

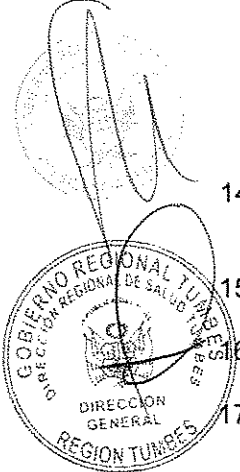
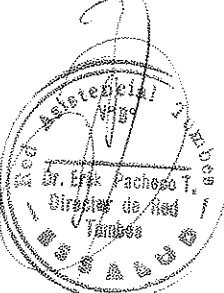
CONVENIO ESPECÍFICO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES, EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - RED ASISTENCIAL TUMBES Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento el Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional que suscriben, el **GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES**, con RUC N° 20484003883, con domicilio en Avenida La Marina N° 200, Distrito, Provincia y Departamento de Tumbes, debidamente representado por su Presidente Regional **Señor Gerardo Fidel Viñas Dioses**, identificado con DNI N° 00201895 elegido y reconocido mediante Resolución N° 5002-A-2010-JNE y acreditado mediante Credencial, al que en adelante se le denominará, **GOBIERNO REGIONAL**, el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - Red Asistencial Tumbes**, con RUC N° 20131257750, con domicilio en Avenida Tumbes N° 1625, Provincia y Departamento de Tumbes, debidamente representada por el Director de la Red Asistencial, Doctor **Erik Marcos Pacheco Trigozo**, identificado con DNI N° 29315606, facultado para celebrar el presente Convenio Específico mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 884-PE-ESSALUD-2006, modificada por la Resolución N° 281-PE-ESSALUD-2011, al que en adelante se le denominará **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 (e) Doctor **Pedro Fidel Grillo Rojas**, identificado con DNI N° 09644064, encargado mediante Resolución Suprema N° 022-2012-SA, al que en adelante se le denominará el **SIS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: DEL MARCO NORMATIVO

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

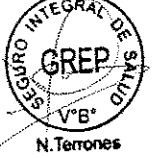
1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud" que crea el Seguro Integral de Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
3. Ley N° 27056, "Ley de Creación del Seguro Social de Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
4. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
5. Ley N° 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud", sus modificatorias y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-1997-SA.
6. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
7. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" y sus modificatorias.
8. Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
9. Ley N° 29158, "Ley Orgánica del Poder Ejecutivo".
10. Ley N° 28411, "Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto".
11. Ley N° 27785, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
12. Ley N° 29812, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012".
13. Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud".

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

CLÁUSULA SEGUNDA: DE LOS ANTECEDENTES



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



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



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

Con fecha 05 de mayo de 2011, se suscribió el Convenio N° 016-2011/MINSA "Convenio Especifico de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de

Salud y el Ministerio de salud con participación del Seguro Integral de Salud para el incremento de cobertura e intercambio de prestaciones en el marco del aseguramiento Universal en salud en el ámbito de Lima Metropolitana."

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

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

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

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

Segunda Disposición Complementaria Transitoria:

El intercambio prestacional basado en la compra-venta de servicios de salud es obligatorio para los establecimientos de salud públicos en las regiones declaradas bajo los alcances de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y facultativa en el resto de las regiones; siendo en ambos casos aplicables las reglas especiales establecidas en el presente Decreto Supremo.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

El **GOBIERNO REGIONAL**, es un organismo con personería jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa, el cual tiene como misión y visión institucional el desarrollo de los pueblos ubicados dentro de su jurisdicción de acuerdo con los fines previstos en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo, a efecto de desarrollar su Plan Operativo Institucional,

coordina con otras instituciones para cumplir con sus objetivos de mejorar la calidad de vida y el nivel socioeconómico de la población de la Región.

El **GOBIERNO REGIONAL**, a través de la 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 Tumbes - **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 Tumbes 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 **ESSALUD** Tumbes.

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

CLÁUSULA SEXTA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES

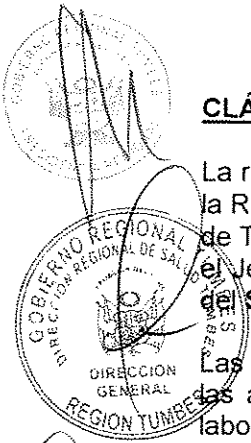
Las prestaciones de salud se financiarán mediante la modalidad de pago por servicio (compra-venta), según la tarifa acordada por ambas partes, bajo el parámetro de una estructura única de costos, sin que éstas puedan contener utilidad o lucro.

Los costos que origine la atención de los asegurados de **ESSALUD** en los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** serán cubiertos en su totalidad por **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 Tumbes - **ESSALUD** serán cubiertos en su totalidad por el **SIS**, de acuerdo a las tarifas adjuntas al presente Convenio (Anexo 3).

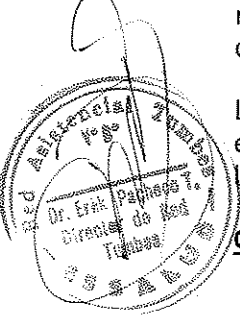
Las partes se obligan a no realizar cobro de ningún tipo por la prestación de los servicios de salud, directa o indirectamente a los asegurados de **ESSALUD** y del **SIS** respectivamente.



CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la ejecución del presente Convenio recae sobre el Director de la Red Asistencial Tumbes - **ESSALUD**, el Director de la Dirección Regional de Salud de Tumbes - DIRESA y los Gerentes Sub - Regionales del **GOBIERNO REGIONAL**, el Jefe Adjunto del **SIS** y el Representante de la Unidad Desconcentrada Regional del **SIS** - UDR Tumbes.

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 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 para las prestaciones brindadas a los asegurados de ESSALUD**



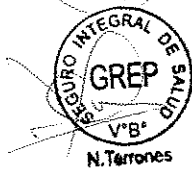
ESSALUD se obliga a enviar la trama de asegurados acreditados y autorizados al **SIS**, a través del servidor FTP que el **SIS** pondrá a disposición para tal fin, a su vez, el **SIS** Central cargará los datos enviados por **ESSALUD** en su aplicativo informático, a través del cual los Establecimientos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

Así mismo la DIRESA Tumbes distribuirá la información de acreditación y códigos de autorización a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

Esta información será actualizada según el procedimiento adjunto al presente Convenio (Anexo N° 4).



La DIRESA se obliga a fortalecer sus Oficinas de Seguros en los Establecimientos de Salud con los recursos tecnológicos factibles necesarios (equipos de cómputo, software y servicios de internet), para el adecuado funcionamiento de los procedimientos 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 para las prestaciones brindadas a los Asegurados del SIS**



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 Tumbes - **ESSALUD**, a su vez **ESSALUD** recibirá y cargará la información del

asegurado del **SIS** en sus Sistemas de Aseguramiento y de Referencia y Contrarreferencia, según el procedimiento adjunto al presente Convenio (Anexo 5).

En el caso que el asegurado del **SIS** requiera un procedimiento de emergencia en **ESSALUD** y sea realizado fuera de los horarios de atención administrativa, los procesos de referencia, acreditación y autorización de la atención se realizarán mediante hoja de referencia, en la cual el Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL**, deberá consignar el código del afiliado, que garantiza la acreditación; la regularización se realizará al día siguiente hábil posterior a la situación de emergencia, según el procedimiento adjunto al presente Convenio (Anexo 5). En caso que el código de afiliación registrado en la hoja de referencia no corresponda o no esté activo, el **GOBIERNO REGIONAL** asumirá el pago de la atención. 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 CONTRARREFERENCIA

- **Referencia de beneficiarios de ESSALUD:**

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

Para la referencia, el profesional de salud del Establecimiento de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** realizará las coordinaciones previas con el profesional médico del Centro Asistencial de destino de **ESSALUD** o Jefe de Guardia del Servicio de Emergencias, de ser el caso, y se empleará el formato de referencia (Anexo 12).

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

El pago por el traslado del paciente asegurado, acreditado y debidamente autorizado será asumido por **ESSALUD** (Red Asistencial – Tumbes).

- **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/los Establecimientos de la Red Asistencial Tumbes - **ESSALUD**, teniendo en cuenta el procedimiento de autorización y referencia para que un paciente afiliado al **SIS** se atienda en **ESSALUD** (Anexo 5).

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LOS PROTOCOLOS Y MODELOS DE ATENCIÓN

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

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

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

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

Los Establecimientos de Salud del **GOBIERNO REGIONAL** están obligados a registrar, los datos de la atención brindada a los asegurados acreditados de **ESSALUD**, haciendo uso de formatos de atención establecidos de común acuerdo entre las partes (Anexo 11); después de haber sido digitado en el punto de digitación de la DIRESA debe ser enviado a **ESSALUD** - Red Asistencial Tumbes 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 12), de los cuales sea objeto el paciente, quedarán incorporados en la Historia Clínica.

El/los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial - **ESSALUD Tumbes** 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.

El formato de atención de cada prestación otorgada deberá ser remitido por el prestador de manera mensual al **SIS** o a la Red Asistencial Tumbes de **ESSALUD** según corresponda (Anexos 6 y 7).

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

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

99

ESSALUD a través de la Red Asistencial - Tumbes 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 procedimientos de control y generación de pago adjuntos al presente Convenio (Anexos 6, 7, 8 y 9).

Las partes involucradas se obligan a identificar, validar y remitir la información relevante a los procesos de intercambio prestacional de acuerdo a los procedimientos previamente establecidos (Anexos 6, 7, 8 y 9).

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA AUDITORÍA Y EL CONTROL PRESTACIONAL

Los mecanismos y acciones del proceso de control y validación del intercambio prestacional se realizarán de acuerdo a lo establecido en el procedimiento adjunto (Anexos 6 y 7).

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

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

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

el desarrollo del presente convenio.

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA VALORIZACIÓN Y RETRIBUCIÓN

La valorización y retribución por las prestaciones otorgadas se realizarán cumpliendo lo establecido en los procedimientos y flujogramas consensuados por las partes, donde se establecen los plazos correspondientes para cada fase o etapa del proceso (Anexos 8, 9 y 10).

• Procedimiento de Pago de las prestaciones realizadas por ESSALUD

ESSALUD, a través de la Red Asistencial - Tumbes consolida la información de las prestaciones conformes brindadas durante el mes previamente consistenciadas por el SIASIS, elabora un informe de liquidación, emite una factura por cada Establecimiento de Salud 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 Tumbes. 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 Red Asistencial **ESSALUD** Tumbes.

• Procedimiento de Pago de las Prestaciones realizadas por los Establecimientos de Salud del GOBIERNO REGIONAL

El **GOBIERNO REGIONAL** a través de su DIRESA consolida los formatos de atención de las prestaciones conformes y las facturas correspondientes y los remite a **ESSALUD** - Tumbes para el pago según procedimiento adjunto (Anexo 8).

ESSALUD, a través de la Red Asistencial - Tumbes procederá a realizar el pago correspondiente por las prestaciones realizadas a sus asegurados a través del **SIS** de acuerdo al Anexo 8 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 **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** y el(los) Establecimientos de la Red Asistencial Tumbes - **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 de común acuerdo de las partes por iguales periodos sucesivos, 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 **01 de febrero del año 2013**. No obstante lo indicado, el **SIS** y **ESSALUD** se encuentran obligados a realizar los pagos correspondientes por aquellas prestaciones que se brindaron en el proceso de prueba de campo de los procedimientos para el presente Convenio, de acuerdo a los procedimientos 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.

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.

