

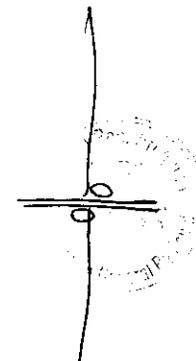
**CONVENIO ESPECÍFICO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA, EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - RED ASISTENCIAL AREQUIPA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Conste por el presente documento el Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional que suscriben, el **GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**, con RUC N° 10489390570, con domicilio en Avenida Kennedy S/N, Distrito de Arequipa, Provincia Arequipa y Departamento de Arequipa, debidamente representado por su Presidente Regional Señor **JUAN MANUEL GUILLEN BENAVIDES**, identificado con DNI N° 29281534 elegido y reconocido con Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones en fecha 20 de diciembre del año 2010 al que en adelante se le denominará **GOBIERNO REGIONAL**, el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - Red Asistencial AREQUIPA**, con RUC N° 20131257750, con domicilio en esquina Peral con Ayacucho 5ta cuadra S/N, Distrito de Arequipa, Provincia de Arequipa y Departamento de Arequipa, debidamente representada por el Gerente de la Red Asistencial de Arequipa, Señor **MIGUEL FERNANDO FARFAN DELGADO**, identificado con DNI N° 30401320, facultado para celebrar el presente Convenio Especifico mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 201-PE-ESSALUD-2013, al que en adelante se le denominará **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con RUC N° 20505208626, con domicilio en la Avenida Carlos Gonzáles N° 212, Urbanización Maranga, Distrito de San Miguel, Provincia de Lima y Departamento de Lima, debidamente representado por el Jefe, Médico **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**, identificado con DNI N° 09644064, encargado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, a quien en adelante se le denominará el **SIS**, en los términos y condiciones siguientes:

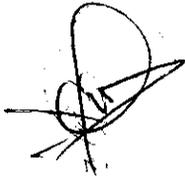
**CLÁUSULA PRIMERA: DEL MARCO NORMATIVO**

Las partes suscriben el presente Convenio en aplicación de lo dispuesto en el siguiente marco normativo:

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud" que crea el Seguro Integral de Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
3. Ley N° 27056, "Ley de Creación del Seguro Social de Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
4. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud", sus modificatorias y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-1997-SA.
6. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
7. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" y sus modificatorias.
8. Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
9. Ley N° 29158, "Ley Orgánica del Poder Ejecutivo".
10. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto".
11. Ley N° 27785, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
12. Ley N° 29812, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012".









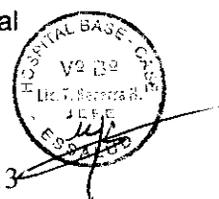












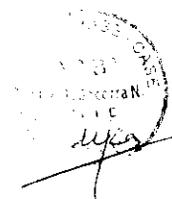
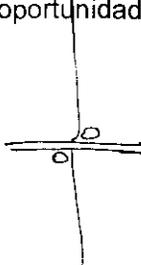
13. Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud".
14. Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", sus ampliatorias y modificatorias.
15. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.
16. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
17. Decreto Supremo N° 005-2012-SA, "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
18. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autorizan al Seguro Integral de Salud, la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus Planes Complementarios.
19. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica, NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencias".
20. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM, que aprueba el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) - MEF.
21. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA, que aprueba la adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
22. Resolución Ministerial N° 599-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".
23. Resolución Ministerial N° 956-2006-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Transporte asistido por vía terrestre.
24. Resolución Ministerial N° 474-2005 que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP auditoria de calidad.
25. Resolución Ministerial N° 601-2007-MINSA, que aprueba el documento técnico Plan de Implementación de la Norma Técnica de auditoria de la calidad de atención en salud.



**CLÁUSULA SEGUNDA: DE LOS ANTECEDENTES**

Mediante Ley N° 29344 se aprobó la "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" con el objeto de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la Seguridad Social en Salud, estableciéndose en su Primera Disposición Complementaria que el Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación en regiones piloto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Con fecha 29 de agosto del 2006, **ESSALUD** y el Ministerio de Salud, en su afán de mejorar permanentemente la eficiencia y eficacia de las prestaciones de Salud brindadas por la entidades del sector público, suscribieron el Convenio N° 049-2006/MINSA, "Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional", a través del cual se comprometieron a aunar esfuerzos institucionales para la consecución de sus fines y establecer los lineamientos que permitan el intercambio de prestaciones de salud preventivas y recuperativas, con la finalidad de facilitar el acceso y la oportunidad de atención para la población objetivo de ambas instituciones.



Según Convenio Marco, el **GOBIERNO REGIONAL** y **ESSALUD** suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el propósito de establecer y desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración y beneficio para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a promover el desarrollo integral de la comunidad asegurada de la Región AREQUIPA, a través de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención recuperativa.

Con fecha 05 de mayo de 2011, se suscribió el Convenio N° 016-2011/MINSA "Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud y el Ministerio de salud con participación del Seguro Integral de Salud para el incremento de cobertura e intercambio de prestaciones en el marco del aseguramiento Universal en salud en el ámbito de Lima Metropolitana."

Posteriormente, con fecha 06 de mayo del año 2012 se publicó el Decreto Supremo N° 005-2012-SA, que aprobó las "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - **ESSALUD** en el marco de la Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud", que decreta, entre otros:

**Artículo 1°.- Intercambio de prestaciones de salud entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y ESSALUD.** Los establecimientos de salud públicos que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud- SIS y los del Seguro Social de Salud **ESSALUD**, realizan el intercambio prestacional dispuesto por la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en los niveles I, II y III de atención de salud, basado en la compra-venta de servicios de salud; sin perjuicio de otros mecanismos de pago o intercambio prestacional que se determinen entre las instituciones referidas.

**Artículo 3°.- Tarifa de los Servicios de salud para el intercambio prestacional.** El **SIS** y **ESSALUD** aprueban la tarifa para el intercambio prestacional basado en la compra venta de servicios, en el valor de la Unidad Básica de Intercambio Prestacional - UBIP y en los valores de otros mecanismos de pago, respectivamente, bajo el parámetro de una estructura única de costos; sin que éstas puedan contener utilidad o lucro.

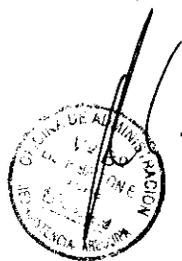
(...)

Los establecimientos de salud del Sector Público sujetos al intercambio prestacional de la red prestadora del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y **ESSALUD**, están prohibidos de cobrar por los servicios de atención en salud que prestan, tasas distintas a la tarifa aprobada. Ningún establecimiento de salud del Sector Público, cualesquiera sea el nivel de atención en salud, está facultado para aprobar tarifas sobre los servicios de salud que presta o realizar cobros no contenidos en los tarifarios aprobados por el **SIS** y **ESSALUD**, respectivamente.

**Segunda Disposición Complementaria Transitoria:**

El intercambio prestacional basado en la compra-venta de servicios de salud es obligatorio para los establecimientos de salud públicos en las regiones declaradas bajo los alcances de la Ley N° 29344, Ley Marco de

Handwritten signature and vertical line.



Aseguramiento Universal en Salud, y facultativa en el resto de las regiones; siendo en ambos casos aplicables las reglas especiales establecidas en el presente Decreto Supremo.

### CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

El **GOBIERNO REGIONAL**, es un organismo con personería jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa, el cual tiene como misión y visión institucional el desarrollo de los pueblos ubicados dentro de su jurisdicción de acuerdo con los fines previstos en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo, a efecto de desarrollar su Plan Operativo Institucional, coordina con otras instituciones para cumplir con sus objetivos de mejorar la calidad de vida y el nivel socioeconómico de la población de la Región.

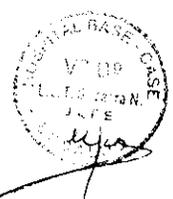
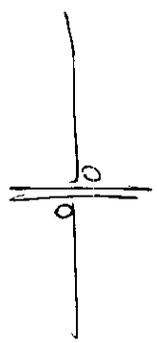
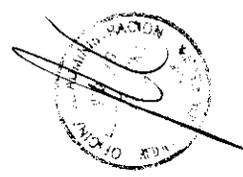
El **GOBIERNO REGIONAL**, a través de la Gerencia Regional de Salud - **GERESA**, es el órgano responsable de formular y evaluar las políticas de alcance regional en materia de salud y supervisar su cumplimiento; norma las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud así mismo formula los planes y programas que le corresponden en las materias de su competencia.

La Gerencia Regional de Salud AREQUIPA - **GERESA**, garantiza que la cobertura de las prestaciones, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los Establecimientos de Salud del ámbito jurisdiccional del Gobierno Regional de AREQUIPA de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo por lo tanto la **GERESA** la encargada de ejecutar el presente Convenio Específico en coordinación con la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

**ESSALUD**, es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, con personería jurídica de derecho público interno, adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económica y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

La **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, se encuentra facultada por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 201-PE-ESSALUD-2013 a suscribir convenios específicos y adendas a los mismos con el Ministerio de Salud y con los Gobiernos Regionales en el ámbito geográfico de sus competencias en materia de salud.

El **SIS** es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado por Ley N° 27657, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes. Asimismo está facultado para establecer convenios/contratos, de financiamiento y/o intercambio prestacional con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y/o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), con el fin de garantizar la atención de los asegurados del SIS.



#### CLÁUSULA CUARTA: DEL OBJETO

Por el presente Convenio Específico, el **GOBIERNO REGIONAL**, la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **SIS** acuerdan colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones, estableciendo los criterios, mecanismos, procedimientos e instrumentos destinados a brindar atención integral de salud a los afiliados y/o asegurados a través de la compra-venta de servicios de salud; sin perjuicio de otros mecanismos de pago o intercambio prestacional que se determinen entre las instituciones referidas, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.

Las prestaciones de salud que se brinden a los asegurados del **SIS** o **ESSALUD**, a través de las Redes de Atención del **GOBIERNO REGIONAL** o de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, serán financiadas por el **SIS** y/o **ESSALUD** respectivamente y según corresponda, de acuerdo a los términos establecidos en el presente Convenio.

#### CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las partes acuerdan que la ejecución del presente Convenio se circunscribe al ámbito de la población asegurada **SIS** y **ESSALUD** de la Región **AREQUIPA**, a través de los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, detallados en el Anexo 1 del presente Convenio.

#### CLÁUSULA SEXTA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Las prestaciones de salud otorgadas a través del/los Establecimientos de Salud de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** o Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, según corresponda, en beneficio de las respectivas poblaciones, en atención a lo dispuesto en la Cláusula Cuarta, se encuentran detalladas en el Anexo N° 2.

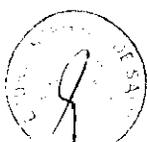
El **GOBIERNO REGIONAL** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, se obligan a garantizar una atención en condiciones óptimas de calidad y oportunidad a los asegurados, disponiendo para ello el personal idóneo, la infraestructura y el equipamiento adecuado para cumplir tal fin, según la normatividad vigente.

Las prestaciones de salud se ajustarán a las normas (protocolos, guías de práctica clínica y otras directivas vigentes de ser el caso) del Ministerio de Salud y **ESSALUD**, incluyendo medicinas, insumos y material médico. Los medicamentos prescritos deben de contar con el control de calidad que garantice su consumo.

#### CLÁUSULA SÉPTIMA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones de salud se financiarán mediante la modalidad de pago por servicio (compra-venta), según la tarifa acordada por ambas partes, bajo el parámetro de una estructura única de costos, sin que éstas puedan contener utilidad o lucro.

Los costos que origine la atención de los asegurados de **ESSALUD** en los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** serán cubiertos en su

  
A. VALDIVIA

  
T. Zanetti

  
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
PRESIDENTE

  
HOSPITAL  
Lic. T. Becerra N.  
JEFE  
ESSALUD



  
OFICINA DE FINANZAS  
Vº Bº  
ECON. OSCORDO S.  
JEFE  
ESSALUD

  
RED ASISTENCIAL AREQUIPA  
Vº Bº  
DR. EDDY MEDIANA A.  
JEFE  
ESSALUD

  
Oficina Asesoramiento SUC AQP  
Vº Bº  
Luis Berroa Obadilla  
JEFE  
ESSALUD

  
OFICINA DE ADMINISTRACION  
Vº Bº  
LIC. M. P. MONE  
JEFE  
ESSALUD  
REGION AREQUIPA

  
GERENTE QUIRÓFANO  
Vº Bº  
DR. P. SANCHEZ  
JEFE  
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

  
Gobierno Regional de Arequipa  
Vº Bº  
OFIC. REG. ASesoría Jurídica

  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Vº Bº  
JEFATURA  
P. Grillo

  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Vº Bº  
G. G. CHAVEZ

  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Vº Bº  
GERENTE DE ASESORIA JURIDICA  
T. Saizazar A.

totalidad por **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al Anexo 3 del presente Convenio.

El Pago por Consumo está compuesto por el valor de los medicamentos, materiales e insumos que no han sido incluidos en la estructura de costo de la tarifa (se tomará como referencia el último precio de operación registrado por la IPRESS en DIGEMID). Las tarifas con Pago por Consumo están detalladas en el Anexo 3.

Los costos que origine la atención de los asegurados del **SIS** en los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, serán cubiertos en su totalidad por el **SIS**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio detalladas en el Anexo N° 3.

Las partes se obligan a no realizar cobro de ningún tipo por la prestación de los servicios de salud, directa o indirectamente a los asegurados de **ESSALUD** y del **SIS** respectivamente.

### CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la ejecución del presente Convenio recae sobre el Gerente de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, el Gerente de la Dirección Regional de Salud de AREQUIPA - **GERESA** y los Gerentes Sub - Regionales del **GOBIERNO REGIONAL**, el Jefe Adjunto del **SIS** y el Representante de la Unidad Desconcentrada Regional del **SIS** - UDR AREQUIPA.

Las partes celebrantes convienen que el personal seleccionado para la ejecución de las actividades a que se contrae el presente Convenio Específico, se relacionará laboral y exclusivamente con aquella que lo contrata, por ende asumirán sus responsabilidades por este concepto y en ningún caso serán considerados como contratantes solidarios o sustitutos.

Las atenciones de emergencia y parto en pacientes serán brindadas y financiadas por las partes según lo estipulado en la Ley 27604 y su reglamento, que modifica la Ley General de Salud N° 26842 para la atención de emergencia mediante mecanismos establecidos de común acuerdo por las partes.

Las partes se obligan a asumir las responsabilidades por las acciones y omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones legales y administrativas que se originen.

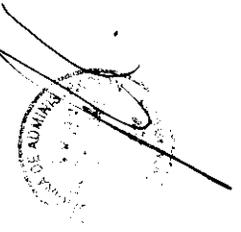
### CLÁUSULA NOVENA: DE LA ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS

- **Acreditación de los asegurados de ESSALUD para recibir prestaciones en los establecimientos de salud del Gobierno Regional**

**ESSALUD** se obliga a enviar la trama de asegurados acreditados y autorizados al **SIS**, a través del servidor FTP que el **SIS** pondrá a disposición para tal fin, a su vez, el **SIS** Central cargará los datos enviados por **ESSALUD** en su aplicativo informático, a través del cual los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y la **GERESA** tendrán conocimiento y obtendrán la información de acreditación y los códigos de autorización para brindar las prestaciones de salud.



VIA



Asimismo, la **GERESA AREQUIPA** distribuirá la información de acreditación y códigos de autorización a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

Esta información será actualizada según el procedimiento adjunto al presente Convenio en Anexo N° 6.

Para la identificación del acreditado será requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente su Documento Nacional de Identidad - DNI - original.

- **Acreditación de los Asegurados SIS para recibir prestaciones de salud en los establecimientos de la RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**

El **SIS** se obliga a remitir a **ESSALUD** el conjunto de datos, previamente definidos, de cada uno de sus asegurados acreditados que requieran atención en el Establecimiento de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**. A su vez **ESSALUD** recibirá y cargará la información del asegurado del **SIS** en sus Sistemas de Aseguramiento y de Referencia y Contrarreferencia, según el proceso establecido en Anexo N° 7, adjunto al presente Convenio.

En caso que el asegurado del **SIS** requiera un procedimiento de emergencia en la los Centros Asistenciales de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y sea realizado fuera de los horarios de atención administrativa, los procesos de referencia, acreditación y autorización de la atención se realizarán mediante hoja de referencia, en la cual el Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, deberá adjuntar la captura de pantalla de la constancia de afiliación activa, que garantiza la acreditación; la regularización se realizará al día hábil posterior a la situación de emergencia, según el proceso adjunto al presente Convenio (Anexo 20). En caso que la captura de pantalla de la constancia de afiliación no corresponda o no esté activa, el **GOBIERNO REGIONAL** asumirá el pago de la atención.

### CLÁUSULA DÉCIMA: DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- **Referencia de beneficiarios de ESSALUD:**

Los asegurados titulares y/o sus derechohabientes de **ESSALUD** con acreditación y autorización de atención vigentes, que sean atendidos en los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** y que por su condición de salud, en situaciones de emergencia, necesiten ser atendidos en un establecimiento de mayor capacidad resolutoria, serán referidos al/los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

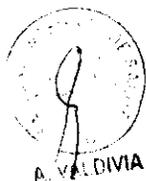
Para la referencia, el profesional de salud del Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** realizará las coordinaciones previas con el profesional médico del Centro Asistencial de destino de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** o Jefe de Guardia del Servicio de Emergencias, de ser el caso, y se empleará el formato de referencia, adjunto al Anexo N° 17 del presente convenio.



Handwritten signature and a vertical line with a horizontal crossbar.



Handwritten signature.



Dichas referencias de emergencia podrán realizarse con transporte asistido y el acompañamiento del profesional de salud debidamente capacitado, según sea al caso.

El pago por el traslado del paciente asegurado, acreditado y debidamente autorizado será asumido por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

- **Referencia de beneficiarios del SIS:**

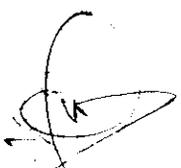
Los pacientes asegurados acreditados y autorizados del **SIS**, que requieran las prestaciones contempladas en el presente Convenio, serán referidos a los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, teniendo en cuenta el proceso de autorización y referencia para que un paciente afiliado al **SIS** se atienda en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, proceso adjunto al Anexo 7 del presente convenio.



### CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LOS PROTOCOLOS Y MODELOS DE ATENCIÓN

Las prestaciones brindadas por ambas instituciones (**GOBIERNO REGIONAL y RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**), medicinas, insumos y material médico quirúrgico empleados en la atención se ajustarán a las Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas u otros documentos normativos vigentes.

