	56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin	S/. 1,574.00
		56420	Incisión y drenaje de absceso de la glándula de Bartholin	S/. 1,138.00
		56740	Escisión de quiste o glándula de Bartholin.	S/. 1,916.00
18	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	58920	Resección	S/. 3,680.00
19	ATENCIÓN DE PACIENTES CON PTERIGIÓN	65420	Excisión o transposición de pterigión; sin injerto	S/. 1,035.00
		65426	Excisión o transposición de pterigión; con injerto	S/. 1,573.00
20	ARTROSCOPIA DE RODILLA	29874	Artroscopia, rodilla, quirúrgica; para extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño (p. ej. fragmentación porosteocondritis disecante, fragmentación cartilaginosa)	S/. 3,949.00
21	ATENCIÓN DE PACIENTES CON VARICES EN MIEMBROS INFERIORES	37700	Ligadura de vena safena	S/. 3,359.00
		37722	Ligadura de vena safena corta o larga	S/. 3,359.00
		37735	Ligadura de safena larga o corta con exc	S/. 3,478.00
		37780	Ligadura y división de vena safena corta	S/. 3,359.00
		37785	Ligadura, división y excisión de venas varicosas	S/. 3,419.00
22	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CALCULO VESICULAR	47600	Colecistectomía convencional	S/. 3,638.00
		56340	Colecistectomía laparoscópica	S/. 3,558.00
23	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DESVIACIÓN DE TABIQUE	30520	Septoplastia	S/. 3,160.00
24	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE TIROIDES}		Tiroidectomía total + disección modificada de cuello + Hemovack	S/. 4,996.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCION CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
25	ATENCION DE PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA	A67036	Vitrectomía	S/. 8,000.00
26	ATECION DE PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DE MAMA	B19160	Mastectomía parcial	S/. 4,000.00

ANEXO C PENALIDADES

1. LAS PENALIDADES APLICABLES SON LAS SIGUIENTES:

- En lo que respecta a las condiciones en las que se presta el servicio

N°	Infracción	Frecuencia	Penalidad
1(*)	El tiempo de espera entre la primera consulta en la IPRESS, la aptitud y la intervención quirúrgica, no podrá exceder a los siete (07) días calendario	Mensual	10 % del monto mensual facturado

- En lo que corresponde a los requisitos de funcionamiento

N°	Infracción	Frecuencia	Penalidad
2(**)	Retraso injustificado en la presentación del sustento de las prestaciones brindadas, en el marco del contrato, serán de aplicación las penalidades previstas que correspondan	Mensual	2 UIT
3(***)	Registrar y/o informar prestaciones de salud, que no han sido otorgadas a los asegurados	Mensual	3 UIT
4(****)	La prestación no cumple con las características y condiciones ofrecidos	Mensual	2 UIT

2. CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE PENALIDADES






PENALIDAD N°	CONSIDERACIONES A VERIFICAR
1(*)	- Se evaluarán las quejas informadas por la Oficina de Defensoría del Asegurado. - Informe de Auditores o funcionarios competentes.
2(**)	Se verificará en el informe expedido por la OSSE de la Red Asistencial Usuaría.
3(***)	Se verificará en el informe de auditores o funcionarios competentes.
4(****)	Se verificará en el informe de auditores o funcionarios competentes.






SERVICIOS A CONTRATAR

ITEM 01

ATENCIÓN DE PACIENTES CON CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

H26.0	Catarata infantil, juvenil y presenil
H26.1	Catarata traumática
H26.2	Catarata complicada
H26.3	Catarata inducida por drogas
H26.4	Catarata residual
H26.8	Otras formas especificadas de catarata
H26.9	Catarata, no especificada

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

66833	Extracción extracapsular con implante de lente intraocular
66835	Extracción intracapsular con implante de lente intraocular
66986	Intercambio de lente intraocular

00142 Anestesia para Cirugía del cristalino

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se Realizaran en un Establecimiento de Salud con categoría II - 1 como mínimo o II - E.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en Oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante.
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Atención de complicaciones inmediatas.
8. Atención de infecciones post quirúrgicas.
9. Control Post quirúrgico.
10. Medicamentos e insumos*.

ITEM 02

ATENCION DE PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

N40.X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

- 55801 Prostatectomía, perineal, subtotal
- 55810 Prostatectomía, perineal radical
- 55821 Prostatectomía suprapúbica subtotal, uno o dos estadios
- 55831 Prostatectomía retropúbica, subtotal
- 55866 Prostatectomía retropúbica radical por laparoscopia
- 55868 Resección transuretral de próstata

- 00914 Anestesia para Resección transuretral de próstata

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se Realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado II - 1 como mínimo o II - E.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en Urología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.
4. Sala de Operaciones deberá contar con equipamiento para cirugía transuretral.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post operatoria.
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Infecciones Post-operatorias.
10. Control post-quirúrgico.
11. No serán cubiertas las siguientes complicaciones.
12. Medicamentos e insumos.
13. Examen Anátomo patológico de la pieza quirúrgica

ITEM 03

ATENCIÓN DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

N39.3 INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION

N39.4 OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS ESPECIFICADAS

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

51800 Cistoplastia o cistouretroplastia, operación plástica de la vejiga y/o cuello vesical

51840 Vesicourethropexia anterior o urethropexia (procedimientos de Marshall-Marchetti-Krantz, Burch)

00860 Anestesia para procedimientos extra peritoneales en abdomen inferior, incluyendo tracto urinario; no especificados

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en urología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 04

MIOMATOSIS UTERINA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

D25.0 Leiomioma del útero

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

58150 Histerectomía abdominal c/s ooforectomía
58260 Histerectomía vaginal c/s colpoplastia anterior y posterior
58541 Histerectomía laparoscópica c/s anexectomía

00846 Anestesia para Histerectomía
00940 Anestesia para procedimientos vaginales

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en gineco-obstetricia, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 05

PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

- N81.0 Uretrocele femenino
- N81.1 Cistocele
- N81.2 Prolapso uterovaginal incompleto
- N81.3 Prolapso uterovaginal completo
- N81.4 Prolapso uterovaginal, sin otra especificación
- N81.5 Enterocel vaginal
- N81.6 Rectocel
- N81.8 Otros prolapsos genitales femeninos
- N81.9 Prolapso genital femenino, no especificado

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

- 57230 Corrección plástica de uretrocele
- 57240 Colporrafia anterior, corrección de cistocele con o sin corrección de uretrocele
- 57250 Colporrafia posterior, corrección de rectocel con o sin perineorrafia
- 57260 Colporrafia anteroposterior combinada
- 57268 Corrección de enterocel, abordaje vaginal
- 01980 Anestesia Epidural

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en gineco-obstetricia, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 06

RADICULOPATÍA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

M54.1	Radiculopatía
M54.3	Ciática
M54.4	Lumbago con ciática
M54.5	Lumbago no especificado
M54.6	Dolor en la columna dorsal
M54.8	Otras dorsalgias
M54.9	Dorsalgia, no especificada