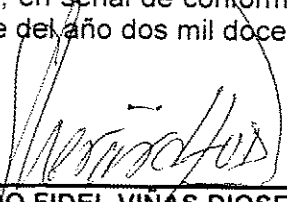
CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DE LOS ANEXOS

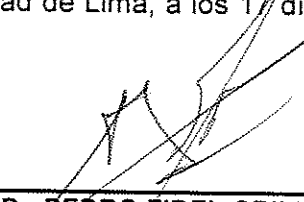
El presente Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional consta de quince (15) anexos que forman parte integrante del presente documento.

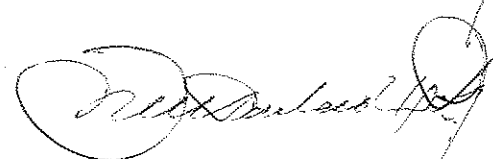
CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

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 17 días del mes de diciembre del año dos mil doce


Sr. GERARDO FIDEL VIÑAS DIOSES
Presidente
Gobierno Regional de Tumbes


Dr. PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe Institucional
Seguro Integral de Salud


Dr. ERIK MARCOS PACHECO TRIGOZO
Gerente
Red Asistencial Tumbes de EsSalud

Dr. Erik M. Pacheco Trigozo
Director de Red Tumbes
CMP. 27014
Red Asistencial
Tumbes



ANEXOS

ANEXO 1

Relación de Establecimientos del Convenio Específico.

ANEXO 2

Listado de Prestaciones

ANEXO 3

Listado de Tarifas de las Prestaciones Asistenciales.

ANEXO 4

Procedimiento de Acreditación y Autorización paciente afiliado a **ESSALUD** atendido en el **GOBIERNO REGIONAL**.

ANEXO 5

Procedimiento de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS atendido en **ESSALUD** - Tumbes.

ANEXO 6

Procedimiento de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a **ESSALUD** atendido en el **GOBIERNO REGIONAL**.

ANEXO 7

Procedimiento de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado al SIS atendido en **ESSALUD** - Tumbes.

ANEXO 8

Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a **ESSALUD** atendido en el **GOBIERNO REGIONAL**.

ANEXO 9

Procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en **ESSALUD** - Tumbes.

ANEXO 10

Procedimiento de valorización.

ANEXO 11

Formato de Atención (Se puede incluir logotipos institucionales).

ANEXO 12

Formato de Referencia.

ANEXO 13

Cuadro de equivalencia de prestaciones y servicio.

ANEXO 14

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

ANEXO 15

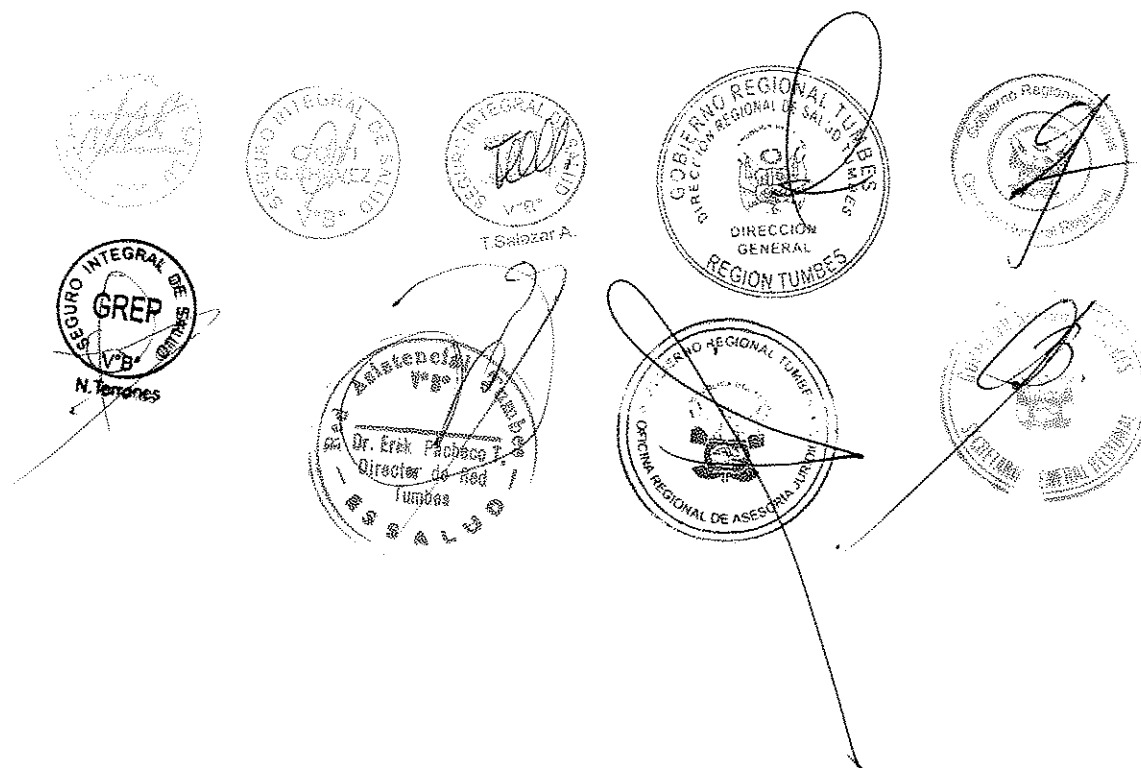
Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes del SIS en **ESSALUD**.

Relación de Establecimientos y Centros Asistenciales del Gobierno Regional de Tumbes

N°	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CODIGO RENAES	CATEGORIA
1	TUMBES	ZARUMILLA	ZARUMILLA	ZARUMILLA	00001896	I-4
2	TUMBES	CONTRALMIRANTE VILLAR	ZORRITOS	ZORRITOS	00001900	I-4

Relación de Establecimientos de Salud de la Red Asistencial de EsSalud de Tumbes

N°	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CODIGO RENAES	CATEGORIA
01	TUMBES	TUMBES	TUMBES	CARLOS ALBERTO CORTÉZ JIMÉNEZ	00012272	II-1



ANEXO N° 02

Listado de Prestaciones a intercambiar

OFERTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES					
N°	TIPO DE ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN	CODIGO CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
01	Recuperativa	Atención Emergencia (Prioridad II)	99284	Atención	Médica
02	Recuperativa	Atención Emergencia (Prioridad III)	99283	Atención	Médica
03	Maternidad	Atención de Parto inminente o no referible	59410	Atención	Médica
04	Recuperativa	Examen Grupo sanguíneo	86900	Examen	Médica
05	Recuperativa	Examen de factor RH	86901	Examen	Médica
06	Preventiva y Recuperativa	Glucosa en sangre	82947	Examen	Médica
07	Preventiva y Recuperativa	Hemoglobina	85018	Examen	Médica
08	Recuperativa	Examen Hemograma (incluye Recuento glóbulos rojos, blancos, recuento diferencial de glóbulos blancos, hemoglobina y Hematocrito)	85007	Examen	Médica
09	Recuperativa	Traslado de paciente	99466	Traslado	Profesional de Salud

OFERTA DEL HOSPITAL II ESSALUD TUMBES

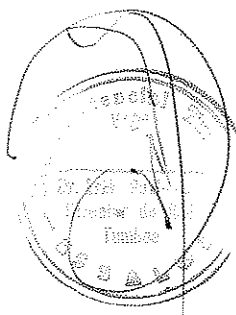
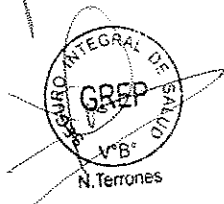
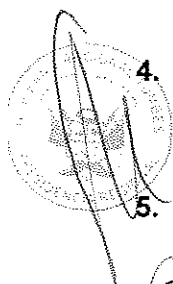
N°	TIPO DE ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN	CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN
1	Recuperativo	Mamografía Bilateral Digital	77056	Procedimiento	Medico
2	Recuperativo	Mamografía Unilateral Digital	77055	Procedimiento	Medico
3	Preventivo	Mamografía Bilateral de tamizaje (02 películas de estudio por cada mama)	77057	Procedimiento	Médico

Nota: Incluye lectura e informe médico radiólogo.



DEFINICIONES OPERACIONALES DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL ESSALUD-MINSA

1. **Atención Emergencia (Prioridad II)¹:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en tóxico o consultorio de emergencia.
2. **Atención Emergencia (Prioridad III)²:** Es la atención que se brinda a aquellos pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en tóxico de emergencia
3. **Atención de Parto inminente (o no referible)³:** Es la atención que se brinda a la gestante, cuando acude al establecimiento de salud en periodo expulsivo, en alumbramiento o en puerperio inmediato; aplica también en casos de limitada accesibilidad para la referencia y se podrá atender a la gestante si llega en fase activa del trabajo de parto (periodo de Dilatación). Incluye la atención inmediata del recién nacido y hospitalización hasta por 48 horas de la madre y el producto.
4. **Traslado de pacientes.**- Traslado de pacientes en ambulancia, de un establecimiento de menor nivel de complejidad a otro de mayor nivel de complejidad. Incluye el consumo de combustible y el acompañamiento por un profesional de salud.
5. **Mamografía.**- Estudio de imagenología de acuerdo a lo señalado en el listado.



¹ Definición basada en Norma Técnica de Salud NT 042 –MINSA/DGSP V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia” aprobada con RM386-2006/MINSA, pag.31

² Definición basada en Norma Técnica de Salud NT 042 –MINSA/DGSP V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia” aprobada con RM386-2006/MINSA, pag.33

³ Definición basada en Norma Técnica de Salud NT 021-MINSA/DGSP.V3 “Categorías de establecimientos de Salud” aprobada con RM546-2011/MINSA, pag. 9

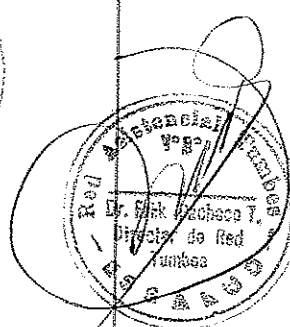
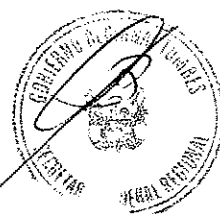
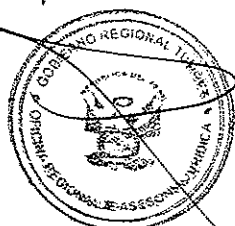
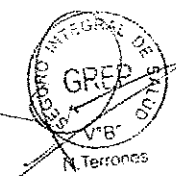
ANEXO N° 03