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, en el cumplimiento del presente Convenio brindarán las prestaciones debiendo informar al asegurado de **ESSALUD** que no podrá acceder a más de dos citas al mes en el área de Consultorio Externo, independientemente de las citas de control, interconsultas, referencias, contrarreferencias y transferencias que dispongan los médicos tratantes, para las cuales no rige restricción alguna, que no sean las derivadas del buen uso del criterio médico basado en la evidencia científica médica de mayor nivel existente; esto último, es igualmente válido para las derivaciones hechas por las unidades de triaje a los Servicios de Urgencia o Emergencia.

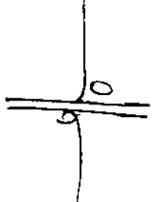
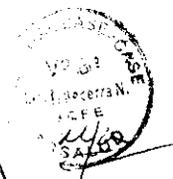
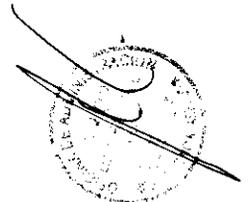


### CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL REGISTRO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y REPORTES PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS

- **Registro de la información en documentos físicos**

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** están obligados a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, haciendo uso de formatos de atención establecidos de común acuerdo entre las partes adjunto en el Anexo 15 del presente convenio; después de haber sido digitado en el punto de digitación de la **GERESA**, deberá ser enviado a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, para efectos de validación, siendo la Historia Clínica del paciente el documento oficial que servirá de base para la información contenida en los mismos.

Los formatos de referencia adjunto en el Anexo 17, de los cuales sea objeto el paciente, quedarán incorporados en la Historia Clínica.



El Establecimiento de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** está obligado a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados del **SIS**, haciendo uso del formato único de atención y/u otros establecidos de común acuerdo entre las partes.

El formato de atención de cada prestación otorgada deberá ser remitido por el prestador de manera mensual al **SIS** o a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** según corresponda Anexos N° 10 y 11.

- **Registro de la información en Sistemas Informáticos**

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** están obligados a registrar todos los datos en los formatos previamente definidos por las partes, de la atención brindada a los asegurados acreditados de **ESSALUD** en el aplicativo informático del **SIS (ARFSIS)**.

**ESSALUD** a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, está obligado a registrar todos los datos de la atención brindada a los asegurados del **SIS** en el Sistema de Gestión Hospitalaria - SGH, el Módulo de Facturación y otros sistemas informáticos de **ESSALUD** que sean necesarios.

Los reportes consolidados o trama de datos de las prestaciones otorgadas deberán ser remitidos adjuntos a las respectivas preliquidaciones, respetando los plazos establecidos en los procesos de control y generación de pago adjuntos en los Anexos N° 10, 11, 12 y 13.

Las partes involucradas se obligan a identificar, validar y remitir la información relevante a los procesos de intercambio prestacional de acuerdo a los procesos previamente establecidos en los Anexos N° 10, 11, 12 y 13.

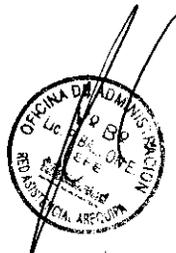
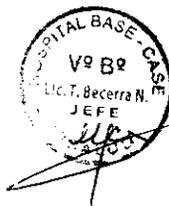
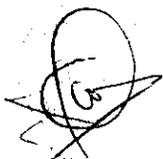
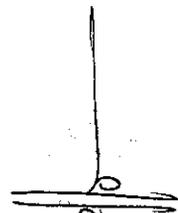
### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DEL COMITÉ LOCAL DE COORDINACIÓN DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL**

Las partes acuerdan realizar todas las acciones de evaluación y coordinación que se encuentren a su alcance para la adecuada implementación del presente Convenio.

Con la finalidad de coadyuvar a la ejecución e implementación de lo dispuesto en el presente Convenio, cada una de las partes designará dos (02) coordinadores para conformar el **Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones**, que hagan las veces de interlocutores para posibilitar el logro de los objetivos propuestos. Las designaciones serán puestas en conocimiento de las partes mediante documento escrito remitidos por sus representantes legales.

### **CLAUSULA DÉCIMO CUARTA: DEL CONTROL Y VALIDACIÓN PRESTACIONAL**

Los mecanismos y acciones de los procesos de control y validación del intercambio prestacional se realizarán de acuerdo a lo establecidos en los Anexos 10, 11, 18 y



Los Médicos Auditores o Auditores designados por el **SIS, RED ASISTENCILA DE ESSALUD** y el **GOBIERNO REGIONAL** serán los encargados de realizar las actividades del proceso de control del intercambio prestacional.

Entre otras actividades de control a ser efectuadas, se consideran las siguientes:

1. Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a estándares señalados por la institución o por el ente rector, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
2. Evaluación de tramas de datos y de los registros en los aplicativos informáticos.
3. Acciones para medir la satisfacción de los asegurados.
4. Auditoría de las Historias Clínicas de los asegurados: calidad de atención, coherencia de diagnóstico y tratamiento, entre otros, y
5. Otras actividades de control que los Auditores consideren pertinentes durante el desarrollo del presente convenio.

En caso de existir observaciones o inconformidades que no permitan el reconocimiento y el pago de la prestación brindada, las mismas deberán ser resueltas por el prestador del servicio, cuyo informe de sustento será remitido a la **UDR SIS Arequipa**, o a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para su respectiva evaluación y se gestione el pago correspondiente de ser el caso.

Las prestaciones observadas están sujetas a levantamiento con el envío del sustento respectivo en un plazo no mayor a 30 días hábiles desde su notificación.

De no existir acuerdo entre las partes ante las observaciones, inconformidades o al sustento de levantamiento de las mismas, se solicitará la intervención del Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones, en caso de no existir acuerdo, se solicitará la intervención de los responsables de cada institución de acuerdo al presente Convenio y en caso de persistir la divergencia, se actuará según lo establecido en la Cláusula Vigésima correspondiente a la Solución de Conflictos del presente Convenio.

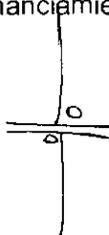
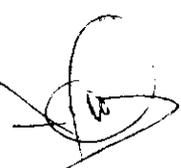
Las prestaciones observadas que hayan excedido los plazos acordados para su levantamiento ante las IAFAS firmantes del Convenio, o que no sean reconocidas, serán consideradas como rechazadas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA VALORIZACIÓN Y RETRIBUCIÓN**

La valorización y retribución por las prestaciones otorgadas se realizarán cumpliendo lo establecido en los procesos y flujogramas consensuados por las partes, donde se establecen los plazos correspondientes para cada fase o etapa de los procesos detallados en los Anexos 12, 13 y 21.

- **Proceso de Pago de las prestaciones realizadas por los Centros Asistenciales de la RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**

**ESSALUD**, a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** consolida la información de las prestaciones conformes brindadas durante el mes previamente consistenciadas por el SIASIS, elabora un informe de liquidación, emite una factura por cada Centro Asistencial de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, que brindó las prestaciones y las remite a la Gerencia de Negocios y Financiamiento del **SIS** con los formatos de atención conformes evaluados por la





**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: DE LA RESOLUCIÓN DEL CONVENIO**

En caso de incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades establecidas en el presente Convenio, la parte afectada requerirá a su contraparte el cumplimiento de su obligación en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, bajo apercibimiento de que, en caso contrario, el Convenio quedará resuelto.

El presente Convenio podrá ser resuelto por mutuo acuerdo, para lo cual las partes deberán dejar constancia a través de la suscripción del Acta correspondiente, que formará parte del presente Convenio.

La conclusión del presente Convenio no afectará la validez o ejecución de los programas, proyectos o actividades iniciadas durante su vigencia, los cuales podrán continuar hasta su culminación, de no mediar decisión en contra por alguna de las partes.



**CLÁUSULA VIGÉSIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

Toda divergencia relacionada con la interpretación, ejecución o validez del presente Convenio Específico, será resuelta mediante trato directo siguiendo las reglas de la buena fe y común intención de las partes, dejando constancia del acuerdo a través de la suscripción del acta correspondiente, la que pasará a formar parte integrante del presente Convenio.

De persistir la divergencia, ésta será sometida a arbitraje de derecho, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud - SUNASA.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: DE LA INFORMACIÓN A LA SUNASA**

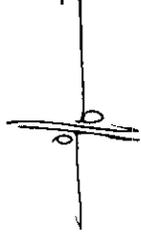
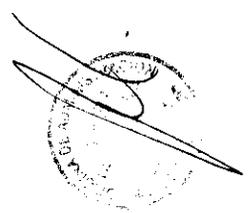
Copia del presente Convenio y de las Adendas que posteriormente pudieran ser suscritas, así como la información generada como consecuencia de la aplicación del presente Convenio Específico serán remitidos oportunamente a la SUNASA, para los fines de su competencia.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DE LOS ANEXOS**

El presente Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional consta de veintiún (21) anexos que forman parte integrante del presente documento.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO**

Si en la ejecución del presente Convenio Específico se detectaran vacíos relacionados con las prestaciones que son materia del presente Convenio, o si fuera necesario definir criterios o mecanismos para su mejor ejecución, así como ampliar las prestaciones, incrementar los establecimientos de salud y actualizar las tarifas del presente Convenio, las partes suscribirán acuerdos que recibirán el nombre de Adendas, las que formarán parte integrante del presente Convenio.



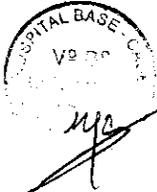
Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por triplicado, del mismo tenor, en señal de conformidad, en la ciudad de **LIMA**, a los **05** días del mes de **AGOSTO** del año dos mil trece.



Sr. **JUAN MANUEL GUILLEN BENAVIDES**  
Presidente  
Gobierno Regional de Arequipa

Med. **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**  
Jefe  
Seguro Integral de Salud

Sr. **MIGUEL FERNANDO FARFAN DELGADO**  
Gerente  
Red Asistencial Arequipa de EsSalud



**ANEXOS**

- ANEXO 1** Relación de Establecimientos de Salud del Convenio Especifico.
- ANEXO 2** Listado de Prestaciones del Convenio Especifico.
- ANEXO 3** Listado de Tarifas de Prestaciones Asistenciales del Convenio Especifico.
- ANEXO 4** Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de **ESSALUD** en el **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 5** Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de **SIS** en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 6** Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado **ESSALUD** para su atención en establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 7** Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al **SIS** para su atención en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 8** Proceso de Atención del Paciente afiliado a **ESSALUD** en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 9** Proceso de Atención del Paciente afiliado al **SIS** en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 10** Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a **ESSALUD** atendido en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 11** Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al **SIS** atendidos en la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 12** Proceso de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en el **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 13** Proceso de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al **SIS** atendidos en los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 14** Cuadro de equivalencia de prestaciones y servicios del **Gobierno Regional** y de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 15** Formato de Atención para registro de atención de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 16** Formato de Atención para registro de atención de pacientes afiliados al **SIS** atendidos en los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
- ANEXO 17** Formato de Referencia.
- ANEXO 18** Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 19** Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a **ESSALUD** atendidos en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL**.
- ANEXO 20** Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia para caso de emergencia de Pacientes **SIS** en **ESSALUD**.
- ANEXO 21** Proceso de valorización.



*Handwritten initials*



**ANEXO N° 1: Relación de Establecimientos del Convenio Especifico**

Relación de Establecimientos y Centros Asistenciales

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA					
N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Ocoña	Camaná	Ocoña	1348	I-3
2	Chala *	Caraveli	Chala	1350	I-4
3	Andagua	Castilla	Andagua	1387	I-3
4	Hospital Apoyo Aplao *	Castilla	Aplao	1382	II-1
5	Orcopampa	Castilla	Orcopampa	1407	I-3
6	Pampacolca	Castilla	Pampacolca	1385	I-3
7	Viraco	Castilla	Viraco	1386	I-3
8	Cabanaconde	Caylloma	Cabanaconde	1420	I-3
9	Callalli	Caylloma	Callalli	1421	I-3
10	Chivay *	Caylloma	Chivay	1419	I-4
11	Caylloma	Caylloma	Caylloma	1422	I-3
12	Sandrita Perez - El Pedregal *	Caylloma	Majes	1325	I-4
13	IQUIPI	Condesuyos	Rio Grande	1380	I-3
14	Chuquibamba *	Condesuyos	Chuquibamba	1388	I-4
15	Yanaquihua	Condesuyos	Yanaquihua	1389	I-3
16	Cocachacra *	Islay	Cocachacra	1445	I-4
17	La Curva	Islay	Dean Valdivia	1449	I-3
18	La Punta	Islay	Punta de Bombón	1446	I-4
19	Alca	La Unión	Alca	1464	I-3
20	Cotahuasi *	La Unión	Cotahuasi	1455	I-4

\* Se brindaran atenciones complementarias de salud cuando el establecimiento de ESSALUD lo requiera.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD AREQUIPA					
N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Hospital II Manuel de Torres Muñoz *	Islay	Mollendo	13295	II-2



ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región Arequipa

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL				
N°	DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	CDDIGD CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
1	Atención Prenatal	59401	Atención	Obstétrica
2	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica
3	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica
5	Ecografía Abdominal completa	76700	Procedimiento	Médica
6	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Médica
7	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Médica
8	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	76811	Procedimiento	Médica
9	Examen de ecografía transvaginal (obstétrica)	76817	Procedimiento	Médica
10	Examen de ecografía transvaginal (no obstétrica)	76830	Procedimiento	Médica
11	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	81000	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
12	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
13	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
14	Creatinina sérica	82565	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
15	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
16	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
17	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula leucocitaria)	85007	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
18	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
19	Test cualitativo para sífilis	86592	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
20	Test de ELISA para HIV	86703	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
21	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	86900	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
22	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	86901	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
23	Examen Urocultivo	87086	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
24	Test de GRAHAM	87172	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
25	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	87177	Examen	Biologo/ tecnólogo médico
26	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	88142	Examen	Médica/obstétrica
27	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	90585	Atención	Enfermería
28	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90657	Atención	Enfermería
29	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90658	Atención	Enfermería
30	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermería
31	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90681	Atención	Enfermería
32	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermería
33	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90707	Atención	Enfermería
34	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermería
35	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90712	Atención	Enfermería
36	Vacuna OT mayores de 10 años según esquemacional de vacunación vigente.	90714	Atención	Enfermería
37	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90717	Atención	Enfermería

*[Handwritten signature]*

RED ASISTENCIAL AREQUIPA  
Vº Bº  
DR. EDUARD  
MEDINA A.  
*[Handwritten signature]*

Asesoramiento Suc. A.P.P.  
Vº Bº  
Luis Enrique Bonadilla  
Jefe  
At. Salud

GERENTE GUARDIA  
Vº Bº  
*[Handwritten signature]*

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN  
Vº Bº  
Jefe  
At. Salud

BASE CASE  
Vº Bº  
L. Herrera N.  
JEFE  
At. Salud

*[Handwritten signature]*

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
GERENTE  
Vº Bº  
T. Satorra A.

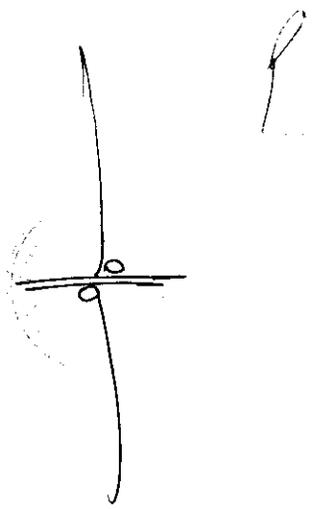
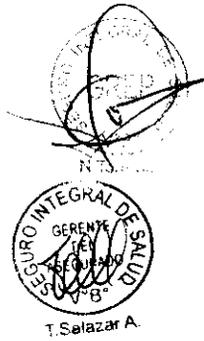
Gobierno Regional de Arequipa  
Vº Bº  
Of. Asesora Jurídica

*[Handwritten signature]*

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Vº Bº  
G. CHAVEZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Vº Bº  
OFICINA DE FINANZAS

38	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90723	Atención	Enfermería
39	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	90744	Atención	Enfermería
40	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	90746	Atención	Enfermería
41	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Médica
42	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica
43	Consulta Externa Médica Especializada (Gineco Obstetrica)	99203	Consulta	Médica
44	Consulta Psicológica	99207	Consulta	Psicología
45	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetrix
46	Atención nutricional	99209	Sesión	Nutricionista
47	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica
48	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera
49	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera
50	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera
51	Consejería nutricional	99401	sesión	Enfermera/nutricionista
52	Sesión de Psicoprofilaxis Materna	99412	Sesión	Obstétrica
53	Sesión de Estimulación prenatal	99413	Sesión	Obstétrica
54	Consulta Odontoestomatológica	D0150	Consulta	Odontologica
55	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica
56	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica
57	Aplicación de Barniz de flúor	D1206	sesión	Odontológica
58	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica
59	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica





## DEFINICIONES OPERACIONALES PARA EL INTERCAMBIO DE PRESTACIONES DE SALUD – AREQUIPA

**1. Atención obstétrica no médica antes de las 30 semanas (Control Prenatal).-**

Comprende la atención de seguimiento preventivo de la gestante y el feto durante el período de embarazo. Incluye Consejería, vacunación antitetánica, nutrición, higiene, además provisión de calcio, ácido fólico (durante todo el embarazo) y sulfato ferroso. Según las normas técnicas de salud del MNSA, considera 6 controles Pre Natales para considerar a una gestante debidamente controlada.

Incluye los insumos y materiales necesarios para brindar este procedimiento.

- Aplica a las Etapas de Vida: Adolescente y Adulto.
- Se reconoce como atención intramural y extramural (en los casos de seguimiento).

**2. Parto inminente o no referible:** Es la atención que se brinda a la gestante, cuando acude al establecimiento de salud en periodo expulsivo, en alumbramiento o en puerperio inmediato; aplica también en casos de limitada accesibilidad para la referencia y se podrá atender a la gestante si llega en fase activa del trabajo de parto (periodo de Dilatación). Para el caso de atención de parto de paciente SIS en ESSALUD, sólo se brindara para los diagnósticos definitivos o presuntivos siguientes: 0028-0029, 0100-0469, 048x, 060x-0899, Z350-Z359. Los mismos que se registraran en la Historia Clínica y Formato de Atención sólo o acompañado de otro diagnóstico.

**3. Atención inmediata del recién nacido:** Es la atención brindada por los establecimientos de salud a un neonato, desde el nacimiento hasta su alta, según estándares e indicadores de calidad en la atención infantil. En casos de nacimientos múltiples se realizara por cada niño nacido vivo.

**4. Internamiento en establecimiento:** Es la atención médica no quirúrgica que requiere el internamiento por un periodo mayor a 24 horas. Incluye los materiales exámenes auxiliares, insumos (los no contemplados en las estructuras de costos) y los medicamentos utilizados durante la estancia en el establecimiento de salud.