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

63001	Laminectomía con exploración y/o descompresión de médula espinal o cola de caballo, uno o dos segmentos vertebrales
63012	Laminectomía por espondilolistesis, lumbar
63015	Laminectomía con exploración y/o descompresión de médula espinal o cola de caballo, más de 2 segmentos vertebrales
63020	Laminotomía, con descompresión de raíces neurales
63040	Laminotomía y reexploración, con descompresión de raíces neurales
63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía con descompresión medular, de cola de caballo y/o raíces neurales, un segmento
63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía, cada segmento vertebral adicional de nivel cervical, torácico o lumbar
63055	Abordaje transpedicular con descompresión de la médula espinal, cola de caballo y/o raíces neurales, un segmento
00630	Anestesia para procedimientos en región lumbar; no especificados de otra forma

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en neurocirugía, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

TEM 07

HERNIAS INGUINALES Y FEMORALES

Objetivo

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

K40.3	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
K40.9	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
K40.0	HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
K40.2	HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
K41.3	HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
K41.9	HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
K41.0	HERNIA FEMORAL BILATERAL, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
K41.2	HERNIA FEMORAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Intervención Quirúrgica a realizar

CPT

49498	Hernioplastia inguinal no complicada en forma bilateral
00830	Anestesia para correcciones de hernias en el abdomen inferior; no especificados de otra forma
00834	Anestesia para reparación de hernias en abdomen inferior no especificadas de otra forma en menores de 1 año

Requisitos Mínimos del Servicio

- Cumplir con lo establecido en los términos de referencia
- Los servicios se realizarán en un establecimiento de salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
- El personal responsable de la cirugía deberá ser médico cirujano especialista en cirugía general habilitado y con registro nacional de especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio

- Consulta médica por el medico tratante
- Los análisis pre-quirúrgicos
- Riesgo quirúrgico
- Preparación pre-quirúrgica
- Atención en Sala de Operaciones
- Atención en Recuperación
- Hospitalización post-quirúrgica
- Atención de complicaciones inmediatas
- Atención de infecciones post-quirúrgicas
- Control post-quirúrgico hasta el alta
- Medicamentos e insumos

ITEM 08

OTRAS HERNIAS NO INGUINALES O FEMORALES, Y EVENTRACIONES ABDOMINALES

Objetivo

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

- K42.0 HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K42.9 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
- K43.0 HERNIA VENTRAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K43.9 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
- K42.0 HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K42.9 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
- K43.0 HERNIA VENTRAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K43.9 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
- K45.0 OTRAS HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL ESPECIFICADAS, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K45.8 OTRAS HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL ESPECIFICADAS, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
- K46.0 HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA
- K46.9 HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Intervención Quirúrgica a realizar

CPT

- 49565 Cura quirúrgica de eventración de pared abdominal reducible
- 49570 Cura quirúrgica de hernia epigástrica (ej. grasa preperitoneal); reducible
- 49580 Cura quirúrgica de hernia umbilical, reducible
- 49582 Cura quirúrgica de hernia umbilical encarcerada o estrangulada
- 49675 Eventroplastía por vía laparoscópica
- 49900 Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia
- 00834 Anestesia para reparación de hernias en abdomen inferior no especificadas de otra forma en menores de 1 año

Requisitos Mínimos del Servicio

- Cumplir con lo establecido en los términos de referencia
- Los servicios se realizarán en un establecimiento de salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
- El personal responsable de la cirugía deberá ser médico cirujano especialista en cirugía general habilitado y con registro nacional de especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio

- Consulta médica por el medico tratante
- Los análisis pre-quirúrgicos
- Riesgo quirúrgico
- Preparación pre-quirúrgica
- Atención en Sala de Operaciones
- Atención en Recuperación
- Hospitalización post-quirúrgica
- Atención de complicaciones inmediatas
- Atención de infecciones post-quirúrgicas
- Control post-quirúrgico hasta el alta
- Medicamentos e insumos

ITEM 09

ATENCIÓN DE PACIENTES CON COXARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS

Objetivo

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

- M16.0 Coxartrosis primaria, bilateral
- M16.1 Otras coxartrosis primarias
- M16.2 Coxartrosis a consecuencia de displasia, bilateral
- M16.3 Otras coxartrosis displásicas
- M16.4 Coartrosis postraumática, bilateral
- M16.5 Otra coxartrosis postraumática
- M16.6 Otra coxartrosis secundaria, bilateral
- M16.7 Otras coxartrosis secundarias
- M16.9 Coxartrosis, no especificada

Intervención Quirúrgica a realizar

CPT

- 27130 Artroplastia, reemplazo protésico acetabular y femoral proximal, con o sin injerto autólogo o aloinjerto
- 01200 Anestesia para todos los procedimientos cerrados que involucran la articulación de la cadera

Requisitos Mínimos del Servicio

- Cumplir con lo establecido en los términos de referencia
- Los servicios se realizarán en un establecimiento de salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
- El personal responsable de la cirugía deberá ser médico cirujano especialista en traumatología y ortopedia habilitado y con registro nacional de especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio

- Consulta médica por el médico tratante
- Los análisis pre-quirúrgicos
- Riesgo quirúrgico
- Preparación pre-quirúrgica
- Atención en Sala de Operaciones
- Atención en Recuperación
- Hospitalización post-quirúrgica
- Atención de complicaciones inmediatas
- Atención de infecciones post-quirúrgicas
- Control post-quirúrgico hasta el alta
- Medicamentos e insumos

ITEM 10

ATENCIÓN DE PACIENTES CON GONARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS

Objetivo

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10



M17.0	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
M17.1	OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS
M17.2	GONARTROSIS POSTRAUMÁTICA, BILATERAL
M17.3	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMÁTICAS
M17.4	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS, BILATERALES
M17.5	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS
M17.9	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Intervención Quirúrgica a realizar

CPT



27437	Artroplastía de rodilla
01400	Anestesia para procedimientos artroscópicos quirúrgicos o abiertos en rodilla; no especificados de otra forma
01402	Anestesia para Artroplastia total de rodilla

Requisitos Mínimos del Servicio

- 
- Cumplir con lo establecido en los términos de referencia
 - Los servicios se realizarán en un establecimiento de salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
 - El personal responsable de la cirugía deberá ser médico cirujano especialista en traumatología y ortopedia habilitado y con registro nacional de especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio

- 
- Consulta médica por el médico tratante
 - Los análisis pre-quirúrgicos
 - Riesgo quirúrgico
 - Preparación pre-quirúrgica
 - Atención en Sala de Operaciones
 - Atención en Recuperación
 - Hospitalización post-quirúrgica
 - Atención de complicaciones inmediatas
 - Atención de infecciones post-quirúrgicas
 - Control post-quirúrgico hasta el alta
 - Medicamentos e insumos

