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

Conste por el presente documento el Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional que suscriben, el **GOBIERNO REGIONAL LIMA** , con RUC N° 20530688390, con domicilio en Av. Túpac Amaru N° 403 (405) Distrito de Huacho, Provincia de Huara y Departamento de LIMA , debidamente representado por su Presidente Regional **Señor Javier Alvarado Gonzales Del Valle,** identificado con **DNI N° 15384812** elegido y reconocido mediante Resolución N° 5002 – A – 2010 JNE y acreditado mediante Credencial del Jurado Nacional de Elecciones emitida el 03 de Octubre de 2010, al que en adelante se le denominará, **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** , el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - Red Asistencial Sabogal**, con RUC N° 20131257750, con domicilio en Jr Colina 1081 distrito Bellavista, provincia Constitucional del Callao representada por la Gerente de la Red Asistencial Sabogal, **Médico Maria del Carmen Sánchez Medina**, identificada con **DNI N° 25584509** facultada para celebrar el presente Convenio Específico mediante Resolución de Presidencia N° 053-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 Av. Carlos Gonzáles N° 212, Urbanización Maranga, Distrito de San Miguel, Provincia y Departamento de Lima , debidamente representado por el Jefe **Médico Pedro Fidel Grillo Rojas**, identificado con **DNI N° 09644064**, designado 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° 28006 ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social. reglamento y modificatorias.
10. Ley N° 29158, "Ley Orgánica del Poder Ejecutivo".
11. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto".
12. Ley N° 27785, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
13. Ley N° 29951, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013".
14. Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud".

T.Salazar A.

G.Chavez

P. Grillo

I. Zanetti

P. Grillo

15. Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", sus ampliatorias y modificatorias.
16. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.
17. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
18. 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.
19. 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.
20. 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".
21. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM, que aprueba el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) - MEF.
22. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA, que aprueba la adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
23. Resolución Ministerial N° 599-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".

<u>CLÁUSULA SEGUNDA</u>: 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.

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 Nº 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 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 DE LIMA,** 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 Nº 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 DE LIMA,** a través de la **Dirección Regional de Salud - DIRESA**, 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 **Dirección Regional de Salud de Lima - DIRESA**, 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 LIMA** de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo por lo tanto la **DIRESA** 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 económicas 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°884-PE-**ESSALUD**-2006, modificada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 281-PE-**ESSALUD**-2011, 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 DE LIMA, RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **SIS** acuerdan colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones, estableciendo los criterios, mecanismos, procesos 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 DE LIMA** 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 de la región Lima de los asegurados al régimen subsidiado del **SIS** y asegurados regulares de **ESSALUD** de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, a través de los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** y **RED**

ASISTENCIAL DE ESSALUD de dicha jurisdicción, 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 Sabogal - **ESSALUD** o Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**, según corresponda, en beneficio de las respectivas poblaciones, en atención a lo dispuesto en la Cláusula Cuarta, se encuentran detalladas en el Anexo 2.

El **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** 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 DE LIMA** serán cubiertos en su totalidad por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio (Anexo 3).

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 (Anexo 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 Director de la Dirección Regional de Salud de Lima - **DIRESA** y el Gerente de Desarrollo Social del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**, el Jefe Adjunto del **SIS** y el Representante de la Unidad Desconcentrada Regional del **SIS** – UDR Lima Norte.

Las partes celebrantes convienen que el personal seleccionado para la ejecución de las actividades a que se contrae el presente Convenio Específico, se relacionará laboralmente 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 las hospitalizaciones con o sin intervención quirúrgica que de ellas devengan 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 DE LIMA** y la **DIRESA** tendrán conocimiento y obtendrán la información de acreditación y los códigos de autorización para brindar las prestaciones de salud.

  Así mismo la **DIRESA Lima** distribuirá la información de acreditación y códigos de autorización a los Establecimientos de Salud y puntos/centros de digitación de su jurisdicción incluidos en el presente convenio.

  Esta información será actualizada según el proceso adjunto al presente Convenio (Anexo 6).

  La **DIRESA Lima** se obliga a fortalecer sus Oficinas de Seguros en los Establecimientos de Salud incluidos en el convenio con los recursos tecnológicos factibles necesarios (equipos de cómputo, software y servicios de internet), para el adecuado funcionamiento de los procesos de acreditación y atención.

  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 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/los Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**, a su vez **ESSALUD** recepcionará y cargará la información del asegurado del **SIS** en sus

Sistemas de Aseguramiento y de Referencia y Contrarreferencia, según el proceso adjunto al presente Convenio (Anexo 7).

Sólo serán atendidos los asegurados que sean acreditados y autorizados por sus respectivas IAFAS excepto lo estipulado en la Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud N° 26842 para la atención de emergencia, donde la acreditación y autorización podrá realizarse en forma posterior.

CLÁUSULA DÉCIMA: DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- **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 DE LIMA** y que por su condición de salud, en situaciones de emergencia, necesiten ser atendidos en un establecimiento de mayor capacidad resolutiva, serán referidos a los Hospitales de jurisdicción del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** y/o de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD,** considerando los criterios de accesibilidad, oportunidad y capacidad resolutiva.

  Para la referencia, el profesional de salud del Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** realizará las coordinaciones previas con el profesional médico del Centro Asistencial de destino del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** y/o del Centro Asistencial de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** (Jefe de Guardia del Servicio de Emergencias) y se empleará el formato de referencia (Anexo 17).

  Dichas referencias de emergencia podrán realizarse con transporte asistido según coordinaciones entre los jefes de guardia.

  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 al Hospital Sabogal de la Red Asistencial Sabogal – **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** (Anexo 7).

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LOS PROTOCOLOS Y MODELOS DE ATENCIÓN

Las prestaciones brindadas por ambas instituciones **(GOBIERNO REGIONAL LIMA** y la **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 DE LIMA**, 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, contrareferencias 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 LIMA** están obligados a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados de **ESSALUD**, haciendo uso de formatos de atención establecidos de común acuerdo entre las partes (Anexo 15); después de haber sido digitado en el punto de digitación de la **DIRESA** debe 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 (Anexo 17), de los cuales sea objeto el paciente, quedarán incorporados en la Historia Clínica.

Los Establecimientos de Salud de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** están obligados 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 (Anexo 16).

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 10 y 11).

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

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** 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 pre liquidaciones, respetando los plazos establecidos en los procesos de control y generación de pago adjuntos al presente Convenio (Anexos 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 (Anexos 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 cuatro (04) 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.

CLAÚSULA DÉCIMO CUARTA: DEL CONTROL Y VALIDACION PRESTACIONAL

Los mecanismos y acciones de los procesos de control y validación del intercambio prestacional se realizarán de acuerdo a lo establecido en los procesos descritos en los Anexos 10, 11, 18 y 19).

Los Médicos Auditores o Auditores designados por el **SIS, RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** y el **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** 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. Evaluación 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** 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 salvo que excepcionalmente se justifique una ampliación al plazo establecido según acuerdo del Comité Local de Coordinación del Intercambio de Prestaciones.

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

N.Terrones

T.Salazar A.

P. Grillo

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 del proceso (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, y brindadas durante el mes previamente consistencia dada 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 UDR **SIS**. Posteriormente, en un plazo máximo de 45 días calendarios de recibida la factura el **SIS** hará el pago correspondiente a nombre de **ESSALUD** especificando el domicilio fiscal de la Sede Central de **ESSALUD.** Así mismo **ESSALUD** Central transferirá a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.

- **Proceso de Pago de las Prestaciones realizadas por los Establecimientos de Salud del GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

  El **GOBIERNO REGIONAL DE LIMA** a través de su **DIRESA** consolida los formatos de atención de las prestaciones conformes y las facturas correspondientes y los remite a la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** para el pago según proceso adjunto (Anexo 12).

  ESSALUD, a través de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** procederá a realizar el pago correspondiente por las prestaciones realizadas a sus asegurados a través del **SIS** de acuerdo al Anexo 12 en un plazo no mayor a 30 días calendario después de la fecha límite de recepción de las facturas.

  El **SIS** procederá a realizar la transferencia o pago correspondiente en un plazo no mayor de 15 días calendario desde recibido el pago por la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD.**
  Las prestaciones no canceladas por motivo de rechazo definitivo o por no haberse subsanado alguna observación, no serán consideradas como deuda.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA CONFIDENCIALIDAD

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL LIMA** y el(los) Establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** se obligan a guardar reserva de toda información obtenida o generada como consecuencia directa del cumplimiento de este Convenio. Asimismo, se comprometen a no revelar, dar ni poner

a disposición de terceros, salvo lo establecido por Ley o autorización expresa de las partes, información que se le proporcione o se genere durante la prestación de los servicios de salud.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: DE LA VIGENCIA Y RENOVACIÓN

El plazo de duración del presente Convenio Específico será de dos (02) años, pudiendo renovarse automáticamente por el mismo período, salvo comunicación escrita en contrario efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días calendarios previos a la culminación de su vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: SOBRE EL INICIO DE LA VIGENCIA

El presente Convenio inicia su vigencia a partir del **2 de setiembre del año 2013**. No obstante lo indicado, el **SIS** y la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD** se encuentran obligados a realizar los pagos correspondientes por aquellas prestaciones que se brindaron en el periodo de prueba de campo de los procesos para el presente Convenio, de acuerdo a los procesos establecidos.

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.

N.Terrones

T.Salazar A.

I. Zanetti

P. Grillo

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. JAVIER ALVARADO GONZALES DEL VALLE
Presidente
Gobierno Regional de Lima

Méd. PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud

Med. MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA
Gerente
Red Asistencial Sabogal de EsSalud

ANEXOS

ANEXO 1	Relación de Establecimientos de Salud del Convenio Específico.
ANEXO 2	Listado de Prestaciones del Convenio Específico.
ANEXO 3	Listado de Tarifas de Prestaciones Asistenciales del Convenio Específico.
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 los establecimientos de la **RED ASISTENCIAL DE ESSALUD**.
ANEXO 21	Proceso de valorización.

ANEXO N°1: Relación de Establecimientos del Convenio Específico

Relación de Establecimientos y Centros Asistenciales

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA LIMA					
N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Pativilca	Barranca	Pativilca	5709	I-3
2	Cajatambo	Cajatambo	Cajatambo	5631	I-3
3	Oyon(*)	Oyon	Oyon	5659	I-3
4	Sayan (*)	Huaura	Sayan	5780	I-3
5	Huaral (*)	Huaral	Huaral	5831	I-3
6	Huayopampa	Huaral	Atavillos Bajo	5578	I-3
7	Yunguy	Huaral	Ihuari	5596	I-3
8	Aucallama	Huaral	Aucallama	5726	I-3
9	Canta	Canta	Canta	5598	I-3
10	Yangas	Canta	Santa Rosa de Quives	5611	I-3
11	Churin	Oyón	Pachangara	5657	I-3
12	Hospital de Barranca Cajatambo y Servicios Básicos de salud (*)	Barranca	Barranca	7635	II- 2
13	Hospital de Supe Laura Esther Rodriguez Dulanto	Barranca	Supe Pueblo	7636	II- 1
14	Hospital General de Huacho (*)	Huaura	Huacho	7639	II- 2
15	Hospital San Juan Bautista de Huaral (*)	Huaral	Huaral	7637	II- 2
16	Hospital de Chancay y Servicios Bésicos de Salud (*)	Huaral	Chancay	7638	II- 2

(*)EESS que brindarán atención complementaria previa referencia y directamente en caso de urgencia, emergencia y parto inminente(no referible)

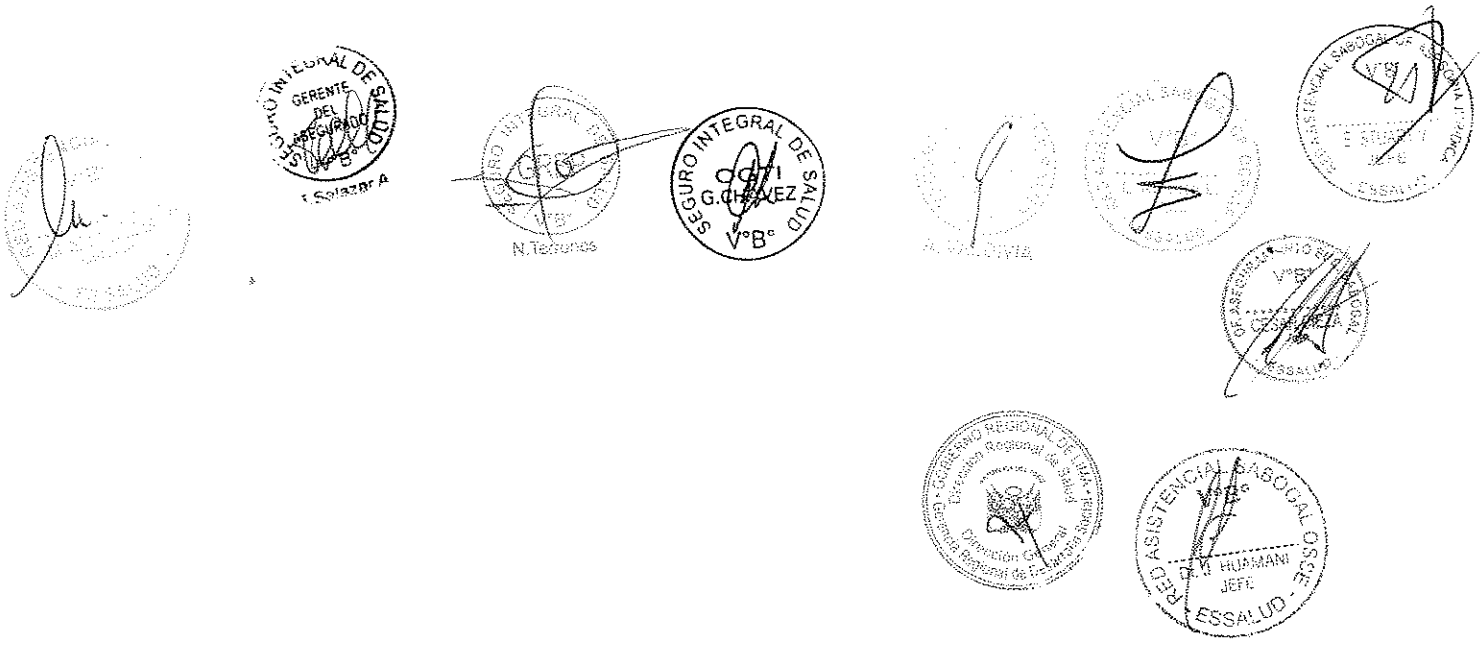
CENTRO ASISTENCIAL DE LA RED SABOGAL					
N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIA	DISTRITO	RENAES	CATEGORIA
1	Hospital IV - Alberto Sabogal Sologuren Red Asistencial Sabogal	Callao	Bellavista	8265	III-1

ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región Lima

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL				
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	CODIGO 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 recien nacido	99464	Atención	Médica
4	Hospitalización paciente por dia	99231	Hospitalización	Médica
5	Ecografía Abdominal completa	76700	Procedimiento	Medica
6	Ecografia obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Medica
7	Ecografia obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Medica
8	Ecografia obstétrica abdominal y evaluación fetal	76811	Procedimiento	Medica
9	Examen de Ecografia transvaginal (obstètrica)	76817	Procedimiento	Medica
10	Examen de Ecografia transvaginal (no obstétrica)	76830	Procedimiento	Medica
11	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopia	81000	Examen	Biologo/ tecnologo médico
12	Sangre oculta en heces (Ihevenon)	82270	Examen	Biologo/ tecnologo médico
13	Examen de Colesterol Total	82465	Examen	Biologo/ tecnologo médico
14	Creatinina sérica	82565	Examen	Biologo/ tecnologo médico
15	Examen de Glicemia	82947	Examen	Biologo/ tecnologo médico
16	Examen Triglicéridos	84478	Examen	Biologo/ tecnologo médico
17	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	85007	Examen	Biologo/ tecnologo medico
18	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Biologo/ tecnologo médico
19	Test cualitativo para sifilis	86592	Examen	Biologo/ tecnologo médico
20	Test de ELISA para HIV	86703	Examen	Biologo/ tecnologo médico
21	Tipificación sanguinea ABO (Grupo sanguineo)	86900	Examen	Biologo/ tecnologo médico
22	Tipificacion sanguinea Rh (Factor RH)	86901	Examen	Biologo/ tecnologo medico
23	Examen Urocultivo	87086	Examen	Biologo/ tecnologo médico
24	Test de GRAHAM	87172	Examen	Biologo/ tecnologo médico
25	Examen seriado Parasitologico por tres muestras en heces	87177	Examen	Biologo/ tecnologo 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	Enfermeria
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	Enfermeria
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	Enfermeria
30	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermeria
31	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90681	Atención	Enfermeria
32	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermeria
33	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 dias según esquema nacional de vacunación vigente)	90707	Atención	Enfermeria
34	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermeria
35	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meswes y 29 dias según esquema nacional de vacunación vigente)	90712	Atención	Enfermeria
36	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	90714	Atención	Enfermeria

37	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	90717	Atención	Enfermería
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 recien 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	99203	Consulta	Médica
44	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetriz
45	Atención nutricional	99209	Sesión	Nutricionista
46	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica
47	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera
48	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera
49	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera
50	Consejería nutricional	99401	sesión	Enfermera/nutricionista
51	Consulta Odontoestomatológica	D0150	Consulta	Odontologica
52	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesión	Odontológica
53	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesión	Odontológica
54	Aplicación de Barniz de flúor	D1206	sesión	Odontológica
55	Detección y eliminación de Placa Bacteriana	D1330	Sesión	Odontológica
56	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesión	Odontológica



ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar en la Región Lima

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD SABOGAL				
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
1	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema unicameral)	33212	Procedimiento	Médica Especializada
2	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema bicameral)	33213	Procedimiento	Médica Especializada
3	Exámen radiológico de tórax, frontal y lateral	71020	Procedimiento	Médico Radiólogo / Tecnólogo Médico
4	Electrolitos (na, K, mg, ca y p)	80053	Examen	Medica
5	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	81000	Examen	Medica
6	Examen de Creatinina	82565	Examen	Medica
7	Examen de glicemia	82947	Examen	Medica
8	Úrea serica	84520	Examen	Médica
9	Tiempo de protrombina	85610	Examen	Medica
10	Examen Hemograma (Recuento globulos rojos y formula leucocitaria)	85025	Examen	Medica
11	Examen Grupo sanguineo	86900	Examen	Medica
12	Examen de Factor RH	86901	Examen	Medica
13	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Médica
14	Control electrocardiográfico durante 24 horas (Holter)	93224	Procedimiento	Médica
15	Ecocardiografia	93320	Procedimiento	Médica
16	Consulta Externa Médica especializada	99203	Consulta	Medica
17	Hospitalización paciente dia	99231	Hospitalización	Médica

DEFINICIONES OPERACIONALES

PRESTACIONES DIRESA - LIMA

1. **Consulta Médica General y Especializada.-**
   Es la actividad prestacional que incluye evaluación integral general, diagnóstico, prescripción, monitoreo, seguimiento, orientación, de pacientes con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos que se brinda en el Centro Asistencial. Tiempo de duración 15 minutos. Considerando que la concentración de la consulta médica es de 3.5 consultas/ año en los establecimientos del primer nivel de atención de ESSALUD según Lineamientos de Programación - ESSALUD. De necesitar una prestación más allá de la concentración descrita, el establecimiento del Gobierno Regional brindará las facilidades para que el asegurado solicite a ESSALUD la autorización correspondiente.

   Unidad de medida : Consulta
   Límite de Atención : 02 atenciones por mes.
   Documento Fuente : Historia Clínica y Formato Único de Atención
   Responsable : Médico

2. **Consulta Psicológica**
   Comprende la atención brindada por un profesional en psicología. Incluye triaje, diagnóstico y consejería.

   Unidad de medida : Consulta
   Límite : A demanda
   Documento Fuente : Formato de Atención
   Responsable : Psicólogo

   - Incluye los insumos y materiales necesarios para brindar este procedimiento.
   - Aplica a todas las Etapas de Vida.

   Se reconoce como atención Intramural

3. **Consulta Odontoestomatológica**
   Atención ambulatoria otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, realizada por el profesional cirujano dentista con apoyo del técnico de enfermería capacitado para el servicio dirigida a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento odonto-estomatológico a través de los siguientes procedimientos: Historia clínica odontológica, la elaboración de Ficha Odontoestomatologica, determinación de factores de riesgo odonto-estomatológicos, definición del riesgo bucal (CPOD-cpod), consejería en Salud oral, Detección precoz de lesiones de tejido blando pre malignas, Detección precoz de enfermedad de la articulación temporo-mandibular. Solo se aplica la ficha odontoestomatológica una vez al año al asegurado. Considerando que la concentración de la consulta odontoestomatológica es de 04 consultas/ año en los establecimientos del primer nivel de atención de ESSALUD según Lineamientos de Programación - ESSALUD. De necesitar una prestación más allá de la concentración descrita, el establecimiento del Gobierno Regional brindará las facilidades para que el asegurado solicite a ESSALUD la autorización correspondiente.

4. **Detección y Eliminación de Placa Bacteriana**
   Es un procedimiento odontológico ambulatorio otorgado al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, actividad realizada por el profesional cirujano dentista con apoyo del técnico de enfermeria capacitado para el servicio consistente en la aplicación de sustancias reveladoras de placa bacteriana en la superficie dental para visualización e identificación del Índice de Higiene oral (medición de riesgo) complementándose con la limpieza total de las piezas dentarias mediante la educación y orientación adecuada de la técnica de cepillado dental y uso correcto del hilo dental. Cada asegurado recibirá un cepillo dental de forma gratuita en la actividad de detección y eliminación de placa bacteriana. Esta actividad incluye la entrega de un cepillo

dental al paciente. No incluye profilaxis. Esta actividad odontológica se realiza de 01 a 04 veces al año al asegurado mayor de 03 años de edad de acuerdo a la severidad del caso. Tiempo de duración: 10 minutos.

5. **Destartraje de tres piezas dentarias**
   Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, actividad realizada por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Es la actividad odontológica que consiste en desprender las placas sólidas (el tártaro o cálculo dental) que se encuentra alrededor de las piezas dentarias y que degeneran en enfermedad periodontal con la utilización de un equipo manual especializado, hilo dental, copas de caucho entre otros fijados en el tarifario. Se debe realizar en tres piezas dentales como mínimo para considerarse una actividad completa. Tiempo de duración: 10 minutos. Esta actividad odontológica se realiza de 01 a 04 veces al año al asegurado mayor de 03 años de acuerdo a la severidad del caso.

6. **Fluorización:**
   Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgada al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, procedimiento realizado por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Este procedimiento consiste en la aplicación tópica de flúor gel acidulado al 1.23 % sobre todas las superficies dentales en los 04 cuadrantes. Se realiza posterior a la detección y eliminación de la placa bacteriana. Esta actividad se realiza máximo de cuatro veces al año y mínimo de una vez al año por asegurado (dependerá de su riesgo estomatológico medido e indicado en la ficha odontoestomatologica), se aplica a los mayores de 03 años de edad. Tiempo de duración: 3 minutos.

7. **Aplicación De Barniz Fluorado**

   Es un procedimiento odontológico de tipo ambulatorio otorgado al asegurado en el establecimiento de salud que cuente con el servicio odontológico, procedimiento realizado por el profesional cirujano dentista con participación del técnico de enfermería capacitado para el servicio. Este procedimiento odontológico consiste en la aplicación tópica de flúor barniz, se aplica sobre todas las superficies dentales de los 04 cuadrantes. Esta actividad se realizara máximo de cuatro veces al año y mínimo de una vez al año por asegurado (dependerá de su riesgo estomatológico medido e indicado en la ficha odontoestomatológica).
   Solo se realiza este procedimiento en menores de tres años de edad.
   El tiempo de duración: 3 minutos.

8. **Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED):** Atención al niño que incluye Historia clínica, evaluación física, control del crecimiento, valoración del desarrollo e intervenciones para reducción de factores de riesgo. En el caso de menores de 11 meses considera además, la valoración del desarrollo psicomotor, pautas de estimulación temprana, orientación en lactancia materna, alimentación complementaria e intervenciones para reducción de factores de riesgo. No incluye sesiones de estimulación temprana.

Grupo etáreo	No de atenciones CRED
< 1 año	11 atenciones
1-2 años	6 atenciones por año
3 - 5 años	4 atenciones por año
6 - 11 años	1 atención por año

*Número de atenciones mínimas

9. **Consejería Nutricional**

Debe ser realizada por un personal de salud capacitado, realizada en el establecimeinto de salud. Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y la gestante, madre, padre o el cuidador; asi como directamente al paciente cuando éste es adulto.

10. **Atención en Nutrición**

Comprende la atención brindada por un nutricionista respecto al estado nutricional del beneficiario o derechohabiente de EsSalud. Incluye triaje, diagnóstico y consejería.

Unidad de medida	: Atención
Límite	: A demanda
Documento Fuente	: Formato de Atención
Responsable	: Nutricionista

- No Incluye los suplementos, los cuales serán agregados como GPC.
- Aplica a todas las Etapas de Vida.
- Se reconoce como atención Intramural o extramural

11. **Inmunizaciones.-** Conjunto de actividades periódicas y sistematizadas que consiste en brindar protección específica de algunas enfermedades por medio de la vacunación, garantizando la vacunación segura, con conocimiento previo de las dosis, vías de administración, interacciones, indicaciones y contraindicaciones, así como el manejo inmediato de posibles reacciones adversas, anafilácticas, entre otras. La inmunización se realizará siguiendo el esquema vigente establecido por el Ministerio de Salud y en población en riesgo.

12. **Atención obstétrica no medica antes de las 30 semanas (Atención prenatal).-**
Es la atención donde se brinda información, educación y seguimiento a la gestante de bajo riesgo derivada de la consulta externa médica en la gestante con la finalidad de prevenir complicaciones del embarazo, puerperio e identificación de signos de alarma. Esta actividad está referida al Control / Evaluación / Consejeria, en la gestante. Se enfatiza la educación y consejería para las acciones de tamizaje para ITS y VIH-SIDA. Incluye 04 controles al año como mínimo

13. **Consejería de Salud sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)**
Actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de Orientación, Consejería, Provisión, Información, Atención en las opciones anticonceptivas y Provisión de métodos temporales, definitivos y atención integral de salud reproductiva.

Unidad de medida	: Sesión
Límite	: A demanda
Documento Fuente	: Formato de Atención
Responsable	: Médico/Obstetra.

- Incluye los materiales necesarios para brindar este procedimiento.
- Los anticonceptivos serán reportados como GPC
- Aplica a las Etapas de Vida: Adolescente, joven y Adulto.
- Se reconoce como atención Intramural o extramural (en los casos de seguimiento).

14. **Parto Vaginal / Incluye Parto Vertical (parto inminente o no referible)**
Es la atención que se brinda a una gestante con el objetivo de asistirla en el trabajo de parto fase activa, expulsivo y puerperio inmediato para evitar complicaciones en la madre y el recién nacido, en este caso la expulsión del feto se realiza por la vía vaginal. Se asocia con las prestaciones de atención inmediata del recién nacido y de hospitalización hasta por 48 horas de la madre y el producto, en un parto no complicado. El parto deberá ser atendido en el 2do nivel, en el primer nivel solo serán reconocidos en caso de emergencia o parto inminente (no referible). El médico será el que determine si el parto es inminente y/o no referible, caso contrario éste indicará la referencia al Hospital de la Red respectiva y se reportará esta atención en el servicio de emergencia para efectos de reembolso.

15. **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.

Referencias: R.M. N° 292-2006/MINSA, R.M. N° 316-2007/MINSA y R.M N° 226-2011/MINSA,

16. **Hospitalización paciente por día:**
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. Esta prestación se asocia al Parto en el caso de haberse brindado por los establecimientos de salud del Gobierno Regional y a las cirugía que brindará el/los establecimientos de la Red Asistencial de EsSalud.