**5. Laboratorio y Patología Clínica**

Exámenes específicos

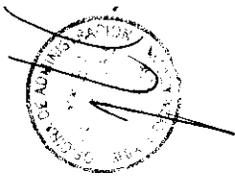
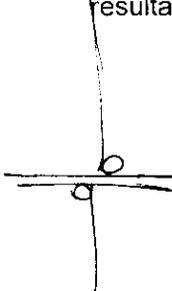
- a. Examen de Colesterol total.- Es una medida aproximada de todo el colesterol en sangre.
- b. Examen de Factor Rh.- Determinación del Factor RH en sangre.
- c. Examen Glicemia.- Es la determinación del nivel de glucosa en sangre.
- d. Examen Grupo sanguíneo.- Es un método para determinar el tipo específico de sangre. La sangre a menudo se clasifica de acuerdo con el sistema de tipificación ABO. Este método separa los tipos de sangre en cuatro categorías: Tipo A, Tipo B, Tipo AB, Tipo O
- e. Examen Hemoglobina.- Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar una muestra de sangre e



identificar los niveles de hemoglobina, para descartar anemia por deficiencia de hierro; el procedimiento de realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio o aquellos que cuenten con hemoglobinómetro portátil y personal capacitado en su manejo.

- f. Examen Hemograma: Análisis de sangre en el que se mide el recuento glóbulos rojos y formula leucocitoria
- g. Examen de Test de ELISA para VIH.- examen para verificar si la sangre de una persona contiene anticuerpos contra el virus VIH. Este examen no puede detectar el virus en sí mismo o los virus del ácido nucleico pero sí los anticuerpos, especialmente las proteínas, que el sistema inmunológico de la persona infectada desarrolla para luchar contra el virus. Si estos anticuerpos son encontrados, el análisis da "positivo". En este caso, el ELISA se repite para estar seguros de los resultados.
- h. Examen de Thevenon en heces.- Es un estudio se realiza para detectar la presencia de sangre oculta en las heces que puede proceder de cualquier nivel del tubo digestivo
- i. Examen de Triglicéridos: Este examen mide la cantidad de triglicéridos en su sangre. Se usa para diagnosticar y supervisar los desórdenes de lípidos (grasa) en su sangre y para determinar su riesgo de desarrollar enfermedad del corazón.
- j. Examen VDRL.-Es una prueba de detección para sífilis. Este examen mide sustancias, llamadas anticuerpos, que se pueden producir en respuesta al Treponema pallidum, que causa la sífilis.
- k. Examen Parasitológico: Simple y Graham:
  - Examen Parasitológico Simple.- Conjunto de procedimientos realizados por un profesional o un técnico de laboratorio con el objetivo de obtener y procesar una muestra de heces para descartar parasitosis intestinal; el procedimiento de realiza en establecimientos que cuentan con laboratorio. Para el examen seriado, serán analizadas 3 muestras consecutivas.
  - Graham (parche) utilizar un pedazo de cinta adhesiva, que se coloca cuidadosamente en los márgenes anales, de forma que si hay huevos estos se queden pegados a la cinta, y es sobre ésta sobre la que se investiga para determinar si el parásito está presente o no.
- l. El Examen Completo de Orina.- es la evaluación física, química y microscópica de la orina que permite detectar y medir diversos compuestos presentes en la orina.

6. **Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino:** Es un procedimiento que se realiza a las mujeres de 18 a menos de 60 años, con el fin de detectar cambios celulares relacionados al cáncer de cervix. La muestra PAP es tomada por el médico, la obstetrix y/o personal capacitado, es derivada para su procesamiento a cargo de un tecnólogo médico o citólogo y la lectura es realizada por el medico patólogo. Esta se efectúa como parte de la consulta médica, en ambientes destinados para la toma de PAP o en actividades extramuros desarrolladas para mejorar el acceso a este procedimiento y los resultados en las mujeres en ese grupo etáreo.



7. **Inmunizaciones:** Es la inoculación de derivados vivos atenuados de patógenos o inmunoglobulinas para la protección contra esos agentes, según Esquema Nacional de vacunación.
8. **Electrocardiograma:** Es un procedimiento que consiste en el registro de la actividad eléctrica cardíaca.
9. **Consulta Externa Médica no especializada:** Atención de salud ambulatoria otorgada al asegurado, realizada por el médico general en el establecimiento de salud, incluye la evaluación integral general (actividades de promoción, prevención, diagnóstico, prescripción, tratamiento, monitoreo, seguimiento, orientación, derivación y/o referencia de pacientes, educación para la salud, entre otros) de pacientes con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos que se brinda según los lineamientos de programación vigentes de EsSalud.

Para efectos de registro cuando la consulta incluya actividades preventivas se registrará como consulta médica preventiva (2/año) registrándose como diagnóstico presuntivo la primera consulta y registrándose como diagnóstico definitivo la segunda consulta para este caso en particular.

Para el caso de la consulta médica preventiva de la gestante se considera una concentración de 4 al año para el control prenatal, siendo responsable el médico de la evaluación inicial y de los exámenes de laboratorio así como de referir a la gestante al cumplir las 30 semanas al II nivel de atención

(\*) En Pacientes > de 75 años, personas con discapacidad, con problemas mentales, primera consulta preventiva según cartera de servicios de atención primaria el promedio es 20 minutos.

10. **Consulta Externa Médica Especializada:** Es la actividad médica prestacional especializada, que incluye evaluación integral, diagnóstico, prescripción, tratamiento y monitoreo de pacientes, con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos específicos, que se brinda en el Centro Asistencial. Tiempo de duración 20 minutos.

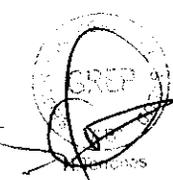
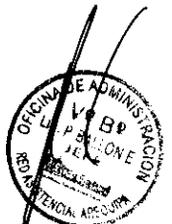
11. **Consulta psicológica:** Acciones realizadas en el establecimiento de salud por el profesional psicólogo, destinadas a brindar atención directa al asegurado, consistente en la detección, evaluación, diagnóstico, terapia y seguimiento a través de actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

Se considera una consulta psicológica a:

- a) Evaluación psicológica: Intervención consistente en la aplicación de pruebas psicológicas.
- b) Sesión de psicoterapia: Intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y está dirigida a abordar los casos que requieran mayor capacidad resolutoria como: abuso sexual y casos con comorbilidad<sup>1</sup>.

Tiempo de duración 40 minutos por "consulta psicológica"

12. **Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación familiar):** Es la técnica comunicacional, individual (mujer entre 18 y 49 años) ó de pareja, orientada a su sexualidad y planificación familiar, brindada como un proceso





gestante, madre, padre o el cuidador; así como directamente al paciente cuando éste es adulto. Con el propósito de ayudar a la usuaria o usuario a encarar y tomar decisiones sobre un problema identificado para mejorar su alimentación y su bienestar. Implica el intercambio de conocimientos, ideas, experiencias y emociones. Con prioridad en consejería de lactancia materna y consejería en alimentación complementaria, y alimentación saludable.

**18. Estimulación Prenatal:** Es el conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social del producto de la concepción, mediante técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad. Estas sesiones se realizan antes de los talleres de psicoprofilaxis. Tiempo de duración: 1 hora.

**19. Sesión de Psicoprofilaxis Materna:** Comprende la consejería y ejercicios para psicoprofilaxis materna. Inicia a partir de las 30 semanas de gestación. Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor y contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

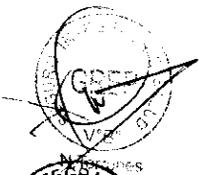
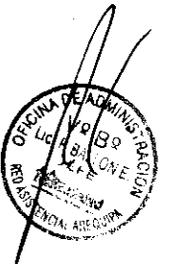
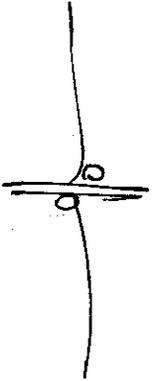
**20. Consulta Odontoestomatológica:** Atención ambulatoria otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, realizada por el profesional cirujano dentista, dirigida a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento odonto-estomatológico. Asimismo, las actividades de prevención de salud oral que corresponda. Tiempo de duración: 15 minutos

**21. Fluorización:** Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado, procedimiento realizado por el profesional cirujano dentista, consiste en la aplicación tópica de flúor gel acidulado al 1.23 % sobre todas las superficies dentales. Se realiza posterior a la detección y eliminación de la placa bacteriana. Tiempo de duración: 10 minutos.

**22. Detección y eliminación de placa bacteriana:** Es una actividad odontológica ambulatoria otorgada al asegurado para detectar y eliminar de placa bacteriana y consejería. Tiempo de duración: 10 minutos

**23. Destartraje:** Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado, consiste en desprender las placas sólidas (el tártaro o cálculo dental), con la utilización de un equipo manual especializado o ultrasonido (según disponibilidad). Se debe realizar en tres piezas dentales como mínimo para considerarse una actividad completa. Tiempo de duración: 10 minutos.

**24. Atención de Tópico.-** Es la actividad realizada de forma ambulatoria, comprende las siguientes intervenciones: curaciones, retiro de puntos, retiro de yeso, nebulización y procedimientos que no estén ligados directamente a la atención inicial del paciente en consulta externa o emergencia y otros de acuerdo a su capacidad resolutoria.



25. **Ecografía Abdominal:** Es el procedimiento de ayuda al diagnóstico por imágenes que emplea ondas ultrasónicas. El procedimiento incluye el examen, la interpretación y el informe.

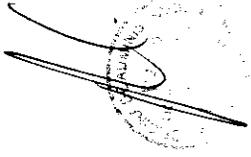
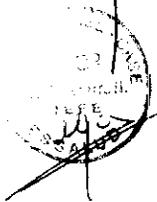
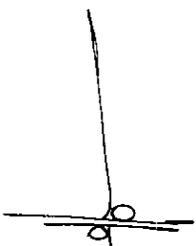
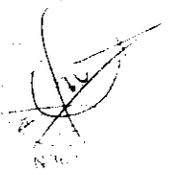
**Examen de ecografía obstétrica abdominal**

- Ecografía obstétrica I trimestre
- Ecografía obstétrica II trimestre

26. **Otras ecografías:** Incluye las ecografías transvaginal que es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina; y otras de acuerdo a su capacidad resolutive.

**Fuente:**

Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud 2013  
Norma Técnica de Salud 087/MINSA DGSP.V.01 aprobada con RM N° 990-2010  
Resolución Ministerial N° 226-2011/MINSA  
Referencias: R.M. N° 361-2011/MINSA.

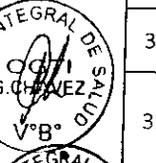
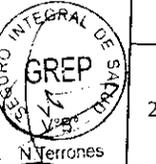


ANEXO 3

Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales  
No incluyen IGV

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	59401	Atención Prenatal		
2	59410	Parto inminente o no referible	15.86	Si
3	99464	Atención inmediata de recién nacido	177.68	Si
4	99231	Hospitalización paciente por día	52.74	Si
5	76700	Ecografía Abdominal completa	105.92	Si
6	76801	Ecografía obstétrica I trimestre	16.23	No
7	76805	Ecografía obstétrica II trimestre	16.27	No
8	76811	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	20.21	No
9	76817	Examen de ecografía transvaginal (obstétrica)	16.27	No
10	76830	Examen de ecografía transvaginal (no obstétrica)	16.55	No
11	81000	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	16.55	No
12	82270	Sangre oculta en heces (Thevenon)	4.62	No
13	82465	Examen de Colesterol Total	3.96	No
14	82565	Creatinina sérica	4.40	No
15	82947	Examen de Glicemia	4.35	No
16	84478	Examen Triglicéridos	4.03	No
17	85007	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula leucocitaria)	4.82	No
18	85018	Examen Hemoglobina	9.73	No
19	86592	Test cualitativo para sífilis	4.68	No
20	86703	Test de ELISA para HIV	9.98	No
21	86900	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	13.97	No
22	86901	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	2.62	No
23	87086	Examen Urocultivo	2.62	No
24	87172	Test de GRAHAM	13.48	No
25	87177	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	3.12	No
26	88142	Examen Citológico de PAP de Cérnix Uterino	8.76	No
27	90585	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	18.79	No
28	90657	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intra muscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
29	90658	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
30	90669	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	3.10	No
31	90681	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
32	90701	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
33	90707	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No



**ANEXO 3**  
**Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales**  
**No incluyen IGV**

**TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
34	90708	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
35	90712	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
36	90714	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	3.10	No
37	90717	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
38	90723	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
39	90744	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
40	90746	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	No
41	93000	Electrocardiograma	9.03	No
42	99201	Consulta Externa Médica no especializada	15.63	Si
43	99203	Consulta Externa Médica Especializada (Gineco Obstetrica)	16.93	Si
44	99207	Consulta Psicológica	17.16	No
45	99208	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	9.32	Si
46	99209	Atención nutricional	8.99	No
47	99282	Atención de pacientes - Prioridad III	25.30	Si
48	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	14.07	Si
49	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	14.07	Si
50	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	14.07	Si
51	99401	Consejería nutricional	9.76	No
52	99412	Sesión de Psicoprofilaxis Materna	4.18	No
53	99413	Sesión de Estimulación prenatal	7.97	No
54	D0150	Consulta Ddontoestomatológica	9.90	Si
55	D1203	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	7.35	No
56	D1204	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	7.35	No
57	D1206	Aplicación de Barniz de flúor	14.38	No
58	D1330	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	8.62	No
59	D4341	Destartraje de tres piezas dentarias	9.07	No



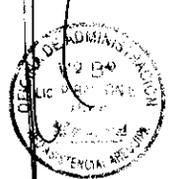
T. Solazar A.

**ANEXO 3**  
**Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales**  
**No incluyen IGV**

TARIFAS DE LA RED ASISTENCIAL ESSALUD AREQUIPA				
N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	59410	Parto inminente o no referible		
2	99464	Atención inmediata de recién nacido	316.28	Si
3	99231	Hospitalización paciente por día	98.55	Si
4	70250	Examen radiológico de cráneo; menos de cuatro placas	159.97	Si
5	71010	Examen radiológico de tórax; vista frontal.	27.48	No
6	74000	Examen radiológico de abdomen AP	24.70	No
7	76700	Ecografía Abdominal	29.66	Si
8	76801	Ecografía obstétrica I trimestre	26.45	No
9	76805	Ecografía obstétrica II trimestre	26.49	No
10	76817	Examen de ecografía transvaginal (obstétrica)	31.59	No
11	82270	Sangre oculta en heces (Thevenon)	27.65	No
12	82465	Examen de Colesterol Total	8.42	No
13	82565	Examen de Creatinina	7.01	No
14	82947	Examen de Glicemia	6.80	No
15	84478	Examen Triglicéridos	7.26	No
			7.25	No
16	85007	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula leucocitaria)	11.84	No
17	85018	Examen Hemoglobina		
18	86592	Test cualitativo para sífilis	6.43	No
19	86703	Test de ELISA para HIV	13.14	No
20	86900	Examen Grupo sanguíneo	15.72	No
21	86901	Examen de Factor RH	5.36	No
22	87086	Examen Urocultivo	5.36	No
23	93000	Electrocardiograma	11.90	No
24	99201	Consulta Externa Médica no especializada	13.59	No
			27.54	Si
25	99203	Consulta Externa Médica Especializada (Pediatria y Gineco Obstetricia)	27.54	No
26	99283	Atención Emergencia (Prioridad III)	43.57	No
27	99284	Atención Emergencia (Prioridad II)	51.52	No



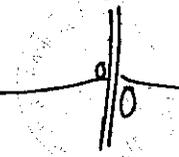
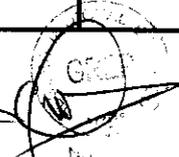
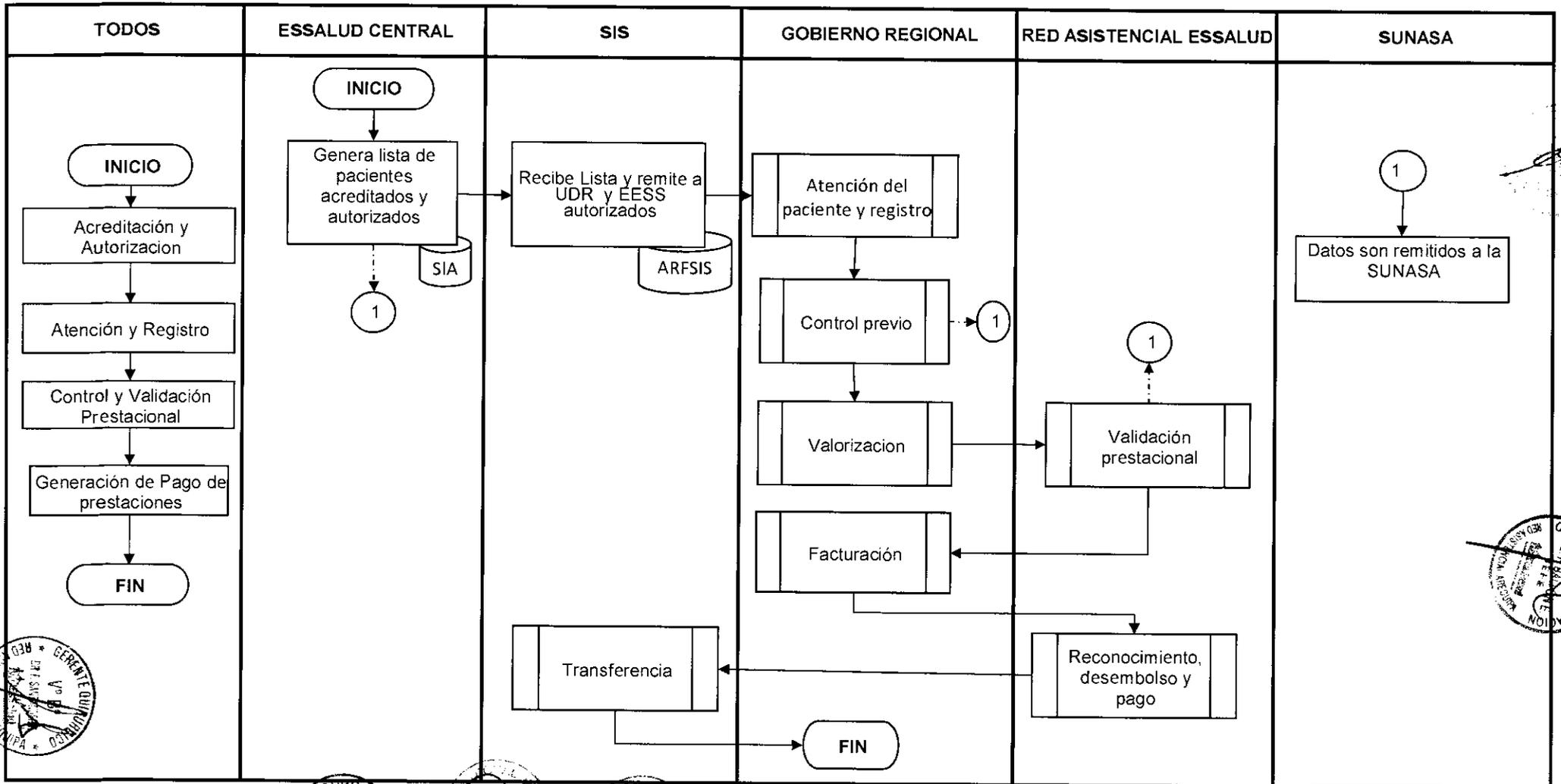