Listado de Tarifas de las Prestaciones Asistenciales

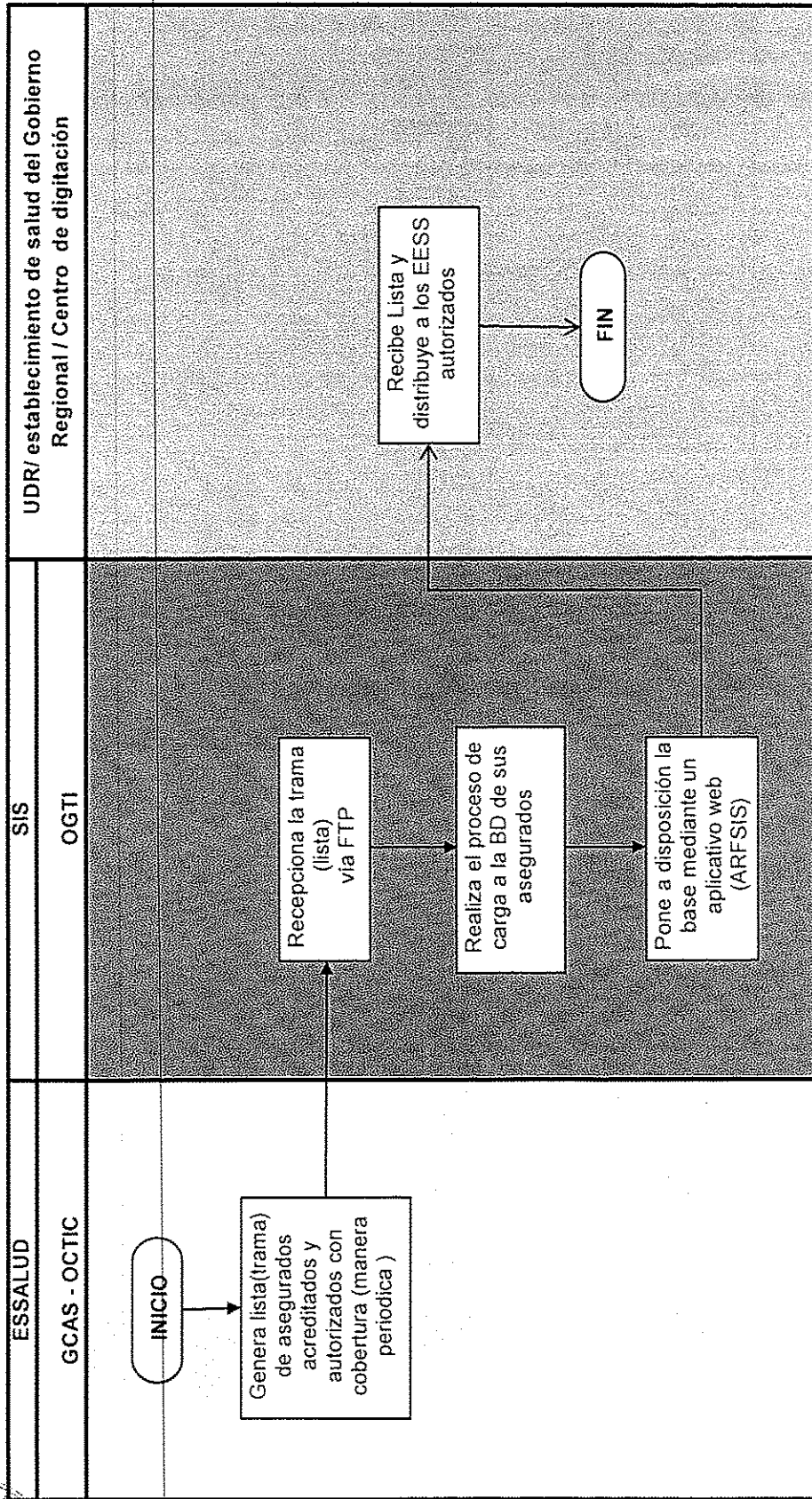
REQUERIMIENTO RED ASISTENCIAL ESSALUD TUMBES (TARIFA DEL GOBIERNO REGIONAL)			
N°	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	TARIFA	PAGO POR CONSUMO
01	Atención Emergencia (Prioridad II)	S/. 50.00	Si
02	Atención Emergencia (Prioridad III)	S/. 15.00	Si
03	Atención de Parto inminente o no referible	S/. 180.00	Si
04	Examen Grupo sanguíneo	S/. 2.62	No
05	Examen de factor RH	S/. 2.62	No
06	Glucosa en sangre	S/. 4.03	No
07	Hemoglobina	S/. 4.68	No
08	Examen Hemograma (incluye: Recuento glóbulos, blancos, recuento diferencial de glóbulos Blancos, hemoglobina y Hematocrito)	S/. 9.73	No
09	Traslado de paciente	S/. 50.00	No

TARIFA DE ESSALUD TUMBES				
N°	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO	Costo Unitario	I.GV.	TARIFA
1	Mamografía Bilateral Digital	S/. 76.45	S/. 13.76	S/. 90.21
2	Mamografía Unilateral Digital	S/. 59.35	S/. 10.68	S/. 70.03
3	Mamografía Bilateral de tamizaje	S/. 76.45	S/. 13.76	S/. 90.21

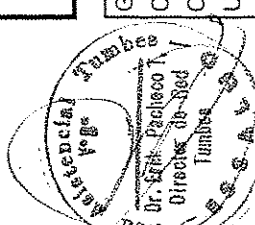
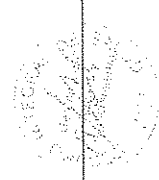
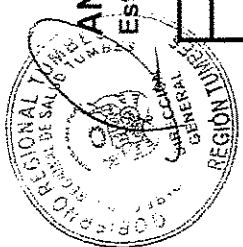
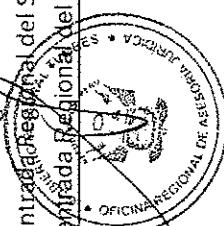
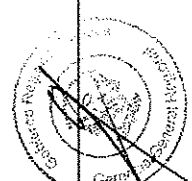
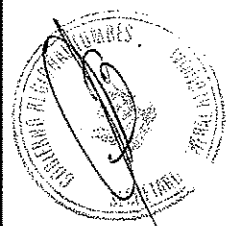
*Nota: incluye lectura e informe de médico radiólogo



ANEXO N° 4: Procedimiento de Acreditación y Autorización de paciente afiliado a ESSALUD para su atención en los Establecimientos de Salud del GOBIERNO REGIONAL de TUMBES



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
 Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

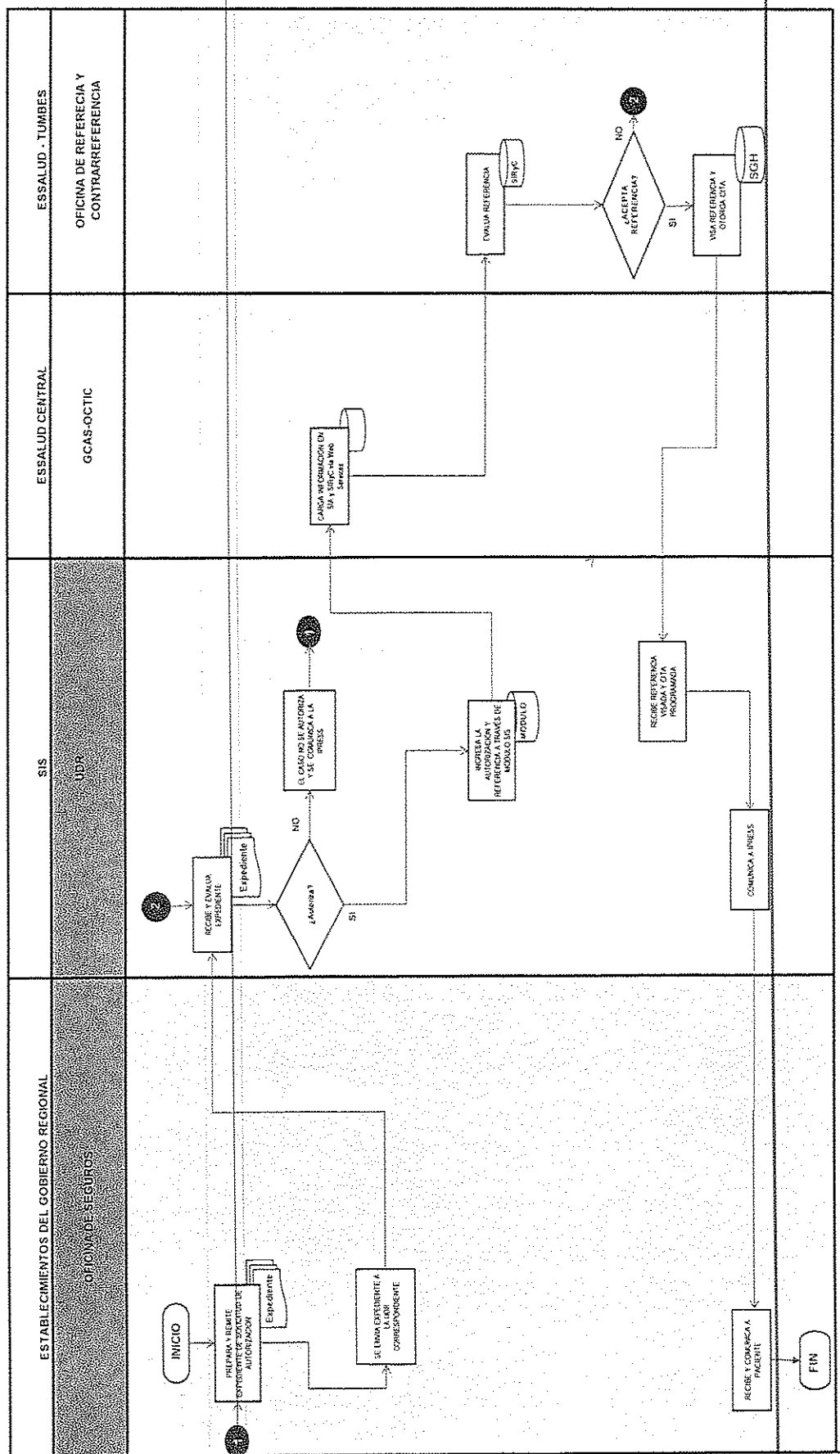


OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES ESSALUD OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN SIS		ANEXO N° 4 Descripción del procedimiento de Acreditación y Autorización de paciente afiliado a ESSALUD para su atención en los Establecimientos de Salud del GOBIERNO REGIONAL	Versión: 01 Mes Año: 12-2012 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), Unidad Desconcentrada Regional del SIS (UDR SIS) y RED Asistencial de ESSALUD			
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 envía la trama que corresponde a la lista de pacientes acreditados y autorizados de ESSALUD. El envío de la trama será vía FTP. La periodicidad del envío mensual.		Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones - OCTIC de ESSALUD.
3	Recepciona la trama y realiza la carga de la base de datos de los asegurados de ESSALUD.		Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI del SIS.
4	Pone a disposición mediante un aplicativo WEB, para la descarga de un archivo ZIP, que contiene la base de datos actualizada de los asegurados de ESSALUD.		Oficina General de Tecnología de la Información - OGTI del SIS.
5	Recepciona y distribuye la lista a los usuarios autorizados de la Unidad Desconcentrada Regional (UDR), establecimientos de salud del Gobierno Regional (DIRESA), centros/puntos de digitación de la DIRESA (Gobierno Regional).		UDR, establecimiento de salud del Gobierno Regional y Centro/punto de Digitación

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

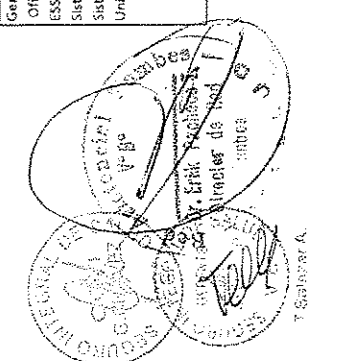
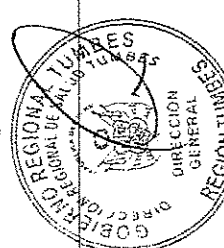
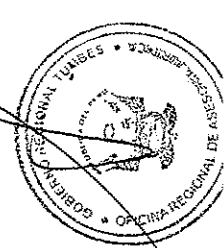
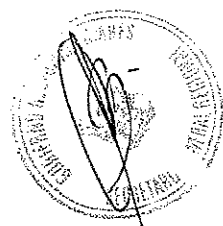
T. Salazar A

ANEXO N° 5: Procedimiento de Acreditación, Autorización y Referencia de paciente afiliado al SIS atendido en ellos Establecimientos de Salud de la Red Asistencial de ESSALUD de TUMBES