ITEM 11

AMIGDALECTOMIA

Objetivo

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

- J35.0 Amigdalitis crónica
- J35.1 Hipertrofia de las amígdalas
- J35.2 Hipertrofia de las adenoides
- J35.3 Hipertrofia de las amígdalas con hipertrofia de las adenoides
- J35.8 Otras enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides
- J35.9 Enfermedad crónica de las amígdalas y de las adenoides, no especificada

Intervención Quirúrgica a realizar

CPT

- 42820 Amigdalotomía y adenoidectomía
- 42825 Amigdalotomía, primaria o secundaria
- 01973 Anestesia General Endovenosa

Requisitos Mínimos del Servicio

- Cumplir con lo establecido en los términos de referencia
- Los servicios se realizarán en un establecimiento de salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
- El personal responsable de la cirugía deberá ser médico cirujano especialista en otorrinolaringología habilitado y con registro nacional de especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio

- Consulta médica por el medico tratante
- Los análisis pre-quirúrgicos
- Riesgo quirúrgico
- Preparación pre-quirúrgica
- Atención en Sala de Operaciones
- Atención en Recuperación
- Hospitalización post-quirúrgica
- Atención de complicaciones inmediatas
- Atención de infecciones post-quirúrgicas
- Control post-quirúrgico hasta el alta
- Medicamentos e insumos

TEM 12

ATENCIÓN DE PACIENTES CON LITIASIS URINARIA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

N20.0	CALCULO DEL RIÑON
N20.1	CALCULO DEL URETER
N20.2	CALCULO DEL RIÑON CON CALCULO DEL URETER
N20.9	CALCULO URINARIO, NO ESPECIFICADO
N21.0	CALCULO EN LA VEJIGA
N21.1	CALCULO EN LA URETRA
N21.8	OTROS CALCULOS DE LAS VIAS URINARIAS INFERIORES
N21.9	CALCULO DE LAS VIAS URINARIAS INFERIORES, NO ESPECIFICADO
N22.8	CALCULO DE LAS VIAS URINARIAS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

50060	Nefrolitotomía; extirpación de cálculo
50061	Nefrolitotomía; extirpación de cálculo por vía laparoscópica
50130	Pielotomía con extirpación de cálculo (pielolitotomía, pelvilitotomía, incluyendo pielolitotomía por coágulo)
50610	Ureterolitotomía cualquier tercio del uréter
51050	Cistolitotomía
51060	Ureterolitotomía transvesical
00862	Anestesia para procedimientos renales, incluyendo el tercio superior del uréter, o nefrectomía del donante

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en urología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

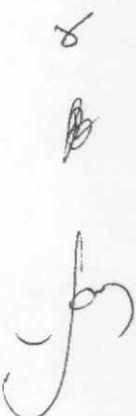
ITEM 13

ATENCIÓN DE PACIENTES CON FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL SIN OTRA ESPECIFICACION

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10



Q35.0	FISURA DEL PALADAR DURO, BILATERAL
Q35.1	FISURA DEL PALADAR DURO, UNILATERAL
Q35.2	FISURA DEL PALADAR BLANDO, BILATERAL
Q35.3	FISURA DEL PALADAR BLANDO, UNILATERAL
Q35.4	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO, BILATERAL
Q35.5	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO, UNILATERAL
Q35.6	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA
Q35.8	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Q35.9	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Q36.0	LABIO LEPORINO, BILATERAL
Q36.1	LABIO LEPORINO, LINEA MEDIA
Q36.9	LABIO LEPORINO, UNILATERAL
Q37.0	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO, BILATERAL
Q37.1	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO, UNILATERAL
Q37.2	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO, BILATERAL
Q37.3	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO, UNILATERAL
Q37.4	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO, BILATERAL
Q37.5	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO, UNILATERAL
Q37.8	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Q37.9	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT



D7198	Injerto óseo simple por paladar fisurado
D7238	Queiloplastia bilateral
D7240	Queiloplastia unilateral
00102	Anestesia para procedimientos relacionados a la reparación de fisura labial

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en cirugía plástica, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.

5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 14

ATENCIÓN DE PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO SOLITARIO NO TÓXICO

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

E04.1 NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

- 60200 Istmectomía tiroidea (excisión de quiste o adenoma de tiroides, o transección del istmo)
60210 Hemitiroidectomía (lobectomía tiroidea parcial, unilateral; con o sin istmosectomía)
00300 Anestesia para procedimientos en estructuras de cabeza, cuello y tronco posterior, no especificado de otra manera

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en cirugía de cabeza y cuello, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

TEM 15

ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTITIS MEDIA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

H66.9 OTITIS MEDIA AGUDA Y SUBAGUDA SIN ESPECIFICACION

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

69501 Antrotomíatransmastoidea (mastoidectomía "simple")

00120 Anestesia para procedimientos en el oído externo, medio e interno, incluyendo biopsia; no especificados de otra forma

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en otorrinolaringología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 16

ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

N75.0 QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN
N75.1 ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN
N75.8 OTRAS ENFERMEDADES DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN
N75.9 ENFERMEDAD DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN, NO ESPECIFICADA

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

56440 Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino
00940 Anestesia para procedimientos vaginales; no especificados de otra forma

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en ginecología y obstetricia, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 17

ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

N83.2 OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

58920 Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral

01971 Anestesia General Inhalatoria con intubación

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en ginecología y obstetricia, habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 18

ATENCIÓN DE PACIENTES CON PTERIGIÓN

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

H11.0 PTERIGION

Intervenciones quirúrgicas a realizar:

CPT

- 65420 Excisión o transposición de pterigion; sin injerto
- 65426 Excisión o transposición de pterigion; con injerto
- 00140 Anestesia para procedimientos en el ojo; no especificados de otra forma

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 19

ARTROSCOPIA DE RODILLA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

M23.2 Trastorno de menisco debido a lesión antigua
M23.3 Otros trastornos de los meniscos
M23.4 Cuerpo flotante en la rodilla

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT

29874 Artroscopia de rodilla
01972 Sedoanalgesia

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 20

ATENCION DE PACIENTES CON VARICES EN MIEMBROS INFERIORES

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

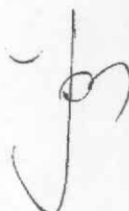
CIE-10



I83	Venas varicosas de los miembros inferiores
I83.0	Venas varicosas de los miembros inferiores con ulcera
I83.1	Venas varicosas de los miembros inferiores con inflamación
I83.2	Venas varicosas de los miembros inferiores con ulcera e inflamación
I83.9	Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamación

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT



37700	Ligadura de vena safena
37722	Ligadura de vena safena corta o larga
37735	Ligadura de vena safena corta o larga con exc.
37780	Ligadura y división de vena safena corta
37785	Ligadura, división y excisión de venas varicosas
01980	Anestesia epidural

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia.
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

- 
1. Consulta Médica por el médico tratante
 2. Los Análisis pre quirúrgicos.
 3. Riesgo Quirúrgico.
 4. Preparación pre quirúrgica.
 5. Atención en Sala de Operaciones.
 6. Atención en Recuperación.
 7. Hospitalización post-quirúrgica
 8. Atención de complicaciones inmediatas.
 9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
 10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
 11. Medicamentos e insumos.