17. **Laboratorio y Patología Clínica:**

Exámenes específicos

i. ***Examen de Factor Rh.***- Determinación del Factor RH en sangre.
ii. ***Toma de Muestra PAP de Cérvix Uterino*** .- Es un procedimiento en el que se toman muestras del epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anormalidades celulares a toda mujer de 18 a 65 años, con prioridad a las mujeres de 30 a 49 años que se encuentran en mayor riesgo.
Se realiza una vez al año. Comprende procedimiento, consejería y entrega de resultados.
iii. ***Examen Glicemia.***- Es la determinación del nivel de glucosa en sangre.
iv. ***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
v. ***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.
vi. ***Examen Hemograma:*** Análisis de sangre en el que se mide el recuento glóbulos rojos y formula leucocitoria.
vii. ***Test cualitativo para Sífilis***.-Es una prueba de detección para sífilis. Este examen mide sustancias, llamadas anticuerpos, que se pueden producir en repuesta al Treponema pallidum, la bacteria que causa la sífilis.
viii. ***Examen parasitológico:*** Simple, seriado y Graham:

a. 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.
b. Examen seriado, serán analizadas 3 muestras consecutivas.
c. GRAHAM (PARCHE): es 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.

ix. ***Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía.-*** es la evaluación física, química y microscópica de la orina que permite detectar y medir diversos compuestos presentes en la orina.

x. ***Urocultivo.***- Es un examen de laboratorio microbiológico que consiste en analizar una muestra de examen de orina y su posterior siembra en medios de cultivo para detectar la presencia de bacterias u otros gérmenes. Incluye el informe del examen de orina y el resultado de la presencia de bacterias en orina expresado en unidades formadoras de colonias por mililitro.

xi. ***Entre otros***.- Thevenon en heces, creatinina sérica, Test de Elisa para VIH, colesterol, úrea, electrolitos, Tiempo de Protrombina y Triglicéridos

18. Procedimientos de ayuda diagnostica

a. Examen De Ecografía Obstétrica Abdominal, Ecografía Obstétrica del I y II Trimestre, Ecografías Transvaginal Obstétrica: Comprende los materiales e insumos utilizados del procedimiento de ayuda diagnóstica, que se emplea de forma rutinaria en todas las gestantes para evaluar el desarrollo del feto e inspeccionar los órganos pélvicos de la mujer durante el embarazo que se encuentran en situación de emergencia.

b. Otros: Ecografía Transvaginal no obstétrica, Ecocardiografía, Control electrocardiográfico durante 24 horas (Holter) y examen radiológico de Tórax.

19. Atención de pacientes - Prioridad III

Es la atención que se brinda a aquellos pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.

20. Electrocardiograma.-

Es un procedimiento que consiste en el registro de la actividad eléctrica cardiaca. Incluye interpretación e informe médico especializado.
Unidad de medida: Procedimiento
Responsable: Médico.
Documento fuente: Libro de registro

21. Marcapaso Definitivo Unicameral Epicardico.-

Procedimiento que consiste en la implantación de catéter electrodo de marcapaso en el epicardio ventricular mediante toracotomía y conexión a un marcapaso e implantación de este en el subcutáneo de región abdominal para estimulación permanente ventricular en paciente con de enfermedad del tejido de conducción ventricular.

Unidad de medida: Procedimiento.
Responsable: Médico
Documento fuente: Libro de registro.

22. Marcapaso Definitivo Bicameral Epicardico.-

Procedimiento que consiste en la implantación de catéter electrodo en aurícula y ventrículo derechos para estimulación sincronizada de amas cavidades en pacientes con alteraciones del tejido de conducción ventricular.

Unidad de medida: Procedimiento.
Responsable: Médico
Documento fuente: Libro de registro.

ANEXO 3

Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales

No incluye IGV

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA				
N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA S/.	PAGO POR CONSUMO
1	59401	Atención Prenatal	15.86	Si
2	59410	Parto inminente o no referible	177.68	Si
3	99464	Atención inmediata de recien nacido	52.74	Si
4	99231	Hospitalización paciente por dia	105.92	Si
5	76700	Ecografía Abdominal completa	16.23	No
6	76801	Ecografía obstétrica I trimestre	16.27	No
7	76805	Ecografía obstétrica II trimestre	20.21	No
8	76811	Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	16.27	No
9	76817	Examen de Ecografía transvaginal (obstétrica)	16.55	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	4.62	No
12	82270	Sangre oculta en heces (Thevenon)	3.96	No
13	82465	Examen de Colesterol Total	4.40	No
14	82565	Creatinina sérica	4.35	No
15	82947	Examen de Glicemia	4.03	No
16	84478	Examen Triglicéridos	4.82	No
17	85007	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	9.73	No
18	85018	Examen Hemoglobina	4.68	No
19	86592	Test cualitativo para sífilis	9.98	No
20	86703	Test de ELISA para HIV	13.97	No
21	86900	Tipificación sanguínea ABO (Grupo sanguineo)	2.62	No
22	86901	Tipificación sanguínea Rh (Factor RH)	2.62	No
23	87086	Examen Urocultivo	13.48	No
24	87172	Test de GRAHAM	3.12	No
25	87177	Examen seriado Parasitológico por tres muestras en heces	8.76	No
26	88142	Examen Citológico de PAP de Cérvix Uterino	18.79	No
27	90585	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
28	90657	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)	3.10	Si
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	Si
30	90669	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	3.10	Si
31	90681	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
32	90701	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
33	90707	Vacuna SPR, uso subcutáneo (desde los 12 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 dias según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
34	90708	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si

ANEXO 3

Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales

No incluye IGV

TARIFAS DEL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA				
N°	**CPT**	**DESCRIPCION DE LA PRESTACION**	**TARIFA S/.**	**PAGO POR CONSUMO**
35	90712	Vacuna anti polio, uso oral (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meswes y 29 días según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
36	90714	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente.	3.10	Si
37	90717	Vacuna contra la fiebre amarilla, uso IM (a partir de los 15 meses según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
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	Si
39	90744	Administración de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recien nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	3.10	Si
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	16.93	Si
44	99208	Consejeria en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	9.32	Si
45	99209	Atención nutricional	8.99	No
46	99282	Atención de pacientes - Prioridad III	25.30	Si
47	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	14.07	Si
48	99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	14.07	Si
49	99383	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	14.07	Si
50	99401	Consejería nutricional	9.76	No
51	D0150	Consulta Odontoestomatológica	9.90	Si
52	D1203	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	7.35	No
53	D1204	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	7.35	No
54	D1206	Aplicación de Barniz de flúor	14.38	No
55	D1330	Detección y eliminación de Placa Bacteriana	8.62	No
56	D4341	Destartraje de tres piezas dentarias	9.07	No

N. Terrones

G. CHAVEZ

T.Salazar A

ANEXO 3

Listado de Tarifas de las prestaciones Asistenciales

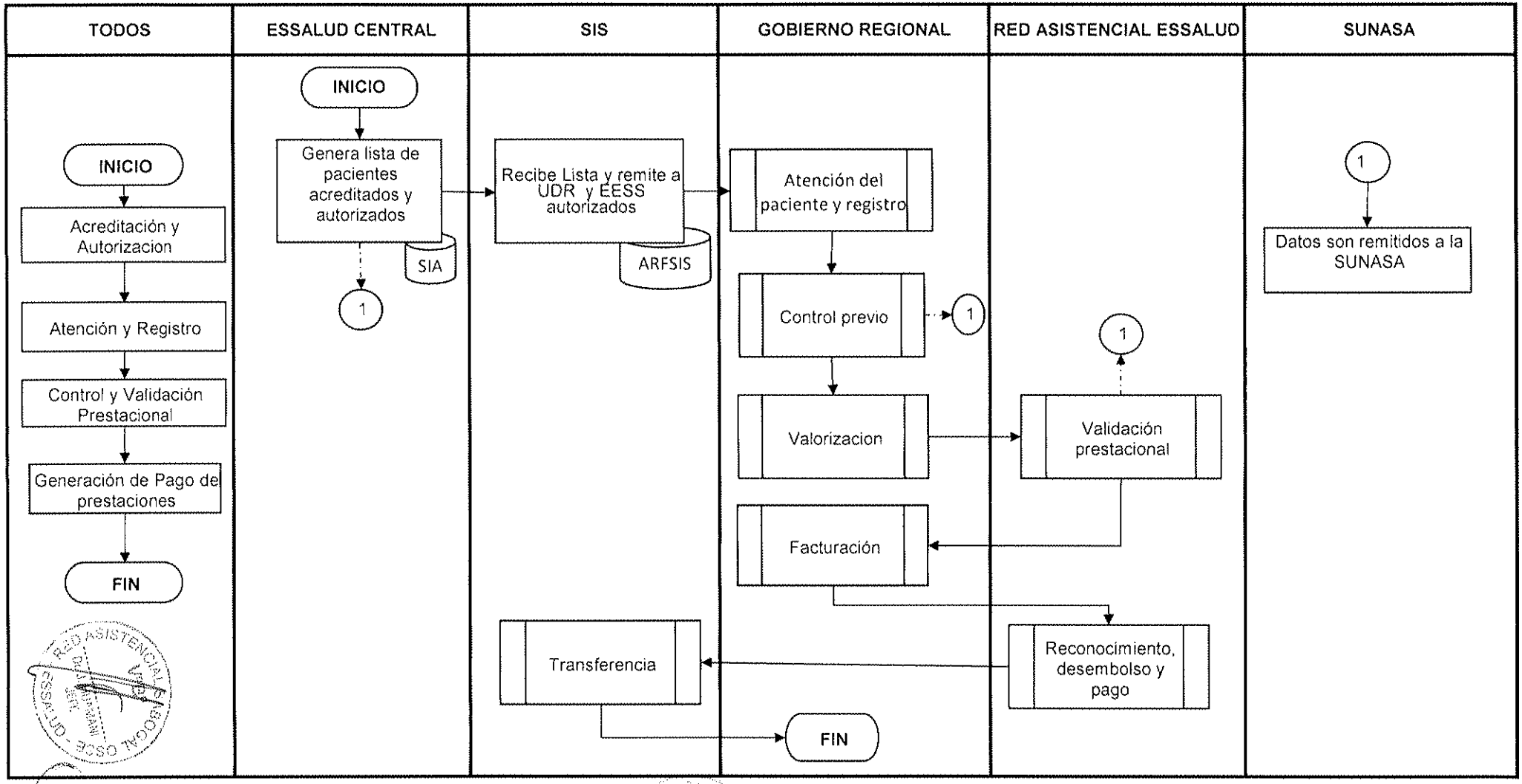
No incluye IGV

TARIFAS DE LA RED ASISTENCIAL SABOGAL DE ESSALUD				
N°	CPT	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA	PAGO POR CONSUMO
1	33212	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema unicameral)	3,794.45	Si
2	33213	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema bicameral)	5,412.82	Si
3	71020	Exámen radiológico de tórax, frontal y lateral	29.85	No
4	80053	Electrolitos (na, K, mg, ca y p)	7.86	No
5	81000	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopía	8.42	No
6	82565	Examen de Creatinina	8.02	No
7	82947	Examen de glicemia	8.10	No
8	84520	Úrea serica	6.19	No
9	85610	Tiempo de protrombina	9.42	No
10	85025	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	12.86	No
11	86900	Examen Grupo sanguíneo	4.11	No
12	86901	Examen de Factor RH	4.11	No
13	93000	Electrocardiograma	17.82	No
14	93224	Control electrocardiográfico durante 24 horas (Holter)	104.56	No
15	93320	Ecocardiografía	54.21	No
16	99203	Consulta Externa Médica especializada	31.19	Si
17	99231	Hospitalización paciente día	475.91	Si

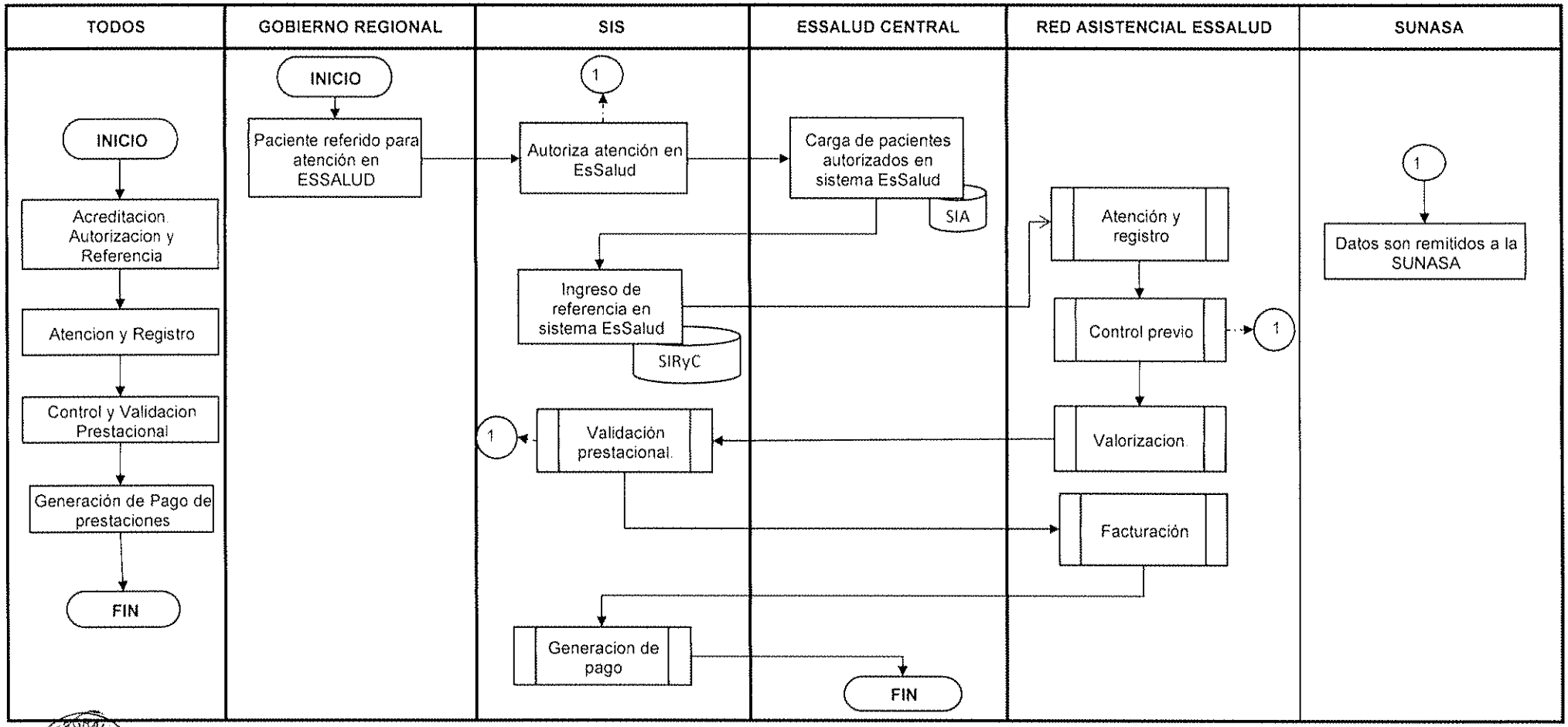
N.Terrones

T.Salazar A.