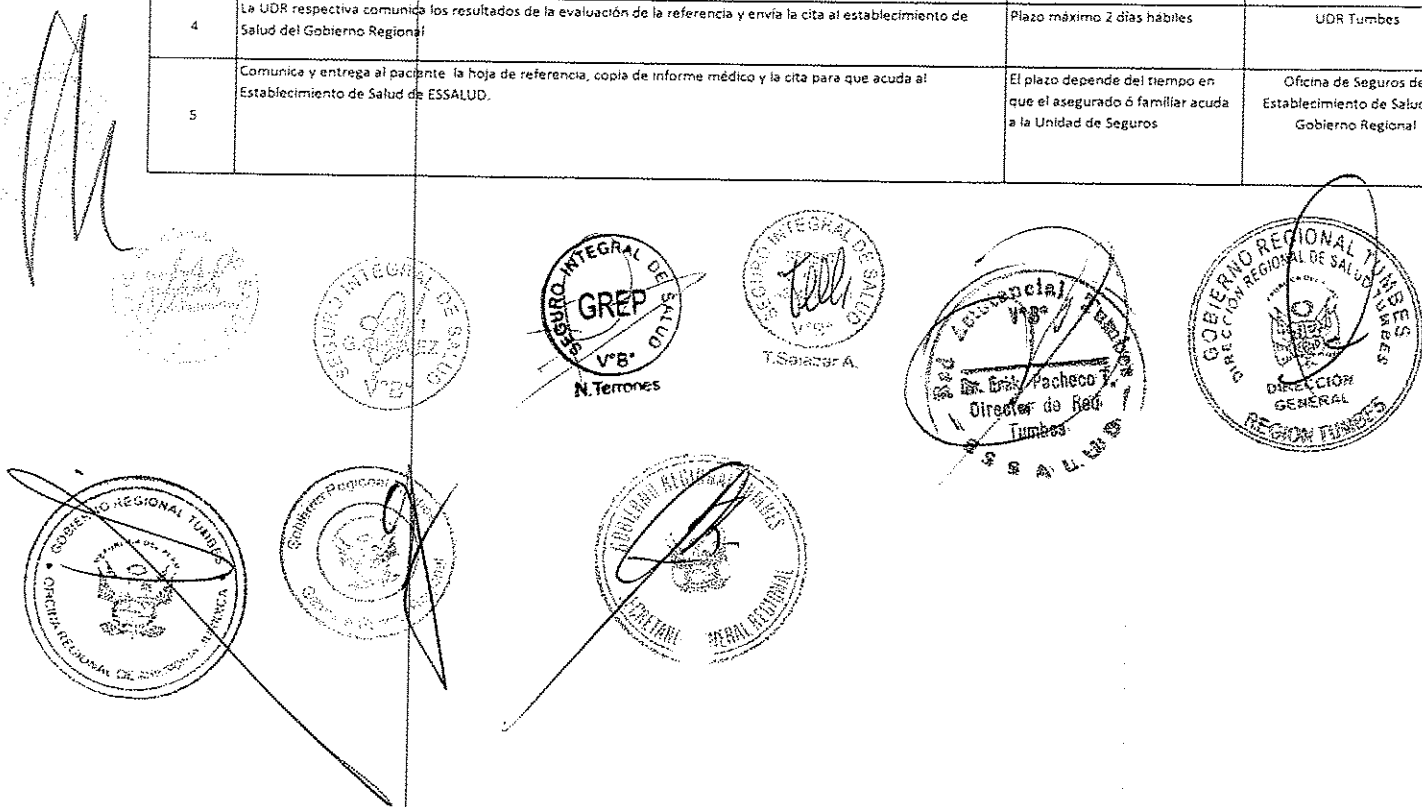


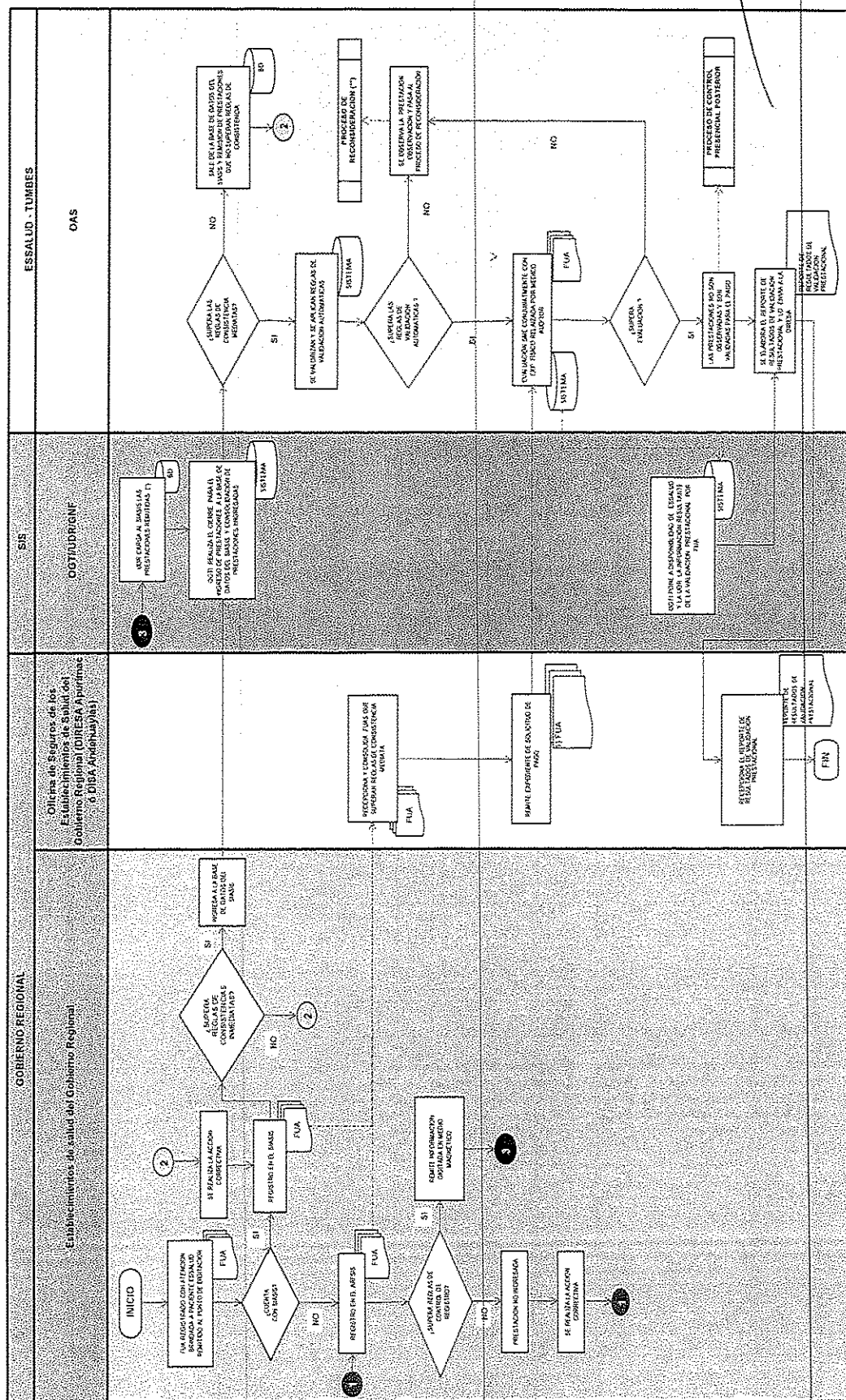
Gerencia Central de Aseguramiento = GCAS
Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de
ESSALUD.

Sistema de Información de Asegurados = SIA
Sistema de Referencia y Contrarreferencia = SIR y C
Unidad Desconcentrada Regional del SIS = UDR

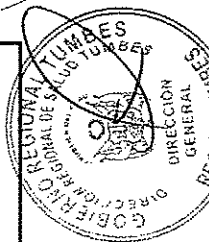
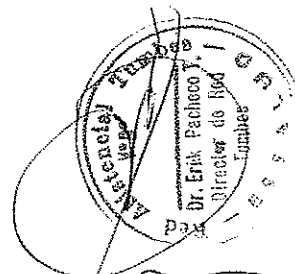
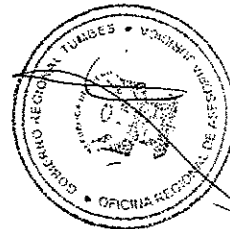
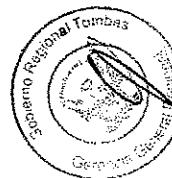
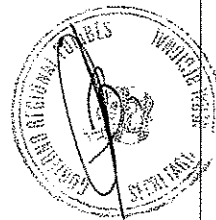


SEGURO INTEGRAL DE SALUD GOBIERNO REGIONAL ESSALUD - TUMBES	ANEXO N° 5		Versión: 01
	Descripción del procedimiento de Acreditación, Autorización y Referencia del paciente afiliado al SIS atendido en ESSALUD – TUMBES		Mes Año: 12-2012
			Página: 1
Objetivo: Generar la trama (lista) de pacientes acreditados y autorizados del SIS para la atención ESSALUD - TUMBES Ingreso de la referencia del paciente SIS en los aplicativos de ESSALUD y generar cita para atención.			
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 ESSALUD. Si la atención requiere Autorización de Cobertura Extraordinaria los documentos serán enviados según normatividad vigente más la hoja de referencia a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. Para el caso en que esta prestación no requiere autorización de Cobertura Extraordinaria el expediente podrá ser enviado (correo electrónico o documento) a la UDR de la jurisdicción del establecimientos de Salud donde se atiende el paciente. El expediente consta de: 1.- Informe médico 2.- Consolidado y/o desagregado de costo (si es sólo para un procedimiento se debe consignar la tarifa de este último). 3.- Copia de la hoja de referencia. 4.- Otro documento que la UDR estime pertinente y necesario para su evaluación	El tiempo máximo de envío de los expedientes de solicitud de autorización a la UDR es de 3 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 Tumbes 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 5 días hábiles. La autorización y referencia debe ser ingresada al módulo SIS en un plazo máximo de un día hábil posterior a su autorización.	UDR Tumbes
3	Evalúa la referencia ingresada en el SIRyC desde el módulo SIS. En caso que la referencia no sea aceptada se comunica a la UDR respectiva. En caso que la referencia sea aceptada se da la cita vía el SIRyC y comunica a la UDR respectiva.	Plazo máximo 2 días hábiles para dar respuesta. En caso de que la referencia este aceptada la fecha de la cita será en un plazo máximo de 7 días hábiles desde la respuesta.	La Oficina de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD - Tumbes
4	La UDR respectiva comunica los resultados de la evaluación de la referencia y envía la cita al establecimiento de Salud del Gobierno Regional	Plazo máximo 2 días hábiles	UDR Tumbes
5	Comunica y entrega al paciente la hoja de referencia, copia de informe médico y la cita para que acuda al Establecimiento de Salud 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