ITEM 21

ATENCION DE PACIENTES CON CÁLCULO VESICULAR

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

K80.0	Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
K80.1	Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis
K80.2	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis
K81.1	Colecistitis crónica
K81.8	Otras colecistitis
K81.9	Colecistitis no especificada

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT

47600	Colecistectomía convencional
56340	Colecistectomía Laparoscópica
01970	Anestesia General

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 22

ATENCION DE PACIENTES CON DESVIACION DE TABIQUE

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

J34.2 Desviación del tabique nasal

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT

30520 Septoplastia

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 23

ATENCION DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE TIROIDES

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

C73.X	Tumor maligno de la glándula tiroides
C75.0	Tumor maligno de la glándula paratiroides
D34.X	Tumor benigno de la glándula tiroides
D35.1	Tumor benigno de la glándula paratiroides

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT

A60240	Tiroidectomía total
01970	Anestesia General

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 24

ATENCION DE PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10

H33	Desprendimiento y desgarro de la retina
H33.0	Desprendimiento de la retina con ruptura
H33.2	Desprendimiento seroso de la retina
H33.3	Desgarro de la retina sin desprendimiento
H33.4	Desprendimiento de la retina por tracción
H33.5	Otros desprendimientos de la retina

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT

A67036	Vitrectomia
0198862	Anestesia para vitrectomia

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizaran en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

ITEM 25

ATENCION DE PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DE MAMA

Objetivo:

Contratar Servicios de Salud para brindar atención a los pacientes que requieran atención quirúrgica con los siguientes diagnósticos:

CIE-10



N64.0	Fisura y fistula del pezón
C50.0	Tumor maligno del pezón y areola mamaria
C50.4	Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
R92.X	Hallazgos anormales en diagnostico por imagen de la mama
D24.X	Tumor benigno de la mama
C50.9	Tumor maligno de la mama, parte no especificada
C50.1	Tumor maligno de la porción central de la mama
C50.2	Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
C50.3	Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
N60.2	Fibroadenosis de la mama
N60.0	Quiste solitario de la mama
N62.X	Hipertrofia de la mama
Q83.1	Mama supernumeraria
N63.X	Masa no especificada en la mama
N64.9	Trastorno de la mama, no especificado
D05.1	Carcinoma in situ intracanicular
D48.6	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama
N60.1	Mastopatía quística difusa

Intervenciones quirúrgicas a realizar

CPT



819160	Mastectomía parcial
01970	Anestesia General

Requisitos mínimos del Servicio:

1. Cumplir con lo establecido en los Términos de Referencia
2. Los Servicios se realizarán en un Establecimiento de Salud categorizado con un mínimo de categoría II-1.
3. El Personal Responsable de la Cirugía deberán ser Médicos Cirujanos Especialistas en oftalmología, Habilitados y con Registro Nacional de Especialista del Colegio Médico del Perú.

Alcances del Servicio:

El Servicio comprende:

1. Consulta Médica por el médico tratante
2. Los Análisis pre quirúrgicos.
3. Riesgo Quirúrgico.
4. Preparación pre quirúrgica.
5. Atención en Sala de Operaciones.
6. Atención en Recuperación.
7. Hospitalización post-quirúrgica
8. Atención de complicaciones inmediatas.
9. Atención de infecciones post quirúrgicas.
10. Control Post quirúrgico, hasta el alta.
11. Medicamentos e insumos.

CAPÍTULO V
PROFORMA DEL CONTRATO

**MODELO DE CONTRATO PARA LA CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD (IPRESS) PARA PAQUETE QUIRURGICO PARA LAS REDES
ASISTENCIALES DE LIMA Y CALLAO**

Conste por el presente documento, la Contratación del Procedimiento Especial N° 1-2015-EsSalud/GCL "Contratación de los Servicios de Salud", que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], con RUC N° 20131257750, con domicilio legal en Jr. Domingo Cueto N° 120, representada por I [], identificada con DNI N° [], según poder inscrito en a quien en adelante se le denominará LA ENTIDAD y de la otra parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA IPRESS O UNIDAD DE GESTIÓN DE IPRESS], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará LA IPRESS, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: DEFINICIONES

Par los efectos de la presente norma y sin perjuicio de otras definiciones comprendidas en la Ley y el Reglamento, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:

1. Acreditación: Es el procedimiento de verificación de los requisitos que deben cumplir el asegurado para tener derecho a cobertura.
2. Asegurado o Afiliado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
3. Cobertura: Profesión contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.
4. Exclusiones: Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud.
5. Mecanismos de Pago: Es la forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados según convenio o contrato entre ENTIDAD e IPRESS.
6. Planes de Salud: Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Planes Complementarios y Planes Específicos.
7. Prestación de Salud: Es una atención de salud otorgada a un residente en el país en los establecimientos de salud autorizados.

CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES

Con fecha [.....], el Comité Especial de Contratación, declaró la elegibilidad de la expresión de interés presentada por la IPRESS _____, para el ítem N° _____ del Procedimiento Especial de Contratación N° 001-2015-EsSalud/GCL - "CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PARA LAS REDES

ASISTENCIALES DE LIMA Y CALLAO", cuyos detalles, importes y términos de referencia, constan en los documentos integrantes del presente contrato.

CLAUSULA TERCERA.- DE LAS PARTES

[CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD, SU TIPO DE ORGANISMO PÚBLICO, SU NORMA DE CREACIÓN Y FINALIDAD]. La que se encuentra inscrita en el Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de de Aseguramiento en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución N° [CONSIGNAR COMENCLATURA] de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro con Certificado Registro N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA].

[CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA IPRESS O UNIDAD DE GESTIÓN DE IPRESS, SU TIPO DE PERSONARÍA Y SUS DATOS DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS CORRESPONDIENTE], la que se encuentra inscrita en el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencias Nacional de Salud mediante Resolución N° (CONSIGNAR NOMENCLATURA) de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro, con Certificado Registro N° (CONSIGNAR NOMENCLATURA, cuyas actividades están reguladas por la Ley de Salud (Ley N° 26842).

CLÁUSULA CUARTA.- OBJETO DEL CONTRATO

Por el presente documento, LA IPRESS o UNIDAD DE GESTIÓN DE IPRESS se obliga a brindar los servicios de salud bajo objeto del presente contrato para la atención de asegurados adscritos a las Redes Asistenciales de Lima y Callao, con los más altos estándares de calidad; conforme el siguiente detalle:

N°	ÍTEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN CIE 10	CPT	DESCRIPCIÓN CPT
1					
2					

Las ENTIDAD se obliga a pagar a LA IPRESS o UNIDAD DE GESTIÓN DE IPRESS por los servicios de salud que se presten a LOS ASEGURADOS, según el MECANISMO DE PAGO establecido en los Términos de Referencia, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes.

Las tarifas se encuentran detalladas en el **Anexo N° 1**, adjunto al presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA.- ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO.