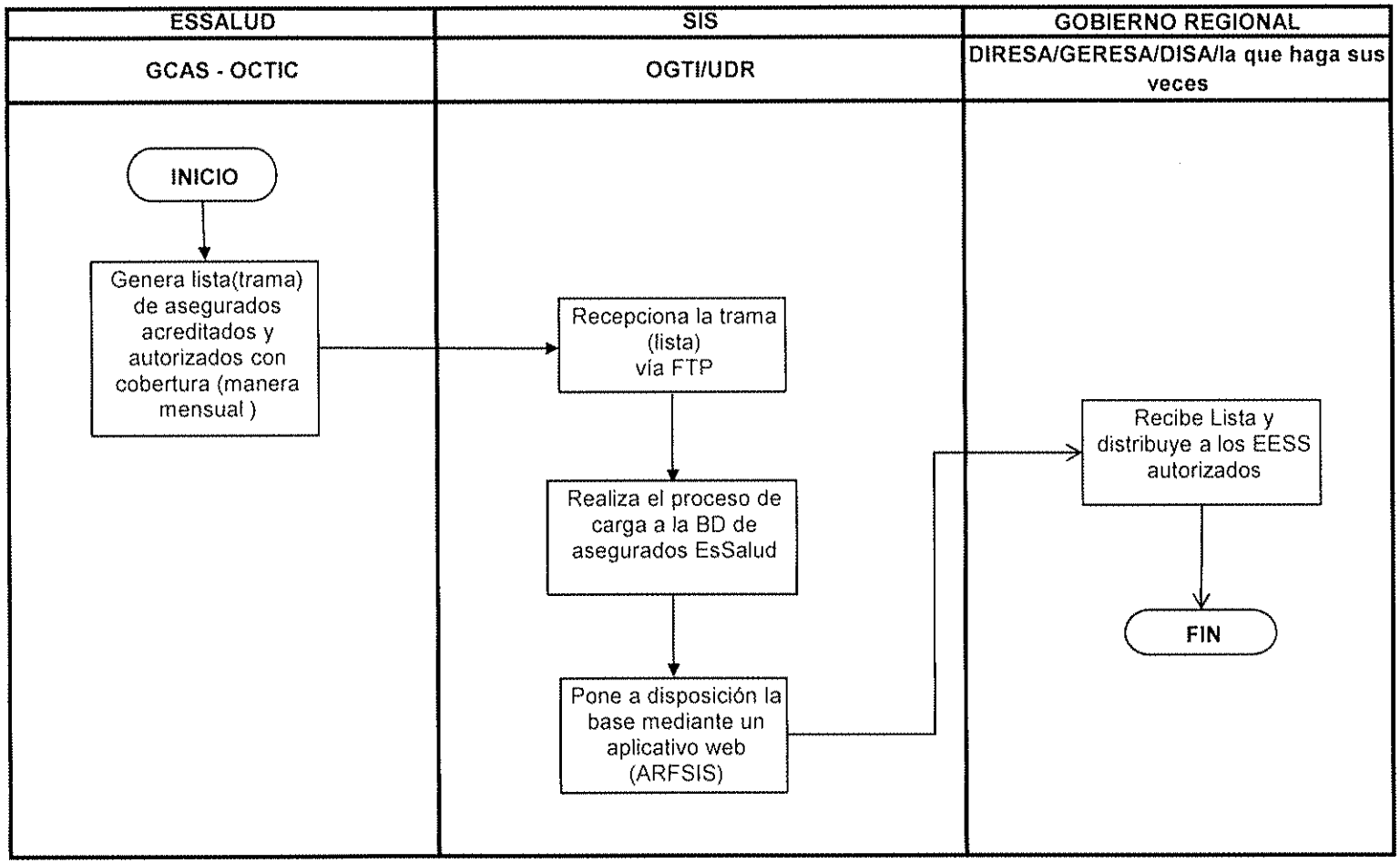
ANEXO N° 4. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de ESSALUD en el GOBIERNO REGIONAL.



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

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

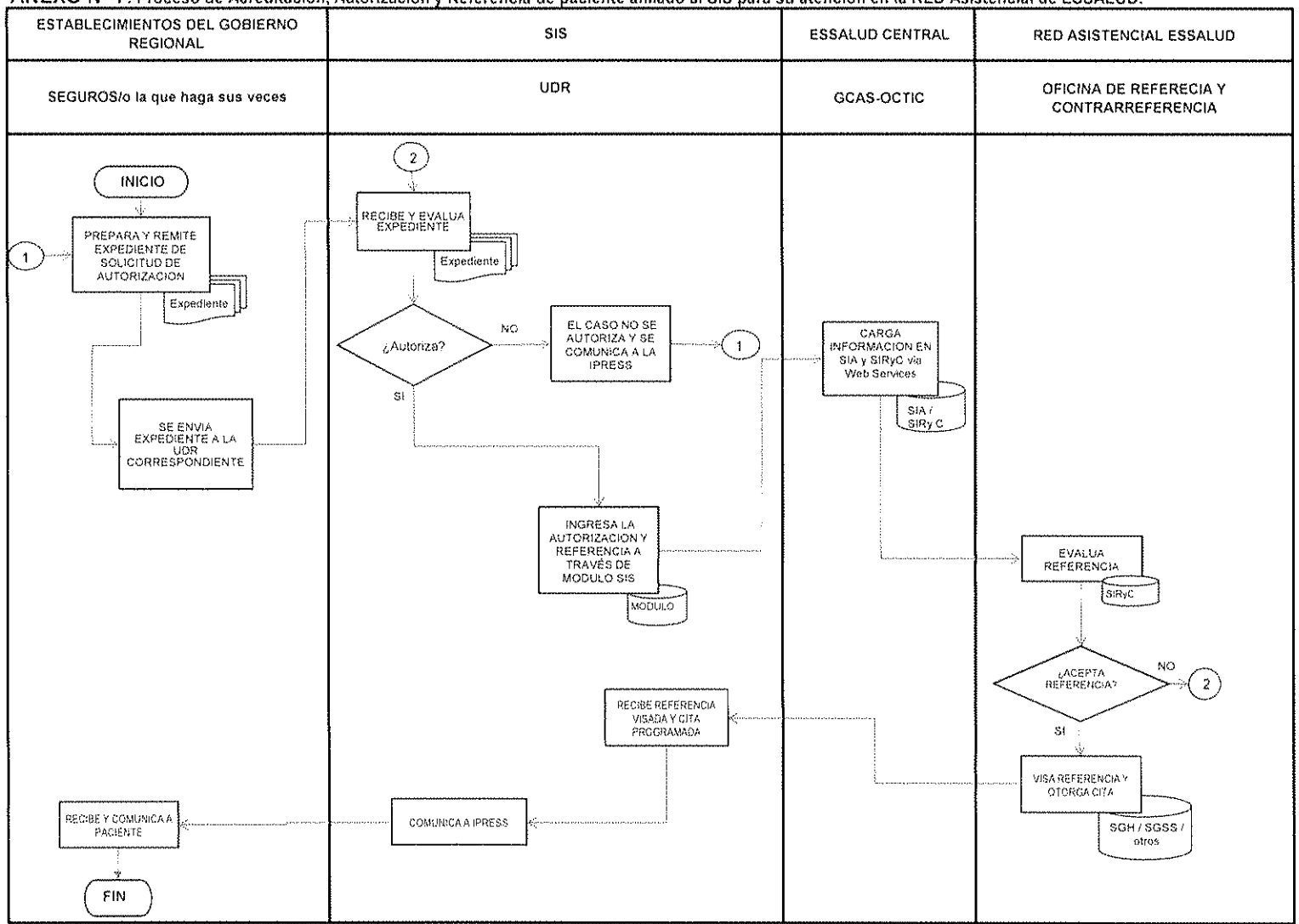
Objetivo:
Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD para la atención en los establecimientos de salud del Gobierno Regional.

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

N° 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 envia la trama que corresponde a la lista de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD. El envío de la trama será vía FTP. La periocidad del envío mensual.	Oficina Central de Tecnologia 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 Tecnologia 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 Tecnologia 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 Tecnologia de la Información del SIS = OGTI
Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

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

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GOBIERNO REGIONAL RED ASISTENCIAL ESSALUD	**ANEXO N° 7** **Descripción del Proceso de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS para su atención en la RED Asistencial de ESSALUD.**	Versión: 2 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 RED 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 atienda 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 atienda 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 modulo SIS en un plazo máximo de un día hábil posterior a su autorización.	UDR
3	Evalua 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

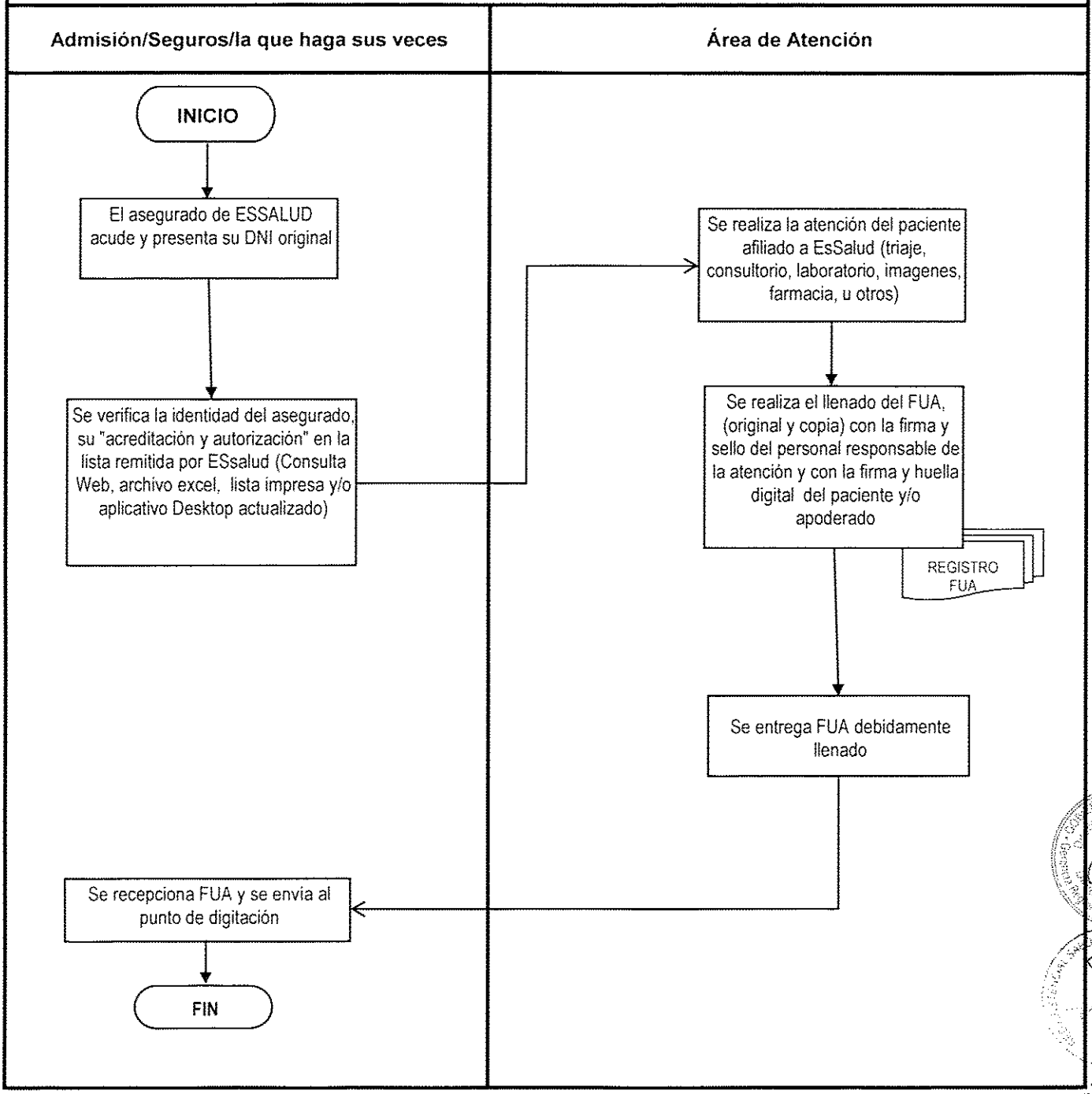
* Los plazos podrán ser modificados según operatividad de las partes y de común acuerdo previa coordinación, previa aprobación del Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional y Comunicación al Comité Central.

N.Tarrones

T.Selazar A

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



Formato Único de Atención = FUA

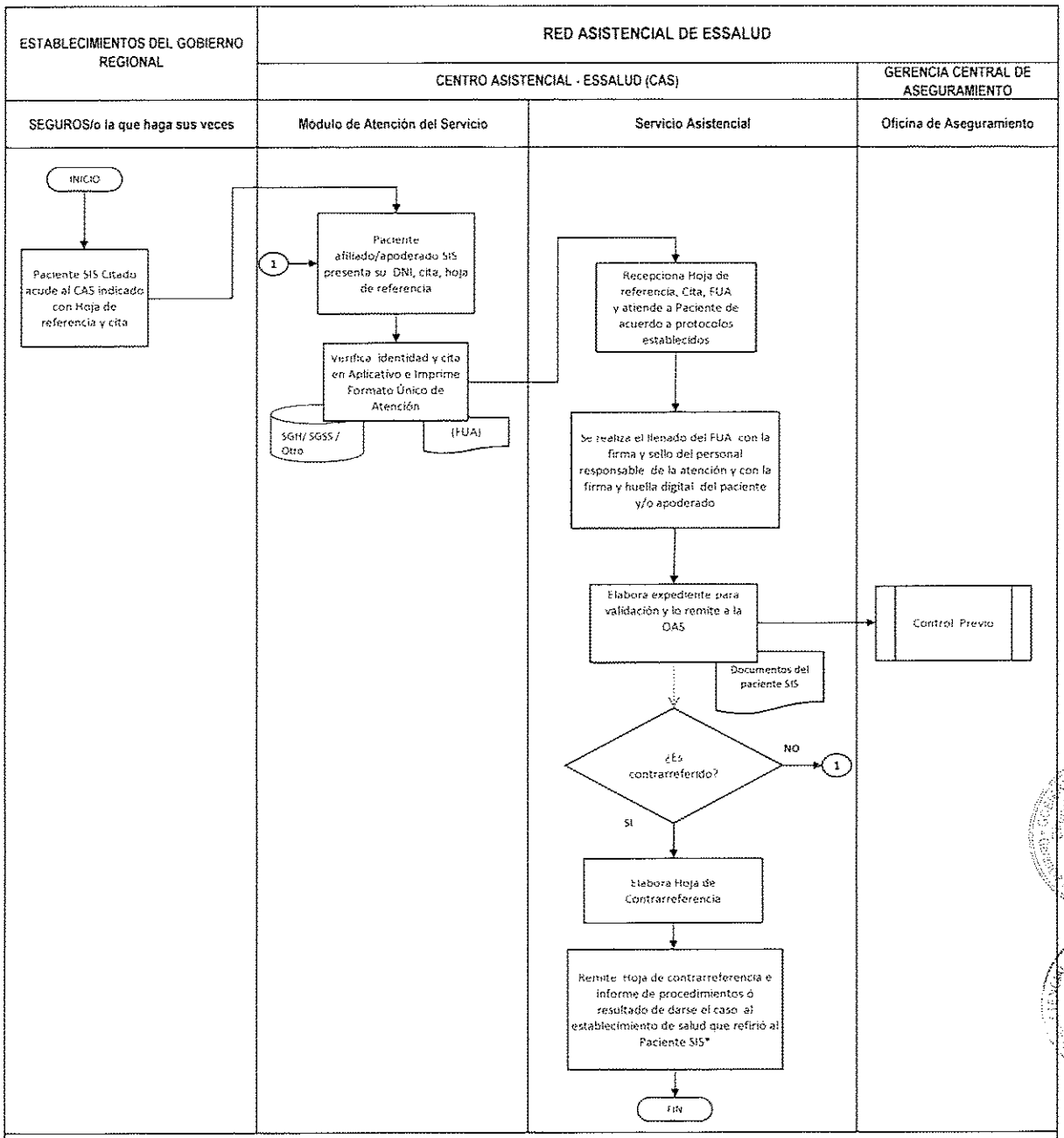
GOBIERNO REGIONAL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANEXO Nº 8 Descripción del Proceso de Atención del Paciente afiliado a **ESSALUD** en los establecimientos de salud del **GOBIERNO REGIONAL.**	**Versión:** 01 **Mes Año:** 06-2013 **Página:** 1