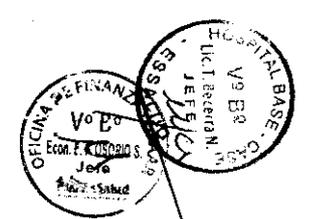
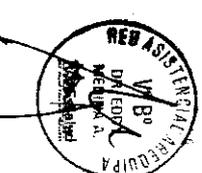
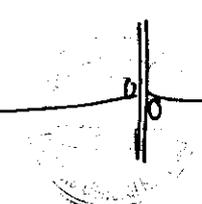
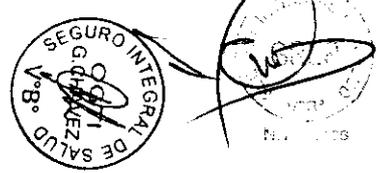
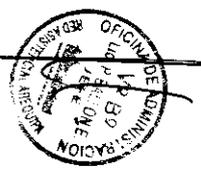
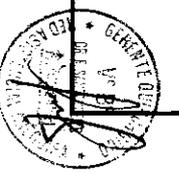
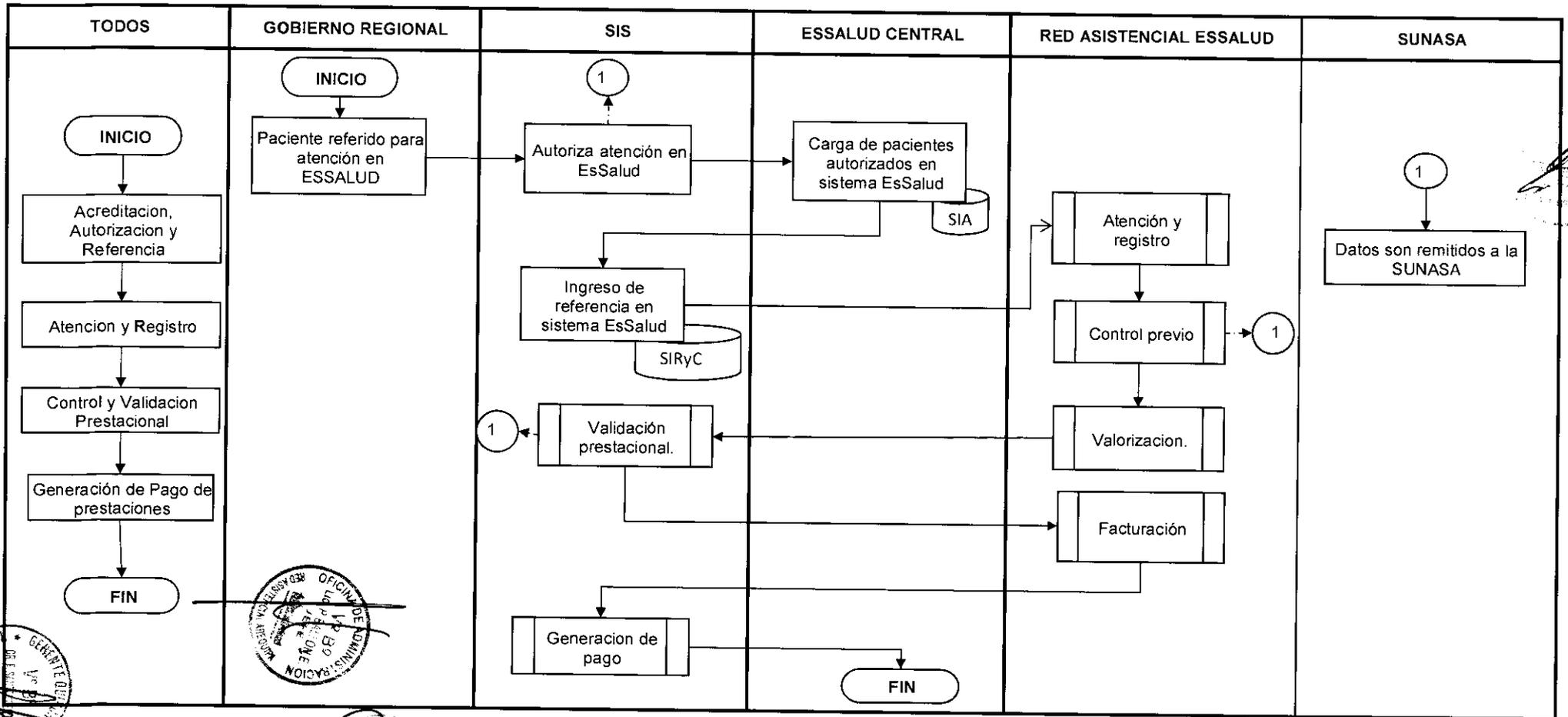




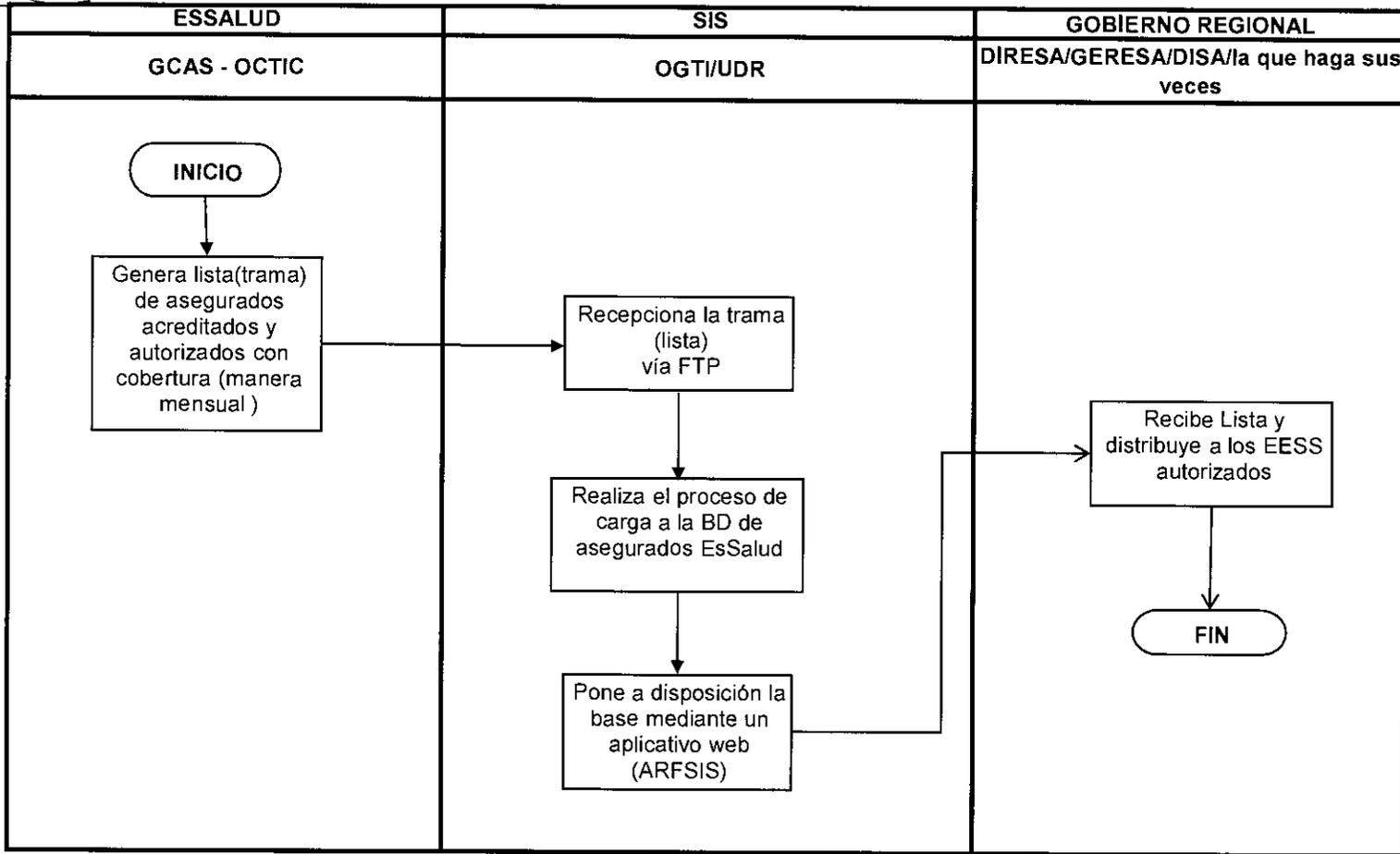
**ANEXO N° 4. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de ESSALUD en el GOBIERNO REGIONAL.**



ANEXO N° 5. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de SIS en la RED Asistencial de ESSALUD.

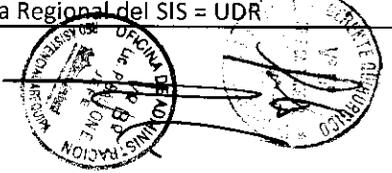
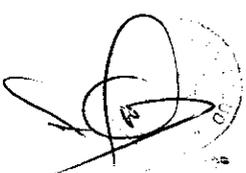


**ANEXO N° 6: Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado ESSALUD para su atención en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.**



Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS  
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.  
 Oficina General de Tecnología de la Información del SIS = OGTI  
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

*[Handwritten signature]*



<b>OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD</b>  <b>OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACION SIS</b>	<b>ANEXO Nº 6</b>	Versión: 02
	<b>Descripción del Proceso de Acreditación y Autorización de paciente afiliado ESSALUD para su atención en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.</b>	Mes Año: 06-2013  Página: 1

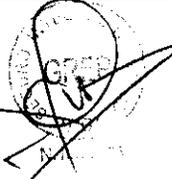
**Objetivo:**  
 Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD para la atención en los establecimientos de salud del Gobierno Regional.

**Alicance:**  
 Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA/GERESA/DISA o la que haga sus veces), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y

Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Realiza la acreditación masiva y la actualización de la tabla de datos de los establecimientos de salud del Gobierno Regional autorizados.	Gerencia Central de Aseguramiento -GCAS y Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones -OCTIC de ESSALUD.
2	Genera y envía la trama que corresponde a la lista de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD. El envío de la trama será vía FTP. La periodicidad del envío mensual.	Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones - OCTIC de ESSALUD.
3	Recepciona la trama y realiza la carga de la base de datos de los asegurados de ESSALUD.	Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI del SIS.
4	Pone a disposición mediante un aplicativo WEB, para la descarga de un archivo ZIP, que contiene la base de datos actualizada de los asegurados de ESSALUD. La UDR comunica a la DIRESA/GERESA/DISA/ Seguros/la que haga sus veces, la disponibilidad de la lista y trama.	Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI UDR del SIS.
5	Recepciona y distribuye la lista de los usuarios autorizados de EsSalud a los establecimientos de salud del Gobierno Regional y centros/puntos de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA/Seguros/la que haga sus veces(Gobierno Regional).	DIRESA/GERESA/DISA/Seguros/La que haga sus veces

Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS  
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.  
 Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI  
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

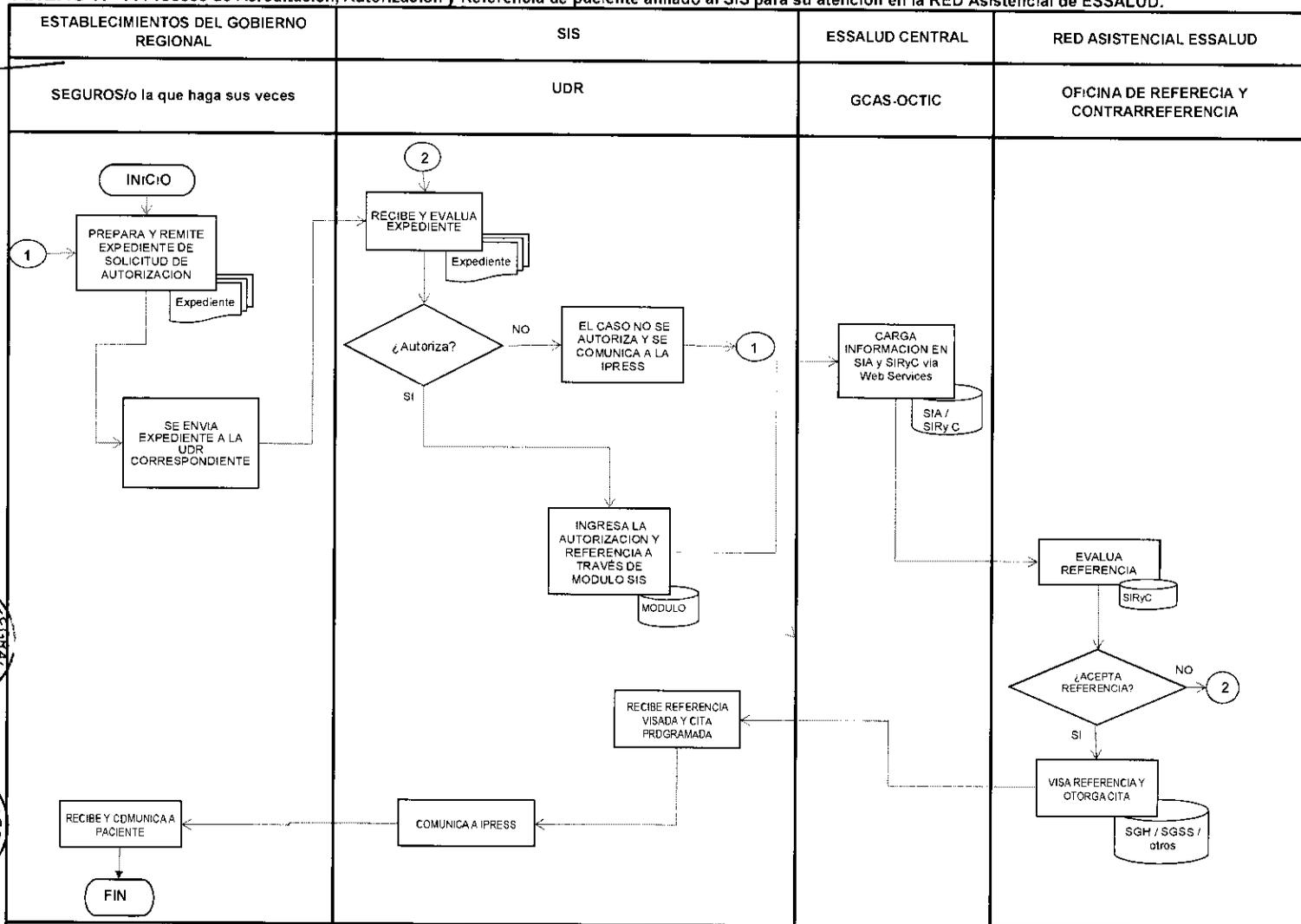
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



**ANEXO N° 7: Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.**



Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS  
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.

Sistema de Gestión Hospitalaria = SGH  
 Sistema de Gestión de Servicios Salud = SGSS  
 Sistema de Información de Asegurados = SIA  
 Sistema de Referencia y Contrarreferencia = SIR y C  
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

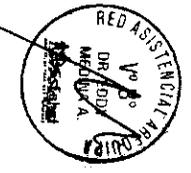
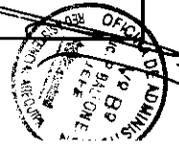
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



SEGURO INTEGRAL DE SALUD GOBIERNO REGIONAL RED ASISTENCIAL ESSALUD	<b>ANEXO N° 7</b>	Versión: 2
	Descripción del Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.	Mes Año: 06-2013 Página: 1

**Objetivo:**  
Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados del SIS para la atención en la Red Asistencial de ESSALUD Ingreso de la referencia del paciente SIS en los aplicativos de ESSALUD y generación de la cita para atención.

**Alcance:** Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA/GERESA/DISA o la que haga sus veces), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y REO Asistencial de ESSALUD, Gerencia Central de Aseguramiento, Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones, Oficina de Referencia y Contrarreferencia

N° Paso	Descripción de Acciones	Tiempo	Responsable
1	Prepara y remite expediente de solicitud de autorización de cobertura para la referencia y atención del paciente SIS en la Red asistencial de ESSALUD. Si la atención requiere Autorización de Cobertura Extraordinaria los documentos serán enviados según normatividad vigente, más la hoja de referencia a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. En caso de que esta prestación no requiera autorización de Cobertura Extraordinaria el expediente podrá ser enviado (correo electrónico ó documento) a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. El expediente consta de:  1.- Copia de la hoja de referencia detallada y completa (de ser el caso especificar el procedimiento con código CPT). 2.- Otro documento que la UDR estime pertinente y necesario para su evaluación, siempre que cuente con la aprobación del Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional.	El tiempo máximo de envío de los expedientes de solicitud de autorización a la UDR es de 2 días hábiles desde la indicación del médico tratante.	Oficina de Seguros de los Establecimientos de Salud del Gobierno Regional o las que haga sus veces
2	Los expedientes que llegan son evaluados. En caso de no estar conformes serán retornados a la Oficina de Seguros del Establecimiento de salud del Gobierno Regional que lo envió para su corrección. En caso de estar conformes son autorizados. Todas las autorizaciones realizadas por la UDR y las referencias son ingresadas al módulo del SIS vía Web Services que de forma automática envía la información de afiliados al SIA (Sistema de Aseguramiento ESSALUD) y de referencia al SIRyC de ESSALUD.	Los expedientes que llegan a la UDR deben ser evaluados en un plazo máximo de 2 días hábiles. La autorización y referencia debe ser ingresada al módulo SIS en un plazo máximo de un día hábil posterior a su autorización.	UDR
3	Evalúa la referencia ingresada en el SIRyC desde el módulo SIS. En caso que la referencia no sea aceptada se comunica a la UDR respectiva. En caso que la referencia sea aceptada se da la cita vía el SIRyC y comunica a la UDR respectiva.	Plazo máximo 2 días hábiles para dar respuesta. En caso de que la referencia este aceptada la fecha de la cita será en un plazo máximo de 7 días hábiles desde la respuesta.	La Oficina de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD
4	La UDR respectiva comunica los resultados de la evaluación de la referencia y envía la cita a la Unidad de Seguros del establecimiento de Salud del Gobierno Regional	Plazo máximo 2 días hábiles	UDR
5	Comunica y entrega al paciente la hoja de referencia y la cita para que acuda al Establecimiento de Salud de la Red Asistencial de ESSALUD.	El plazo depende del tiempo en que el asegurado ó familiar acuda a la Unidad de Seguros	Oficina de Seguros del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional/ la que haga sus veces

\* Los plazos podrán ser modificados según operatividad de las partes y de común acuerdo previa coordinación, previa aprobación del Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional y Comunicación al Comité Central.