Para la prestación del SERVICIO es condición obligatoria que el asegurado presente su Documento Nacional de Identidad – DNI, o Carné de Extranjería, Pasaporte u otros validados por las normas migratorias vigentes, al personal de admisión o a quien corresponda en LA IPRESS o UNIDAD DE GESTIÓN DE IPRESS, a fin de verificar su condición, de asegurado y la correspondencia de su cobertura, según la información proporcionada por EsSalud.

CLÁUSULA SEXTA.- OBLICACIONES DE LA ENTIDAD

Las ENTIDAD se encuentra obligada a:

1. Brindar oportunamente información a LA IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS, sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.

2. Informar a la IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con la ENTIDAD, así como las modificaciones que se susciten.

3. Condicionar directamente la referencia a EsSalud de los asegurados que le corresponda de acuerdo a ley, cuyas contingencias no se encuentren cubiertas por el Plan de Salud contratado, no pudiendo delegar dicha obligación o responsabilidad a la IPRESS. La ENTIDAD debe pagar a la IPRESS todas las atenciones brindadas al asegurado incluyendo su traslado a EsSalud.

4. Coordinar directamente la referencia de los asegurados a otra IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS, de acuerdo a los mecanismos de articulación establecidos con otra ENTIDAD, cuando por falta de infraestructura no sea posible prestar la atención en la IPRESS de origen, no pudiendo delegar dicha obligación o responsabilidad.

5. Informar en forma detallada a los asegurados y a la IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS con la cual se tiene contrato, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en la IPRESS.

6. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga experiencia asistencial no menor a 5 años y, cuente con Registro de Auditor Médico en el Colegio Médico del Perú.

7. Pagar a la IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.

8. Establecer, cuando corresponda, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con la Ley Marco de Aseguramiento en Salud y su Reglamento.

CLÁUSULA SÉTIMA.- OBLIGACIONES DE LA IPRESS O UNIDADES DE GESTION IPRESS

La IPRESS o la Unidad de Gestión de IPRESS se obliga a lo siguiente:

1. Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Verificar la identidad del paciente y su condición de asegurado a LA ENTIDAD.

3. No realizar cobros, a los asegurados de LA ENTIDAD, en exceso a los convenios en el presente contrato, por las atenciones de salud otorgadas.

4. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a LA ENTIDAD a fin que pueda realizar acciones de auditoría médica y control prestacional que corresponda.

5. Cumplir con los requerimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicables para tales efectos.

6. Informar, dejando constancia por escrito, a LA ENTIDAD la existencia de otros locales en los que pueda de manera parcial o permanente, brindar atención a los asegurados. En tal caso, las partes se comprometen a suscribir una adenda para la inclusión del local correspondiente dentro de los alcances de este contrato, siempre que LA ENTIDAD los

considere adecuado en función y la ubicación y demás características de la IPRESS o Unidad de Gestión IPRESS, debiendo acreditar con su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud y demás permisos, autorizaciones y licencias de acuerdo a Ley.

7. No discriminar en su atención a los asegurados de la ENTIDAD por motivos de raza, sexo, religión, opiniones, políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras que atenten contra los derechos de las personas.

8. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de LA ENTIDAD y de aquella que se generen en LA IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS, respetando lo previsto en la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

9. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este contrato.

10. Mantener una Historia Clínica única por paciente, donde deberá constar toda sus atenciones, sean ambulatorias, hospitales o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito.

11. Informar de inmediato a LA ENTIDAD sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.

12. Otorgar a los asegurados, los comprobantes de pago correspondientes que acrediten la prestación del servicio.

13. En los casos que corresponda, informar a LA ENTIDAD sobre asegurados con contingencias que exceden la cobertura contratada o la capacidad de resolución de la IPRESS, para su respectiva referencia a otra IPRESS o ENTIDAD, según corresponda.

14. Presentar a la ENTIDAD la información necesaria sobre las prestaciones brindadas a los asegurados, y toda aquella otra información requerida por LA ENTIDAD, respetando la normativa vigente y los mecanismos implementados para tal propósito.

15. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente contrato o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y demás normas aplicables.

CLÁUSULA OCTAVA.- RECEPCIÓN Y/O CONFORMIDAD

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a LA IPRESS o Unidad de gestión de IPRESS mediante el mecanismo de pago por servicio, luego de la recepción formal, oportuna y completa de la documentación correspondiente: La recepción, admisibilidad o conformidad de la citada documentación es responsabilidad de la Oficina de Servicios de Salud Extra Institucionales – OSSE, de la Red Asistencial usuaria.

Para efectos de la conformidad de la documentación que sustenta la prestación de salud, LA ENTIDAD no podrá excederse de quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción.

Luego de otorgada la conformidad, LA ENTIDAD se compromete a efectuar el pago correspondiente en el plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario, respetando las condiciones establecidas en el contrato. El plazo se computa a partir del día siguiente de recepcionado por primera vez el documento de pago.

En caso de exceder el plazo convenido para el pago, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificado, LA IPRESS tendrá derecho al pago de los intereses legales

correspondientes, tomándose en cuenta, para ello, desde que se cumplió la fecha en que el pago debió efectuarse.

En el supuesto que la IPRESS incurra en retraso injustificado en la presentación del sustento de las prestaciones brindadas en el marco del contrato, serán de aplicación las penalidades previstas que correspondan.

De presentarse observaciones en relación a la recepción o conformidad deberán consignarse en un documento debidamente suscrito, indicándose claramente éstas, y otorgándose a LA IPRESS un plazo no mayor a treinta (30) días calendario para su subsanación, en función a la complejidad del servicio. Es preciso señalar que todas las observaciones deberán realizar en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.

Todas las observaciones que LA ENTIDAD plantee a la IPRESS o Unidad de Gestión de IPRESS, así como las respuestas que éstas remitan al respecto a la ENTIDAD deben basarse en evidencia científicamente aceptadas en el ámbito nacional o internacional y ser sustentadas concreta, técnica y razonablemente.

Si pese al plazo otorgado, LA IPRESS no cumpliera a cabalidad con la subsanación, la ENTIDAD podrá condicionar su pago, sin perjuicio de aplicar las penalidades que corresponda, sin perjuicio de negarse a reconocer la misma una vez efectuada la subsanación. Bajo ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la IPRESS, condicionará el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

La excepción para el pago implica únicamente cuando el servicio contratado, en su conjunto, manifiestamente no cumpla con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectuará la recepción, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose las penalidades que corresponda.

CLÁUSULA NOVENA.- DECLARACIÓN JURADA DE LAS PARTES

LA ENTIDAD y LA IPRESS declaran bajo juramento que se comprometen a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción y, de corresponder, de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA DÉCIMA.- AUDITORÍA DE LA VALIDEZ PRESTACIONAL CON ESTÁNDARES CONSENSUADOS

LA ENTIDAD a través de la Red Asistencial usuaria tiene la facultad de efectuar el control de las actividades desarrolladas por la IPRESS, según el detalle del numeral 14 de los Términos de Referencia; asimismo, podrá realizar auditorías de la validez prestacional la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto LA ENTIDAD podrá efectuar adicionalmente lo siguiente:

1. Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares contratados, a través de las visitas inopinadas o notificadas.
2. Realización de encuestas de percepción de asegurados sobre los servicios brindados.
3. Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados.