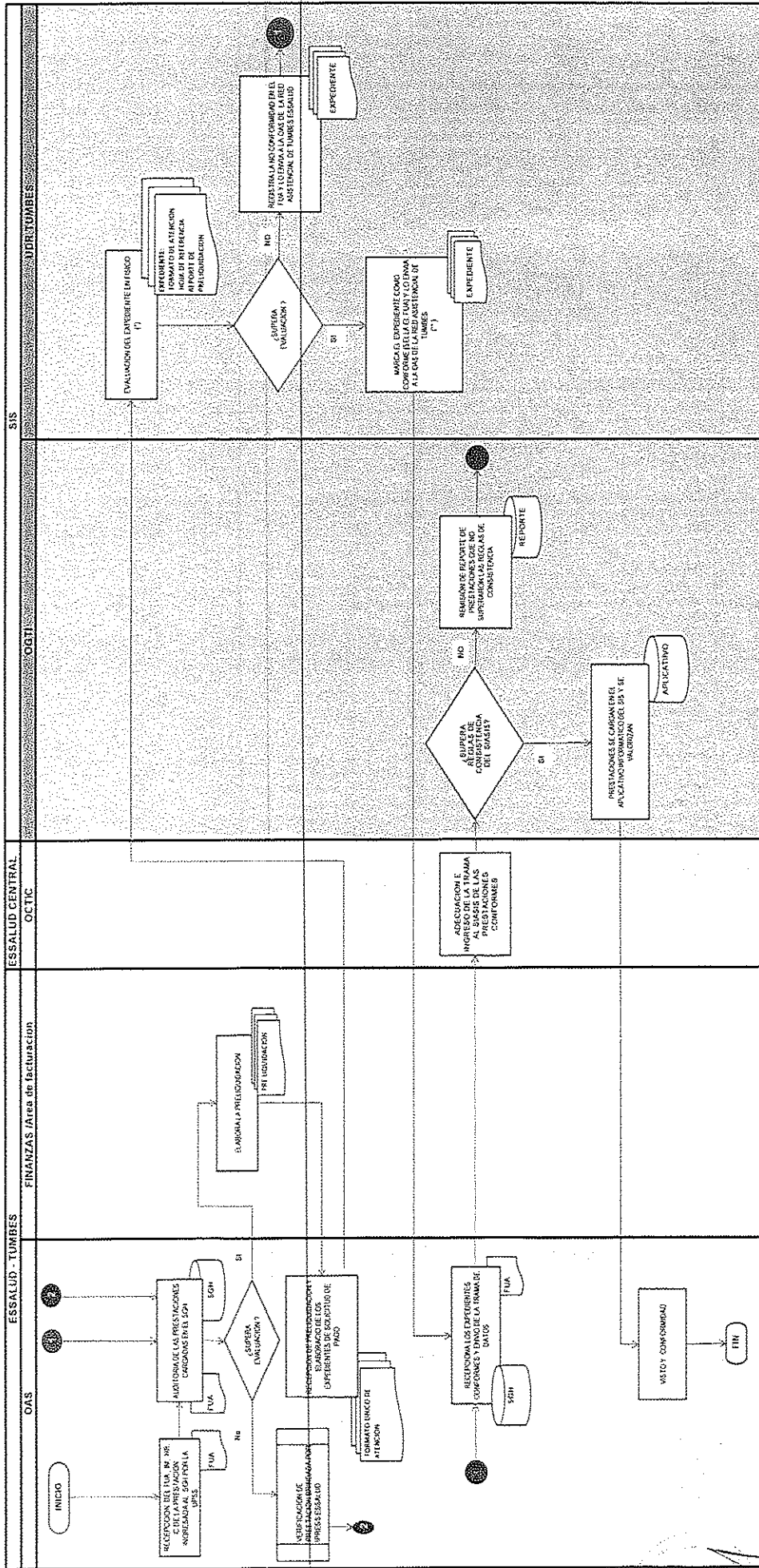




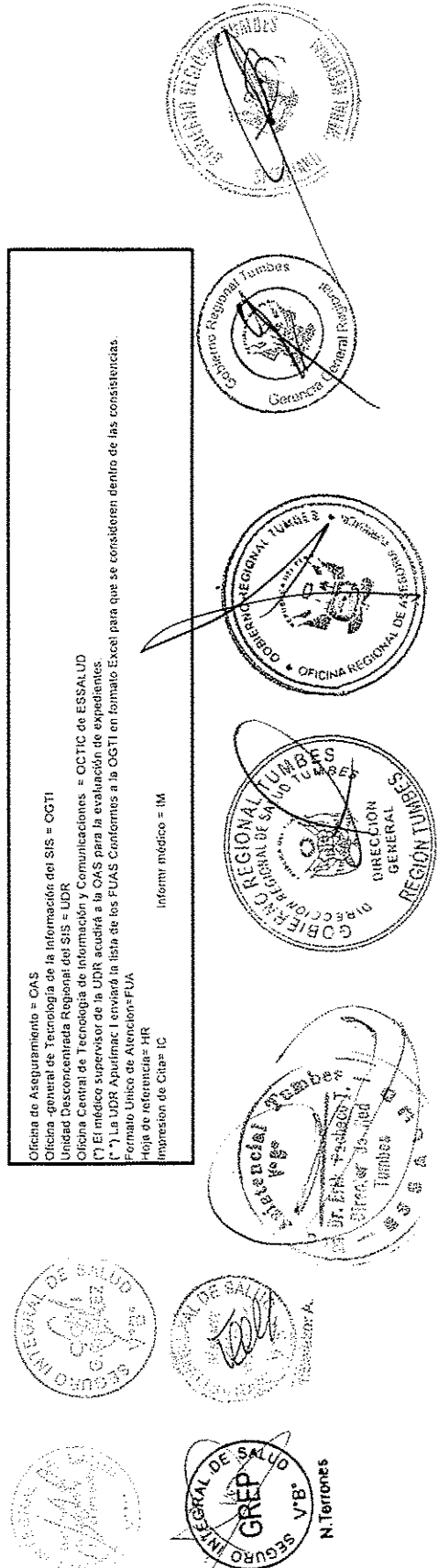
Oficina de Aseguramiento « OAS »
Oficina general de Tecnología de la Información del SIS « OGSI »
Unidad Descentralizada Regional del SIS « UDR »
Gerencia de Negocios y Finanzamientos-Gruf

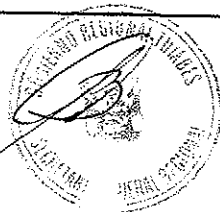
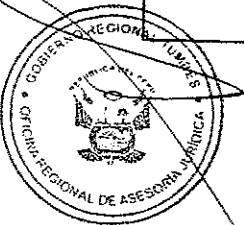
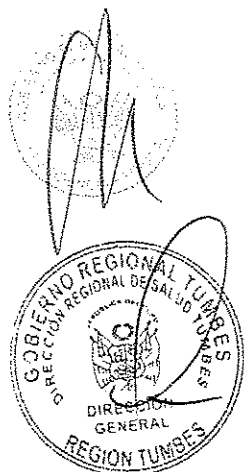


Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD		ANEXO Nº 6		Versión: 01
		Procedimiento de Control y Validación Prestacional de paciente afiliado a ESSALUD atendido en establecimientos de salud del GOBIERNO REGIONAL		Mes Año: 12-2012
				Página: 1
Objetivo:		Controlar y validar las prestaciones de salud 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 Tumbes (OSD) / Establecimientos de Salud (EESS) SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR) y ESSALUD - TUMBES: Oficina de Aseguramiento (OAS)		
Paso		Descripción de Acciones		Responsable
		Consolida los FUAs debidamente llenados por el profesional de la salud que otorgó la prestación, los mismo que consignan la firma y sello del profesional y la huella digital y firma de cada paciente, de la UPS donde se brindaron las prestaciones, posteriormente los envía al punto de digitación del EESS.		EESS
2		Digita el Formato Único de Atención (FUA) registrado con la prestación brindada al asegurado de ESSALUD acreditado y autorizado en el aplicativo informático de escritorio ARFSIS, momento en el cual se le aplican las reglas de control de registro. Si el EESS cuenta con conexión a Internet, digita el FUA en el aplicativo informático SIASIS, momento en el cual se aplican las reglas de consistencia inmediatas. Si la prestación no supera las reglas de control de registro no puede ingresar al ARFSIS y si no supera las reglas de consistencia no puede ingresar al SIASIS		EESS/punto de digitación/OSD
3		Realiza la acción correctiva en caso las prestaciones no hayan superado las reglas de control de registro o las reglas de consistencia inmediatas, para digitalizarlas nuevamente al aplicativo correspondiente.		EESS/punto de digitación/OSD
4		En caso que los EESS/punto de digitación no puedan digitar las prestaciones en el SIASIS (internet), 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, siempre que las prestaciones hayan superado las reglas de control de registro, según cronograma de plazos establecido. Cabe resaltar que la carga de la información de las atenciones ingresadas del ARFSIS al SIASIS las realizará la Unidad de Seguros de la DIRESA Tumbes cuando cuenten con la disponibilidad de recursos y la capacitación respectiva para hacerlo.		EESS/punto de digitación/OSD
5		Carga en el SIASIS las prestaciones remitidas en medio magnético por los EESS según cronograma de plazos establecido.		UDR-SIS/OSD
6		Ejecuta el cierre del ingreso de prestaciones, fecha hasta la cual los EESS pueden digitar las prestaciones en el aplicativo informático SIASIS ó la UDR/OSD puede cargar las atenciones digitadas en el ARFSIS al SIASIS, según cronograma de plazos establecidos, asimismo, consolida las prestaciones cargadas en el SIASIS, en un plazo máximo de un día hábil.		OGTI
7		El medico auditor verifica que el reporte de prestaciones que no superaron las reglas de consistencia mediatas se haya publicado en MUNDO IPRESS (http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html), en la fecha establecida (el SIS tiene un plazo máximo de 2 días útiles después de la aplicación de las reglas de consistencia mediatas para la publicación).		OAS
8		Corrige las prestaciones observadas y las carga nuevamente al SIASIS en el periodo siguiente.		EESS
9		A través del medico auditor se ingresa al SIASIS y verifica la valorización que efectúa el SIASIS a las prestaciones que superaron las reglas de consistencia mediatas (valorización bruta). Verifica las prestaciones que superaron las reglas de validación automáticas realizadas por el aplicativo informático SIASIS, según el cronograma del proceso de Validación Prestacional establecido.		OAS
10		Recepciona del punto de digitación todos los FUAs. Consolida los FUAs que superan las reglas de control de registro, consistencia inmediata y mediate, los cuales pasan a formar parte del expediente de solicitud de pago, el cual es remitido a la OAS de ESSALUD un día hábil antes de iniciar Supervisión Médica Electrónica, según el cronograma del proceso de Validación Prestacional establecido.		OSD
11		Recepciona el expediente remitido por la OSD, ingresa al SIASIS y a través del medico auditor ejecuta la supervisión médica electrónica - SME (se realiza visualizando el reporte de las prestaciones conjuntamente con la evaluación del FUA), según cronograma del proceso de validación prestacional establecido. 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 para el proceso de reconsideración en el cual los establecimientos de salud de la DIRESA 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 (es la evaluación y verificación documental in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático SIASIS y brindadas a los asegurados de EsSalud).		OAS
12		Pone a disposición de la OAS y UDR la información resultante 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.		OGTI
13		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 Oficina de Seguros de la DIRESA.		OAS
14		Recepciona el reporte remitido por la OAS que será utilizado para la elaboración del proceso de facturación.		OSD