**ANEXO N° 8: Proceso de Atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.**

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL**

**Admisión/Seguros/la que haga sus veces**

**Área de Atención**

INICIO

El asegurado de ESSALUD acude y presenta su DNI original

Se verifica la identidad del asegurado, su "acreditación y autorización" en la lista remitida por ESSalud (Consulta Web, archivo excel, lista impresa y/o aplicativo Desktop actualizado)

Se recepciona FUA y se envía al punto de digitación

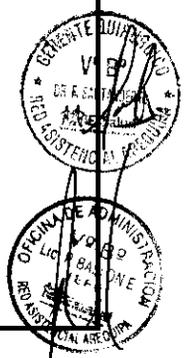
FIN

Se realiza la atención del paciente afiliado a EsSalud (triaje, consultorio, laboratorio, imagenes, farmacia, u otros)

Se realiza el llenado del FUA, (original y copia) con la firma y sello del personal responsable de la atención y con la firma y huella digital del paciente y/o apoderado

REGISTRO FUA

Se entrega FUA debidamente llenado

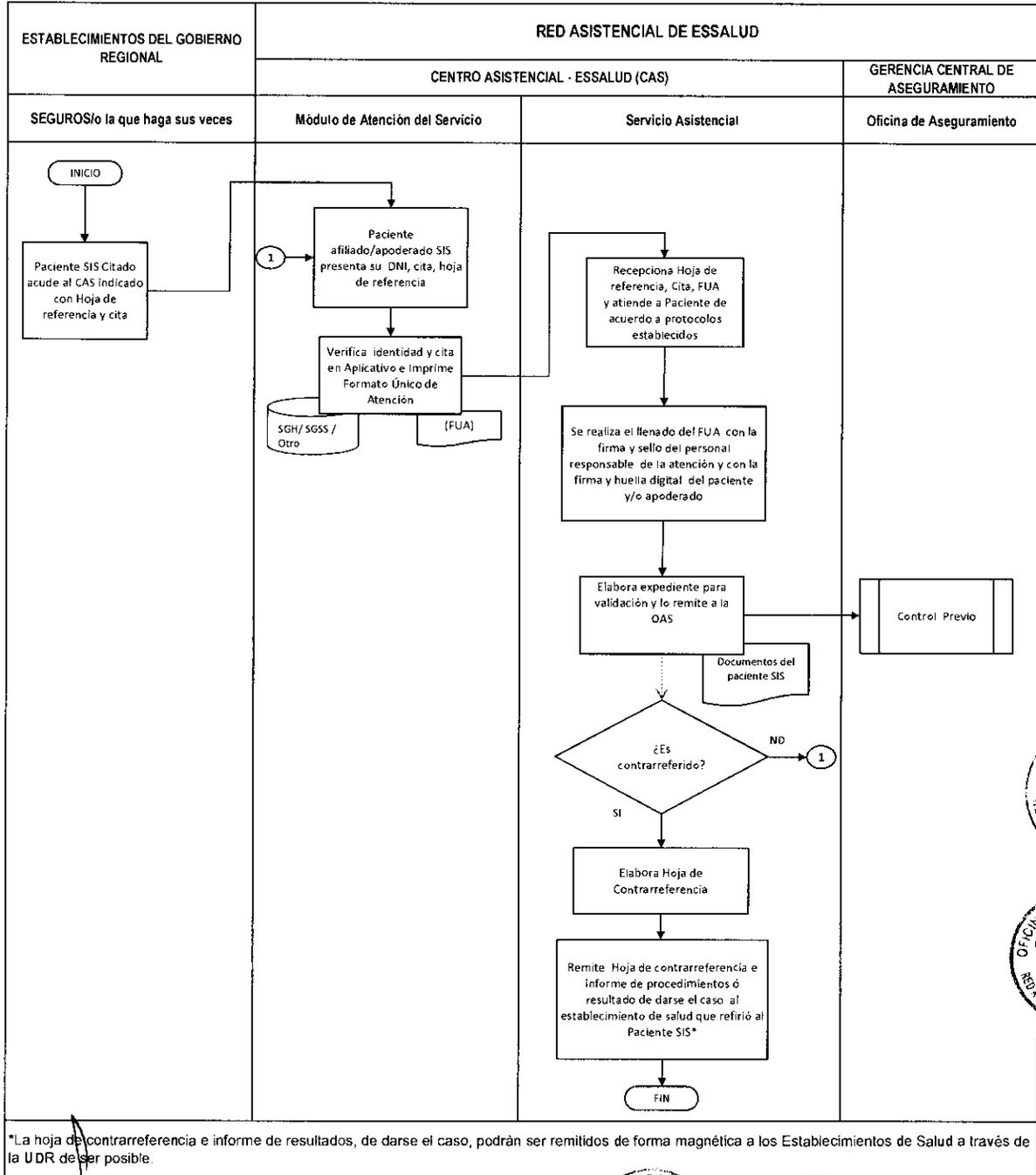


Formato Único de Atención = FUA

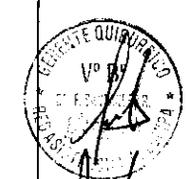




ANEXO N° 9: Proceso de Atención del Paciente afiliado al SIS en la RED Asistencial de ESSALUD



*M*



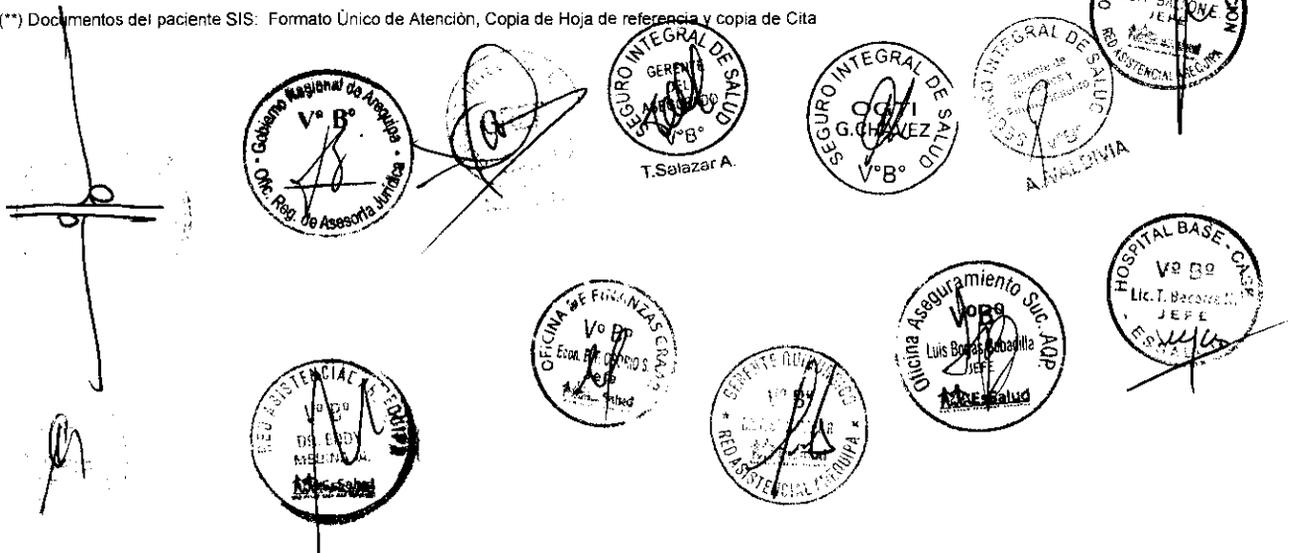
*[Handwritten signature]*



EsSalud		ANEXO N° 9		Versión: 01
		Descripción del Proceso de Atención del Paciente afiliado al SIS en la RED Asistencial de ESSALUD		Mes Año: 06-2013
				Página: 1
<b>Objetivo:</b>		Brindar la prestación de salud a los pacientes afiliados al SIS en los Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD.		
<b>Alcance:</b>		Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable		
1	Se presenta en la fecha y hora indicada en la cita ante el modulo de atención del servicio con los siguientes documentos: DNI (original) Cita Impresa Hoja de Referencia detallada y completa (de ser el caso especificar el procedimiento con código CPT).	Paciente SIS		
2	Verifica identidad y cita en Aplicativo e imprime Formato Único de Atención (FUA), prellenado con los datos generales del paciente y lo adjunta a los otros documentos (Hoja de Referencia y cita). Entrega los documentos al Personal de la Salud responsable de la atención. Indica al paciente que espere su turno.	Modulo de Atención del Servicio		
3	Atiende al paciente. Llena los datos del FUA, según corresponda: diagnóstico del paciente (*), registro del código CIE 10, medicamentos, insumos complementarios, procedimiento/diagnóstico por imágenes/laboratorio con código CPT. Firma y sella el FUA. Solicita la paciente SIS o apoderado, según corresponda, que firme y coloque su huella digital en el FUA, en caso que el paciente o apoderado sea analfabeto sólo consignará su huella digital. Culminada la atención, entrega los documentos del paciente SIS al Jefe de Servicio.	Responsable del Servicio Asistencial		
4	Resguarda temporalmente los documentos del paciente SIS (**) hasta que el responsable del servicio asistencial elabore y entregue el informe del procedimiento, resultados exámenes o epicrisis de darse el caso	Jefe del Servicio Asistencial		
5	De darse el caso elabora el informe del procedimiento, resultados de exámenes o epicrisis y lo entrega al Jefe de Servicio para que lo adjunte a los documentos del paciente SIS (**).	Responsable del Servicio Asistencial		
6	Recibe el informe de procedimiento, resultado de exámenes o epicrisis (e darse el caso) y lo anexa a los documentos del paciente SIS (**). Al finalizar la jornada, remite los documentos a la Oficina de Aseguramiento para el control Previo.	Jefe del Servicio Asistencial		
7	En caso el paciente requiera ser contrarreferido, se registra en la hoja de contrarreferencia, y se entrega al paciente. Los los informes de procedimiento, resultados ó epicrisis serán adjuntados a la contrarreferencia si es que en ese momento esari disponibles, caso contrario se le dará al paciente las indicaciones para su posterior entrega. Los informes de procedimiento, resultados, de darse el caso, podrán ser remitidos de forma magnética a los Establecimientos de Salud a través de la UDR de ser posible.	Responsable del Servicio Asistencial		

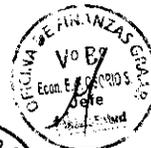
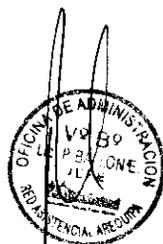
(\*) En caso de referencia para apoyo al diagnóstico se consignará el diagnóstico (Presuntivo/Definitivo) de la hoja de referencia y en caso se pueda definir (nuevo diagnóstico), descartar ó confirmar, deberá consignarse en el FUA con el diagnóstico de la referencia.

(\*\*) Documentos del paciente SIS: Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita

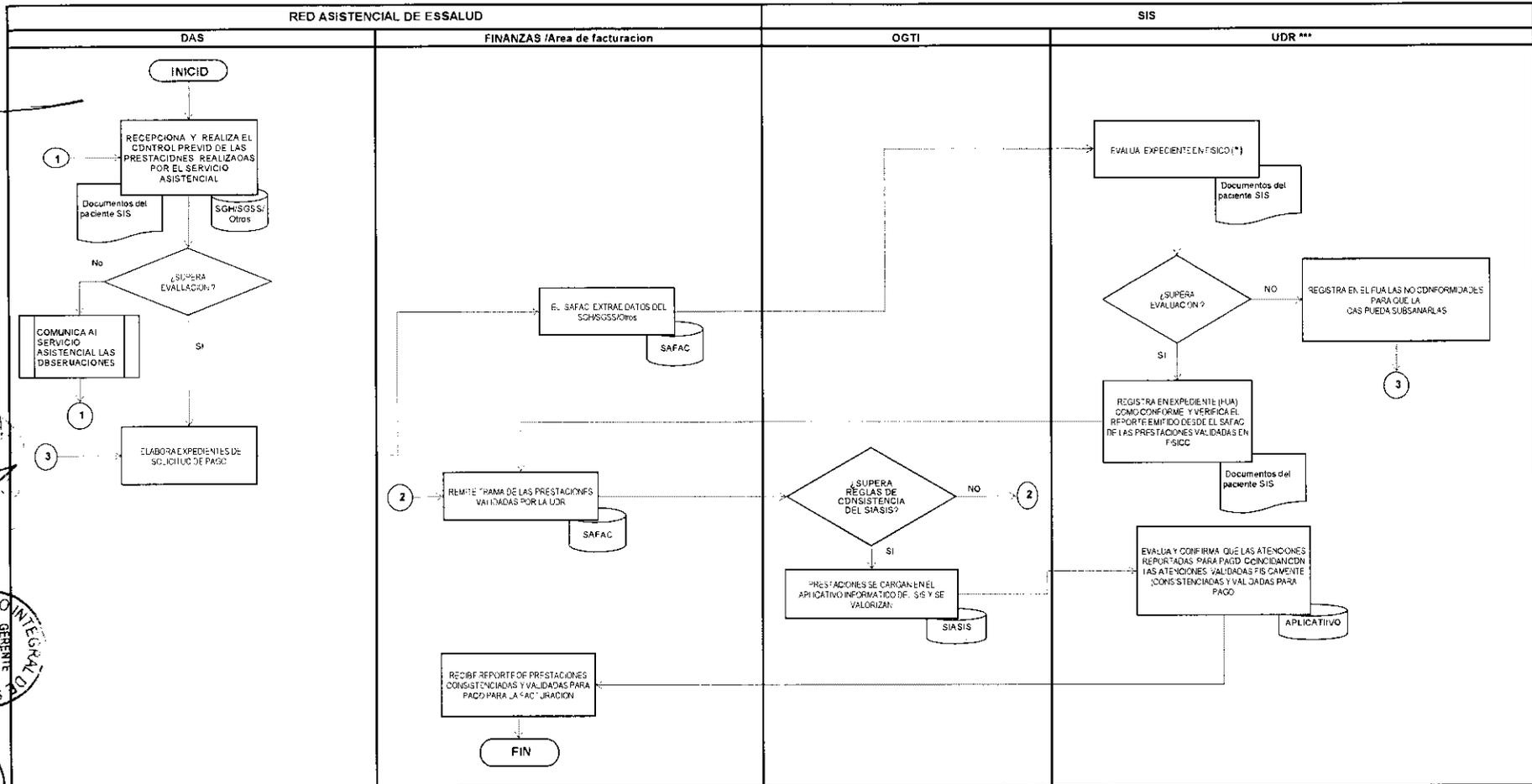




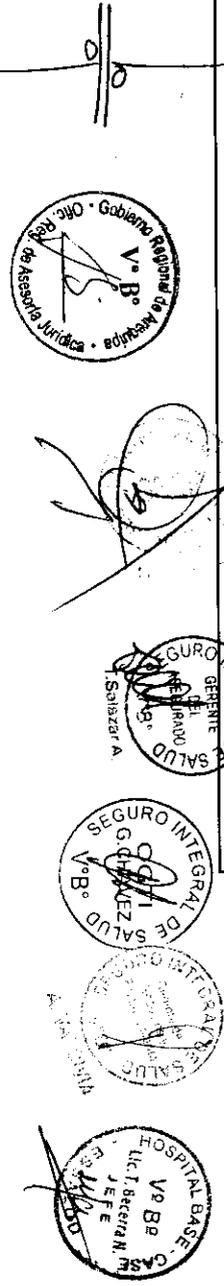
Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD		ANEXO Nº 10		Versión: 02
		Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a ESSALUD atendido en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.		Mes Año: 06-2013
Objetivo:		Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los Establecimientos de salud del Gobierno Regional		
Alcance:		Establecimientos de Salud del Gobierno Regional: Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA (OSD) /Punto de digitación/Centro de digitación SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR) y ESSALUD - Dfina de Aseguramiento (OAS)		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable		
1	Digita los datos del Formato Único de Atención (FUA) en el aplicativo informático de escritorio (ARFSIS), momento en el cual se le aplican las reglas de control de registro. Si la prestación no supera las reglas de control de registro no podrá ingresar al ARFSIS.	Punto de digitación/Centro de digitación		
2	Corrige los datos de los FUA que no hayan superado las reglas de control de registro.	Punto de digitación/Centro de digitación		
3	El punto/centro de digitación remite en medio magnético la información digitada en el ARFSIS (aplicativo de escritorio) a la UDR-SIS correspondiente a su jurisdicción para su carga al SIASIS. Cabe resaltar que la carga de la información de las atenciones ingresadas del ARFSIS al SIASIS las realizará el punto de digitación/centro de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA, cuando cuenten con la disponibilidad de recursos y la capacitación respectiva para hacerlo. Los FUAS en físico que ingresaron al ARFSIS son enviados a la OSD.	Punto de digitación/Centro de digitación		
4	Carga en el SIASIS las prestaciones remitidas por el punto de digitación/centro de digitación.	UDR-SIS		
5	Cierra del ingreso de prestaciones, fecha hasta la cual la UDR o el punto de digitación/centro de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA (cuando tengan la disponibilidad) pueden cargar las atenciones digitadas del ARFSIS al SIASIS, asimismo, consolida las prestaciones cargadas en el SIASIS, en un plazo máximo de un día hábil. Posteriormente aplica las reglas de consistencia a las prestaciones consolidadas, de no superar estas reglas serán retiradas de la base de datos del SIASIS y se publicarán en el link del MUNDO IPRESS ( <a href="http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html">http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html</a> ). El SIS tiene un plazo máximo de 2 días útiles después de la aplicación de las reglas de consistencia para la publicación. Las prestaciones que superan las reglas de consistencia serán valorizadas (valorización bruta) y se les aplica las reglas de validación automática de ESSALUD.	OGTI		
6	El medico auditor verificará el reporte de prestaciones que no superaron las reglas de consistencia en MUNDO IPRESS ( <a href="http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html">http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html</a> ), en la fecha establecida.	OAS		
7	Verifican y coordinan la corrección de los datos de las prestaciones que no superaron las reglas de consistencia para su posterior registro y carga al SIASIS en el periodo siguiente. Asimismo, la OSD envía los FUAS que superaron las reglas de consistencia a la OAS.	OSD/Punto de digitación/Centro de digitación		
8	Verifica las prestaciones que superaron las reglas de validación automáticas realizadas por la OGTI.	OAS		
9	Recepciona los FUAS en físico, ingresa al SIASIS y el medico auditor ejecuta la supervisión médica electrónica (evalúa la pertinencia de la atención contrastando el FUA en físico con la prestación reportada en el módulo de la SME).	OAS		
10	El medico auditor elabora un reporte de los resultados de la validación prestacional con el visto bueno del jefe de la OAS y lo remite a la OSD. Cabe resaltar que la información detallada en los reportes es el resultado de la validación, al término de la SME, la cual incluye la valorización neta de las prestaciones que superaron la evaluación, prestaciones observadas y prestaciones no observadas en un plazo máximo de 2 días hábiles posteriores a la culminación de la SME.  Las prestaciones observadas (no conformes) por la reglas de validación automáticas y evaluación del médico auditor de ESSALUD (SME) podrán pasar al proceso de reconsideración en el cual los establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/DISA tienen 30 días hábiles desde su notificación para el levantamiento de las observaciones, caso contrario serán consideradas rechazadas. Las prestaciones no observadas se consideran validadas para pago y pueden pasar al Proceso de Control Presencial Posterior (evaluación y verificación documental in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático SIASIS y brindadas a los asegurados de EsSalud).	OGTI		
11	Recepciona el reporte remitido por la OAS que será utilizado para la elaboración del proceso de facturación.	OSD		



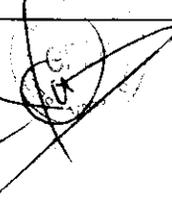
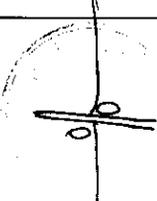
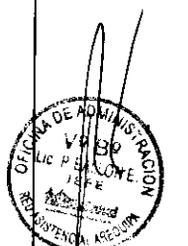
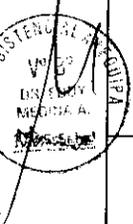
ANEXO N° 11: Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.