LA ENTIDAD puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus asegurados, las cuales serán comunicadas a LA IPRESS de acuerdo al procedimiento previsto en la CLÁUSULA OCTAVA del contrato.

Todas las observaciones que LA ENTIDAD plantee a LA IPRESS, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica en los casos que corresponda.

Si consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud, LA ENTIDAD detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- GUÍAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La ENTIDAD y la IPRESS, en forma coordinada, utilizarán estándares o protocolos y guías de práctica clínica, para la atención de los asegurados.

Estos Protocolos o guías, no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

En la remisión de información entre LA ENTIDAD y la IPRESS se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud, así como los formatos aprobados por ella.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio de parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de LA IPRESS es de 2 años.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

a. De común acuerdo entre ambas partes. Cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del contrato o convenio.

b. Incumplimiento o el incumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier obligación de una de las partes. Para tal efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá por escrito notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de 15 días calendario, bajo apercibimiento de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.}

c. La cancelación de la autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a una ENTIDAD o la cancelación de la inscripción de la IPRESS en el Registro de IPRESS-RIPRESS.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

En el caso que un asegurado esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del contrato, LA IPRESS continuará con su atención, hasta su recuperación, alta, o su transferencia autorizada por el paciente y LA ENTIDAD a otra IPRESS. La ENTIDAD deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- PENALIDADES

Si LA IPRESS incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplicará una penalidad por cada día de atraso, aplicando, de corresponde, según el tipo de servicio, la fórmula establecida en el artículo 165° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Sin perjuicio de ello, podrán aplicarse otras penalidades previstas en el Anexo N° 2 del presente contrato, hasta un 10 % de las tarifa del servicio respectivo.

Cuando una de las partes incurra en falta injustificada en el cumplimiento de las obligaciones asumidas, debe resarcir a la otra parte por los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todos los conflictos o desavenencias que surjan de la ejecución e interpretación del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación y arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación CECONAR y del Centro de Arbitraje (señalar el centro de arbitraje y de conciliación que se pacta), a cuyas normas se someten, los cuales están debidamente registrados y habilitados ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El Laudo Arbitral emitido es definitivo e inapelable, tiene el valor de cosa juzgada y se ejecuta como una sentencia.

Las partes pueden acudir en vía de conciliación al CECONAR, en forma previa al inicio del arbitraje o en cualquier estado del mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA DEL CONTRATO.- VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente contrato tiene un periodo de ejecución de 24 meses, a cuyo término podrá renovarse mediante la suscripción de la respectiva adenda. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá manifestar su voluntad de no renovarlo mediante carta notarial remitida a la otra parte 30 días antes de su finalización.

El presente contrato tiene vigencia a partir del día siguiente de su suscripción hasta que la emisión de la conformidad y pago correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- DOMICILIO DE LAS PARTES

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato.

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DE LA IPRESS: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO EN LA EXPRESIÓN DE INTERÉS DE LA IPRESS]

La variación del domicilio de alguna de las partes debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario

ENTIDAD

IPRESS

ANEXO N° 1

TARIFA REFERENCIAL POR PAQUETES QUIRÚRGICOS

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCIÓN CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
1	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR	66982	Remoción de cataratas extracapsular con inserción de lentes intraoculares (procedimiento de una etapa). Técnica manual o mecánica.	S/. 3,175.50 Incluye lente intraocular
		66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de prótesis del cristalino (procedimiento en un estadio).	S/. 2,996.65 Incluye lente intraocular
		66984	Extirpación de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino intraocular facoemulsificación).	S/. 3,185.33 Incluye lente intraocular
2	ATENCIÓN DE PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	52601	Resección electro quirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	S/. 4,552.00
		55821	Adenomectomía prostática suprapúbica	S/. 4,642.00
		52648	Vaporización por contacto mediante laser con o sin resección transuretral de la próstata, incluyendo control del sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	S/. 6,128.00
3	ATENCIÓN DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	57288	Operación para incontinencia de esfuerzo (p. ej. fascia o sintético).	S/. 2,786.00
		53445	Cirugía correctiva de incontinencia urinaria de esfuerzo no asociada a prolapso de órgano pélvico	S/. 3,112.00
4	ATENCIÓN DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA	58150	Histerectomía abdominal c/s ooforectomía	S/. 4,929.00
		58260	Histerectomía vaginal c/s colpoplastia anterior y posterior	S/. 4,704.00
		58541	Histerectomía laparoscopia c/s anexectomía	S/. 4,860.00
5	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	57284	Corrección de defecto paravaginal (incluyendo corrección de cistocele, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o prolapso vaginal incompleto).	S/. 3,993.00
		57240	Colporrafia anterior, corrección de cistocele con o sin corrección de uretrocele.	S/. 4,197.00
		53275	Escisión o fulguración; prolapso uretral	S/. 3,803.00
		57265	Colporrafia anteroposterior combinada; con corrección de enterocele.	S/. 3,603.00
		57268	Corrección de enterocele, abordaje vaginal (procedimiento separado).	S/. 3,968.00
		57270	Corrección de enterocele, abordaje abdominal (procedimiento separado).	S/. 3,968.00
		57556	Escisión de muñón cervical, abordaje vaginal; con corrección de enterocele.	S/. 4,718.00
		58263	Histerectomía vaginal; con extirpación de tubo(s) y/u ovario(s), con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00
		58270	Histerectomía vaginal; con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00
		58280	Histerectomía vaginal, con colpectomía total o parcial; con corrección de enterocele.	S/. 4,618.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCION CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
5	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	58292	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con remoción de trompa y ovarios con reparación de enterocele.	S/. 4,618.00
		58294	Histerectomía vaginal para útero mayor de 250 gramos, con reparación de enterocele.	S/. 4,618.00
		45560	Reparación de rectocele. Vía abdominal.	S/. 4,956.00
		57250	Colporrafia posterior, Corrección de rectocele con o sin perineorrafia.	S/. 3,943.00
6	RADICULOPATÍA	63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía, cada segmento vertebral adicional a nivel cervical, torácico lumbar.	S/. 8,518.00
7	HERNIAS INGUINALES	49520	Reparación de hernia inguinal convencional	S/. 3,180.00 Incluye malla de polipropileno
		56317 ó 56316 ó 49650	Reparación de hernia inguinal por laparoscopia	S/. 2,662.00
		49550	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; reducible.	S/. 3,829.00
		49553	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; encarcerada o estrangulada.	S/. 3,304.00
8	HERNIAS FEMORALES	49555	Corrección de hernia femoral recurrente; reducible.	S/. 3,829.00
		49557	Corrección de hernia femoral recurrente; estrangulada.	S/. 4,020.00
		49580	Reparación de hernia umbilical reducible en menores de 5 años	S/. 3,595.00
		49585	Reparación de hernia umbilical en mayores de 5 años o mas	S/. 3,644.00
9	OTRAS HERNIAS NO INGUINALES O FEMORALES, Y EVENTRACIONES ABDOMINALES	49560	Reparación inicial de hernia incisional o ventral reducible	S/. 3,399.00
		49565	Reparación de hernia recurrente incisional o ventral reducible	S/. 3,592.00
		49652	Reparación quirúrgica laparoscópica de la hernia ventral, umbilical, de Spiegel o epigástrica (incluye inserción de la malla) reducible	S/. 3,645.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCIÓN CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
10	ATENCIÓN DE PACIENTES CON COXARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	27130	Artroplastia, reemplazo protésico acetabular y femoral proximal, con o sin injerto autólogo o aloinjerto	S/. 19,470.00 Incluye prótesis
11	ATENCIÓN DE PACIENTES CON GONARTROSIS NO ESPECIFICADA CON PROTESIS	27438	Artroplastia de rodilla con prótesis	S/. 14,548.00 Incluye prótesis
12	AMIGDALECTOMIA	42820	Amigdalectomía y adenoidectomía; menor de 12 años de edad.	S/. 2,806.00
		42821	Amigdalectomía y adenoidectomía; mayor de 12 años de edad.	S/. 2,832.00
		42835	Adenoidectomía, secundaria; menor de 12 años de edad.	S/. 4,031.00
		42836	Adenoidectomía, secundaria; mayor de 12 años de edad.	S/. 4,031.00
13	ATENCIÓN DE PACIENTES CON LITIASIS URINARIA	50060	Nefrolitotomía; extirpación de cálculo	S/. 4,406.00
		50549	Procedimiento renal laparoscópico no listado	S/. 5,681.00
		51050	Cistolitotomía, cistotomía con extracción de cálculos, sin resección del cuello vesical	S/. 3,616.00
14	ATENCIÓN DE PACIENTES CON FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	30460	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos congénitos, incluyendo alargamiento de columela; solamente la punta.	S/. 3,483.00
		30462	Rinoplastia por deformación nasal secundaria a labio y/o paladar hendidos congénitos, incluyendo alargamiento de columela; punta, tabique, osteotomías.	S/. 3,380.00
		42200	Palatoplastia para paladar hendido, paladar blando y/o duro solamente.	S/. 3,660.00
		42210	Palatoplastia para paladar hendido, con cierre de arco alveolar; con injerto óseo en el arco alveolar (incluye la obtención del injerto).	S/. 3,685.00
15	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO SOLITARIO NO TÓXICO	60260	Tiroidectomía, remoción de tejido tiroideo remanente	S/. 3,458.00
		60240	Tiroidectomía total o completa	S/. 4,660.00
		60245	Tiroidectomía subtotal o parcial	S/. 4,660.00