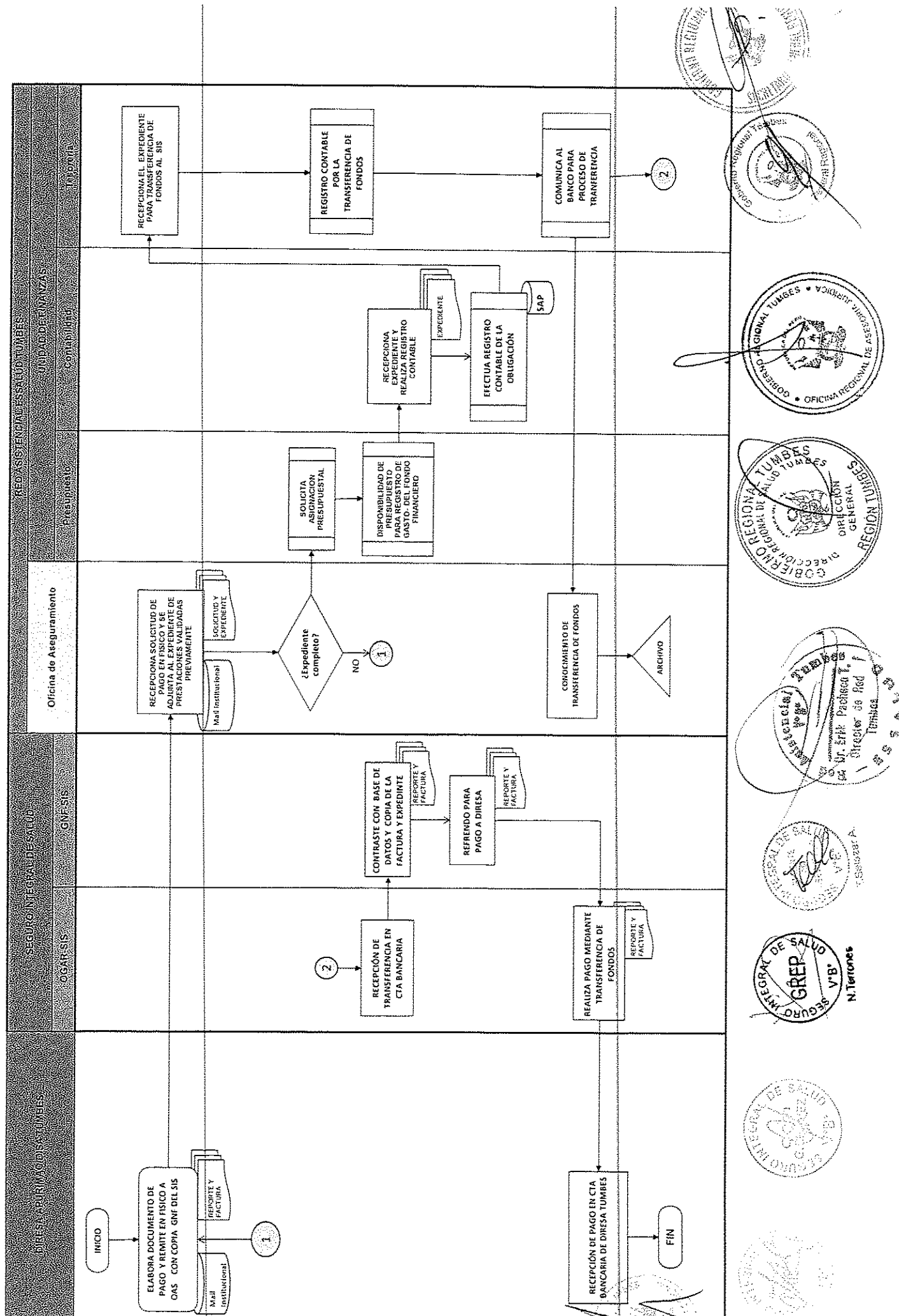
Oficina de Aseguramiento = OAS
 Oficina - general de Tecnología de la Información del SIS = OCTI
 Unidad Descentralizada Regional del SIS = UDR
 Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD
 (*) El médico supervisor de la UDR acudirá a la OAS para la evaluación de expedientes.
 Formato Único de Atención=FUA
 Hoja de referencias=HR
 Impresión de Clave=IC
 Informe médico = IM





Subcomité de Control y Validación SIS - ESSALUD		ANEXO N° 7	Versión: 01
		Descripción del procedimiento de Control y Validación Prestacional de pacientes afiliados al SIS atendido en ESSALUD - TUMBES	Mes Año: 12-2012
			Página: 1
Objetivo:	Controlar y validar las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados al SIS en ESSALUD - TUMBES		
Alcance:	SIS: Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) / Unidad Desconcentrada Regional (UDR) ESSALUD - Tumbes: Oficina de Aseguramiento (OAS) / Área de Facturación (AF) / Soporte informático (INFO). Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones = OCTIC de ESSALUD.		
N° Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	Recepciona el Formato Único de Atención (FUA), hoja de referencia y la impresión de la cita de la prestación brindada al asegurado de ESSALUD por la Unidad Productora de Servicios de Salud. Somete a evaluación del FUA y de la prestación ingresada en el SGH. De las prestaciones conformes remitirá al área de finanzas para preliquidación y las que no se puedan levantar en ese nivel serán remitidas al centro asistencial de Essalud para subsanarla, bajo un procedimiento interno.		Oficina de Aseguramiento
2	Recepciona reporte de control previo de prestaciones validas por el medico auditor y con la información del SGH elabora reporte de pre liquidación el cual es remitido a OAS para la elaboración del expediente de solicitud de pago.		Area de Finanzas/ Facturacion
3	Elaboración del expediente de solicitud de pago (hoja de referencia, formato unico de atención FUA y reporte de preliquidación) para su evaluación por la UDR.		Oficina de Aseguramiento
4	Recepciona y evalúa el expediente físico. Marca como conforme, firma y sella el FUA de la prestación que supera la evaluación y lo remite a la OAS. Registra en el FUA las no conformidades de las prestaciones que no superan la evaluación y lo remite al médico auditor de la OAS para su corrección. En caso las no conformidades no alcancen en el FUA se podrá registrar y adjuntar un formato de no conformidades al FUA el cual también debe ser remitido a la OAS. El médico supervisor de la UDR evaluará los expedientes en la OAS de ESSALUD. El médico supervisor enviará la relación de prestaciones conformes en formato excel a la OGTI, para que se considere el ingreso de sólo las prestaciones conformes al aplicativo del SIS como consistencia.		Unidad Desconcentrada Regional del SIS Tumbes
5	Recepciona el expediente de las prestaciones conformes que superan la evaluación y coordina con OCTIC de ESSALUD CENTRAL la adecuación de la trama de datos de las prestaciones ingresadas en el SGH.		OAS
6	Adecua la trama de datos de las prestaciones ingresadas en el SGH y la carga en el aplicativo informático en el SIASIS en coordinación con el medico auditor de la OAS.		OCTIC ESSALUD CENTRAL
7	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 prestación que supera las reglas de consistencia ingresa al aplicativo y se valoriza.		OGTI
8	Evalua las prestaciones que no superan las reglas de consistencia para su corrección respectiva y posterior carga al aplicativo informático SIASIS.		Oficina de Aseguramiento
9	Visa y da su conformidad a las prestaciones que superaron las reglas de consistencia ejecutadas en el aplicativo informático SIASIS.		Oficina de Aseguramiento

ANEXO N° 8: Procedimiento de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL



ANEXO N° 8

Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados a ESSALUD atendido en el GOBIERNO REGIONAL

Versión: 01

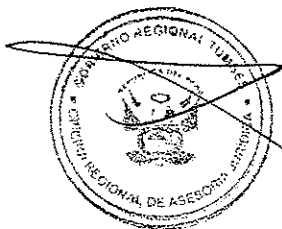
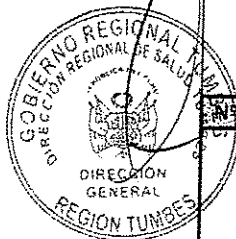
Página: 1

Mes Año: 12-2012

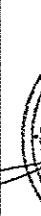
Objetivo: Procedimiento de Pago por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados a ESSALUD en los EESS de la DIRESA TUMBES

Alcance: DIRESA TUMBES: Establecimientos de Salud (EES) / Micro Redes / Redes de Salud / DIRESA
SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR) y
Red Asistencial de ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas, Oficina de Planeamiento y Calidad.

N° PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	La unidad de seguros de la DIRESA Tumbes elaborará el documento de pago según el reporte remitido por la OAS ESSALUD y consolida los documentos de pago de las demás Unidades Ejecutoras de ser el caso. Una vez elaborado y consolidado los documentos de pago, estos serán remitidos en medio físico a OAS de la red asistencial ESSALUD y una copia a la GNF del SIS (Factura y Reporte de liquidación "de las prestaciones conformes") Plazo máximo de Remisión: 25 días de cada mes	OFICINA DE SEGUROS DE LA DIRESA TUMBES
2	El Jefe de la oficina de Aseguramiento de la Red Asistencial Pasco 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	Luego de la conformidad del servicio, procederá a realizar la carga de la trama de datos del SIASIS al SES. Fecha de envío: hasta los 10 días del mes.	OFICINA DE ASEGURAMIENTO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD.
4	Requerimiento de partida presupuestal, con cargo a su gasto operativo, para fines de pago e informar a la oficina de coordinación. Fecha de envío: hasta 25 días del mes.	UNIDAD DE FINANZAS
5	Registro contable del gasto en el sistema de gestión SAP R/3 para reconocimiento de la obligación a favor de SIS.	AREA DE PRESUPUESTO. UNIDAD DE FINANZAS.
6	Registro del pago y transferencia bancaria Al SIS por las prestaciones generadas Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional por las prestaciones de servicios de salud, archivo de expediente.	AREA DE CONTABILIDAD. UNIDAD DE FINANZAS.
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	AREA DE TESORERIA. 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 enviada por la DIRESA Tumbes registra el monto a pagar en el estado de cuenta de las Unidades Ejecutoras de la Región, previo contraste con base de datos, programa la distribución según Unidad Ejecutora según corresponda.	GNF-SIS
9	La Unidad de administración realiza la transferencia por Unidades Ejecutora del Gobierno Regional de Tumbes.	OGAR- SIS (ADMINISTRACIÓN/ CONTABILIDAD/ TESORERIA)



RED ASISTENCIAL TUMBES-ESSALUD			SEGURO INTEGRAL DE SALUD			
UNIDAD DE FINANZAS		TESORERÍA		GNF	OGAR	OGPPDO
FACTURACIÓN	CONTABILIDAD					
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> REMITE_FINAL[SE REMITE REPORTE FINAL CON SUS RESPECTIVOS EXPEDIENTES A LA UNIDAD DE FINANZAS DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA] REMITE_FINAL -- EXPEDIENTES --> REVISE[REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA] REVISE -- EXPEDIENTES Y REPORTE --> CONFORME{¿Es conforme?} CONFORME -- SI --> FACTURACION[FACTURACIÓN] FACTURACION -- SCH --> REMITE_FACT[REMITE DOCUMENTACIÓN Y FACTURA] FACTURACION -- Facturación --> REGISTRO[REGISTRO CONTABLE] REGISTRO -- SAP --> REMITE_FACT REMITE_FACT -- EXPEDIENTES FACTURA --> ELABORA[ELABORACIÓN EXPEDIENTE INDICANDO LOS MONTOS TRANSFERIDOS A LA RED ASISTENCIAL ESSALUD] CONFORME -- NO --> REMITE_FACT ELABORA -- FACTURA Y REPORTE --> REALIZA_PAGO[REALIZA PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA DE] REALIZA_PAGO --> COMUNICA[COMUNICA A LA OAS DEPOSITO] COMUNICA --> FIN([FIN]) </pre>						






ANEXO N° 9

Versión: 01

Página: 1

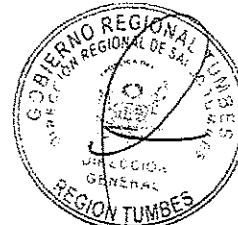
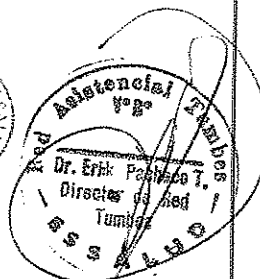
Descripción del procedimiento de Generación de Pago de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en ESSALUD - Tumbes