Objetivo:
Describir el proceso de la atención del Paciente afiliado a ESSALUD en los establecimientos de salud del Gobierno Regional

Alcance: Establecimientos de salud del Gobierno Regional, puntos/Centros de digitación

N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	El paciente Paciente afiliado a EsSalud acude al establecimiento de salud asignado, y presenta su DNI original. El área de Admisión/Seguros/o la que haga sus veces, verificará la acreditación y autorización del asegurado (Consulta Web, archivo excel, lista impresa y/o aplicativo Desktop actualizado).	Área de Admisión/Seguros/o la que haga sus veces
2	El paciente afiliado a EsSalud se dirige al área de atención correspondiente de acuerdo al flujo de atención propio del Establecimiento de Salud (triaje, consultorio, laboratorio, farmacia, u otros).	Área de atención del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional
3	El personal responsable de la atención es el encargado del correcto llenado del FUA, (original y copia) el mismo que deberá contar con su firma y sello y con la firma y huella digital del paciente y/o apoderado. En caso de que el asegurado sea analfabeto debera consignar su huella digital. El FUA correctamente llenado será enviado al área de admisión/Seguros/o la que haga sus veces. Se realiza el llenado del FUA, (original y copia) con la firma y sello del profesional responsable de la	Área de atención del Establecimiento de Salud del Gobierno Regional
4	El FUA es enviado al centro/ punto de digitación correspondiente.	Área de Admisión/Seguros/la que haga sus veces

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



*La hoja de contrarreferencia e informe de resultados, de darse el caso, podrán ser remitidos de forma magnética a los Establecimientos de Salud a través de la UDR de ser posible.

EsSalud	**ANEXO Nº 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

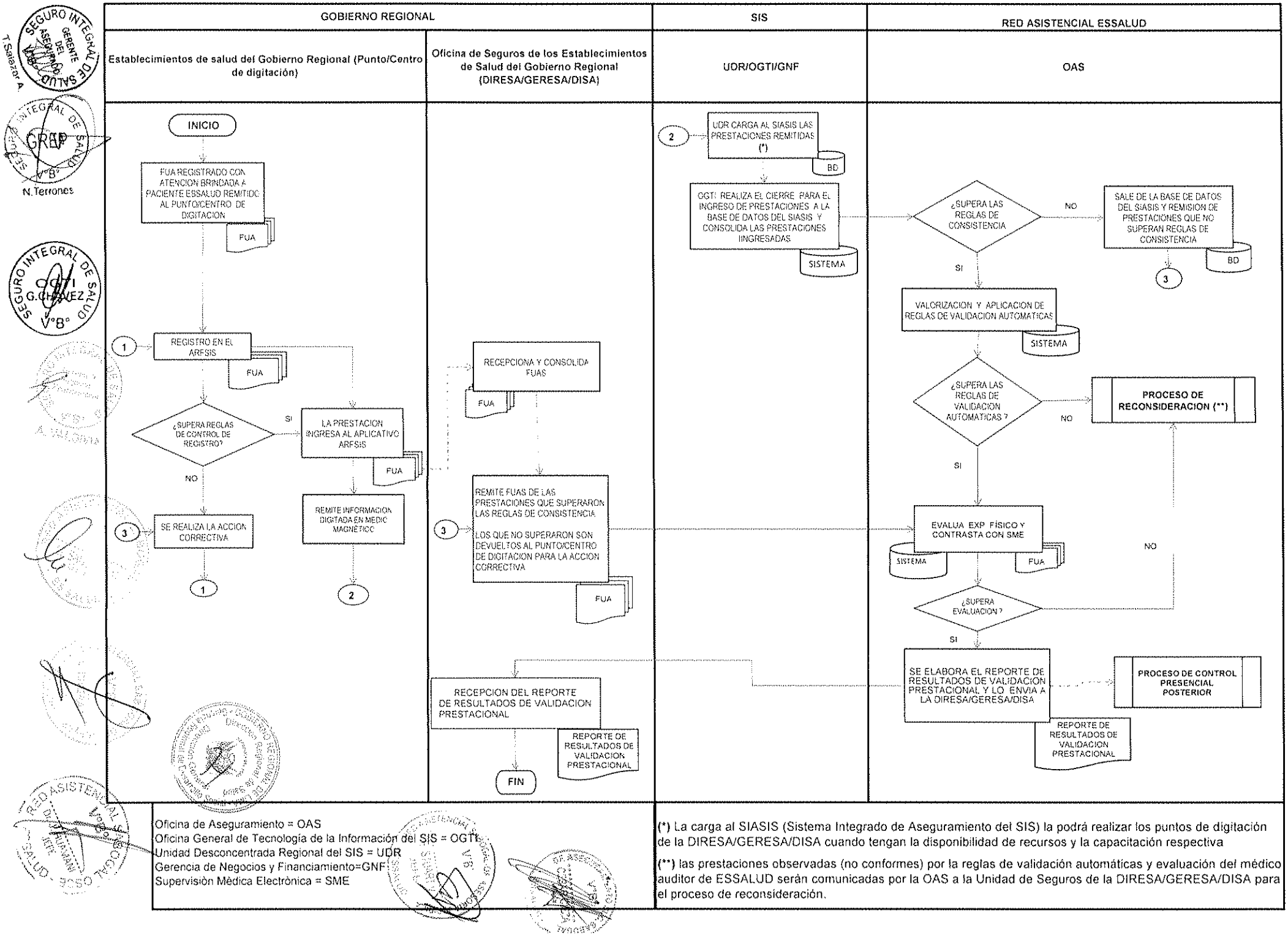
Objetivo: Brindar la prestacion de salud a los pacientes afiliados al SIS en los Centros Asistenciales de la RED Asistencial de ESSALUD.

Alcance: 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 antención, 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 exàmenes 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 infome de procedimiento, resultado de exàmenes 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 regisra en la hoja de contrarreferencia, y se entrega al paciente. Los los informes de procedimiento, resultados ò epicrisis serán adjuntados a la contrarreferencia si es que en ese momento esan disponibles, caso contrario se le dará al paciente las indicaciones para su posterior entrega. Los informes de procedimiento, resultados, de darse el caso, podràn 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 diagnòstico 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 Atenciòn, Copia de Hoja de referencia y copia de Cita



Oficina de Aseguramiento = OAS
Oficina General de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR
Gerencia de Negocios y Financiamiento=GNF
Supervisiòn Mèdica Electrònica = SME

(*) La carga al SIASIS (Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS) la podrá realizar los puntos de digitación de la DIRESA/GERESA/DISA cuando tengan la disponibilidad de recursos y la capacitación respectiva

(**) las prestaciones observadas (no conformes) por la reglas de validación automáticas y evaluación del médico auditor de ESSALUD serán comunicadas por la OAS a la Unidad de Seguros de la DIRESA/GERESA/DISA para el proceso de reconsideración.

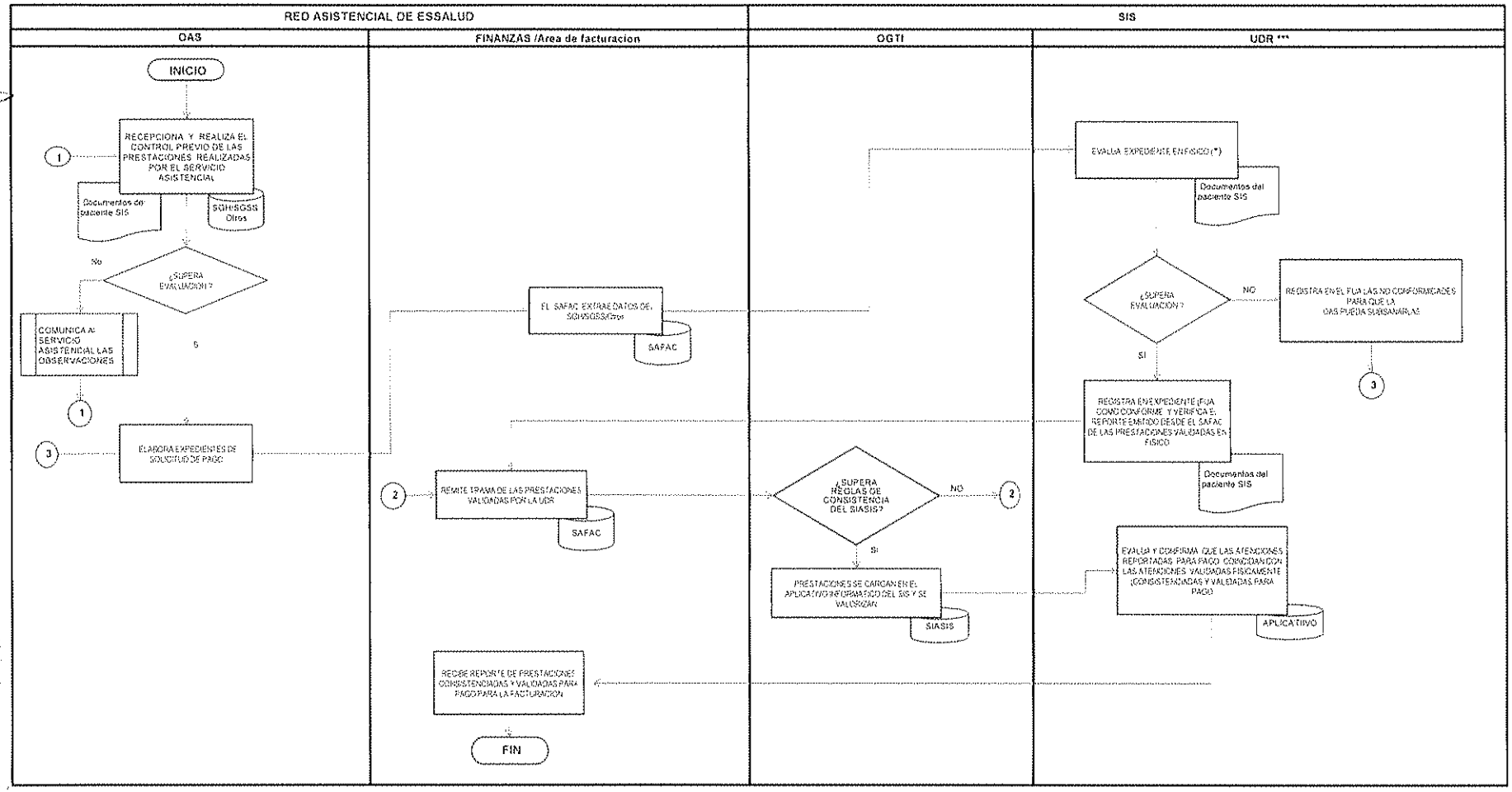
Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD	**ANEXO N° 10** **Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a ESSALUD atendido en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL.**	**Versión:** 02 **Mes Año:** 06-2013 **Página:** 1

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 Desconcetrada Regional (UDR) y ESSALUD - Oficina de Aseguramiento (OAS)

N° 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 digitidas 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 (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html). 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 (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html), 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 supervision medica electronica (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 estableciemientos 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 (evaluacion y verificacion documentaria in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informatico 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.