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCIÓN CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
16	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTITIS MEDIA	69501	Antrotomía transmastoides (mastoidectomía "simple").	SI. 3,523.00
17	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin	SI. 1,574.00
		56420	Incisión y drenaje de absceso de la glándula de Bartholin	SI. 1,138.00
		56740	Escisión de quiste o glándula de Bartholin.	SI. 1,916.00
18	ATENCIÓN DE PACIENTES CON OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	58920	Resección	SI. 3,680.00
19	ATENCIÓN DE PACIENTES CON PTERIGIÓN	65420	Excisión o transposición de pterigión; sin injerto	SI. 1,035.00
		65426	Excisión o transposición de pterigión; con injerto	SI. 1,573.00
20	ARTROSCOPIA DE RODILLA	29874	Artroscopia, rodilla, quirúrgica; para extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño (p. ej. fragmentación porosteocondritis disecante, fragmentación cartilaginosa)	SI. 3,949.00
21	ATENCIÓN DE PACIENTES CON VARICES EN MIEMBROS INFERIORES	37700	Ligadura de vena safena	SI. 3,359.00
		37722	Ligadura de vena safena corta o larga	SI. 3,359.00
		37735	Ligadura de safena larga o corta con exc	SI. 3,478.00
		37780	Ligadura y división de vena safena corta	SI. 3,359.00
		37785	Ligadura, división y excisión de venas varicosas	SI. 3,419.00
22	ATENCIÓN DE PACIENTES CON CALCULO VESICULAR	47600	Colecistectomía convencional	SI. 3,638.00
		56340	Colecistectomía laparoscópica	SI. 3,558.00
23	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DESVIACIÓN DE TABIQUE	30520	Septoplastia	SI. 3,160.00
24	ATENCIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE TIROIDES)		Tiroidectomía total + disección modificada de cuello + Hemovack	SI. 4,996.00

8

6

1

1

N°	ITEMS	CPT	DESCRIPCION CPT	VALOR REFERENCIAL ESTIMADO EN NUEVOS SOLES INCLUYE IGV
25	ATENCION DE PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA	A67036	Vitrectomía	S/. 8,000.00
26	ATECION DE PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DE MAMA	B19160	Mastectomía parcial	S/. 4,000.00

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO N° 2

**ANEXO C
PENALIDADES**

1. LAS PENALIDADES APLICABLES SON LAS SIGUIENTES:

- En lo que respecta a las condiciones en las que se presta el servicio

N°	Infracción	Frecuencia	Penalidad
1(*)	El tiempo de espera entre la primera consulta en la IPRESS, la aptitud y la intervención quirúrgica, no podrá exceder a los siete (07) días calendario	Mensual	10 % del monto mensual facturado

- En lo que corresponde a los requisitos de funcionamiento

N°	Infracción	Frecuencia	Penalidad
2(**)	Retraso injustificado en la presentación del sustento de las prestaciones brindadas, en el marco del contrato, serán de aplicación las penalidades previstas que correspondan	Mensual	2 UIT
3(***)	Registrar y/o informar prestaciones de salud, que no han sido otorgadas a los asegurados	Mensual	3 UIT
4(****)	La prestación no cumple con las características y condiciones ofrecidos	Mensual	2 UIT

2. CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE PENALIDADES

PENALIDAD N°	CONSIDERACIONES A VERIFICAR
1(*)	- Se evaluarán las quejas informadas por la Oficina de Defensoría del Asegurado. - Informe de Auditores o funcionarios competentes.
2(**)	Se verificará en el informe expedido por la OSSE de la Red Asistencial Usuaría.
3(***)	Se verificará en el informe de auditores o funcionarios competentes.
4(****)	Se verificará en el informe de auditores o funcionarios competentes.

ANEXOS

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

ANEXO N° 01

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DE LA IPRESS

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

Estimados Señores:

El que se suscribe, [.....], Representante Legal de [CONSIGNAR NOMBRE DE LA IPRESS], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

ÍTEM :

Nombre o Razón Social :		
Domicilio Legal :		
RUC :	Teléfono :	Fax :

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del Representante
legal de la IPRESS**

IMPORTANTE:

- Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los consorciados.