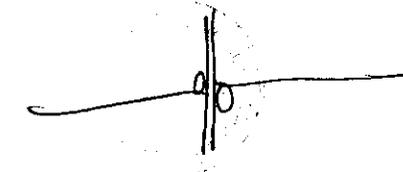
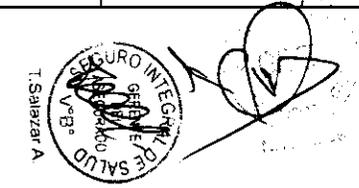
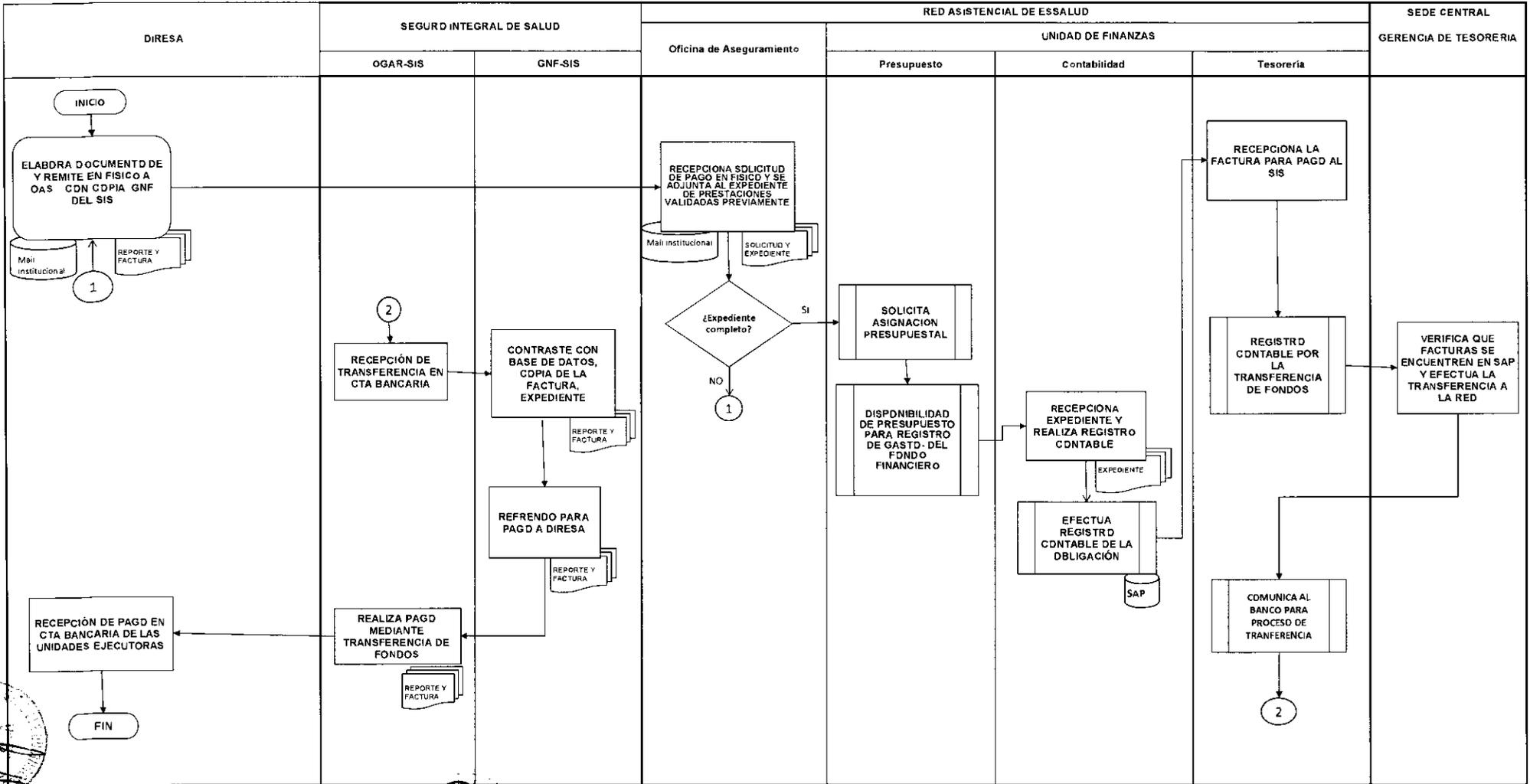
Oficina de Aseguramiento = OAS  
 Oficina general de Tecnología de la información del SIS = OGTI  
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR  
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD  
 (\*) El médico supervisor de la UDR acudir a la OAS para la evaluación de expedientes y de ser necesario evaluar la Historia clínica para la validación respectiva.  
 (\*\*\*) Actividades realizadas en el Área de Facturación de la Red Asistencial de EsSalud  
 Documentos del paciente SIS= Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita, de darse el caso incluirá el informe de procedimiento, resultados o epícrisis.



Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD	<b>ANEXO Nº 11</b>		Versión: 02
	<b>Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.</b>		Mes Año: 06-2013 Página: 1
<b>Objetivo:</b>	Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados al SIS en la Red Asistencial de ESSALUD		
<b>Alcance:</b>	SIS: Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) / Unidad Desconcentrada Regional (UDR) ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS) / Finanzas - Área de Facturación (AF).		
<b>Nº Paso</b>	<b>Descripción de Acciones</b>	<b>Responsable</b>	
1	Recepciona los documentos del paciente SIS (Formato Único de Atención, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita, de darse el caso incluirá copia del informe de procedimiento, resultados o epicrisis), los evalúa y contrasta con la información ingresada en el SGH/SGSS/Otros. Envía los documentos del paciente SIS de las prestaciones que superan la evaluación a AF, caso contrario los documentos del paciente SIS serán remitidos al Servicio Asistencial para las acciones correctivas. Posteriormente coordina con el médico de la UDR la fecha de la validación.	Oficina de Aseguramiento	
2	Los datos de las prestaciones que superan la evaluación serán extraídos por el SAFAC	Finanzas - Área de Facturación (AF)	
3	Evalúa el expediente en físico, de superar la evaluación registra el FUA como conforme (sella y firma) y en la oficina de AF se marcan las prestaciones validadas en el SAFAC el mismo que exportará un reporte que será verificado, firmado y sellado por el médico de la UDR. En caso que la prestación no supere la evaluación, el médico registra en el FUA las no conformidades para que la OAS pueda subsanarlas en coordinación con el servicio asistencial. Cabe resaltar que el médico supervisor de la UDR evaluará los expedientes en la AF de Red de ESSALUD en presencia de el médico auditor de la OAS (en caso no se disponga de un médico auditor se contará con un representante de la misma) y de ser necesario evaluará la Historia clínica para la validación respectiva.	UDR	
4	Recepciona el expediente de las prestaciones validadas y las envía en trama de datos desde el SAFAC al SIASIS.	AF	
5	Aplica las reglas de consistencia a las prestaciones de la trama de datos cargada en el SIASIS. Las prestaciones que no las superan son remitidas en un reporte al médico auditor de la OAS para su corrección. Las prestaciones que superan las reglas de consistencia ingresarán al aplicativo y serán valorizadas, posteriormente la UDR evalúa y confirma que las atenciones remitidas via trama coincidan con las atenciones validadas físicamente (consistenciadas y validadas para pago); Posteriormente enviará el reporte de las prestaciones a facturar al AF de Essalud.	OGTI/UDR	
6	Evalua las prestaciones que no superan las reglas de consistencia para su corrección respectiva y posterior carga al aplicativo informático SIASIS.	AF	



ANEXO N° 12: Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL







# ANEXO N° 13

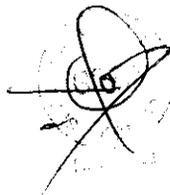
Versión: 01  
Página: 1  
Mes Año: 04-2013

**Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.**

**OBJETIVO:** Procedimiento de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.

**Alcance:** SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR), Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional (OGPPDO - SIS) y Oficina General de Tecnología de la Información (OGAR).  
Red Asistencial de ESSALUD.: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas área de facturación (AF)

Nº PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Posteriormente a la recepción del reporte de prestaciones a facturar enviado por la UDR, el área de facturación de la oficina de finanzas genera la factura.  Fecha de envío: hasta los 10 días del mes	OFICINA DE FINANZAS ÁREA DE FACTURACIÓN (AF)
2	Registro contable de los ingresos por prestaciones de servicios de salud en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de la RED asistencial de EsSalud y remite expediente de pago a OAS para ser remitida a GNF	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE CONTABILIDAD. RED ASISTENCIAL - ESSALUD
3	Remision del expediente de pago a GNF SIS, conteniendo (factura, reporte sellado y firmado por la UDR que contenga el detalle de las prestaciones consistenciadas y aprobadas para pago).	OAS RED ASISTENCIAL - ESSALUD
4	Recepciona y Verifica que la factura recibida corresponda en monto con las prestaciones validadas por la UDR (en el aplicativo).	GNF -SIS
5	Aprobación de notas modificatorias	OGPPDO - SIS
6	Solicitud de certificacion	GNF-SIS
7	Aprobacion de certificacion	OGPPDO - SIS
8	Registra la factura y las vincula con las prestaciones consistenciadas y aprobadas para pago (en el aplicativo).	GNF -SIS
9	Realiza el compromiso presupuestal y ejecuta el pago via transferencia. posteriormente informa a Essalud la transferencia realizada	OGAR - SIS
10	Recepciona los Fondos del SIS y procede a transferir los mismos a las Redes Asistenciales de acuerdo a procedimiento establecido	Gerencia de Tesoreria/Sede Central
11	Recibe Transferencias por pago de prestaciones generadas en el marco del convenio y se comunica a OAS	RED ASISTENCIAL ESSALUD - UNIDAD DE FINANZAS



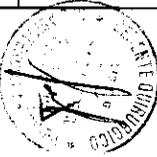
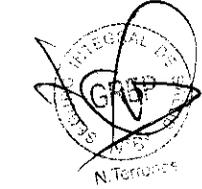
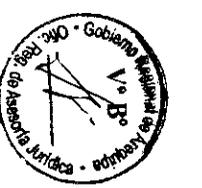
# ANEXO N° 14

## CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta prestación
1	Atención Prenatal	59401	Atención	Obstétrica	009
2	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica	054
3	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica	054
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica	065/067
5	Ecografía Abdominal completa	76700	Procedimiento	Médica	071/056/054/055/062/067/065/068/066
6	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Médica	71/056/062/009/066/067/068/013/065
7	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Médica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
8	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	76811	Procedimiento	Medica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
9	Examen de ecografía transvaginal (obstétrica)	76817	Procedimiento	Medica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
10	Examen de ecografía transvaginal (no obstétrica)	76830	Procedimiento	Medica	071/056/054/062/066/067/055/068/065
11	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	81000	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
12	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/009/066
13	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/068/009
14	Creatinina sérica	82565	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/062/065/067/068/120
15	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
16	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
17	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	85007	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
18	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
19	Test cualitativo para sífilis	86592	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
20	Test de ELISA para HIV	86703	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
21	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguíneo)	86900	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/062/065/067/068/120
22	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	86901	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/062/065/067/068/120
23	Examen Urocultivo	87086	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/068/009/066
24	Test de GRAHAM	87172	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
25	Examen Seriado Parasitológico por tres muestras en heces	87177	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
26	Examen Citológico de PAP de Cérnix Uterino	88142	Examen	Médica/obstétrica	71/056/009/024
27	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	90585	Atención	Enfermería	061/056/001/054/055

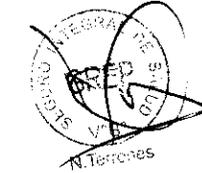
0/0



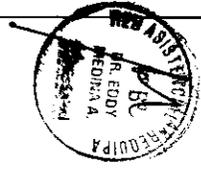
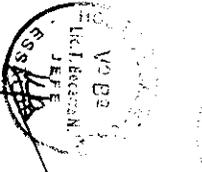
28	Vacuna contra la influenza, virus de la división, cuando se administra a los niños 6-35 meses de edad, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90657	Atención	Enfermería	061/056/001
29	Vacuna contra la gripe, virus de la división, cuando se administra a las personas de 3 años de edad y mayores, para uso intramuscular (según esquema nacional de vacunación vigente)	90658	Atención	Enfermería	061/056/001/118/119/017
30	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermería	061/056/001/118/119/017
31	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90681	Atención	Enfermería	061/056/001
32	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermería	061/056/001
33	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90707	Atención	Enfermería	061/056/001
34	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermería	061/056/118/119/017
35	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meswes y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90712	Atención	Enfermería	061/056/001
36	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	90714	Atención	Enfermería	061/056/118/119/017
37	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90717	Atención	Enfermería	061/056/119/017/001/118
38	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	90723	Atención	Enfermería	061/056/001

*[Handwritten signature]*

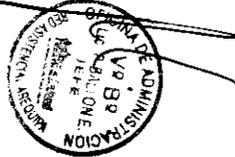
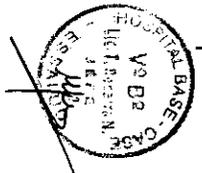
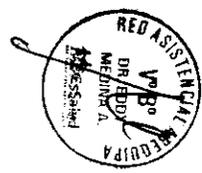
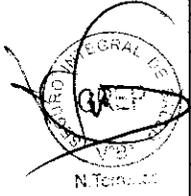
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

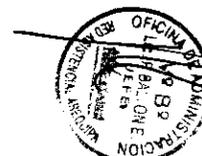
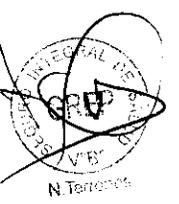


39	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recién nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	90744	Atención	Enfermería	061/056/001/054/055/017
40	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	90746	Atención	Enfermería	061/056/054/055
41	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
42	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica	056
43	Consulta Externa Médica Especializada (Gineco Obstetrica)	99203	Consulta	Médica	056
44	Consulta Psicológica	99207	Consulta	Psicología	056
45	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetrix	018
46	Atención nutricional	99209	Sesión	Nutricionista	056
47	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica	062
48	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera	001
49	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera	001
50	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera	118/119
51	Consejería nutricional	99401	sesión	Enfermera/nutricionista	005
52	Sesión de Psicoprofilaxis Materna	99412	Sesión	Obstétrica	009
53	Sesión de Estimulación prenatal	99413	Sesión	Obstétrica	009
54	Consulta Odontoestomatológica	D0150	Consulta	Odontologica	056
55	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica	021
56	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica	021
57	Aplicación de Barniz de flúor	D1206	sesión	Odontológica	021
58	Detección y eliminación de Placa Bacteriana (incluye cepillo dental)	D1330	Sesión	Odontológica	020
59	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica	021



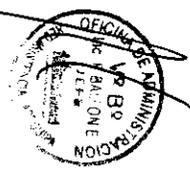
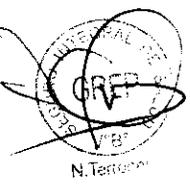
**RED ASISTENCIAL DE ESSALUD AREQUIPA**

N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta prestación
1	Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica	054
2	Atención inmediata de recién nacido	99464	Atención	Médica	054
3	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica	065/067
4	Examen radiológico de cráneo; menos de cuatro placas	70250	Procedimiento	Médica	071/056/054/055/062/067/065/068/066
5	Examen radiológico de tórax; vista frontal.	71010	Procedimiento	Médico Radiólogo / Tecnólogo Médico	071/056/054/055/062/067/065/068/066
6	Examen radiológico de abdomen AP	74000	Procedimiento	Médico Radiólogo / Tecnólogo Médico	071/056/062/065/067/068
7	Ecografía Abdominal	76700	Procedimiento	Medica	071/056/054/055/062/067/065/068/066
8	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Medica	71/056/062/009/066/067/068/013/065
9	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Medica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
10	Examen de ecografía transvaginal (obstétrica)	76817	Procedimiento	Medica	71/056/054/055/062/009/066/067/068/013/065
11	Sangre oculta en heces (Thevenon)	82270	Examen	Médica	071/056/054/062/065/067/055/009/066
12	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Médica	071/056/054/062/065/067/055/068/009
13	Examen de Creatinina	82565	Examen	Médica	071/056/062/065/067/068/120
14	Examen de Glicemia	82947	Examen	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
15	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Médica	071/056/054/062/067/055/068/009/065
16	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y fórmula leucocitaria)	85007	Examen	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
17	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
18	Test cualitativo para sífilis	86592	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/067/055/068/009/065
19	Test de ELISA para HIV	86703	Examen	Médica	071/056/054/062/067/055/068/009/065
20	Examen Grupo sanguíneo	86900	Examen	Médico	071/056/062/065/067/068/120
21	Examen de Factor RH	86901	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
22	Examen Urocultivo	87086	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/054/062/065/067/055/068/009/066
23	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
24	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica	056
25	Consulta Externa Médica Especializada (Pediatria y Gineco Obstetricia)	99203	Consulta	Médica	056
26	Atención Emergencia (Prioridad III)	99282	Atención	Médica	062
27	Atención Emergencia (Prioridad II)	99281	Atención	Médica	062