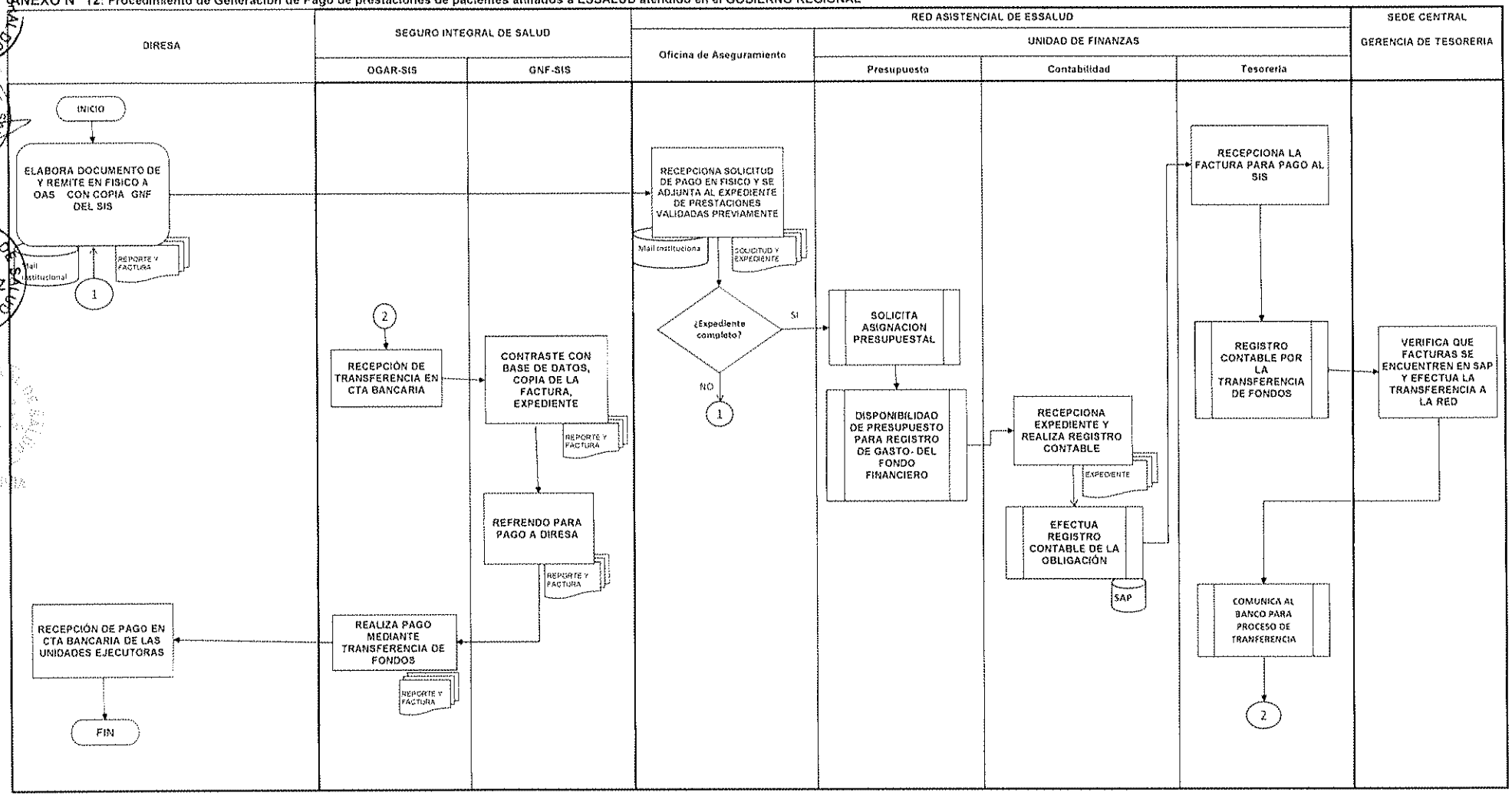
Oficina de Aseguramiento = OAS
Oficina -general de Tecnología de la Información del SIS = OGTI
Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR
Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD
(*) El médico supervisor de la UDR acudirá a la OAS para la evaluación de expedientes y de ser necesario evaluará la Historia clínica para la validación respectiva.
(***) Actividades realizadas en el Areas de Facturacion 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 epicrisis

Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD	**ANEXO Nº 11** **Descripción del Proceso de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.**	**Versión: 02** **Mes Año:06-2013** **Página: 1**

Objetivo:	Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados al SIS en la Red Asistencial de ESSALUD
Alcance:	SIS: Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) / Unidad Desconcetrada Regional (UDR) ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS) / Finanzas - Área de Facturación (AF).

N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
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. La 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

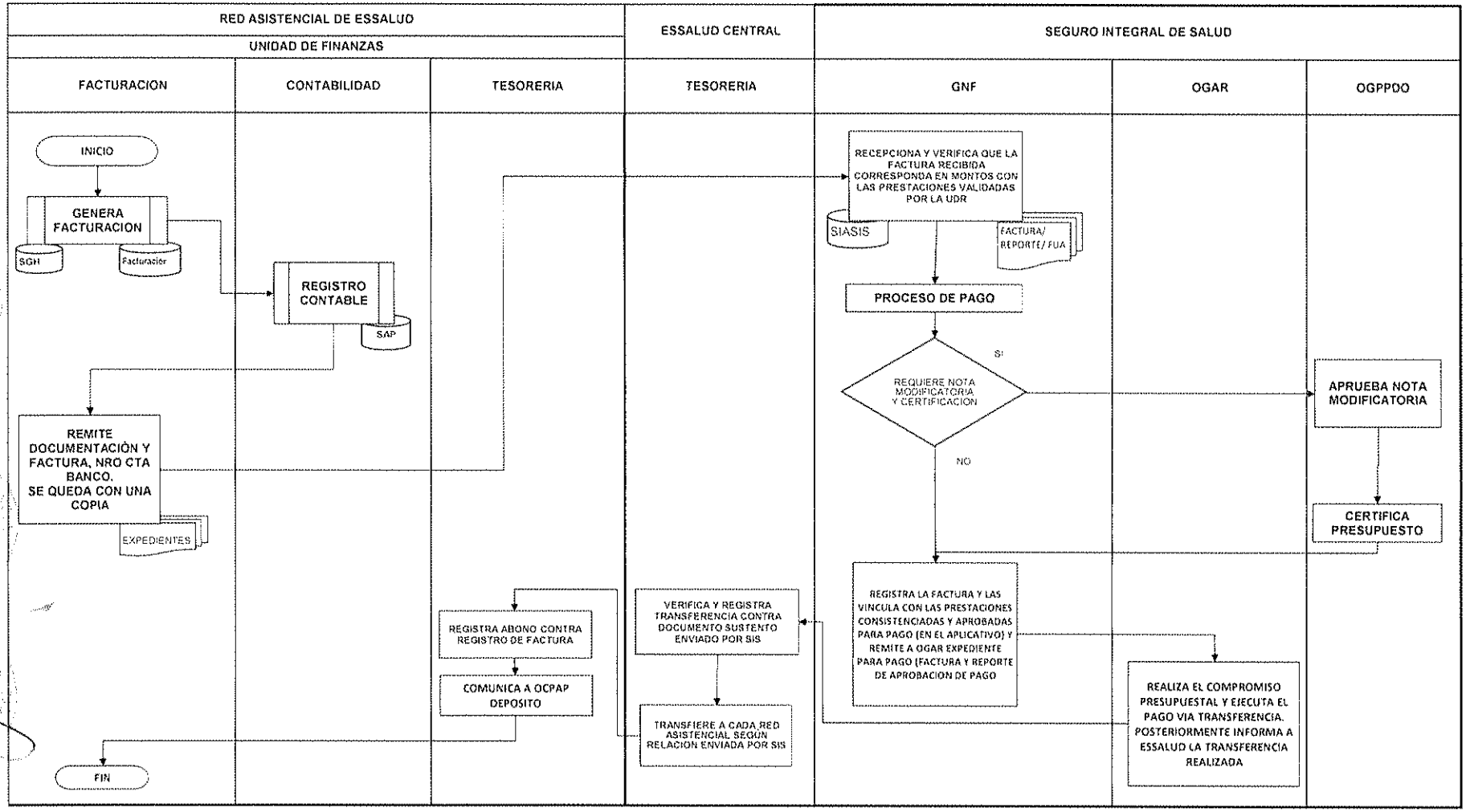
ANEXO N° 12: Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL



	ANEXO Nº 12 Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL	Versión: 01 Página: 1 Mes Año: 04-2013
Objetivo:	**Procedimiento de Pago por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los establecimientos de salud del Gobierno Regional**	
Alcance:	**DIRESA: Establecimientos de Salud (EESS) / Micro Redes / Redes de Salud / DIRESA SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcetrada Regional (UDR) y Red Asistencial de ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas, Oficina de Planeamiento y Calidad.**	

Nº PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	La unidad de seguros de la DIRESA del Gobierno Regional o DISA (según corresponda) elaborará el documento de pago según el reporte remitido por la **OAS** ESSALUD. Una vez elaborado este documento será remitido en medio físico a **OAS** de la red asistencia ESSALUD y una copia a la GNF del SIS (Factura y Reporte de liquidación "de las prestaciones conformes") Plazo maximo de Remision: 25 días de cada mes.	OFICINA DE SEGUROS DE LA DIRESA o DISA según corresponda
2	El Jefe de la oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial de EsSalud deberá verificar y dar conformidad del servicio en coordinación con la Oficina de Coordinación y Prestaciones y Atención Primaria. **Fecha de envío: hasta los 9 días del mes**	OFICINA DE ASEGURAMIENTO
3	Requerimiento de partida presupuestal, con cargo a su gasto operativo, para fines de pago e informar a la oficina de coordinacion. **Fecha de envio: hasta 25 días del mes.**	UNIDAD DE FINANZAS AREA DE PRESUPUESTO.
4	Registro contable del gasto en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de SIS.	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE CONTABILIDAD.
5	Registro del pago y trasferencia bancaria Al SIS por las prestaciones generadas por la DIRESA del Gobierno Regional por las prestaciones de servicios de salud, archivo de expediente.	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE TESORERIA.
6	Solicita fondos a la Gerencia de Tesoreria de la Sede Central para el pago de las obligaciones a favor del SIS	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE TESORERIA.
7	La oficina de administración verifica la recepción de la transferencia en las cuentas de SIS y comunica a la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS	OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN /CONTABILIDAD/ TESORERIA)
8	La Gerencia de Negocios y Financiamiento en base a la copia del documento de pago y la copia de la hoja de liquidación de la DIRESA del Gobierno Regional o DISA (según corresponda) registra el monto a pagar en el estado de cuenta de la DIRESA, previo contraste con base de datos, programa la distribución según Unidad Ejecutora de la DIRESA y DISA según corresponda.	GNF-SIS
10	La Unidad de administración realiza la transferencia por Unidades Ejecutora del Gobierno Regional.	OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN/ CONTABILIDAD/ TESORERIA)

ANEXO N° 13: Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en RED ASISTENCIAL ESSALUD



	ANEXO Nº 13	Versión: 01 Página: 1
	Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en la Red Asistencial de ESSALUD.	Mes Año: 04-2013
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 Desconcetrada 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 LIMA

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	Atencion	Médica	054
3	Atencion inmediata de recien nacido	99464	Atención	Médica	054
4	Hospitalización paciente por día	99231	Hospitalización	Médica	065/067
5	Ecografía Abdominal completa	76700	Procedimiento	Medica	071/056/054/055/062/067/065/068/066
6	Ecografía obstétrica I trimestre	76801	Procedimiento	Medica	71/056/062/009/066/067/068/013/065
7	Ecografía obstétrica II trimestre	76805	Procedimiento	Medica	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	Analisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopia	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 serica	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 sifilis	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	Tipificacion sanguinea ABO (Grupo sanguineo)	86900	Examen	Biologo/ tecnologo médico	071/056/062/065/067/068/120
22	Tipificacion sanguinea 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 Cérvix Uterino	88142	Examen	Médica/obstetrica	71/056/009/024
27	Vacuna BCG Recien nacidos según esquema nacional de vacunación vigente)	90585	Atención	Enfermeria	061/056/001/054/055
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	Atencion	Enfermeria	061/056/001

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GERENTE DEL ASEGURADO V°B°

Salazar A

SEGURO INTEGRAL DE SALUD OGTI G.CHAVEZ V°B°

ANEXO N° 14

CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

GOBIERNO REGIONAL LIMA					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCION	Código de servicio en el cual se debe registrar esta
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	Enfermeria	061/056/001/118/119/017
30	Vacuna Neumococo a partir del 3er mes, según esquema nacional de vacunación vigente	90669	Atención	Enfermeria	061/056/001/118/119/017
31	Vacuna Rotavirus (desde los 2 meses hasta los 6 meses según esquema nacional de vacunacion vigente)	90681	Atención	Enfermeria	061/056/001
32	Vacuna DPT, uso IM (se aplica en niños menores de 5 años según esquema nacional de vacunación vigente)	90701	Atención	Enfermeria	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	Atencion	Enfermeria	061/056/001
34	Vacuna SR, uso subcutáneo (En mayores de 5 años, según esquema nacional de vacunación vigente)	90708	Atención	Enfermeria	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	Enfermeria	061/056/001
36	Vacuna DT mayores de 10 años según esquemanacional de vacunación vigente	90714	Atención	Enfermeria	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	Atencion	Enfermeria	061/056/119/017/001/118
38	Vacunas Pentavalente (DPT + HiB + HVB) (desde los 2 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 dias según esquema nacional de vacunación vigente)	90723	Atención	Enfermeria	061/056/001
39	Administracion de vacuna contra la hepatitis B para población pediátrica y adolescente (En recien nacidos, en niños mayores de 5 años y adolescentes según esquema nacional de vacunación vigente)	90744	Atención	Enfermeria	061/056/001/054/055/017
40	Vacuna hepatitis B adultos (según esquema nacional de vacunación vigente)	90746	Atención	Enfermeria	061/056/054/055
41	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Médica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065

ANEXO N° 14

CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

GOBIERNO REGIONAL LIMA					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta
42	Consulta Externa Médica no especializada	99201	Consulta	Médica	056
43	Consulta Externa Médica especializada	99203	Consulta	Medica	056
44	Consejena en Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar)	99208	Sesión	Médica / Obstetriz	018
45	Atención nutricional	99209	Sesion	Nutricionista	056
46	Atención de pacientes - Prioridad III	99282	Atención	Médica	062
47	Atencion integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	99381	Atención	Enfermera	001
48	Atencion Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	99382	Atención	Enfermera	001
49	Atencion Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	99383	Atención	Enfermera	118/119
50	Consejeria nutricional	99401	sesion	Enfermera/nutricionista	005
51	Consulta Odontoestomatológica	D0150	Consulta	Odontologica	056
52	Aplicación tópica de flúor Niños (fluorización)	D1203	Sesion	Odontológica	021
53	Aplicación tópica de flúor Adultos (fluorización)	D1204	Sesion	Odontológica	021
54	Aplicación de Barniz de flúor	D1206	sesión	Odontologica	021
55	Deteccion y elminacion de Placa Bacteriana	D1330	Sesión	Odontológica	020
56	Destartraje de tres piezas dentarias	D4341	Sesion	Odontológica	021

RED ASISTENCIAL DE ESSALUD SABOGAL					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta
1	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema unicameral)	33212	Procedimiento	Médica Especializada	062/067/068
2	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema bicameral)	33213	Procedimiento	Médica Especializada	062/067/068
3	Examen radiológico de tórax, frontal y lateral	71020	Procedimiento	Médico Radiologo / Tecnólogo Médico	071/056/054/055/062/067/065/068/066
4	Electrolitos (na, K, mg, ca y p)	80053	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
5	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, con microscopia	81000	Examen	Medica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
6	Examen de Creatinina	82565	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
7	Examen de glicemia	82947	Examen	Medica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
8	Urea serica	84520	Examen	Medica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
9	Tiempo de protrombina	85610	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
10	Examen Hemograma (Recuento glóbulos rojos y formula leucocitaria)	85025	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120

T.Salazar A

ANEXO N° 14

CUADRO DE EQUIVALENCIA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

RED ASISTENCIAL DE ESSALUD SABOGAL					
N°	Descripción de la prestación (*)	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta
11	Examen Grupo sanguíneo	86900	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
12	Examen de Factor RH	86901	Examen	Medica	071/056/062/065/067/068/120
13	Electrocardiograma	93000	Procedimiento	Medica	071/056/054/062/066/067/055/068/009/065
14	Control electrocardiografico durante 24 horas (Holter)	93224	Procedimiento	Medica	056/065/071/068
15	Ecocardiografia	93320	Procedimiento	Medica	071/056/062/065/067/068
16	Consulta Externa Médica especializada	99203	Consulta	Medica	056
17	Hospitalizacion paciente día	99231	Hospitalización	Medica	065/067