ANEXO N° 02

PROMESA FORMAL DE CONSORCIO
(Sólo para el caso en que un consorcio se presente a la convocatoria)

Señores
COMITÉ ESPECIAL
PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 1-2015-ESSALUD/GCL
Presente.-

De nuestra consideración,

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el proceso de elección de la IPRESS, para presentar una propuesta conjunta en el ítem de la **CONVOCATORIA**: [CONSIGNAR DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], responsabilizándonos solidariamente por todas las acciones y omisiones que provengan del citado proceso.

Asimismo, en caso de ser elegidos, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio bajo las condiciones aquí establecidas (porcentaje de obligaciones asumidas por cada consorciado), de conformidad con lo establecido por el artículo 141 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Designamos al Sr. [...], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todas las etapas del proceso de elección y para suscribir el contrato correspondiente con la Entidad [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]. Asimismo, fijamos nuestro domicilio legal común en [...].

OBLIGACIONES DE [NOMBRE DEL CONSORCIADO 1]: % de
Obligaciones

- [DESCRIBIR LA OBLIGACIÓN VINCULADA AL OBJETO DE LA CONVOCATORIA] [%]
- [DESCRIBIR OTRAS OBLIGACIONES] [%]

OBLIGACIONES DE [NOMBRE DEL CONSORCIADO 2]: % de
Obligaciones

- [DESCRIBIR LA OBLIGACIÓN VINCULADA AL OBJETO DE LA CONVOCATORIA] [%]
- [DESCRIBIR OTRAS OBLIGACIONES] [%]

TOTAL: 100%

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Nombre, firma, sello y DNI del
Representante Legal Consorciado 1

.....
Nombre, firma, sello y DNI del
Representante Legal Consorciado 2

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 1-2015-ESSALUD/GCL

Presente. -

De nuestra consideración,

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las Bases del proceso de la referencia, me comprometo para el Ítem....., a prestar el Servicio de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA] en el plazo de veinticuatro (24) meses.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos

Representante legal de la IPRESS o común del Consorcio, según corresponda

ANEXO N° 04

**Declaración Jurada de Expresión de Interés y Cumplimiento de los
Requerimientos Técnicos Mínimos**

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, la IPRESS a la cual represento, luego de haber examinado las Bases y demás documentos del proceso de la referencia y, conociendo todas las condiciones existentes, las cuales cumpla en la forma exigida por EsSalud, manifestamos nuestra expresión de interés respecto del Ítem N° [CONSIGNAR LA DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM], de conformidad con los Términos de Referencia, las demás condiciones que se indican en el Capítulo III de las Bases y los documentos del proceso.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos

Representante legal de la IPRESS o común del Consorcio, según corresponda

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN DE LAS TARIFAS

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las Bases y demás documentos del proceso de la referencia y, conociendo todas las condiciones existentes, **DECLARO CONOCER Y ACEPTAR** las tarifas de la presente contratación respecto del Ítem N°..... [CONSIGNAR LA DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM], de conformidad con los Términos de Referencia, las demás condiciones que se indican en el Capítulo III de las Bases y los documentos del proceso.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos

Representante legal de la IPRESS o común del Consorcio, según corresponda

ANEXO N° 06

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO**

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 1-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

De nuestra consideración:

Mediante el presente el suscrito, Representante Legal de [CONSIGNAR NOMBRE DE LA IPRESS], al presentar propuesta en el Ítem N°....., declaro bajo juramento:

- 
- 
- 
1. Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores del Organismo Supervisor de las Contrataciones de Estado.
 2. No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 10 de la Ley de Contrataciones del Estado.
 3. No haber sido inhabilitado para contratar con el Estado.
 4. No tener sanción vigente impuesta por la SUSALUD, a la fecha de la presentación de la Expresión de Interés, ni haber sido sancionada por ésta en los últimos doce (12) meses a la presentación de la expresión de interés.
 5. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso de selección.
 6. Comprometerme a mantener vigente mi expresión de interés durante el procedimiento de contratación y al suscribir el contrato, en caso de resultar elegido.
 7. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y el Decreto Supremo N° 031-2014-SA

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del Representante
legal de la IPRESS**

IMPORTANTE:

- Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los consorciados.

ANEXO N° 07

DECLARACIÓN JURADA DEL PERSONAL QUE BRINDARÁ EL SERVICIO

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 001-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

De nuestra consideración,

Mediante el presente, se detalla la relación de personal propuesto que brindará el servicio, declarando que cumple con lo requerido en el numeral 10.2.10 de los Términos de Referencia del Capítulo III de las Bases, para el **ÍTEM N°.....** [CONSIGNAR LA DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM].

PROFESIONALES DE LA SALUD				
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	DNI	ESPECIALIDAD / PERFIL
1				
2				
3				
MEDICOS ESPECIALISTAS				
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	DNI	ESPECIALIDAD
1				
2				
3				
TECNICOS ASISTENCIALES				
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	DNI	ESPECIALIDAD / PERFIL
1				
2				
3				

NOTA:

- Deberá presentarse el listado del personal de la IPRESS que realizará el servicio señalado en la expresión de interés, según lo indicado en el numeral 10.2.10 de los términos de referencia.
- Se adjuntará copia simple de toda la documentación sustentatoria del perfil y experiencia del personal que ha sido propuesto para brindar el servicio, teniendo en consideración lo requerido en el numeral 10.2.10 de los Términos de Referencia del Capítulo III de las Bases.
- Se deberá adjuntar el detallar del perfil de los profesionales y técnicos asistenciales, incluyendo la constancia de habilidad profesional vigente y el registro nacional de especialidades, según corresponda.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos

Representante legal de la IPRESS o común del Consorcio, según corresponda

ANEXO N° 08

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE EQUIPAMIENTO MÍNIMO Y OTRAS
CONDICIONES**

Señores

COMITÉ ESPECIAL

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE CONTRATACIÓN N° 1-2015-ESSALUD/GCL

Presente.-

De nuestra consideración:

Mediante el presente el suscrito, Representante Legal de [CONSIGNAR NOMBRE DE LA IPRESS], al presentar propuesta en el Ítem N°....., declaro bajo juramento:

1. La sala de operaciones y la sala de recuperación, cuenta con el equipamiento mínimo descrito en el numeral 10.2.11 y 10.2.12 de los Términos de Referencia contenidos en el Capítulo III de las Bases.
2. La IPRESS se compromete a efectuar el mantenimiento de los equipos biomédicos según el plan de mantenimiento que será presentado a la firma del contrato, en caso de que la expresión de interés presentada sea declarada elegible.
3. La IPRESS garantiza la provisión de sangre y hemoderivados de acuerdo a la normatividad vigente.
4. La IPRESS comunicará semanalmente a EsSalud, la disponibilidad de camas para hospitalización de los pacientes asegurados de EsSalud que serán intervenidos quirúrgicamente.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del Representante
legal de la IPRESS**

IMPORTANTE:

- Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los consorciados.