Mes Año: 12-2012

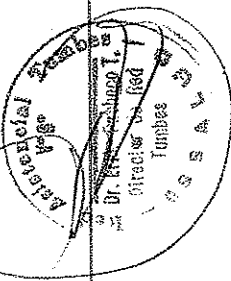
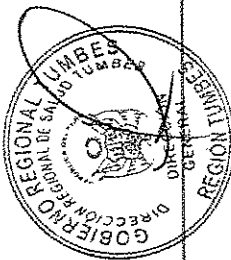
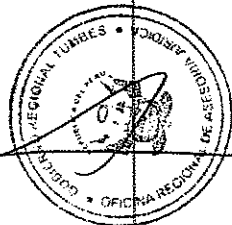
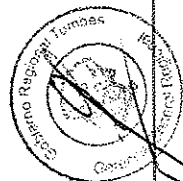
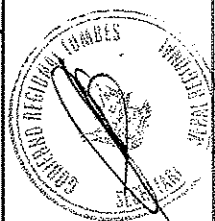
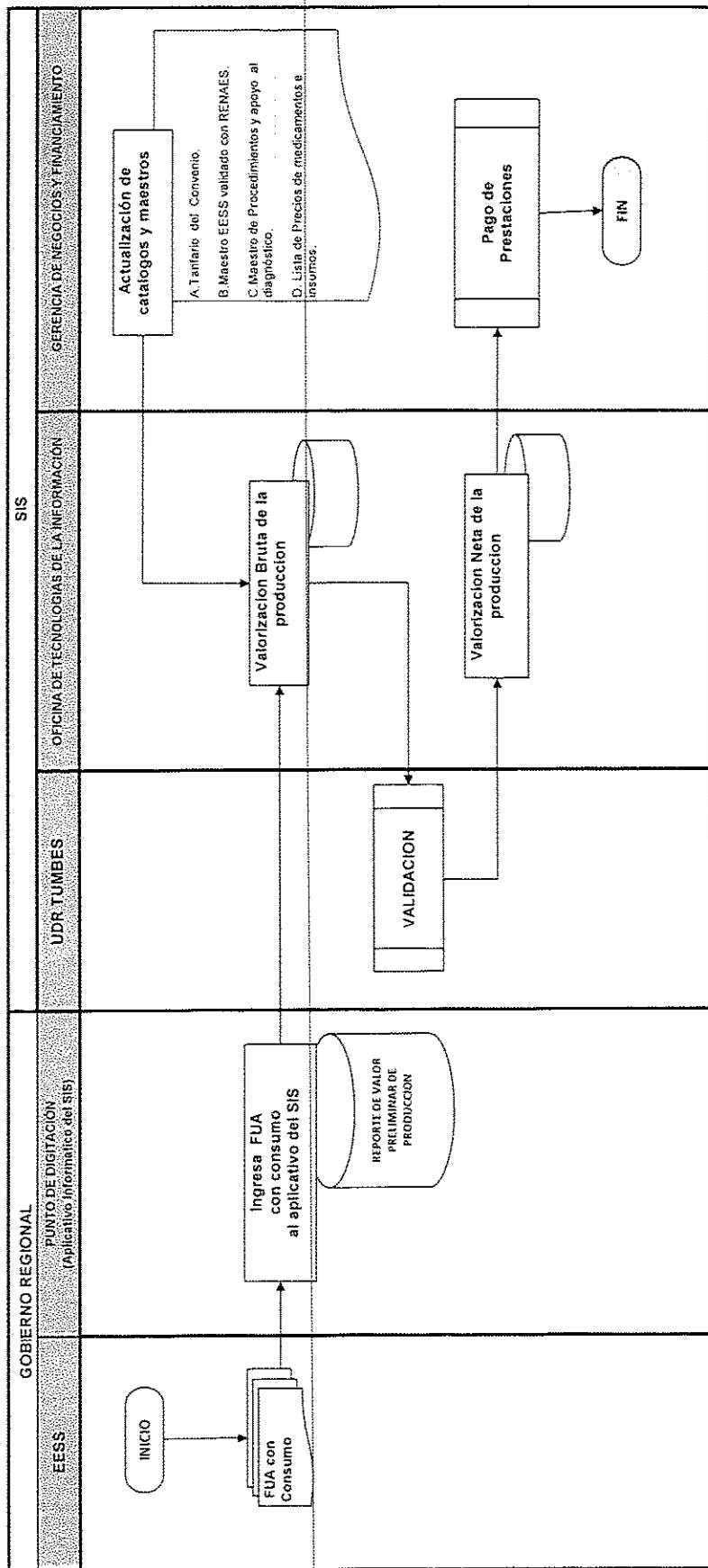
OBJETIVO: Procedimiento de Pago por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes afiliados al SIS en los establecimientos de ESSALUD Tumbes.

Alcance: SIS: Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF)/ Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)/ Unidad Desconcentrada Regional (UDR)
Red Tumbes ESSALUD: Oficina de Aseguramiento (OAS), Oficina de Finanzas

Nº PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	La OFICINA DE ASEGURAMIENTO luego de la conformidad del servicio, remitirá la documentación sustentatoria de la prestación (formato único de atención, lista de medicamentos, hoja de liquidación de servicios) a la unidad de finanzas. Fecha de envío: hasta los 10 días del mes	DIRECCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL Tumbes-ESSALUD
2	Deberá coordinar y actualizar las tablas, (tarifas, medicamentos e insumos) de los módulos de facturación con la Sub Gerencia de Contabilidad de Costos de la Gerencia de Contabilidad-GCF.	UNIDAD DE FINANZAS-AREA DE FACTURACION RED ASISTENCIAL-ESSALUD
3	Valorización de las prestaciones asistenciales otorgadas registrada en el SGH y conciliadas con la historia clínica, revisar el consumo de bienes estratégicos de manera mensual, y emisión de la factura correspondiente. Fecha de envío. Hasta 22 días del mes.	UNIDAD DE FINANZAS-AREA DE FACTURACION RED ASISTENCIAL Tumbes - ESSALUD
4	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 Tumbes y remite expediente de pago a OAS para ser remitida a GNF	UNIDAD DE FINANZAS. AREA DE CONTABILIDAD. RED ASISTENCIAL Tumbes-ESSALUD
5	Remision del expediente de pago a GNF SIS Fecha de recepcion en el SIS antes del 25 de cada mes	OAS RED ASISTENCIAL Tumbes - ESSALUD
6	Envio de Base de datos a SIS	OCTIC
7	Recepciona base de datos enviada por ESSALUD y contrasta con expediente de pago (factura, reporte y FUA con conformidad). De haber alguna no conformidad se comunicará con la OAS de la Red Asistencial Tumbes.	GNF -SIS
8	Aprobacion de reporte de expediente contrastandolo con base de datos	GNF-SIS
9	Solicitud de nota modificatoria	GNF-SIS
10	Aprobación de notas modificatorias	OGPPDO - SIS
11	Solicitud de certificacion	GNF-SIS
12	Aprobacion de certificacion	OGPPDO - SIS
13	Elaboracion de expediente indicando los montos transferidos a la Red Asistencial Tumbes	GNF-SIS
14	Realiza proceso de transferencia bancaria a cta cte de Red Asistencial Tumbes - ESSALUD	OGAR- SIS (Administración/ Contabilidad/ Tesorería)
15	Recibe Transferencias por pago de prestaciones generadas en el marco del convenio y se comunica a OAS	RED ASISTENCIAL Tumbes ESSALUD UNIDAD DE FINANZAS



ANEXO N° 10: Procedimiento de valorización



Dr. N. Terrones

ANEXO N° 11: FORMATO DE ATENCIÓN
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCIÓN DE PACIENTES ESSALUD EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL

FORMATO UNICO DE ATENCION

NÚMERO DE ATENCIÓN			

CODIGO DE ATENCIÓN		FECHA DE ATENCIÓN	

EDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOCUMENTO	INSTITUCIÓN	(la Red Asistencial de ESSALUD a la que pertenece)
						NO SE REGISTRA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD		DIRECCIÓN GENERAL REGIONAL	

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

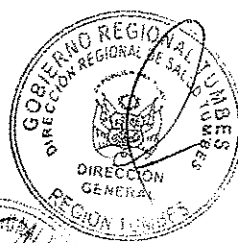
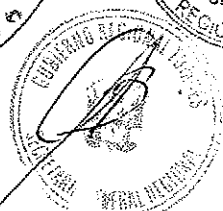
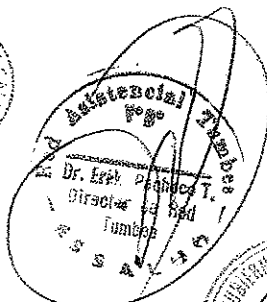
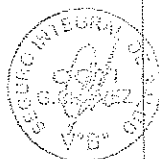
DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	OTROS

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

FORMATO DE ATENCION N°

OBSERVACIONES

Huella Digital del
Asegurado o
Apoderado



ANEXO N° 11: FORMATO DE ATENCIÓN
(CARA ANTERIOR) PARA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES SIS EN CENTROS ASISTENCIALES DE ESSALUD

FORMATO UNICO DE ATENCION

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

X	X
---	---

<table border="1"> <tr> <td>SEGURIDAD</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>SEMICONTRIBUTIVO</td> <td>X</td> </tr> </table>	SEGURIDAD	X	SEMICONTRIBUTIVO	X	<table border="1"> <tr> <td>DIAGNOSIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>	DIAGNOSIS	X	X	X	<table border="1"> <tr> <td>ID</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>N° DOCUMENTO</td> <td>X</td> </tr> </table>	ID	X	N° DOCUMENTO	X
SEGURIDAD	X													
SEMICONTRIBUTIVO	X													
DIAGNOSIS	X	X	X											
ID	X													
N° DOCUMENTO	X													

X	X
X	X

<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	X	X	X	<table border="1"> <tr> <td>MASCULINO</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>FEMENINO</td> <td>X</td> </tr> </table>	MASCULINO	X	FEMENINO	X	<table border="1"> <tr> <td>REFERENCIA</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>EMERGENCIA</td> <td></td> </tr> </table>	REFERENCIA	X	EMERGENCIA		<table border="1"> <tr> <td>SECCION BASICA</td> <td>X</td> </tr> </table>	SECCION BASICA	X	<table border="1"> <tr> <td>ATENCION DIRECTA</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>AUTORIZACION LINEA</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>	ATENCION DIRECTA	X	X	X	AUTORIZACION LINEA	X	X	X
DIA	MES	AÑO																										
X	X	X																										
MASCULINO	X																											
FEMENINO	X																											
REFERENCIA	X																											
EMERGENCIA																												
SECCION BASICA	X																											
ATENCION DIRECTA	X	X	X																									
AUTORIZACION LINEA	X	X	X																									

ALTA	CITADO	HOSPITALIZADO	REFERIDO	EXTERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APoyo AL DIAGNOSTICO	CONTRAMUESTRA	PALENCIA
------	--------	---------------	----------	-------------	------------------	----------------------	---------------	----------