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 ecografia obstétrica
119	Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años	018	Salud reproductiva (planificación familiar)
005	Consejeria 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 patologia no quirurgica
021	Prevencion de caries	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN
022	Deteccion de problemas en Salud Mental	054	Atencion de parto vaginal
009	Atención prenatal	055	Cesarea
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	Atencion extramural rural (Visita domiciliaria)	070	Atencion odontológica especializada
061	Atención en tópico	071	Apoyo al diagnóstico
062	Atencion por emergencia	120	Procedimiento Terapéutico
064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	200	Atención de rehabilitacion (post fractura y/o post esguince)
065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	117	Traslado de Emergencia

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GERENTE DEL ASEGURADO V°B°

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° G. CHAVEZ

PERU Ministerio de Salud | Seguro Integral de Salud

ANEXO N° 15: FORMATO DE ATENCIÓN

(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES ESSALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO				
	-		-	

CODIGO E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCION	RECONSIDERACION (*)
		N° FORMATO ATENCION PARA RECONSIDERACION

(*) Llenar con aspa (X) en caso de reconsideracion de atención

COMPONENTE	
SUBSIDIADO	*
SEMI SUBSIDIADO	*

TIPO FORMATO AFILIACION		
NUEVO		*
ANTIGUO	INSCR	*
	AFIL	*

CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		
DISA	NUMERO	

IDENTIFICACION	
TD	N° DOCUMENTO
1	(Se registra el DNI)

CODIGO DE AFILIACION DE SEGURO (*)	
INSTITUCION	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)
COD. SEGURO	NO SE REGISTRA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO		
DIA	MES	AÑO

SEXO	
MASCULINO	
FEMENINO	

ATENCION	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	
EMERGENCIA	

GESTANTE	
PUERPERA	

CONCEPTO PRESTACIONAL			
ATENCION DIRECTA		N° DE AUTORIZACION	MONTO
ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS)	*	*	*
CASO ESPECIAL	*	*	*
SEPELIO	*		
TRASLADO			

FECHA DE ATENCION		
DIA	MES	AÑO
		2 0

HORA	
	:

LUGAR DE ATENCION	
INTRAMURAL	
EXTRAMURAL	

N° DE HISTORIA CLINICA

FECHA DE PARTO		
DIA	MES	AÑO
		2 0

PERSONAL QUE ATIENDE	
DEL ESTABLECIMIENTO	
ITINERANTE/EQ. AISPED	

CODIGO DE PRESTACION

CODIGO E.S./EQ. AISPED	NOMBRE DEL E.S./EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE	N° HOJA DE REFERENCIA

DESTINO DEL ASEGURADO												
ALTA		CITADO		REFERIDO						CONTRARREFERIDO		FALLECIDO
				EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNOSTICO				

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE	N° HOJA DE REF./CONTRARREF.

HOSPITALIZADOS

FECHA DE INGRESO		
DIA	MES	AÑO
		2 0

FECHA DE ALTA		
DIA	MES	AÑO
		2 0

SERVICIOS PREVENTIVOS

CPN (N°)		PESO (Kg)		TALLA (CM)		CONSEJERIA NUTRICIONAL	(SI) / (NO)
EDAD GEST. (SEM)							
ALTURA UTERINA (cm)		EDAD GEST. RN (SEM)		APGAR	1' / 5'	CONSEJERIA PP.FF.	(SI) / (NO)
P. A. (mmHg)	/						
PSICOPROFILAXIS	(SI) / (NO)	CRED (N°)		REDPI/ TEPSI	(SI) / (NO)	ADMINISTR. VITAMINA K	(SI) / (NO)
						PROFILAXIS OCULAR	(SI) / (NO)
ADMINIST. OXITOCINA (puerperio Inmediato)	(SI) / (NO)	LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) / (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		ADMINIST. SUPL. NUTR.	(SI) / (NO)

VACUNAS N° DOSIS					
BCG		INFLUENZ.		ANTIAMARILICA	
DPT		PAROTID.		ANTINEUMOC.	
APO		RUBEOLA		ANTITETANICA	
ASA		ROTAVIRUS			
SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)			
HVB		PENTAVAL			

N°	DIAGNOSTICOS DESCRIPCION	Dx INGRESO TIPO DX			Dx INGRESO CIE - 10	Dx EGRESO CIE - 10	Dx EGRESO TIPO	
1		P	D	R			D	R
2		P	D	R			D	R
3		P	D	R			D	R
4		P	D	R			D	R
5		P	D	R			D	R

N° DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION	N° COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCION		ESPECIALIDAD		RNE	

1.- MEDICO, 2.- FARMACEUTICO, 3.- CIRUJANO DENTISTA, 4.- BIOLOGO, 5.- OBSTETRIZ, 6.- ENFERMERA, 7.- TRABAJADORA SOCIAL, 8.- PSICOLOGO, 9.- TECNOLOGO MEDICO, 10.- NUTRICIONISTA, 11.- TECNICO ENFERMERIA, 12.- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Huella Digital del Asegurado / Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o 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 ATENCION

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

V°B° N. Terrones — V°B° T.Salazar A. — V°B° G. CHAVEZ — A. Valdivia — CESAR CIETA Jefe — HUAMANI Jefe

ANEXO Nº 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 Nº

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

CODIGO	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	Nº TICKET	PO

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.

ANEXO Nº 16: FORMATO DE ATENCIÓN
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO				
X	-	X	-	X

CODIGO E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCION
X	X

REGIMEN	
SUBSIDIADO	X
SEMICONTRIBUTIVO	X

CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		
DISA/DIRESA	NUMERO	
X	X	X

IDENTIFICACION	
TD	Nº DOCUMENTO
X	X

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
X	X
PRIMER NOMBRE	**OTROS NOMBRES**
X	X

FECHA DE NACIMIENTO							
DIA		MES		AÑO			
X	X	X	X	X	X	X	X

SEXO	
MASCULINO	X
FEMENINO	X

ATENCION	
REFERENCIA	X
EMERGENCIA	

Nº DE HISTORIA CLINICA
X

CONCEPTO PRESTACIONAL			
ATENCION DIRECTA		Nº DE AUTORIZACION	MONTO
AUTORIZACION UDR	X	X	X

FECHA DE ATENCION							
DIA		MES		AÑO			
				2	0		

HORA		
	:	

CODIGO DEL SERVICIO

CODIGO E.S./EQ. AISPED	NOMBRE DEL E.S.-EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE	Nº REFERENCIA
X	X	X

DESTINO DEL ASEGURADO															
ALTA		CITADO		HOSPITALIZADO		REFERIDO: EMERGENCIA		REFERIDO: CONSULTA EXTERNA		REFERIDO: APOYO AL DIAGNOSTICO		CONTRARREFERIDO		FALLECIDO	

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE	Nº HOJA DE REF/CONTRARREF.

HOSPITALIZADOS							
FECHA DE INGRESO							
DIA		MES		AÑO			
				2	0		
FECHA DE ALTA/FECHA DE CORTE (*)							
DIA		MES		AÑO			
				2	0		

Nº	DIAGNOSTICOS: DESCRIPCION	Dx INGRESO: TIPO Dx			Dx INGRESO: CIE - 10	Dx EGRESO: CIE - 10	Dx EGRESO: TIPO	
1		P	D	R			D	R
2		P	D	R			D	R
3		P	D	R			D	R

Nº DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION	Nº COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCION		ESPECIALIDAD		RNE	

1. MEDICO, 2. FARMACEUTICO, 3. ODONTOLOGO, 4. BIOLOGO, 5. OBSTETRIZ, 6. ENFERMERA, 7. TRABAJADORA SOCIAL, 8. PSICOLOGO, 9. TECNOLOGO MEDICO, 10. NUTRICIONISTA, 11. TECNICO ENFERMERIA, 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITACION ADECUADA Y OPORTUNA DEPENDE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A SU ESTABLECIMIENTO

(*) 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

ANEXO N° 16: FORMATO DE ATENCIÓN

(CARA POSTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

FORMATO DE ATENCIÓN N°

MEDICAMENTOS

CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	VALOR UNITARIO	VALOR CONSOLIDADO

INSUMOS COMPLEMENTARIOS

CÓDIGO SISMED	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	VALOR UNITARIO	VALOR CONSOLIDADO

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO POR IMAGENES / LABORATORIO

CPT	NOMBRE	IND	ETE	DX	RES	VALOR UNITARIO (TARIFA)	VALOR CONSOLIDADO
						COSTO TOTAL DE LA ATENCION	

OBSERVACIONES

Firma del Afiliado o Apoderado

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de Farmacia y/o Laboratorio

Solo 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

REGISTRO POR LA UDR

VALIDACION PRESTACIONAL	FECHA	

	PRESTACION CONFORME
	PRESTACION NO CONFORME

MARCAR CON X

Firma y Sello del médico auditor de la UDR

DNI

REGISTRO DE LAS NO CONFORMIDADES (EN CASO DE SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO)

N°	NO CONFORMIDAD (OBSERVACIÓN)	MEDICAMENTO/INSUMO/PROCEDIMIENTO QUE NO SE DEBE INCLUIR EN LA LIQUIDACIÓN (EN CASO CORRESPONDA)				NO CONFORMIDAD LEVANTADA (EN CASO DE MEDICAMENTOS: DESCONTAR DE LA PER LIQUIDACIÓN MARCAR SI)		FECHA	
		CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	NO APLICA	SI	NO	OBSERVACIONES (REGISTRAR SOLO EN CASO QUE LA CONFORMIDAD NO HA SIDO LEVANTADA)	

* NO APLICA SI LA NO CONFORMIDAD AFECTA TODA LA PRESTACION (EJEMPLO FALTA FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE)

Firma y Sello del medico auditor de la UDR
DNI

LAS FILAS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO POR IMAGENES/ LABORATORIO Y OBSERVACIONES PODRAN INCREMENTARSE SEGUN EL CONSUMO DE LA PRESTACION

ANEXO N° 17

Formato de Referencia

Ministerio de Salud

HOJA DE REFERENCIA N°

1. DATOS GENERALES

Fecha (día / mes / año) Hora Asegurado: (Si) (No) Tipo: PLANES DE ATENCIÓN SIS A B C D E

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

Sexo (F) (M) Edad Años Meses Dias

Dirección: Distrito: Departamento:

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis

Examen Físico T° P.A. F.R. F.C.

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico	CIE - 10	D	P	R
1)				
2)				
3)				

Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia: Emergencia ○	Consulta Externa ○	Apoyo al Diagnóstico (Número Orden) ○
Fecha en que será atendido:			
Hora en que será atendido:			
Nombre de quien lo atenderá:			
Nombre de quien se coordinó la atención:			

Especialidad de Destino:

Pediatría ○ Medicina ○ Cirugía ○ Gineco Obst ○ Lab ○ Dx Imag ○ Otros ○

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

Estable ○ Mal Estado ○

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre Colegiatura Profesión ○ Médico ○ Enfermera ○ Obstetriz ○ Otro	Nombre Colegiatura Profesión ○ Médico ○ Enfermera ○ Obstetriz ○ Otro	Nombre Colegiatura Profesión ○ Médico ○ Enfermera ○ Obstetriz ○ Otro	Nombre Colegiatura Profesión ○ Médico ○ Enfermera ○ Obstetriz ○ Otro Fecha Hora
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

