



CERTIFICADO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRÁ EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Resolución de Gerencia General Regional N° 150-2008-GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO-GGR

Callao, 04 ABR 2008

VISTOS, los INFORMES N° 001-2008-GRC/GA-ORH-TERC de fecha 03 de enero de 2008, emitido por Bienestar Social de la Oficina de Recursos Humanos; la Carta N° GT-UNS-080/2008 de la Gerencia Comercial de Negocios Especiales de la Compañía RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud, de fecha 01 de febrero de 2008; el INFORME N° 13-2008-REGION CALLAO/GA-OL-ASC de fecha 05 de febrero de 2008, emitido por el Área de Seguros y Contratos de la Oficina de Logística; el Informe N° 115-2008-GRC/GA-ORH de fecha 25 de febrero 2008 emitido por Oficina de Recursos Humanos; el INFORME N° 245-2008-GRC/GAJ/WVL de fecha 03 de marzo de 2008, de la Gerencia de Asesoría Jurídica y, el Proveído N° 244-2008-REGION CALLAO/GAJ de fecha 04 de marzo de 2008; y,

CONSIDERANDO:

Que, como resultado de elecciones internas realizadas en su oportunidad, por los funcionarios y servidores de la Entidad, desde el año 2000 se viene contratando las Prestaciones de Servicios de Seguridad Social en Salud para los Afiliados Regulares en Salud, con la compañía RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud; renovando anualmente el contrato en forma sucesiva hasta el 31 de enero del año 2008. Siendo necesario que dichas prestaciones de salud continúen contratadas en beneficio de sus afiliados, es necesario celebrar el correspondiente contrato para el ejercicio FEBRERO 2008 - FEBRERO 2009;

Que, el Artículo 15° de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social, señala que "Las Entidades Empleadoras que otorguen cobertura de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con Entidades Prestadoras de Salud, gozarán de un crédito respecto de las aportaciones a que se refiere el inciso a) del Artículo 6° de la presente Ley". A efectos de gozar el crédito a que se refiere el presente artículo, las Entidades Empleadoras deberán "(...) contratar el Plan y la Entidad Prestadora de Salud, elegidos por mayoría absoluta de sus trabajadores mediante votación universal"; y los trabajadores que así lo deseen podrán optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo de ESSALUD;

Que, adjunto a la CARTA de vistos, la compañía RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud remite las **Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para los Afiliados Regulares para el período Febrero 2008 - Febrero 2009**, las cuales contienen mejoras de condiciones asegurativas y de coberturas. Dicho plan cuenta con el informe de vistos, con opinión favorable del Área de Seguros y Contratos de la Oficina de Logística ;



Que, la Gerencia de Asesoría Jurídica, mediante informe de vistos, opina se proceda a la visación del documento que contiene las Condiciones Generales del "CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LOS AFILIADOS REGULARES", con la compañía RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud. Teniendo en cuenta que estas prestaciones se vienen otorgando desde el 1° de febrero 2008 y no habiéndose expedido el acto administrativo correspondiente; requiere formalizarse acorde con lo dispuesto en el Numeral 17.1 del Artículo 17° de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General;



Que, en virtud de las facultades conferidas por la Resolución Ejecutiva Regional N° 072 de fecha 26 de enero de 2007;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- APROBAR, por las consideraciones expuestas y con efectividad al 1° de Febrero de 2008, el "CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LOS AFILIADOS REGULARES", con la compañía RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud, según el plan, condiciones, aportaciones y términos que obran en anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.