**LEYENDA**

001	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0 - 4 años	011	Exámenes de laboratorio completo de la gestante
118	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años	013	Exámenes de ecografía obstétrica
119	Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años	018	Salud reproductiva (planificación familiar)
005	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	050	Atención inmediata del recién nacido normal
020	Salud Bucal	051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica
021	Prevención de caries	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN
022	Detección de problemas en Salud Mental	054	Atención de parto vaginal
009	Atención prenatal	055	Cesárea
056	Consulta externa	066	Internamiento con intervención quirúrgica menor
059	Extracción dental (exodoncia)	067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor
060	Atención extramural urbana y periurbana (Visita domiciliaria)	068	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	070	Atención odontológica especializada
061	Atención en tópico	071	Apoyo al diagnóstico
062	Atención por emergencia	120	Procedimiento Terapéutico
064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	200	Atención de rehabilitación (post fractura y/o post esguince)
065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	117	Traslado de Emergencia



ANEXD N° 15: FORMATO DE ATENCIÓN (CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCIÓN DE PACIENTES ESSALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL

FORMATO UNICO DE ATENCION

--	--	--	--

N° FORMATO ATENCIÓN PARA RECONSIDERACIÓN:	
---	--

<table border="1"> <tr> <td>ESTADO *</td> <td>SEXO *</td> </tr> <tr> <td>SENO SUBSIDIADO *</td> <td>ANTICED. INSCR. * AFL. *</td> </tr> </table>	ESTADO *	SEXO *	SENO SUBSIDIADO *	ANTICED. INSCR. * AFL. *	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>NUMERO</td> </tr> </table>	DIA	NUMERO	<table border="1"> <tr> <td>TIPO</td> <td>N° DOCUMENTO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>(Se registra el DNI)</td> </tr> </table>	TIPO	N° DOCUMENTO	1	(Se registra el DNI)	<table border="1"> <tr> <td>PRESTADOR</td> <td>(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)</td> </tr> <tr> <td>PÓN. EXTENSO</td> <td>NO SE REGISTRA</td> </tr> </table>	PRESTADOR	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)	PÓN. EXTENSO	NO SE REGISTRA
ESTADO *	SEXO *																
SENO SUBSIDIADO *	ANTICED. INSCR. * AFL. *																
DIA	NUMERO																
TIPO	N° DOCUMENTO																
1	(Se registra el DNI)																
PRESTADOR	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)																
PÓN. EXTENSO	NO SE REGISTRA																

DIA		MES		AÑO	
-----	--	-----	--	-----	--

<table border="1"> <tr> <td>MASCULINO</td> <td>FEMENINO</td> </tr> </table>	MASCULINO	FEMENINO	<table border="1"> <tr> <td>AMBULATORIOS</td> <td>REFERENCIA</td> <td>EMERGENCIA</td> </tr> </table>	AMBULATORIOS	REFERENCIA	EMERGENCIA	<table border="1"> <tr> <td>ATENCIÓN DIRECTA</td> <td>N° DE AUTORIZACIÓN</td> <td>PAQUETE</td> </tr> <tr> <td>ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO EPS)</td> <td>*</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>CASO ESPECIAL</td> <td>*</td> <td>*</td> </tr> </table>	ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACIÓN	PAQUETE	ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO EPS)	*	*	CASO ESPECIAL	*	*
MASCULINO	FEMENINO															
AMBULATORIOS	REFERENCIA	EMERGENCIA														
ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACIÓN	PAQUETE														
ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO EPS)	*	*														
CASO ESPECIAL	*	*														

<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2 0</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			2 0	<table border="1"> <tr> <td>INTERAMBUL.</td> <td>EXTENSIÓN</td> </tr> </table>	INTERAMBUL.	EXTENSIÓN	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2 0</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			2 0
DIA	MES	AÑO														
		2 0														
INTERAMBUL.	EXTENSIÓN															
DIA	MES	AÑO														
		2 0														

DEL ESTABLECIMIENTO	ITINERANTE/EO. AISLADO
---------------------	------------------------

ALTA	ESTADO	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRAREFERIDO	FALLECIDO
------	--------	------------	------------------	----------------------	----------------	-----------

DIA	MES	AÑO
		2 0

<table border="1"> <tr> <td>CPN (N°)</td> <td>PERO (N°)</td> <td>TALLA (CM)</td> <td>CONSIDERA INTERFERENCIA (SI/NO)</td> </tr> <tr> <td>EDAD GEST. (SEM)</td> <td>EDAD GEST. (SEMANAS)</td> <td>APGAR</td> <td>CONSIDERA PP.FE (SI/NO)</td> </tr> <tr> <td>ALTURA UTERINA (cm)</td> <td>CREB (N°)</td> <td>ADHESIÓN VITÁRICA (SI/NO)</td> <td>PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)</td> </tr> <tr> <td>P. A. (mmHg)</td> <td>LEON. TÍPICO (SI/NO)</td> <td>ADHESIÓN SUP. (SI/NO)</td> <td>ADHESIÓN SUP. (SI/NO)</td> </tr> <tr> <td>PROF. LAXIS (SI/NO)</td> <td>LACTANCIA NAT. EXCL. (SI/NO)</td> <td>CONTROL DE PUERPERIO (N°)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENT. (SI/NO)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENT. (SI/NO)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CPN (N°)	PERO (N°)	TALLA (CM)	CONSIDERA INTERFERENCIA (SI/NO)	EDAD GEST. (SEM)	EDAD GEST. (SEMANAS)	APGAR	CONSIDERA PP.FE (SI/NO)	ALTURA UTERINA (cm)	CREB (N°)	ADHESIÓN VITÁRICA (SI/NO)	PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)	P. A. (mmHg)	LEON. TÍPICO (SI/NO)	ADHESIÓN SUP. (SI/NO)	ADHESIÓN SUP. (SI/NO)	PROF. LAXIS (SI/NO)	LACTANCIA NAT. EXCL. (SI/NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		RESIDENT. (SI/NO)				RESIDENT. (SI/NO)				<table border="1"> <tr> <td>ECG</td> <td>INFLUENZA</td> <td>ANTIEMBRÍONICA</td> </tr> <tr> <td>DPT</td> <td>PAROTIF.</td> <td>ANTIHEMOC.</td> </tr> <tr> <td>APG</td> <td>RUBOLA</td> <td>ANTIETANEA</td> </tr> <tr> <td>ARA</td> <td>ROTAVIRUS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>DT ADULTO (N° DOSES)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HVB</td> <td>PENTAVAL</td> <td></td> </tr> </table>	ECG	INFLUENZA	ANTIEMBRÍONICA	DPT	PAROTIF.	ANTIHEMOC.	APG	RUBOLA	ANTIETANEA	ARA	ROTAVIRUS		DR	DT ADULTO (N° DOSES)		HVB	PENTAVAL	
CPN (N°)	PERO (N°)	TALLA (CM)	CONSIDERA INTERFERENCIA (SI/NO)																																												
EDAD GEST. (SEM)	EDAD GEST. (SEMANAS)	APGAR	CONSIDERA PP.FE (SI/NO)																																												
ALTURA UTERINA (cm)	CREB (N°)	ADHESIÓN VITÁRICA (SI/NO)	PROFILAXIS OCULAR (SI/NO)																																												
P. A. (mmHg)	LEON. TÍPICO (SI/NO)	ADHESIÓN SUP. (SI/NO)	ADHESIÓN SUP. (SI/NO)																																												
PROF. LAXIS (SI/NO)	LACTANCIA NAT. EXCL. (SI/NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)																																													
RESIDENT. (SI/NO)																																															
RESIDENT. (SI/NO)																																															
ECG	INFLUENZA	ANTIEMBRÍONICA																																													
DPT	PAROTIF.	ANTIHEMOC.																																													
APG	RUBOLA	ANTIETANEA																																													
ARA	ROTAVIRUS																																														
DR	DT ADULTO (N° DOSES)																																														
HVB	PENTAVAL																																														

DESCRIPCIÓN	TIPO Dx	CIE-10	CIE-11	TIPO
1	P D K			D R
2	P D K			D R
3	P D K			D R
4	P D R			D R
5	P D R			D R

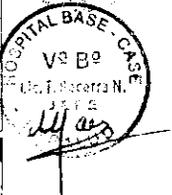
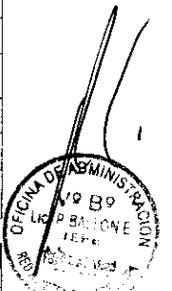
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Firma y Sello del Responsable de la Atención / Firma del afiliado e apoderado

LOS CAMPOS SEÑALADOS CON \* NO SERAN REGISTRADOS EN CASO DE PACIENTES ESSALUD POR LOS ESTABLECIMIENTOS DEL GOBIERNO REGIONAL. RESTO DE CAMPOS SERAN LLENADOS DE ACUERDO AL TIPO DE ATENCIÓN

EN LOS FORMATOS DE ATENCIÓN SE PODRAN INCLUIR LOS LOGOS DE LAS PARTES QUE HAN SUSCRITO LOS CONVENIOS



**ANEXO N° 15: FORMATO DE ATENCIÓN  
(CARA POSTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES ESSALUD EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL**

**TERAPÉUTICA, INSUMOS,  
PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL  
DIAGNÓSTICO**

**FORMATO DE ATENCIÓN N°**

MEDICAMENTOS													
CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX

INSUMOS COMPLEMENTARIOS													
CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO													
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES		

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PROCEDIMIENTOS)									
CÓDIGO	NOMBRE	IND/ PRES	EJE/ ENTR	DX	RES	N° TICKET	FO		

**OBSERVACIONES**

---



---



---

Firma y Sello del Responsable de Farmacia y/o Laboratorio

Firma del Afiliado o Apoderado

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Sólo el registro de las DOS firmas y huella digital es señal de conformidad de que medicamentos y apoyo al diagnóstico fue otorgado al asegurado SIS. Es requisito para el Pago.

The image shows a collection of official stamps and handwritten signatures. On the left, there is a large handwritten signature. Below it are several circular stamps:
 

- Stamp 1: Gobierno Regional de Arequipa, Ofic. Reg. de Asesoría Jurídica, with a signature.
- Stamp 2: Seguro Integral de Salud, Gerente de Asegurado, T. Salazar A., with a signature.
- Stamp 3: Seguro Integral de Salud, with a signature.
- Stamp 4: Hospital Base - CASE, with a signature.
- Stamp 5: Oficina de Finanzas, with a signature.
- Stamp 6: Oficina de Administración, with a signature.
- Stamp 7: Red Asistencial Arequipa, with a signature.
- Stamp 8: Medicina Aseguramiento SUC ADP, with a signature.
- Stamp 9: Hospital Base - CASE, with a signature.
- Stamp 10: Oficina de Administración, with a signature.
- Stamp 11: Frente Quirúrgico, with a signature.

ANEXO N° 16: FORMATO DE ATENCIÓN  
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

FORMATO UNICO DE ATENCION

X	-	X	-	X
---	---	---	---	---

X	X
---	---

SUBSECIÓN	X
SEMICONTRIBUTIVO	X

OISADIRESA	NUMERO
X	X

IP	N° DOCUMENTO
X	X

X
X

X
X

DIA	MES	AÑO
X	X	X

MASCULINO	X
FEMENINO	X

REGULAR	X
EMERGENCIA	

X
---

ATENCION DIRECTA	N° DE AUTORIZACION	MONTO
AUTORIZACION UDR	X	X

DIA	MES	AÑO
		2 0

:
---

--

X	X	X
---	---	---

ALTA	CITADA	HOSPITALIZADO	REFERIDO	CONTRAREFERIDO	FALLECIDO
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO

DIA	MES	AÑO
		2 0

N°	DESCRIPCION	TIPO De	CEB - 18	CEB - 18	TIPO
1		P D R			D R
2		P D R			D R
3		P D R			D R

1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. ODONTOLÓGICO 4. FISIOTERAPEUTA 5. ENFERMERA 6. TRABAJADORA SOCIAL 7. PSICÓLOGO 8. TECNÓLOGO MÉDICO 9. INTERPRETE 10. TÉCNICO EN MEDICINA 11. AYUDANTE DE ENFERMERIA

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

EL REGISTRO DE PACIENTES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIBA SE REALIZA POR MEDIO DE ESTE FORMATO.

(\*) FECHA DE CORTE DE LA ATENCION: PARA CASOS DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DONDE ES NECESARIO HACER UN CORTE CON FINES DE LIQUIDACION

LOS CAMPOS MARCADOS CON X PODRAN SER GENERADOS DE FORMA AUTOMATICA ANTES DE LA ATENCION

EN LOS FORMATOS DE ATENCION SE PODRAN INCLUIR LOS LOGOS DE LAS PARTES QUE HAN SUSCRITO LOS CONVENIOS

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*





**ANEXO N° 17**  
**Formato de Referencia**



**HOJA DE REFERENCIA**

N°

**1. DATOS GENERALES**

Fecha / /  Hora : :  Asegurado:  SI  NO PLANES DE ATENCIÓN SIS A  B  C  D  E  
 Tipo: .....

Establecimiento de Origen de la Referencia:

Establecimiento Destino de la Referencia:

**2. IDENTIFICACION DEL USUARIO**

CODIGO DE AFILIACION AL SIS  N° HISTORIA CLINICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad Años <input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Dias <input type="text"/>
Dirección: <input type="text"/>	Distrito: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/>

**3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

Anamnesis:

Examen Físico T°  P.A.  F.R.  F.C.

Exámenes Auxiliares:

Diagnóstico 1:	2:	3:	CRE - 10	D	P	R
<input type="text"/>						

Tratamiento:

**4. DATOS DE LA REFERENCIA**

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:		
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Apoyo al Diagnóstico (Múltiple Origen)	
Fecha en que será atendido:	<input type="text"/>		
Hora en que será atendido:	<input type="text"/>		
Nombres de quién lo atenderá:	<input type="text"/>		
Nombre con quién se coordinó la atención:	<input type="text"/>		

Especialidad de Destino:

Pediatría  Medicina  Cirugía  Gineco-Obst.  Lab.  Rx. Imag.  Otro

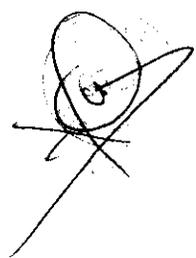
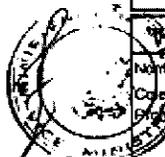
Condiciones del Paciente al inicio del Traslado

Estable  Mal Estado

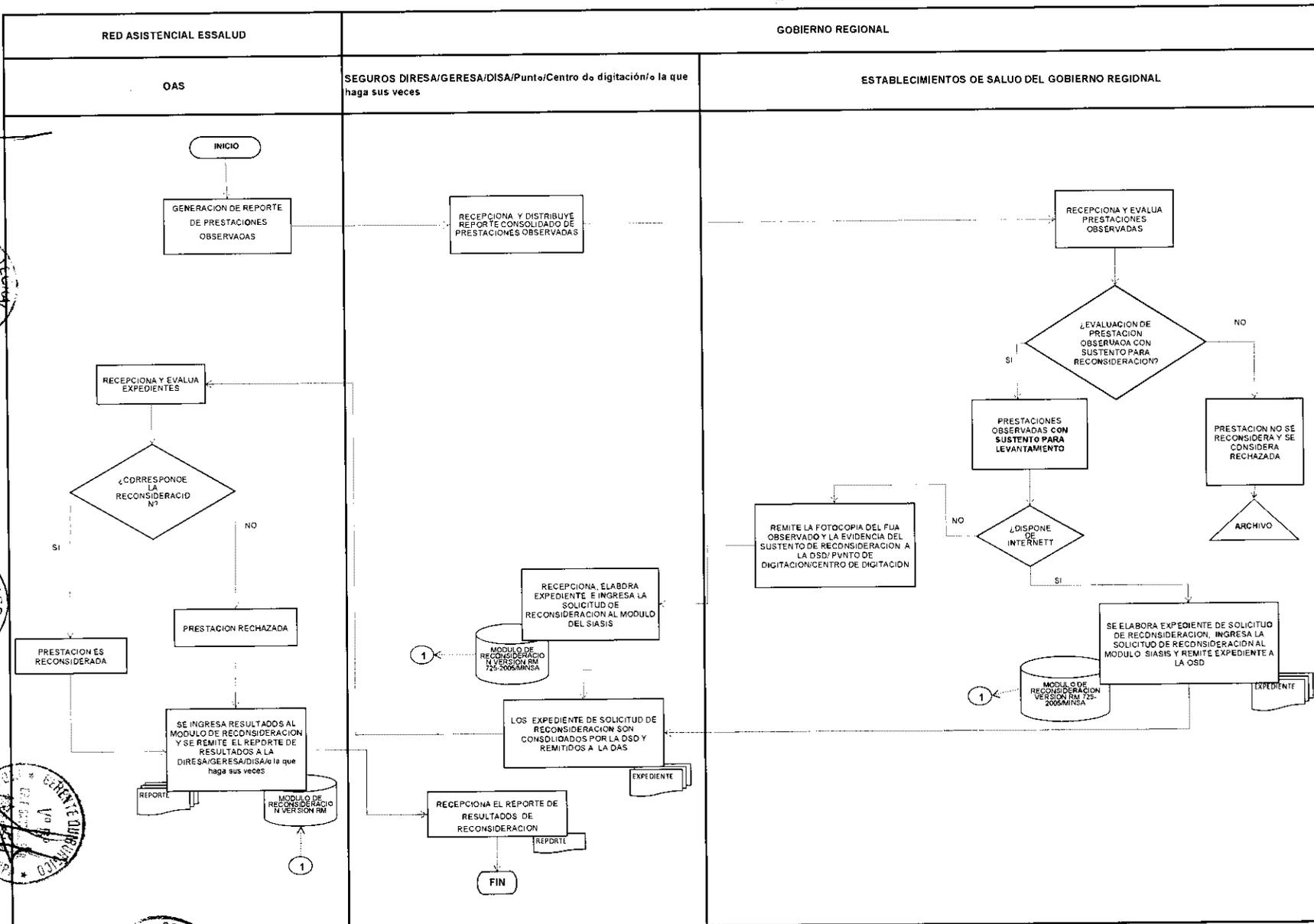
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Firma y Sello <input type="text"/>			

Condiciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

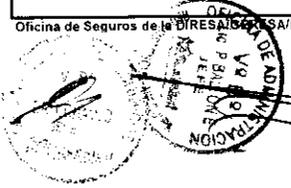
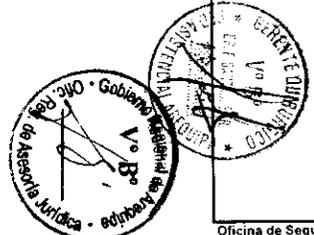
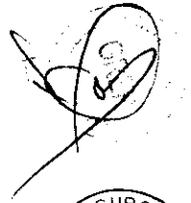
Estable  Mal Estado  Fallecido



ANEXO N° 18: Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL



Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA = OSD



Subcomité de Control y Validación ESSALUD		ANEXO N° 18	Versión: 01
		Descripción del Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL	Mes Año: 06-2013
Página: 1			
<b>Objetivo:</b> Establecer las etapas del procedimiento de reconsideración de prestaciones observadas no conformes de asegurados de EsSalud atendidos en los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL.			
<b>Alcance:</b> Es de aplicación obligatoria por los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL (EESS), Oficinas de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA/o la que haga sus veces (OSD), puntos de digitación/centros de digitación y Red Asistencial de EsSalud (OAS)			
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable	
1	Genera el reporte de prestaciones observadas , producto del proceso de validación automática y de la supervisión medica electrónica y lo remite a la DSD.	DAS	
2	Recepiona y distribuye reporte consolidado de prestaciones observadas a sus establecimientos de Salud involucrados (EESS), para la evaluación y subsanación respectiva en el plazo de 30 días hábiles, el mismo que podrá ser ampliado por la Red Asistencial de ESSALUD previa coordinación y sustento.	OSD	
3	Recepiona el reporte de las prestaciones observadas , para su evaluación y subsanación respectiva.		
4	Elabora el expediente por prestaciones observada con sustento de reconsideración el mismo que consta de los siguientes elementos: Fotocopia del FUA observado y Fotocopia del sustento de la reconsideración de ser el caso (HCL, Guía de práctica clínica, protocolos etc).  En caso que el EESS cuente con internet ingresará la solicitud de reconsideración al módulo de reconsideración y generará el reporte consolidado de prestaciones solicitadas para reconsideración y lo enviará en conjunto con los expedientes a la OSD.  En caso que no cuente con internet enviará los expedientes al punto de digitación/Centro de digitación más cercano (UE, OSD, etc ) para que realice el ingreso de la solicitud de estas prestaciones observadas al módulo de reconsideración. Posteriormente los expedientes y el reporte consolidado serán también enviados a la OSD.	EESS	
5	Recepiona todos los reportes con los expedientes de reconsideración sustentados y los envía a la OAS previa coordinación.	OSD	
6	Recepiona la solicitud de reconsideración con sustento para su evaluación correspondiente, para su conformidad o rechazo.		
7	Evalua si la <b>reconsideracion reúne los sustentos</b> requeridos. En este caso se efectúa la reconsideración en el módulo SIASIS (reconsideración) y se comunica a la OSD y le entrega el reporte de resultados.	OAS	
8	Evalua si la <b>reconsideracion no reúne los sustentos</b> requeridos. En este caso se procede a rechazar a través del módulo de reconsideración de forma parcial ó total según el caso (revisar anexo 3 de los convenios), comunicándole del proceso efectuado a la OSD.		