1	2	3	4

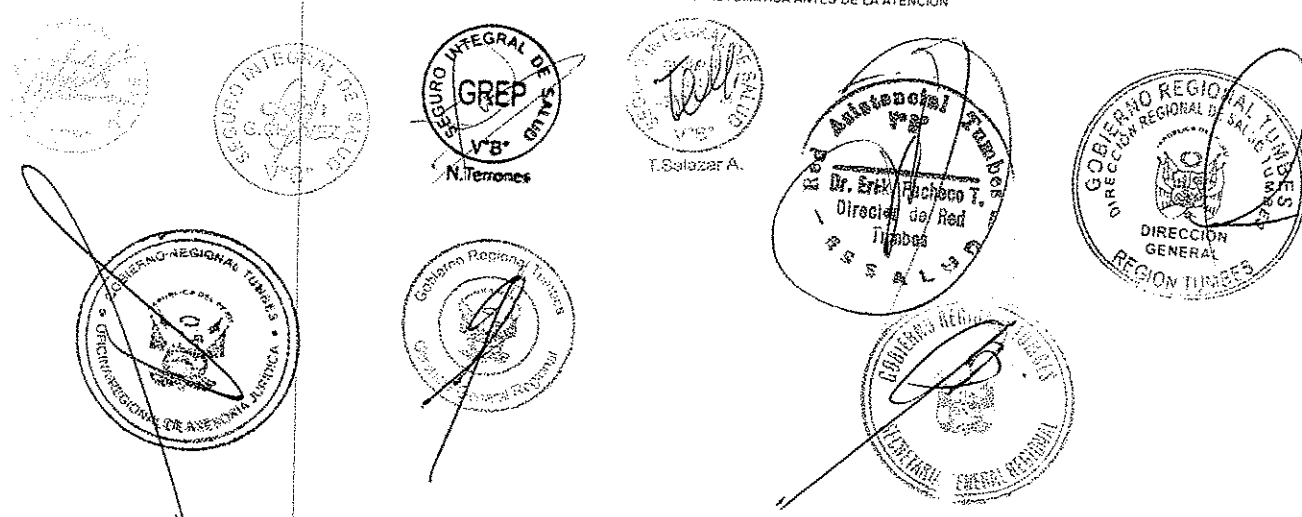
--	--	--	--

Huella Digital del Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

(*) 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



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

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Nombre del Afiliado o Aprobado

Huella Digital del
Asesorado o Asesorado

Firma y Sello del Responsable de la 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:

[illegible]

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

Firma y Sello del médico auditor
de la UDR

DNI:

DRAN INCREMENTARSE SEGÚN EL CONSUMO DE LA

ANEXO N° 12: Formato de Referencia

Ministerio de Salud

HOJA DE REFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha da mes año Hora : : Asegurado: ☐ SI ☐ NO 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

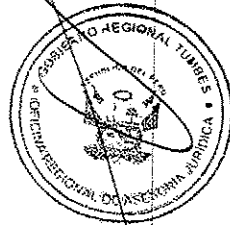
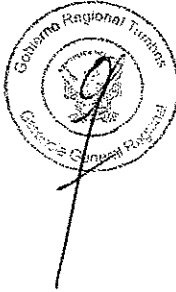
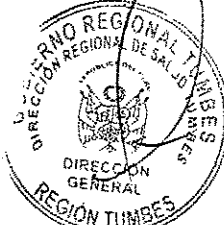
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
Sexo ☐ F ☐ M Edad Años Meses Días
Dirección: Distrito: Departamento:

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis
Examen Físico T° P.A. F.R. F.C.
Exámenes Auxiliares
Diagnóstico 1) 2) 3)
Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

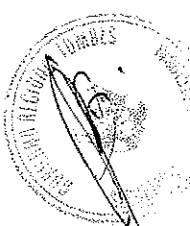
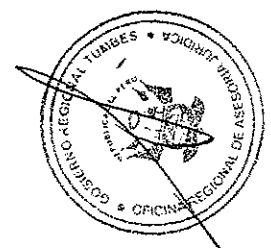
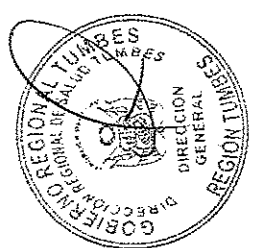
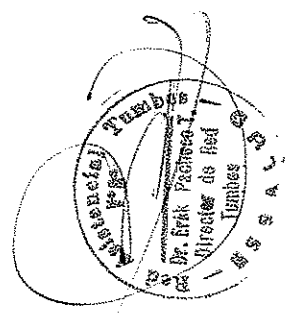
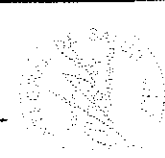
Coordinación de la Referencia		UPS Destino de la Referencia:	
Emergencia ☐		Consulta Externa ☐ Apoyo al Diagnóstico (Médico Orden) ☐	
Fecha en que se realizó el estudio:			
Hora en que se realizó el estudio:			
Nombre de quien lo atendió:			
Nombre con quien se coordinó la atención:			
Especialidad de Destino:			
Patología: ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag. ☐ Otra ☐			
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado			
Estable ☐ Mal Estado ☐			
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Colegiatura	Colegiatura	Colegiatura	Colegiatura
Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetriz ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetriz ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetriz ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetriz ☐ Otro
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			



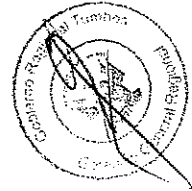
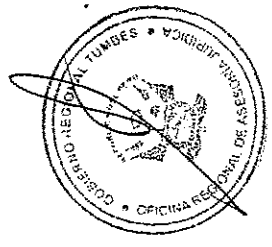
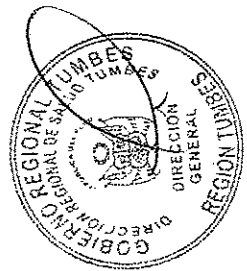
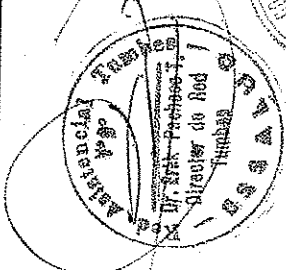
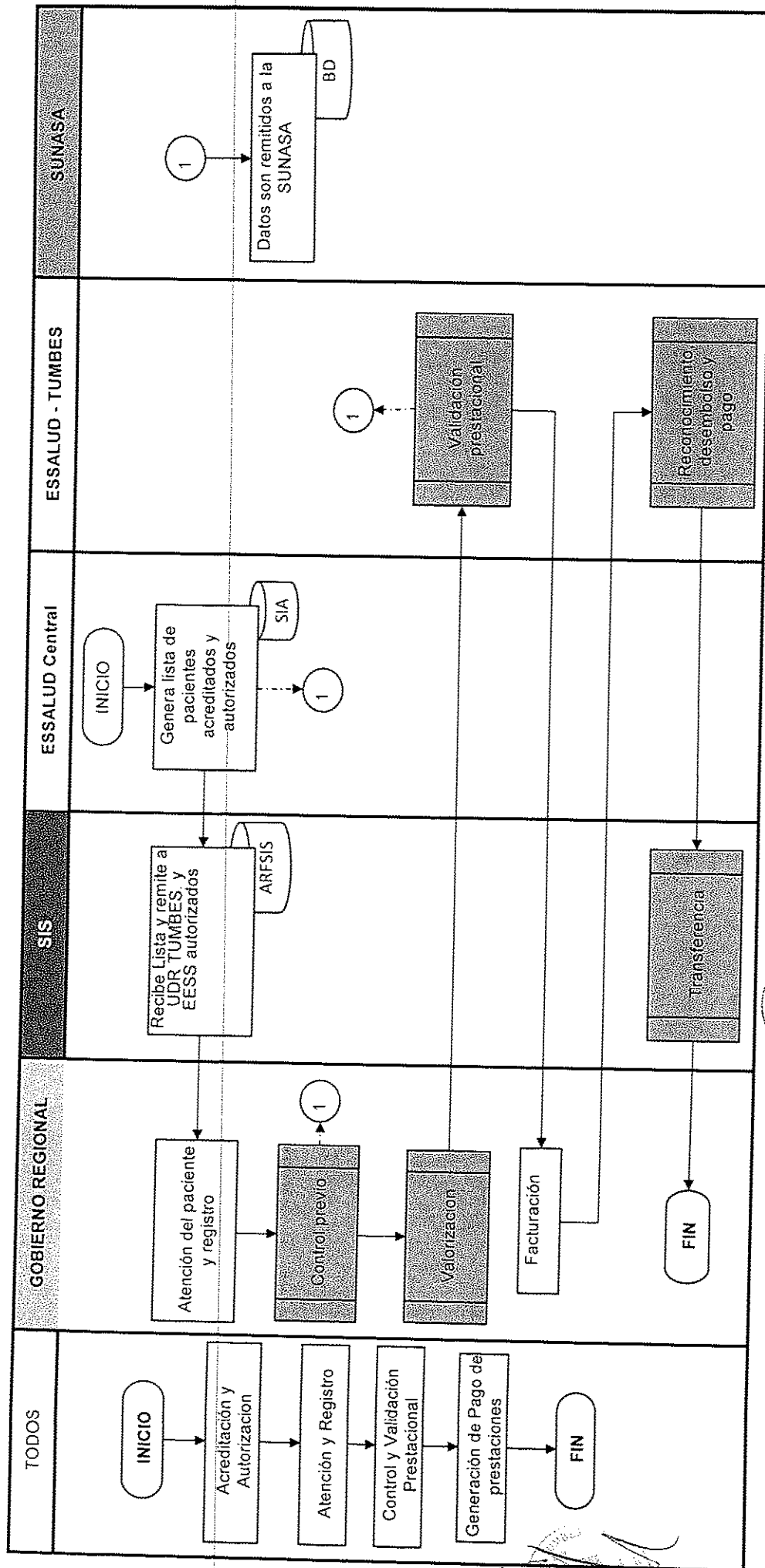
ANEXO N° 13

Cuadro de equivalencia de prestaciones y servicio.

N°	Tipo de Prestación	DESCRIPCIÓN	CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta prestación	Descripción del servicio
1	Recuperativa	Atención Emergencia (Prioridad II)	99284	Atención	Médica	062	Atención por emergencia
2	Recuperativa	Atención Emergencia (Prioridad III)	99283	Atención	Médica	062	Atención por emergencia
3	Maternidad	Parto vaginal inminente/no referible	59410	Atención	Médica	054	Atención de parto vaginal
4	Recuperativa	Grupo sanguíneo	86900	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
5	Recuperativa	Factor RH	86901	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
6	Preventiva y Recuperativa	Examen Glicemia	82947	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
7	Preventiva y Recuperativa	Examen de Orina	81000	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
8	Preventiva y Recuperativa	Examen Hemoglobina	85018	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
9	Recuperativa	Examen Hemograma no automatizado	85007	Examen	Médica	071/056/054/062	Apoyo al diagnóstico/Consulta Externa/Atención de parto vaginal/Atención por emergencia
10	Recuperativa	Traslado de paciente	99466	Traslado	Médica	117	Traslado de emergencia
Cuadro de equivalencia de prestaciones y servicio de ESSALUD							
N°	Descripción de la prestación(s)		CPT	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE ATENCIÓN	Código de servicio en el cual se debe registrar esta prestación	Descripción del servicio
1	Recuperativa	Mamografía Bilateral Digital	77056	examen	médico	071	Apoyo al diagnóstico
2	Recuperativa	Mamografía Unilateral Digital	77055	examen	médico	071	Apoyo al diagnóstico
3	Preventivo	Mamografía Bilateral de tamizaje (02 películas de estudio por cada mama)	77057	examen	médico	071	Apoyo al diagnóstico



ANEXO N° 14. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes de ESSALUD en el GOBIERNO REGIONAL



ANEXO N° 15. Mapa Global de los Procesos para la atención de pacientes SIS en ESSALUD - TUMBES