REGISTRESE Y COMUNÍQUESE

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Arg. FERNANDO E. BORDILLO TORDOYA
GOBIERNO REGIONAL

CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04-ABR-2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

MAC
EPS

CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Regístrate Documentario y Archivo

**CONDICIONES GENERALES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS REGULARES**
011

Consten en el presente documento las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud N° E0001525, que celebran de una parte **RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud**, con R.U.C. N° 20414955020, con domicilio en Calle Las Begonias N° 475, Segundo piso, San Isidro, Lima, debidamente representada por el señor Pablo Marcelo Escobar García, identificado con DNI N° 09540029 y el señor Francesco Lorenzoni Montagna, identificado con D.N.I. N° 09335025, según poderes inscritos en la Partida N° 11035192 de la Oficina Registral de Lima y Callao - Oficina Lima, a quien en adelante se le denominará "**LA EPS**" y de la otra parte **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**, con R.U.C. N° 20505703554, con domicilio en Av. Elmer Faucett N° 3970, Bellavista, Callao, representado por su Gerente General Regional, el Arquitecto Fernando Enrique Gordillo Tordoya, identificado con D.N.I. N° 25675888, a quien en adelante se le denominará "**LA ENTIDAD EMPLEADORA**", en los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES

LA EPS es una persona jurídica constituida con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobada mediante Ley N° 26790, así como el Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, y demás normas complementarias.

LA EPS tiene por objeto exclusivo prestar servicios de atención para la salud llevando a cabo sus operaciones en mérito a la autorización de funcionamiento que le ha otorgado la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

La cobertura del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud comprende las prestaciones de Capa Simple referidas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, las cuales pueden ser prestadas por ESSALUD o por las Entidades Prestadoras de Salud. Asimismo, la cobertura del citado Régimen comprende las prestaciones de Capa Compleja definidas en el inciso g) del Artículo 2° del Reglamento mencionado.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO

LA EPS otorgará una cobertura obligatoria por las contingencias correspondientes a la Capa Simple descrita en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 y conforme a los límites y condiciones señalados más adelante.

Las partes podrán contratar una cobertura complementaria a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de contingencias correspondientes a la capa compleja.

Asimismo, podrán contratar beneficios adicionales a las coberturas antes señaladas. Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las reglas establecidas en las Condiciones Particulares adjuntas al presente documento

Para efectos de las presentes Condiciones Generales entiéndase como "**LOS ASEGURADOS**" conjuntamente a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y sus derecho-habientes.

RIMAC

EPS

CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

**CONDICIONES GENERALES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS REGULARES**

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

011

Constan en el presente documento las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud N° E0001525, que celebran de una parte **RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud**, con R.U.C. N° 20414955020, con domicilio en Calle Las Begonias N° 475, Segundo piso, San Isidro, Lima, debidamente representada por el señor Pablo Marcelo Escobar García, identificado con DNI N° 09540029 y el señor Francesco Lorenzoni Montagna, identificado con D.N.I. N° 09335025, según poderes inscritos en la Partida N° 11035192 de la Oficina Registral de Lima y Callao - Oficina Lima, a quien en adelante se le denominará "**LA EPS**" y de la otra parte **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**, con R.U.C. N° 20505703554, con domicilio en Av. Elmer Faucett N° 3970, Bellavista, Callao, representado por su Gerente General Regional, el Arquitecto Fernando Enrique Gordillo Tordoya, identificado con D.N.I. N° 25675888, a quien en adelante se le denominará "**LA ENTIDAD EMPLEADORA**", en los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES

LA EPS es una persona jurídica constituida con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobada mediante Ley N° 26790, así como el Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, y demás normas complementarias.

LA EPS tiene por objeto exclusivo prestar servicios de atención para la salud llevando a cabo sus operaciones en mérito a la autorización de funcionamiento que le ha otorgado la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

La cobertura del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud comprende las prestaciones de Capa Simple referidas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, las cuales pueden ser prestadas por ESSALUD o por las Entidades Prestadoras de Salud. Asimismo, la cobertura del citado Régimen comprende las prestaciones de Capa Compleja definidas en el inciso g) del Artículo 2° del Reglamento mencionado.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO

LA EPS otorgará una cobertura obligatoria por las contingencias correspondientes a la Capa Simple descrita en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 y conforme a los límites y condiciones señalados más adelante.

Las partes podrán contratar una cobertura complementaria a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de contingencias correspondientes a la capa compleja.