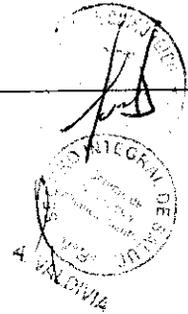
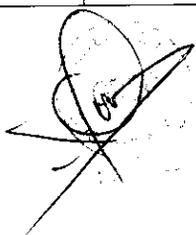
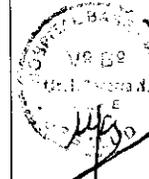
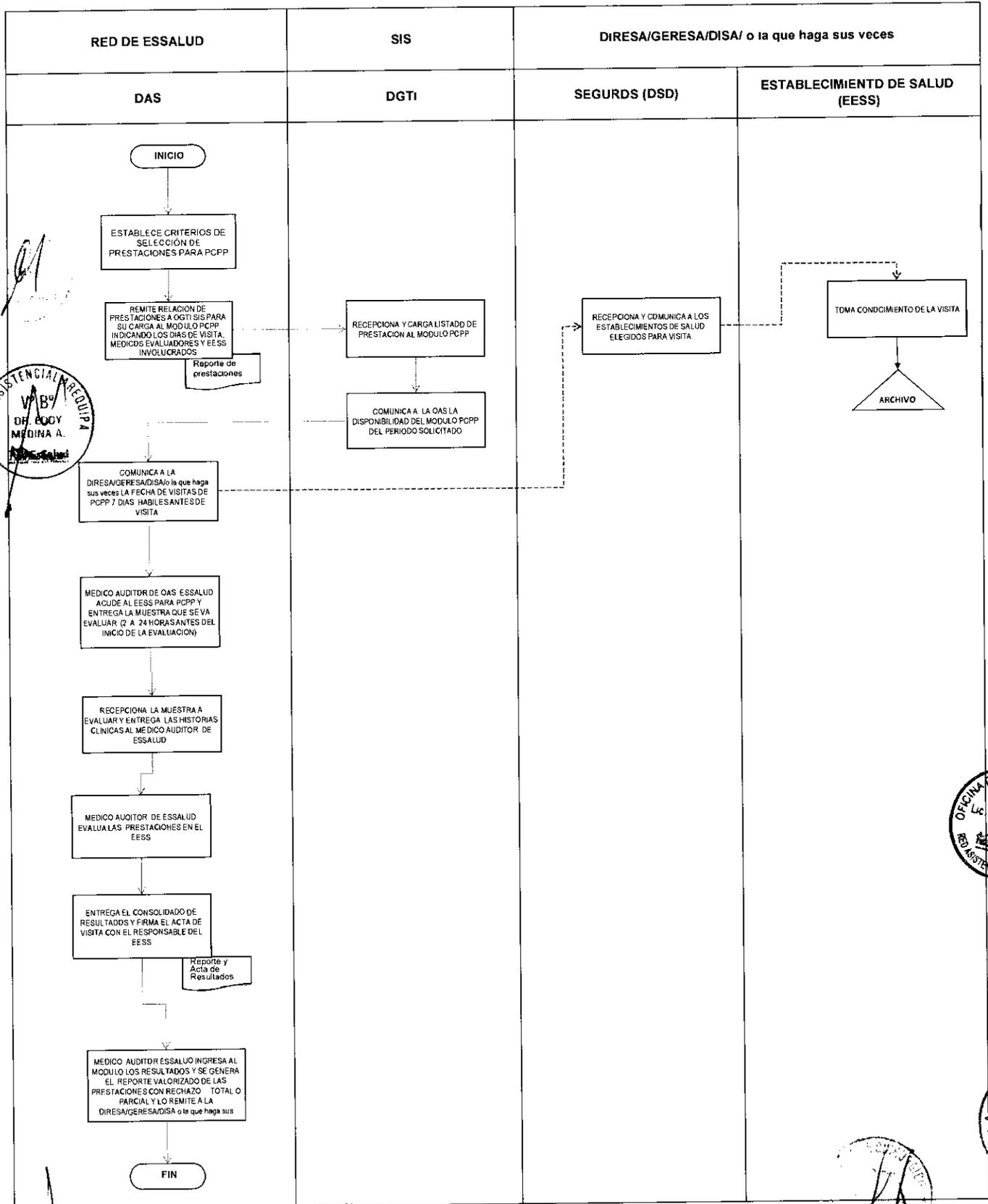
**NOTA**

De darse el caso los reportes de las prestaciones reconsideradas serán consolidados por la OSD, conjuntamente con los reportes de los resultados de los procesos de PCPP y validación prestacional (SA y SME) del mes de producción y se realizará una factura por Unidad Ejecutora, correspondiente con el monto resultante según la siguiente fórmula:  
**MONTO A FACTURAR = (PRESTACIONES NO OBSERVADAS DEL SA Y SME + PRESTACIONES RECONSIDERADAS) - PRESTACIONES RECHAZADAS POR PCPP**



Handwritten signature and scribbles on the left side of the page.

**ANEXO N° 19: Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL**

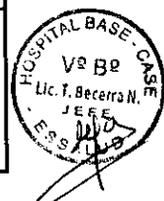


Subcomité de Control y Validación ESSALUD	<b>ANEXO Nº 19</b>	Versión: 01 Mes Año: 06-2013 Página: 1
	<b>Descripción del Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL</b>	

**Objetivo:** Establecer las etapas del Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones conformes y reconsideradas de prestaciones brindadas a los afiliados de EsSalud atendidos en los establecimientos del Gobierno Regional (EESS)

**Alcance:** Oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud (OAS), Oficina de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA/ o la que haga sus veces (OSD), EESS Oficina General de Tecnología de la Información del SIS (OGTI)

Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Establece criterios de selección para la evaluación de las prestaciones (FUAS) por PCPP y remite relación de prestaciones a evaluar a la OGTI SIS.	OAS
2	Recepiona y carga el listado de prestaciones al módulo PCPP y comunica a las OAS la disponibilidad del módulo PCPP para el período solicitado.	OGTI
3	Comunica a la OSD a través de medio físico o electrónico, la fecha de visitas de PCPP 7 días hábiles antes de la visita.	OAS
4	Comunica al EESS de Salud seleccionados la fecha de las visitas, para que se tomen las previsiones del caso (programación del personal responsable de los EESS, del encargado de archivo, entre otros que permitan que el PCPP se realice sin problemas).	OSD
5	El médico auditor de la OAS acude al EESS seleccionado para PCPP, según visita programada y entrega la relación de prestaciones a evaluar (Nº FUA y Nº de HCL). Los plazos de entrega de la relación (muestra) es de 2 a 24 horas antes de la evaluación de las prestaciones.	OAS
6	Recepiona y entrega las Historias clínicas con sus respectivos FUAS (copia incluida en la HCL) al personal supervisor de ESSALUD.	EESS
7	El médico auditor de la OAS evalúa las prestaciones (FUA e HCL incluyendo anexos según el caso) en el EESS. Posteriormente consolida los resultados para la firma del Acta de visita de PCPP con el responsable (o encargado) del EESS. Las prestaciones que no susperan la evaluación serán rechazadas de manera total o parcial según el caso, las mismas que serán consideradas para el descuento en el siguiente mes, en la factura que elaborará la Unidad Ejecutora.	OAS
8	El proceso termina con la firma del Acta de visita y el reporte de resultados que serán generados a través de módulo PCPP, siempre y cuando se cuente con disponibilidad de internet, de lo contrario estos (reporte y Acta) serán realizados de manera manual para luego ingresar los resultados al módulo PCPP y a su vez se genera los reportes valorizados de descuento.	OAS



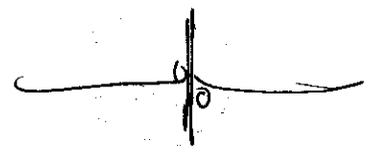
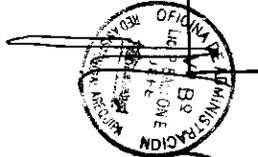
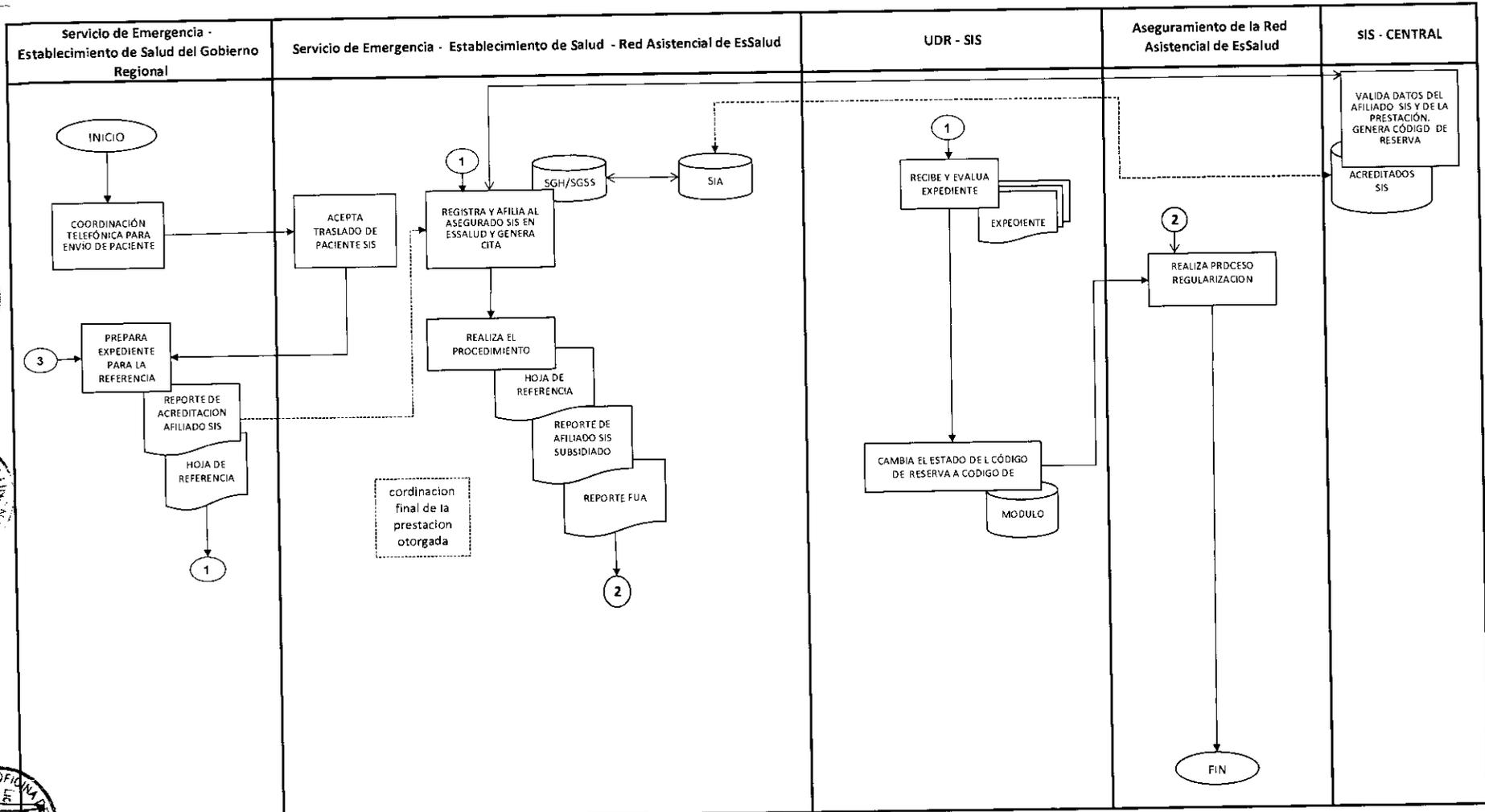
**NOTA**

De darse el caso los reportes de descuento serán remitidos a la OSD para que se consolide con los reportes de los resultados de los procesos de validación prestacional (SA y SME) y Reconsideración del mes de producción, y se realizará una factura por Unidad Ejecutora correspondiente con el monto resultante según la siguiente fórmula:

**MONTO A FACTURAR = (PRESTACIONES NO OBSERVADAS DEL SA Y SME + PRESTACIONES RECONSIDERADAS) - PRESTACIONES RECHAZADAS POR PCPP**

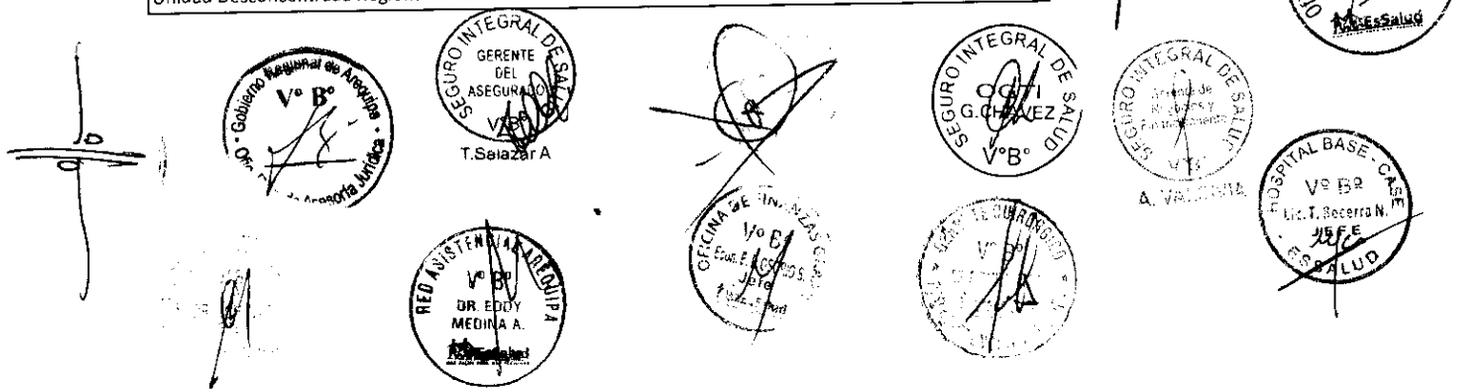


Anexo N° 20: Proceso de Acreditación, Autorización y Referencias para casos de Emergencia (Pacientes SIS a EsSalud)



<b>OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD</b>  <b>OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION SIS</b>	<b>ANEXO Nº 20</b>	Versión: 01  Mes Año: 05-2013  Página: 1
	<b>Descripción del procedimiento de acreditación, autorización y referencias para casos de Emergencia de pacientes asegurados SIS atendidos en la Red Asistencial EsSalud</b>	
<b>Objetivo:</b> Estandarizar el procedimiento de acreditación, autorización y regularización de los afiliados SIS atendidos por el servicio de Emergencia en la Red Asistencial de ESSALUD.		
<b>Alcance:</b> Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y RED Asistencial de ESSALUD		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Coordina con el servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud de la Red Asistencia EsSalud para la atención del paciente.	Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional.
2	Acepta el traslado del paciente SIS al establecimiento de la Red Asistencial EsSalud	Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud de la Red Asistencial de EsSalud.
3	Prepara expediente con hoja de Referencia y reporte de afiliado SIS, procede al traslado hacia el servicio de emergencia de la Red Asistencial EsSalud. Reserva una copia del expediente para el envío a la UDR SIS.	Personal del Servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional.
4	Registra el DNI del afiliado SIS y el código CPT, en el SGH/SGSS, indicado en la hoja de referencia. Recibe la confirmación a través del código de reserva que el SIS envía para casos de emergencia. Ingresa la afiliación del asegurado SIS en los sistemas de ESSALUD y registra la Cita para la atención. Imprime el FUA (2 copias).	Terminalista - Emergencia de la Red Asistencial de EsSalud
5	Recepciona expediente enviado por el establecimiento del Gobierno Regional y lo evalúa. Cambia el estado del código de reserva a autorizado, a través del módulo del SIS vía WEB, que de forma automática envía la información a ESSALUD sobre las prestaciones autorizadas y rechazadas de darse el caso. En caso de rechazo el establecimiento de salud origen de la referencia asumirá el costo de la atención. La UDR comunicará los resultados de su evaluación al establecimiento origen de la referencia.	Médico Supervisor de la UDR SIS
6	La Oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial EsSalud, recepciona el expediente físico enviado por el área prestacional que otorgó el servicio y verifica el envío de la trama de autorización del SIS, realiza y/o coordina el proceso de control previo y finaliza.	Área de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud.

Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS  
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.  
 Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI  
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR



ANEXO N° 21: Procedimiento de valorización