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

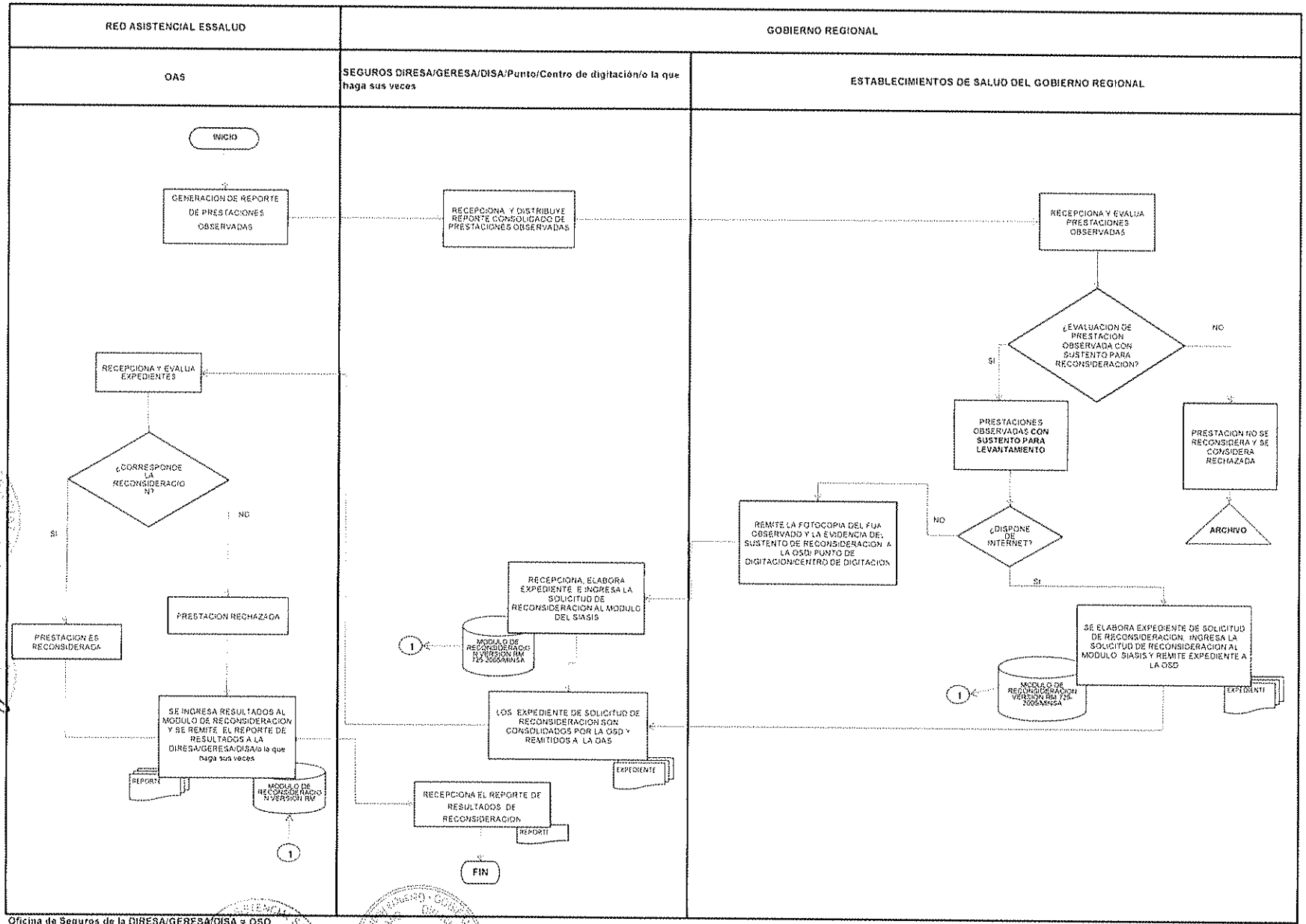
○ Estable ○ Mal Estado ○ Fallecido

N.Terrones

T.Salazar

V°B°

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

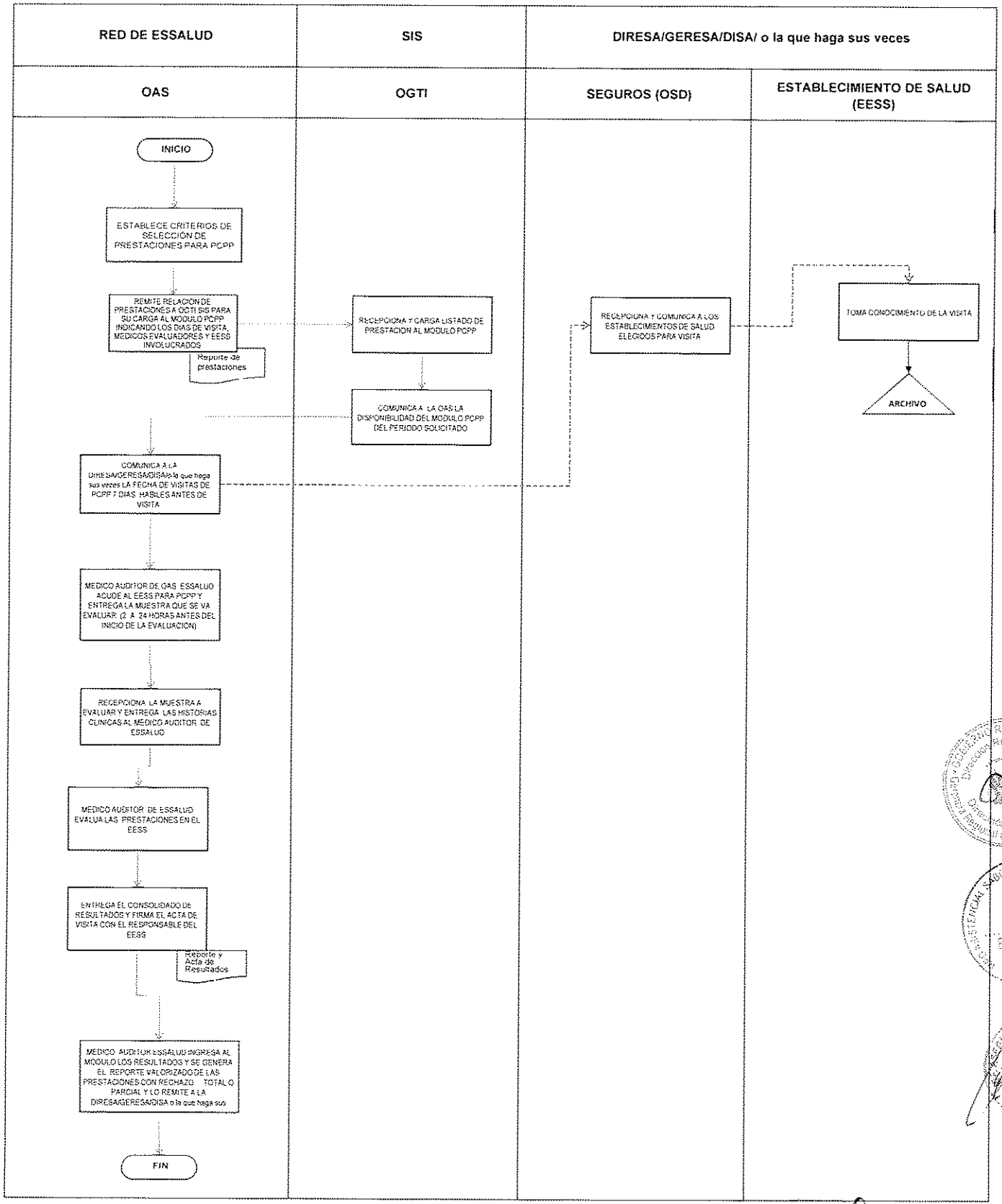
Subcomité de Control y Validación ESSALUD	**ANEXO Nº 18** **Descripción del Proceso de Reconsideración de Prestaciones Observadas de pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL**	**Versión:** 01 **Mes Año:** 06-2013 **Página:** 1

Objetivo:	Establecer las etapas del procedimiento de reconsideración de prestaciones observadas no conformes de asegurados de EsSalud atendidos en los establecimientos del GOBIERNO REGIONAL.
Alcance:	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 OSD.	OAS
2	Recepciona y distribuye reporte consolidado de prestaciones observadas a sus establecimientos de Salud involucrados (EESS), para la evaluacion y subsanacion respectiva en el plazo de 30 dias hábiles, el mismo que podrá ser ampliado por la Red Asistencial de ESSALUD previa corrdinación y sustento.	OSD
3	Recepciona el reporte de las prestaciones observadas , para su evaluación y subsanación respectiva.	EESS
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, Guia de práctica clinica, 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.	
5	Recepciona todos los reportes con los expedientes de reconsideración sustentados y los envia a la OAS previa coordinación.	OSD
6	Recepciona la solicitud de reconsideración con sustento para su evaluación correspondiente, para su conformidad o rechazo.	OAS
7	Evalua si la **reconsideracion reune los sustentos** 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.	
8	Evalua si la **reconsideracion no reune los sustentos** requeridos. En este caso se procede a rechazar a través del módulo de reconsideración de forma parcial ò 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

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



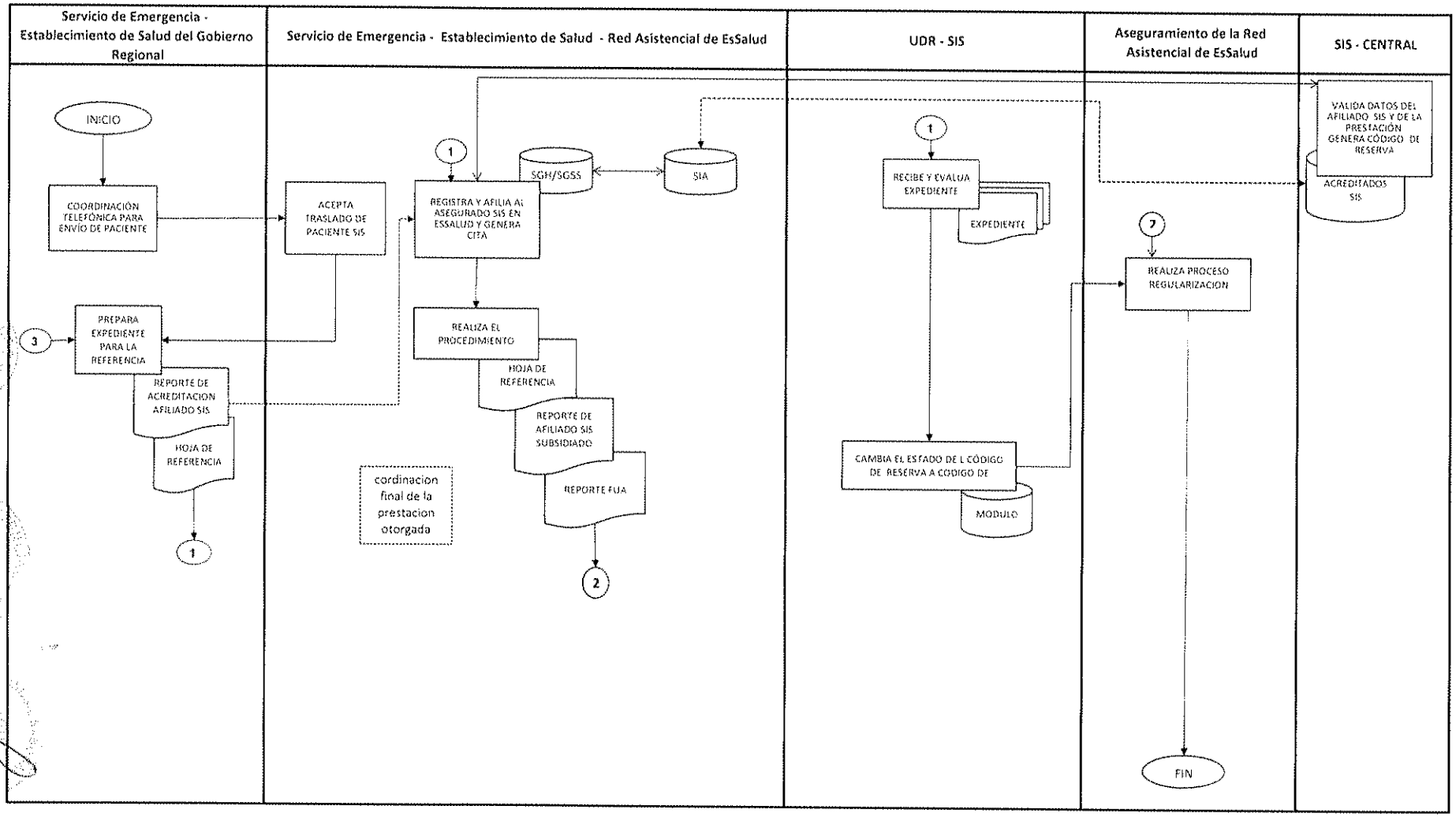
Subcomité de Control y Validación ESSALUD	**ANEXO Nº 19** **Descripción del Proceso de Control Presencial Posterior de prestaciones (PCPP) otorgadas a pacientes afiliados a ESSALUD atendidos en los establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL**	**Versión:** 01 **Mes Año:** 06-2013 **Página:** 1

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)

N° 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	Recepciona 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 (N° FUA y N° 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	Recepciona y entrega las Historias clínicas con sus respectivos FUAS (copia incluida en la HCL) al personal suspervisor 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)

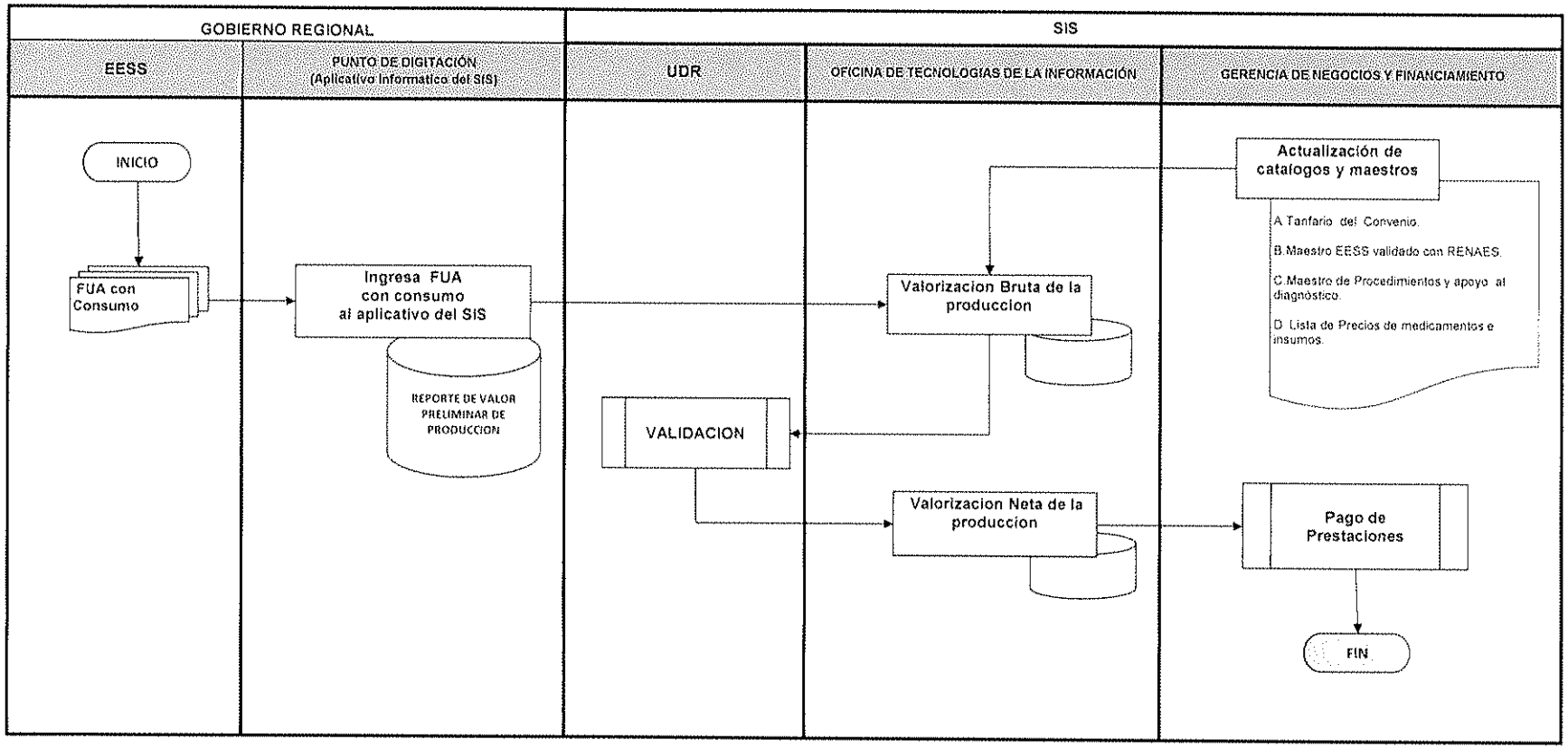


OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION SIS	**ANEXO Nº 20** **Descripción del procedimiento de acreditación, autorización y referencias para casos de Emergencia de pacientes asegurados SIS atendidos en la Red Asistencial EsSalud**	**Versión:** 01 **Mes Año:** 05-2013 **Página:** 1

Objetivo:
Estandarizar el procedimiento de acreditación, autorización y regularización de los afiliados SIS atendidos por el servicio de Emergencia en la Red Asistencial de ESSALUD.

Alcance:
Establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y RED Asistencial de ESSALUD

N° 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 Reginal.
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 Reginal.
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 envia 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