Asimismo, podrán contratar beneficios adicionales a las coberturas antes señaladas. Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las reglas establecidas en las Condiciones Particulares adjuntas al presente documento

Para efectos de las presentes Condiciones Generales entiéndase como "**LOS ASEGURADOS**" conjuntamente a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y sus derecho-habientes.

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite, Complementario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA TERCERA.- COBERTURA OBLIGATORIA Y CONDICIONES DE OTORGAMIENTO

LA EPS otorga cobertura obligatoria a **LOS ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales comprendidas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790.

La cobertura obligatoria incluye la atención de las contingencias de la Capa Simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

La cobertura obligatoria detallada en el Plan de Salud Base adjunto contempla los mismos beneficios para todos **LOS ASEGURADOS**, independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura obligatoria comprende la atención de todas las dolencias pre-existentes y las prestaciones que forman parte de la misma se otorgan sin límite de suma asegurada.

CLAUSULA CUARTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

Como parte de la cobertura obligatoria, **LA EPS** otorgará a favor de **LOS ASEGURADOS** prestaciones de recuperación de la salud que comprenden atención médica y quirúrgica, tanto ambulatoria como hospitalaria y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en la Capa Simple.

Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad, la cual consiste en el cuidado de la salud de **LA ASEGURADA** gestante y la atención del parto, extendiéndose al período del puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias de la Capa Simple que aquejen a **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA QUINTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, como parte de la cobertura obligatoria, se otorgarán prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto conservar la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a) **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
- b) **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionadas con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

Se otorgarán obligatoriamente las prestaciones preventivas y promocionales contenidas en la Capa Simple. En el Plan de Salud se citan cada una de las Prestaciones Preventivas y Promocionales de la Capa Simple a otorgarse obligatoriamente, detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.

CLAUSULA SEXTA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

1. Se encuentran excluidas de la cobertura obligatoria de las presentes Condiciones Generales:

- a) Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b) Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aunque no fueren amparadas por el asegurador;
- c) Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, ~~estética o suntuaria;~~

- ✓ Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Odontología de estética
- ✓ Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
- ✓ Curas de reposo y del sueño
- ✓ Lentes de contacto

d) Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinflingidas.

2. **LA EPS** podrá racionalizar el suministro de prótesis, ortesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones serán de aplicación las normas que dicte ESSALUD.

COPIA FIEL DEL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO
DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA SETIMA.- DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS otorgará la cobertura obligatoria mencionada en las cláusulas anteriores a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, siempre que mantengan la condición de dependencia y de afiliados regulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y en tanto no elijan que el Seguro Social de Salud (ESSALUD) les otorgue íntegramente la cobertura del citado régimen.

Asimismo, se otorgará cobertura obligatoria del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud a los derecho-habientes de los trabajadores que elijan la cobertura de **LA EPS**.

La cobertura obligatoria se otorgará siempre que los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** se encuentren registrados en el libro de Planillas.

CLAUSULA OCTAVA.- PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS no brindará cobertura obligatoria a las personas destacadas en **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por alguna empresa o entidad que se dedique a la intermediación laboral que le provea de mano de obra o de servicios de cualquier clase. En tales casos, la cobertura obligatoria debe ser contratada con **LA EPS** por la empresa o entidad que se dedica a la intermediación laboral.

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo

Tampoco se otorgará cobertura a los trabajadores de los contratistas o subcontratistas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, ni a los trabajadores independientes, ni a las personas que han celebrado convenios de prácticas pre-profesionales o de formación laboral juvenil con **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, o cualquier otra persona que no tenga la calidad de asegurado regular del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como a los trabajadores que hayan elegido mantener íntegramente su cobertura en ESSALUD.

CLAUSULA NOVENA.- INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

1. Los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** que hayan elegido el Plan de Salud Base gozarán de su cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
 - ✓ Hayan completado tres meses consecutivos de aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, ya sea en ESSALUD o a cualquier otra EPS;
 - ✓ Cuando hayan completado cuatro meses de aportaciones no consecutivas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la relación laboral; ya sea en ESSALUD o a cualquier otra EPS;
 - ✓ Se encuentren gozando del derecho de latencia descrito en la cláusula siguiente.
2. La cobertura obligatoria a favor de **LOS ASEGURADOS** se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha de suscripción del presente contrato. Asimismo, los trabajadores que ingresen a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** con posterioridad a la suscripción del presente contrato, y que opten por la cobertura de **LA EPS**, serán cubiertos desde la fecha de inicio de sus labores. En ambos casos se deberá cumplir con cualquiera de los requisitos mencionados anteriormente.
3. Los trabajadores que optaron por mantener su cobertura en ESSALUD y que posteriormente decidan incorporarse al Plan de Salud Base contratado, iniciarán su cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que solicitaron a su empleador su incorporación a dicho Plan, siempre que cumplan con cualquiera de los requisitos mencionados en el numeral 1.
4. En caso de accidente basta que exista afiliación a **LA EPS**.
5. En caso de maternidad, ya sea de la trabajadora o de la cónyuge o concubina del trabajador o de sus hijas derecho-habientes, la condición para el goce de la cobertura del presente contrato es que el trabajador se encuentre afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al tiempo de la concepción.

CLAUSULA DECIMA.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA DE DESEMPLEO

En caso de desempleo o de suspensión perfecta de labores, los trabajadores regulares que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los tres años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores y sus derechohabientes, tienen derecho a las prestaciones previstas en las cláusulas Cuarta y Quinta de las presentes Condiciones Generales, a razón de dos meses de latencia por cada cinco meses de aportación.

Los períodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores.

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Los períodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar los períodos de latencia, no se considerarán para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

Las prestaciones se brindarán de acuerdo a lo que se establece en el Art. 37° del Decreto Supremo N° 009-97-SA modificado por el Decreto Supremo N° 004-2000-TR.

LOS ASEGURADOS tienen derecho a las prestaciones contempladas en la presente cláusula, aún cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla con el pago de las aportaciones correspondientes a los períodos computables para acceder a tal derecho, sin perjuicio de las facultades de **LA EPS** de cobrar las obligaciones que pudiera estar adeudando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por tales períodos.

LA EPS se obliga a otorgar la cobertura obligatoria descrita en el presente contrato a los trabajadores que hayan disuelto su vínculo laboral con **LA ENTIDAD EMPLEADORA** antes del inicio de vigencia de las presentes Condiciones Generales, siempre que se encuentren gozando del derecho de latencia y hasta completar 6 meses posteriores al cese de la relación laboral.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de **LA EPS**, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLAUSULA DECIMO PRIMERA.- LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

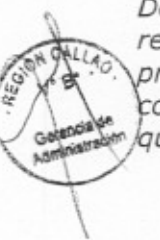
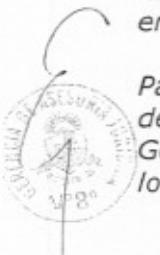
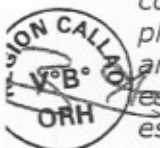
Las prestaciones, ya sean las correspondientes a la cobertura obligatoria o a la cobertura complementaria y beneficios adicionales, se otorgarán en los establecimientos indicados en el plan de salud, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante la SEPS. Se podrán otorgar prestaciones de recuperación de la salud en otros establecimientos, con cargo a reembolsar los gastos incurridos de acuerdo a los límites establecidos en el plan de salud.

LA EPS informará por escrito a **LOS ASEGURADOS** dentro de un plazo no menor a dos (2) días hábiles, la interrupción del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Salud Base, debiendo comunicar tal hecho a la SEPS con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entenderá cumplida dicha obligación mediante comunicación dirigida a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, la que a su vez deberá poner en el día este hecho en conocimiento de los trabajadores.

Para el otorgamiento de coberturas en período de latencia o para el otorgamiento de determinadas prestaciones, **LA EPS**, al momento de suscribir las presentes Condiciones Generales, tiene la facultad de especificar en el Plan de Salud los establecimientos de salud a los cuales podrán acudir **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS

De conformidad con el Artículo 62° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, **LA EPS** es responsable frente a **LOS ASEGURADOS** por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por prestaciones correspondientes a la cobertura obligatoria, a la cobertura complementaria o a los beneficios adicionales; sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales y jurídicas.



04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA DECIMO TERCERA.- APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura obligatoria, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** pagará a **LA EPS** los aportes indicados en los anexos adjuntos, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos.

Los aportes serán pagados mensualmente, debiendo cancelarse antes de la fecha de pago de las aportaciones a ESSALUD por parte de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** adeude a **LA EPS**, determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes y en su defecto por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

CLAUSULA DECIMO CUARTA.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla la obligación de pago de los aportes y ocurra una contingencia a alguno de **LOS ASEGURADOS**, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirlo.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO QUINTA.- DERECHO DE REPETICION

LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. En el caso que ocurra una contingencia por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirla.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso del costo de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas activas máximas autorizadas por la Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO SEXTA.- COPAGOS

Las prestaciones materia del presente contrato, están sujetas a copagos a cargo de **LOS ASEGURADOS** los cuales se indican en el Plan de Salud Base.

Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de votación, los copagos no excederán el 2% de la remuneración mensual del trabajador por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

Los copagos que se establezcan en la red de establecimientos del Plan Adicional, no podrán ser distintos a los fijados en los proveedores de la Red 1.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de los asegurados, ni la prestación de maternidad correspondiente a la Capa Simple, ni las prestaciones preventivas y promocionales.



RIMAC

EPS

CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

ANTONY BERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA DECIMO SETIMA.- REAJUSTE DE APORTES O COPAGOS

LA EPS únicamente podrá reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que, detalladamente, constan en el Plan de Salud Base en el momento de la suscripción de las presentes Condiciones Generales, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en el cuarto párrafo de la Cláusula Décimo Octava.

En tal sentido, en los anexos de las presentes Condiciones Generales, al momento de su suscripción, se especificarán detalladamente, y no de manera genérica, los plazos de vigencia de los aportes voluntarios de los trabajadores, de los copagos y de los aportes a ser pagados por **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, sus condiciones de reajuste y las causales para proceder al reajuste.

El reajuste de aportes y/o copagos, si los hubiera, será aplicado en periodos semestrales a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes podrán acordar un plazo menor.

Para el reajuste de los aportes **LA EPS** deberá cursar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, con una anticipación no menor a 15 días útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita manifestando la intención de reajustar tales montos. Los reajustes entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente

CLAUSULA DECIMO OCTAVA.- INFORMACION

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporcionará a **LA EPS**, en la forma y en los plazos que esta determine, la información señalada en las Condiciones Particulares. La **ENTIDAD EMPLEADORA** informará a **LA EPS** sobre la inclusión, la renuncia al Plan, el cese o la suspensión de la relación laboral del trabajador, dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia. Asimismo, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará mensualmente a **LA EPS** sobre el monto total de la planilla de los trabajadores afiliados al Plan de Salud contratado, de acuerdo al Anexo 2.. La información que **LA EPS** requiera deberá guardar una razonable relación con el objeto de este contrato.

De requerirse a **LOS ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, éstos deben dar cumplimiento a dicho solicitud, pero en ningún caso pagarán el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Condiciones Particulares si será asumido por **LA EPS** o **LA ENTIDAD EMPLEADORA**. **LA EPS** no podrá rechazar dar cobertura a un asegurado basada en los resultados de tales exámenes o declaraciones, excepto en cuanto a la cobertura complementaria y beneficios adicionales dado que no son de contratación obligatoria.

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporcionará a sus trabajadores afiliados, en el más breve plazo, copia del Plan de Salud ofertado, de las presentes Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares que le entregará **LA EPS**.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, **LA EPS** deberá haber cumplido con presentar a la **ENTIDAD EMPLEADORA**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida en el Anexo 3, debidamente sustentada y analizada, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto.

04 ABR. 2008



ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA DECIMO NOVENA.- PLAZO

El presente contrato se celebra por el plazo de un año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que alguna de las partes manifieste mediante aviso escrito cursado a la otra con noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo.

CLAUSULA VIGESIMA.- RESOLUCION

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

-  1. El mutuo acuerdo de las partes, en cuyo caso **LA ENTIDAD EMPLEADORA** deberá contar con el consentimiento del 50% mas uno de los afiliados al Plan de Salud Base. El acuerdo entrará en vigencia en un plazo no menor a 45 días contados a partir de su celebración.
2. El incumplimiento en el pago de tres aportes consecutivos o no, salvo pacto en contrario incluido en las Condiciones Particulares.
3. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Condiciones Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.
-  4. Cuando por aplicación de lo establecido en el primer y tercer párrafo de la Cláusula Décimo Séptima de las presentes condiciones generales, no haya acuerdo respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por **LA EPS**. En tales casos, el contrato quedará resuelto a los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que **LA EPS** reciba de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por escrito su negativa o si transcurren treinta (30) días calendario desde la recepción de la propuesta de reajuste de los aportes o copagos sin que se responda a dicha propuesta.
5. Cuando, ante la solicitud del cincuenta por ciento (50%) más uno de los trabajadores afiliados al Plan de Salud, se haya convocado a nuevas elecciones y se haya iniciado la vigencia de un nuevo contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud con otra Entidad Prestadora de Salud.

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

CLAUSULA VIGESIMO PRIMERA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.


REGIONAL GOVERNMENT OF CALLAO
V°B°
Gerencia de Administración

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

CLAUSULA VIGESIMO SEGUNDA.- CONTINUIDAD DE LA ATENCION

LA EPS en previsión de la conclusión del contrato sin que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** cuente con los servicios de otra Entidad Prestadora de Salud, deberá continuar con la atención de las prestaciones de salud hasta que se haya iniciado la vigencia de un nuevo contrato de prestación de servicios en seguridad social en salud con otra Entidad Prestadora de Salud. La Entidad Prestadora de Salud que lo cubra tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso del costo de las prestaciones brindadas durante este periodo.

CLAUSULA VIGESIMO TERCERA.- SISTEMA DE REFERENCIAS

LA EPS se obliga a atender a **LOS ASEGURADOS** que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por **LA EPS** determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas, incluyendo la cobertura complementaria y la correspondiente a beneficios adicionales, coordinará la referencia del paciente a ESSALUD. La responsabilidad de **LA EPS** sólo terminará cuando el paciente sea admitido por ESSALUD.

En caso que ESSALUD no admita al paciente, **LA EPS** queda obligada a continuar con el tratamiento, hasta su culminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención únicamente a ESSALUD.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con ESSALUD, la atención médica será prestada obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido.

CLAUSULA VIGESIMO CUARTA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y **LA EPS**, así como las que se susciten entre **LA EPS** y **LOS ASEGURADOS**, derivadas de las presentes Condiciones Generales o de las Condiciones Particulares, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la SEPS, a cuyas normas se someten las partes.

Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la SEPS.

CLAUSULA VIGESIMO QUINTA.- DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Condiciones Generales y, en lo que resulte aplicable, a las Condiciones Particulares, se entenderá por:

- a) **Accidentes.-** Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b) **Accidente de Trabajo.-** Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con la ocasión del trabajo causada por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador, independientemente de su voluntad o debido al esfuerzo del mismo.

- c) *Emergencia.- Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad*



- d) *Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.- Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo definidas en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley 26790 y modificado mediante Decreto Supremo N° 003-98-SA. Otorga cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores empleados y obreros que tengan la calidad de afiliados regulares del Seguro Social de Salud y que laboran en su centro de trabajo en el que la entidad empleadora realiza las actividades descritas en el citado centro. Es obligatorio y por cuenta de las Entidades Empleadoras.*



- e) *Enfermedad Profesional.- Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.*



CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES
COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRÁ EN EL ARCHIVO
CENTRAL DEL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

04 ABR. 2008

ANTONY FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Jefe de la Oficina de Trámite Documentario y Archivo
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO