

UNIVERSIDAD DEL PACIFICO

FACULTAD DE ADMINISTRACION Y CONTABILIDAD  
SECCION DE CONTABILIDAD

SISTEMA DE CONTABILIZACION PARA UN PROGRAMA DE  
AUTOSEGURO MEDICO INTEGRAL

Margarita Rosa Lay Alzamora

Memoria sobre Experiencia de Trabajo  
Profesional presentada para la obtención  
del Título Profesional de Licenciada en  
Contabilidad

Lima, Junio de 2000

Agradezco al profesor Pedro Franco quien a pesar de sus recargadas labores me asesoró en la preparación de la presente Memoria sobre Experiencia de Trabajo Profesional; y al Sr. Alfredo de Cossio McMillan, Presidente Ejecutivo de Marsh Peru S.A. , quien gentilmente autorizó el uso del material de consulta, y me apoyó en el desarrollo del presente trabajo.

## INDICE DE MATERIAS

Agradecimiento .....	i
Indice de Materias .....	ii

INTRODUCCION .....	1
--------------------	---

### I. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### *Breve Reseña de Datos Personales*

1. Estudios y experiencia profesional .....	3
2. Cargo actual – responsabilidades y funciones .....	4

#### *Marsh Perú S.A.*

1. Actividades de la corporación y breve reseña .....	5
2. Organización de la corporación a nivel mundial .....	7
3. Organización de la subsidiaria en el Perú – descripción funcional .....	8
Las Unidades de Operación .....	11

### II EL NEGOCIO DE AUTOSEGUROS MEDICOS Y SU PROBLEMÁTICA

1. Salud: Un Tema de Actualidad .....	15
2. El Programa de Autoseguro Médico .....	16
3. Problemática del manejo de autoseguros médicos .....	17

### III EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE AUTOSEGUROS MÉDICOS

1. Consideraciones Básicas .....	25
2. Operatividad y Registro Contable Específico .....	27
3. Otros procesos del Sistema de Administración de Autoseguros Médicos .....	37

IV CONCLUSIONES .....	40
-----------------------	----

### ANEXOS

## INTRODUCCION

La presente Memoria sobre Experiencia de Trabajo Profesional para la obtención del Título de Licenciado en Contabilidad tiene como tema central la descripción de un Sistema de Contabilización para un Programa de Autoseguro Médico Integral.

El tema de los seguros médicos se encuentra actualmente en gran vigencia, pues las empresas están dirigiendo su atención cada vez más a los beneficios brindados a su personal. Entre estos beneficios, el seguro médico constituye una herramienta del área recursos humanos sumamente útil y que puede contribuir en amplia medida a la satisfacción de los trabajadores. Las dificultades que presenta la economía actual hacen que los gastos por atenciones médicas tengan una importante repercusión en la economía de los trabajadores.

Por otro lado, el mercado de seguros está atravesando una etapa de múltiples cambios y fuerte competencia. Para un corredor (o broker) de seguros resulta vital desarrollar nuevos productos que le permitan hacer frente exitosamente a esa competencia y que conlleven a darle un valor agregado a sus servicios para así mantener a sus clientes y paulatinamente ampliar su participación de mercado.

Dentro de este contexto, el sistema de contabilización de un programa integral de autoseguro médico combina ambas necesidades, proporcionando al broker una herramienta interesante de mercadeo, y a su cliente, la posibilidad de reducir sus costos y aliviar su carga administrativa.

Para el desarrollo de la presente Monografía, se presentará una descripción inicial de la empresa que ha servido de base para el tema bajo análisis, incluyendo a manera informativa una reseña de las áreas técnicas de la misma con el fin de brindar un panorama global de la manera en que está organizado un broker de seguros. Posteriormente se describe la operatividad de un programa de autoseguro médico de modo que el lector pueda familiarizarse con este concepto. Seguidamente, se presenta en detalle la forma propuesta de contabilizar las operaciones de este tipo de autoseguro, indicando asimismo cuáles son los asientos contables que deben prepararse. A manera de complemento se describen también los procesos y reportes operativos que el manejo de un autoseguro médico implica. Finalmente, se presentan las conclusiones que se desprenden de la aplicación de este tipo de sistema de administración y registro contable.

Si bien el tema conlleva un alto grado de especialización, resulta interesante y novedoso. Se invita al lector a iniciar la lectura de la presente Monografía, con el deseo de que despierte su interés en el tema fascinante de los seguros y su aplicación práctica.

## EXPERIENCIA DE TRABAJO PROFESIONAL

### **I. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **Breve Reseña de Datos Personales**

##### I. Estudios y experiencia profesional

La autora de la presente monografía cursó estudios superiores en la Universidad del Pacífico en la Facultad de Administración y Contabilidad, durante los años 1977 a 1981. En Junio de 1982 obtuvo el grado de Bachiller en Contabilidad, luego de la sustentación de la tesis respectiva.

En 1981 ingresó a la firma de auditoría Moreno, Patiño y Asociados (Price Waterhouse & Co.) para desempeñarse como auditor financiero. Esta labor le permitió visitar numerosas empresas transnacionales de reconocido prestigio tales como IBM del Perú, Volvo Distribuidora, Toyota del Perú, Helena Rubinstein, Purina Perú, entre otras, recogiendo valiosa experiencia profesional. Sus labores como auditora incluyeron principalmente la evaluación tanto de sistemas de control interno como de estados financieros, así como la preparación de los mismos.

## 2. Cargo actual - responsabilidades y funciones

En Mayo de 1984, la autora se incorporó a la firma transnacional corredora de seguros <sup>1</sup>Johnson & Higgins, la cual en ese momento operaba en el Perú bajo la razón social Consultores de Seguros S.A. Desde 1985 a la fecha ha desempeñado el cargo de Gerente de Administración y Finanzas de la empresa, la cual actualmente se denomina Marsh Perú S.A., y tiene bajo su responsabilidad, entre otras, las siguientes funciones:

- Supervisión de los procesos contables.
- Coordinación del cierre financiero mensual y preparación de estados financieros y reportes para la casa matriz ubicada en la ciudad de Nueva York.
- Elaboración anual de presupuestos financieros, salariales, y de compras, y control presupuestario.
- Supervisión de las funciones de Tesorería, incluyendo la adecuada administración de los recursos financieros de la empresa, y preparación de informes periódicos de Tesorería para la casa matriz.
- Supervisión de aspectos tributarios y de reporte financiero local a la Superintendencia de Banca y Seguros.<sup>2</sup>
- Supervisión del área de Sistemas de Información Gerencial y Procesamiento Electrónico de Datos de la empresa.

<sup>1</sup> El corredor de seguros es la persona natural o jurídica que, a solicitud de quien toma el seguro, puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados en temas de su competencia.

<sup>2</sup> De acuerdo a la legislación vigente, los corredores de seguros deben remitir sus estados financieros cerrados al 30 de Junio y al 31 de Diciembre de cada año a la Superintendencia de Banca y Seguros.

- Supervisión del área de Administración General y Administración de Recursos Humanos.

### **Marsh Perú S.A.**

#### I. Actividades de la corporación y breve reseña

Marsh Perú S.A., firma líder en la asesoría en seguros en el país, es el producto de la fusión de dos de las principales firmas corredoras a nivel internacional: Johnson & Higgins y Marsh & McLennan. Johnson & Higgins fue por más de 150 años la empresa privada de corretaje en seguros de mayor envergadura en el mercado internacional, y en el Perú, su subsidiaria Johnson & Higgins Perú S.A. fue una de las empresas líderes del mercado peruano durante 32 años.

En Marzo de 1997, como resultado de una decisión estratégica, Johnson & Higgins y Marsh & McLennan deciden fusionarse y formar una nueva firma: Marsh, la cual es la mayor firma de servicios de Seguros y control de riesgos del mundo. La compañía genera aproximadamente US\$ 3,000 millones en ingresos, cuenta con 20,000 empleados y sirve a clientes en más de 100 países. Esta combinación fue un resultado de la necesidad de nuevas alternativas de Seguros que se vuelven cada vez más importantes en un mercado altamente competitivo. Entre otras cosas, Marsh se dedica a reducir el costo total del riesgo para los clientes, y este enfoque de costo total de riesgo es especialmente crucial en el ambiente actual.

Las fortalezas resultantes de esta combinación de negocios se pueden resumir en las siguientes



1. **Innovación:** Tanto Marsh & McLennan como Johnson & Higgins han tenido una gran tradición de liderazgo en el mercado y en el desarrollo de nuevos productos y conceptos que se han convertido en estándares de la industria. Con la fusión, se han unido los profesionales más creativos del ramo para anticipar y satisfacer las necesidades de los clientes.

2. **Experiencia en consultoría:** Un enfoque de consultoría más los recursos profesionales en el servicio de gerencia de riesgos<sup>1</sup> ayudan a los clientes a reducir el costo en todas las áreas de sus programas de seguros.

3. **Transferencia y financiamiento del riesgo:** Las habilidades en acceder a los mercados globales de seguros y en diseñar opciones alternativas para el financiamiento del riesgo proporcionan a los clientes las soluciones óptimas para administrar su exposición al riesgo.

4. **Alcance global:** La empresa cuenta con la organización líder en el ramo a nivel mundial, consistente principalmente de oficinas propias complementadas por una red de afiliadas. Esto permite suministrar un estándar consistente de calidad en más de 100 países alrededor del mundo.

5. **Recursos especializados:** Se cuenta con la mayor cantidad de especialistas en las principales industrias y categorías de riesgo. Están organizados de tal manera que pueden manejar los problemas y necesidades de los clientes en cualquier lugar del mundo.

6. **Tecnología:** Nuestra red y sistemas de información son los más avanzados de la industria. Proveen a los clientes con comunicaciones globales y acceso a la información.

---

<sup>1</sup> La Gerencia de Riesgos es la función que consiste en administrar el riesgo al que está expuesta una empresa minimizando la posibilidad de ocurrencia de siniestros, y tomando a la vez las medidas de precaución necesarias para reducir al máximo el impacto económico sobre la empresa de la ocurrencia de siniestros.

7. **Capacidad amplia de negocios:** Cuando los clientes lo requieren, se cuenta con la participación de otras organizaciones del grupo Marsh & McLennan, como Mercer Consulting (consultoría en recursos humanos) y Putnam Investments (consultora en inversiones).

## 2. Organización de la corporación a nivel internacional

Marsh, Inc. es una empresa con capitales públicos que cotizan en la Bolsa de Valores de Nueva York, Chicago, la Bolsa de El Pacífico (Los Angeles y San Francisco) y Londres, y se dedica a brindar servicios de seguros y de administración de riesgo a sus clientes en todo el mundo. La firma cuenta con oficinas ubicadas en más de 100 países, a través de tres corporaciones:

- **Marsh:** dedicada a los servicios de corretaje de seguros y administración de riesgos.

Las regiones que cubre esta corporación incluyen las siguientes:

✓ *Operaciones en Estados Unidos:* Noreste, medio Atlántico, Sureste, Pacífico Norte, Pacífico Sur, Medio Oeste / Central, y Suroeste.

✓ *Operaciones en Europa:* Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, Rumanía, República Eslovaca, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Europa Central y del Este.

✓ *Operaciones en Asia-Pacífico:* China, Filipinas, Singapur, Taiwán, Tailandia, Australia, Nueva Zelanda, Fidji, y Papua Nueva Guinea.

✓ *Operaciones en Canadá:* Pacífico, Atlántico, Pradera, Central, Este.

✓ *Operaciones Internacionales Especializadas:* Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Venezuela, Corea, Japón, Medio Oriente y Africa.

- **Guy Carpenter:** dedicada a la intermediación de reaseguros.
- **Seabury & Smith:** dedicada a la administración de programas de seguros.

### 3. Organización de la subsidiaria en el Perú - descripción funcional

Marsh Perú S.A., subsidiaria en Perú de Marsh, Inc., está organizada en base a áreas funcionales, pudiéndose dividir a la empresa en dos grandes áreas:

1. **Unidades operativas:** dedicadas a brindar servicios técnicos en la atención de clientes. Se tienen 3 Unidades de Negocios de grandes clientes, 1 Unidad de negocios de clientes medianos y chicos, y 1 Unidad de Negocios de Asistencia Médica y Autoseguros. Los principales servicios que brindan estas unidades operativas son los siguientes:
  - Servicio Profesional de Asesoría y Administración de Riesgos con el respaldo de nuestra Corporación a nivel mundial.
  - Estudios de Administración de Riesgos, definiendo los riesgos a los que está expuesta el cliente.
  - Inspección y Control de Riesgos, así como Programas de Implementación de Medidas de Seguridad.
  - Diseño de Programas de Aseguramiento de acuerdo con las necesidades de cada cliente.

- Obtención de las Compañías de Seguros, tanto locales como internacionales, óptimos costos y las mejores condiciones de aseguramiento que pueda ofrecer el mercado y que cubran adecuadamente las necesidades de los clientes.
- Reportes Estadísticos de Siniestralidad<sup>1</sup> por riesgo afectado, debidamente comentados con sugerencias y/o alternativas.
- Asesoría legal en lo que a Seguros se refiere.
- Gestión, revisión y trámite de todo tipo de documentos, sea para emisión de Pólizas o endosos<sup>2</sup> así como para la atención de siniestros.
- Comunicación constante manteniendo a los clientes informados de los cambios e innovaciones en el mercado de Seguros.
- Atención de consultas telefónicas o personalmente a través de un equipo profesional especialmente entrenado para atender en forma inmediata las inquietudes de los clientes.
- Asesoramiento general en cada ramo de seguros.
- Comités de Seguros mensuales para tratar todo lo relacionado con los Programas de Seguros de los clientes con el fin de administrar adecuadamente sus Coberturas y Riesgos, incidiendo en aquellos de mayor frecuencia y servicio, tales como, Asistencia Médica, Automóviles y Transportes.

---

<sup>1</sup> La Siniestralidad es el ratio resultante de dividir el costo de los siniestros entre el costo de las primas, y en cierta forma indica la "rentabilidad" de la póliza.

<sup>2</sup> La Póliza es el documento que evidencia el contrato de seguro, por el cual el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima, a resarcir las consecuencias económicas de los daños ocasionados por un suceso. El endoso modifica una condición de una póliza previamente emitida.

- Atención de siniestros para casos de emergencia las 24 horas del día los 365 días del año llamando a nuestra central telefónica, celulares y beepers, apoyando al cliente en lo que sea necesario.

2. **Unidades administrativas:** dedicadas a brindar el apoyo operativo interno. Incluyen el área de Contabilidad y Finanzas, el área de Administración y Personal, y el área de Sistemas de Información Gerencial. Sus principales funciones son las siguientes:

- Preparación y emisión de información financiera y contable, tanto para la casa matriz como para la toma de decisiones locales.
- Cumplimiento de obligaciones tributarias, legales y de control según lo establecido por la Superintendencia de Banca y Seguros.
- Administración de recursos financieros y de Tesorería.
- Administración de Recursos Humanos, incluyendo administración salarial y preparación de planillas de sueldos.
- Programación y mantenimiento de aplicaciones para los sistemas de información tecnológica y gerencial.
- Mantenimiento y administración de la red local de información, incluyendo el plan de Contingencias en caso de siniestros.
- Administración de la red de telecomunicaciones a nivel local e internacional, externa e interna.

- Funciones generales de logística, economato y mantenimiento.

### Las Unidades de Operación

Como se describió previamente y con el fin de prestar el servicio tecnificado que se requiere en el área de seguros, Marsh Perú S.A. está organizado en Unidades de Operación lideradas por un Jefe de Unidad, que tienen bajo su responsabilidad la administración de una determinada cartera de clientes. Las Unidades de Operación manejan los siguientes riesgos:

a. **Propiedad, Ramos Técnicos y Lucro Cesante:** Considerando la importancia de estos ramos de seguros y la tecnificación que ellos requieren, Marsh Perú S.A., cuenta dentro de su organización con personal que se encarga de estructurar el programa de seguros que más se adecue a las necesidades de cada cliente, y, en caso de siniestro, brindar el asesoramiento necesario para que el asegurado reciba una justa indemnización en el período más corto posible. Estos riesgos se refieren a seguros para daños patrimoniales mediante los cuales el propietario se encuentra en la situación de sufrir un perjuicio económico, o de dejar de percibir una ganancia a consecuencia de la pérdida o daño del bien. Los daños a la propiedad pueden incluir daños por terremoto, lluvias, inundaciones, o incendios, entre otros. Los daños de ramos técnicos se refieren a rotura de maquinaria, y los daños por lucro cesante, a la pérdida de ingresos y/o utilidades por tener que dejar de operar debido a daños a la propiedad o de ramos técnicos.

falsificaciones, deshonestidad, delito por computadora, etc.). Asimismo, se mantiene el servicio de asesoría constante con Bancos Clientes, para cuando ellos realicen transacciones comerciales con sus respectivos clientes y necesiten Pólizas para garantizar Prendas Hipotecarias, Arrendamiento Financiero, Seguro de Desgravamen<sup>2</sup> y otros similares.

f. **Directores y Funcionarios:** Se cuenta con una facilidad de reaseguros<sup>3</sup> para clientes de Marsh, con el fin de ampararlos bajo esta cobertura, la cual protege contra posibles contingencias profesionales o legales que los funcionarios que desempeñan puestos de responsabilidad pudieran enfrentar.

g. **Seguridad y Beneficios del Empleado:** Bajo esta cobertura se trata todo lo relacionado con los seguros de Asistencia Médica Familiar así como los seguros de Accidentes Personales y Vida. Dentro de esta área se tiene una Unidad de Operaciones independiente que se dedica a la administración de programas de Autoseguro Médico, a través del cual se incluye la administración de fondos para la atención de reclamos, suscripción de contratos con clínicas, auditoría médica, reembolsos de reclamos etc.

---

<sup>1</sup> El Seguro de Responsabilidad Civil cubre las sumas a que se encontraría obligado el asegurado por concepto de indemnización de daños y perjuicios ocasionados a terceros, más las costas y costos del proceso judicial si lo hubiera.

<sup>2</sup> Este seguro se refiere a los saldos impagos por préstamos, hipotecas u otras obligaciones financieras que podría dejar una persona luego de su fallecimiento.

<sup>3</sup> El reaseguro es la operación mediante la cual una compañía de seguros cede parte del riesgo a otra compañía local o extranjera, cuando el riesgo cubierto resulta de tal magnitud que la primera no podría cubrirlo en su totalidad en caso de ocurrir un siniestro.

h. **Automóviles:** Se proporciona el servicio de administración de las pólizas y atención de siniestros, teniendo como principal objetivo que la Compañía de Seguros solucione a la brevedad posible los reclamos presentados por los clientes.

i. **Transportes:** Este riesgo cuenta con personal experto en la contratación de los diversos tipos de pólizas que se suscriben para cubrir el transporte de mercadería, ya sea por vía terrestre o marítima. En razón del alcance internacional de esta póliza, de ser necesario se cuenta con el soporte de la red de oficinas de Marsh para la atención de siniestros en cualquier parte del mundo. Además se mantiene una estrecha relación con ajustadores y aseguradores, lo que permite recomendar las medidas necesarias sobre prevención de pérdidas.



## II. EL NEGOCIO DE AUTOSEGUROS MEDICOS Y SU PROBLEMÁTICA

### 1. Salud: Un tema de Actualidad

El tema de la Salud ha cobrado gran importancia en los últimos años, pues es una de las bases para el bienestar social. No podemos concebir el progreso de un Estado o una empresa si sus pobladores o trabajadores no cuentan con un buen nivel de salud, o no tienen acceso a los medios para recuperarla en caso de enfermedad. Por otro lado, en el mundo actual la idea del éxito y crecimiento de una empresa está ligada al grado de Responsabilidad Social que demuestre hacia la comunidad.

El Estado recoge esta preocupación en los enunciados básicos de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790 del 15/5/97), la cual indica que los principios constitucionales “reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas”. Y agrega que la Seguridad Social en Salud “se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud”. (Art. 1º. Ley 26790). A manera informativa, se incluye el texto de la Ley y su Reglamento en los Anexos N° 1 y 1(a), así como la Ley N° 27056 del 30/01/99 que crea el Seguro Social de Salud (Anexos 2 y 2a).

Esta preocupación se extiende actualmente a las empresas, pues dentro de los beneficios que normalmente ofrecen a sus trabajadores, el tema de mantenimiento y recuperación de la salud

reviste una gran importancia en todas aquellas empresas que son responsables socialmente. Para este propósito, existen los programas de asistencia médica familiar, ya sea a través de pólizas contratadas con compañías de seguros, o a través de fondos destinados por las propias empresas para la atención de sus trabajadores.

A continuación, analizaremos específicamente el tema de los programas de autoseguros médicos.

## 2. El Programa de Autoseguro Médico

### *Antecedentes*

Los seguros médicos tienen como objetivo proporcionar cobertura al asegurado en caso que requiera efectuar gastos por atenciones médicas, pues una enfermedad grave, la complicación de una enfermedad común o un accidente, generan gastos que pueden desestabilizar la economía de un hogar. Los precios de las medicinas actualmente son elevados, al igual que el costo de los honorarios médicos, por lo que éstos seguros tienen como objetivo proporcionar la tranquilidad económica que el asegurado requiere en esos momentos.

Como parte de los beneficios que las empresas brindan a sus empleados, generalmente se encuentra el proporcionarles un seguro médico grupal, cuyas características y coberturas dependerá de la situación financiera y la política laboral de cada empresa. Estos seguros son contratados a través de una compañía de seguros, la cual brinda la cobertura seleccionada.

Sin embargo, dependiendo de las características de la composición del grupo asegurado y de las estadísticas de la siniestralidad del mismo, puede resultarle más conveniente a la empresa crear un fondo propio para pagar las atenciones médicas de sus asegurados. El ahorro resultante de mantener este fondo versus el costo de la contratación de un seguro médico puede hacer que la alternativa de un autoseguro resulte atractiva.

Consecuentemente, la empresa puede decidir no asegurarse a través del sistema tradicional con una compañía de seguros, sino más bien “autoasegurarse” a través de un fondo propio destinado para este fin. Sin embargo, requiere de un equipo profesional que le proporcione los servicios técnicos que le ofrecería la compañía de seguros en el manejo y administración de dicho fondo. De lo contrario, necesitaría contar con personal especializado que tramite, interprete, liquide, pague y controle el movimiento del fondo y de los “reclamos” presentados por atenciones médicas. De esta manera, confía este trabajo profesional al asesor en seguros o “broker”.<sup>1</sup>

### ***Operatividad***

El fondo para administrar un programa de autoseguro médico se define sobre la base de la experiencia e historial de gasto que ha venido presentando el grupo asegurado. Es necesario

---

<sup>1</sup> En caso que la empresa maneje por sí misma su programa de autoseguros, deberá registrar en su contabilidad todas las facturas y recibos de honorarios presentados por los empleados para su reembolso. Esto implica la inclusión de dichos documentos en su Registro de Compras.

revisar las estadísticas de períodos previos (preferiblemente 12 meses) para establecer cuál puede ser el consumo promedio del grupo en un mes determinado. El importe así establecido se deposita en una cuenta bancaria cuyos fondos están destinados exclusivamente a cubrir los gastos médicos del programa.

Las características del programa deben ser fijadas a criterio de la empresa, pues ya que los fondos son de su propiedad, es ésta quien definirá qué desea y qué no desea pagar. Así, un programa de autoseguro médico incluirá generalmente lo siguiente:

- Cobertura: Importe monetario máximo que pagará el fondo en caso de siniestro (atención médica). Generalmente, la cobertura entra en vigencia de inmediato una vez incluida la persona en el programa médico, aunque podría existir un tiempo de espera (“carencia”) según cada programa. Como ejemplo, en el caso del Seguro Social de Salud los afiliados tienen derecho a las prestaciones siempre que cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendarios anteriores al mes en que tuvo lugar el siniestro. (Art. 10º, Ley 26790).
- Asegurados: Quiénes están cubiertos por el programa (por ejemplo, el empleado y sus dependientes, y límites de edad para pertenecer al programa). Este concepto de asegurados está recogido en la Ley de Modernización de la Seguridad Social, mencionándose que son afiliados regulares los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia, entre otros. (Art.º 3, Ley 26790).

- Principales Beneficios: Qué tipo de atenciones están cubiertas (gastos hospitalarios, tratamientos ambulatorios, maternidad, entre otros).
- Deducibles<sup>1</sup>: Importe mínimo por cuenta del asegurado, y porcentaje en que el programa cubre los gastos médicos (pueden cubrirse el 100% de los gastos, el 90% o porcentajes menores). En los planes de salud de la Seguridad Social provistos por las Entidades Prestadoras de Salud, por ejemplo, el copago a cargo del asegurado no puede superar el 2% de su ingreso mensual por cada atención ambulatoria, ni el 10% de dicho ingreso por cada atención hospitalaria. Tampoco pueden exceder el 10% del costo del tratamiento, ya sea ambulatorio u hospitalario. (Art. 43° D.S. 009-97-SA del 8/9/97).
- Coberturas especiales: Casos especiales cubiertos por el programa, si los hubiere. (enfermedades oncológicas<sup>2</sup>, congénitas, prótesis, etc.).
- Gastos no cubiertos y exclusiones: Descripción de las enfermedades y condiciones no cubiertas por el programa.

A manera de ilustración, se incluye un modelo de Programa Médico en el Anexo N° 3.

Una vez establecido el fondo y las características del programa, éste entra en vigencia de manera inmediata. Los asegurados deberán solicitar una ficha de atención cada vez que requieran de una atención médica, la cual deberá ser llenada por el médico tratante. Esta ficha permitirá posteriormente una adecuada tramitación del expediente de reclamo.

---

<sup>1</sup> También se denominan "copagos". A lo largo de esta Monografía se utilizarán ambos términos como sinónimos.

<sup>2</sup> Enfermedades oncológicas son aquellas de tipo cancerígeno.

Concluida la atención médica, el asegurado deberá presentar el expediente de reclamo a la empresa, el cual debe incluir la ficha firmada por el médico con las indicaciones del caso y el diagnóstico del mismo, las facturas que amparan los gastos en que el asegurado ha incurrido, las recetas médicas en las que el médico tratante da las indicaciones sobre medicinas y exámenes especiales si fueran necesarios, y los resultados de los exámenes médicos a que se hubiese sometido el asegurado por indicación médica.

En muchas oportunidades, las atenciones son brindadas por clínicas con las que se tiene un contrato de atención bajo la modalidad de crédito. En estos casos, al momento de la atención los asegurados deben pagar sólo el deducible establecido y la clínica remite los documentos y facturas por los gastos incurridos al administrador del programa en un momento posterior.

Recepcionado el expediente, el caso es revisado por un auditor médico para asegurar que el tratamiento indicado, las medicinas y exámenes, concuerdan razonablemente con el diagnóstico. Es también necesario verificar que el caso presentado se encuentra dentro de la cobertura del programa médico. En caso de ser procedente, se liquida el expediente, aplicando los deducibles a que hubiera lugar, y se determina el importe que el programa médico reconoce al asegurado para su reembolso. En caso de que hubiera alguna observación, el expediente es devuelto al asegurado para la ampliación o modificación correspondiente, o para su devolución en caso que hubiera sido rechazado por no adecuarse a las características del programa.

En el caso de atenciones en clínicas bajo la modalidad de crédito, la liquidación se efectúa de manera similar, pero el pago en este caso será efectuado a la clínica y cualquier exceso no cubierto resultante es asumido por el asegurado.

En este tipo de atenciones, para poderse atender en la clínica o centro médico, el asegurado paga directamente el valor del deducible a este instituto médico. Posteriormente la factura es enviada a la empresa, efectuándose el pago, y luego de la liquidación correspondiente, la empresa informará al asegurado del importe final a su cargo, el cual generalmente es descontado por planillas.

Por los expedientes liquidados, se procede a emitir los cheques de pago, los cuales son girados contra la cuenta bancaria en la que se encuentra depositado el fondo. Se mantiene un registro permanente del movimiento de esta cuenta y mensualmente, se concilia la misma con el estado bancario.

### 3. Problemática del manejo de autoseguros médicos

De modo que pueda apreciarse de manera resumida la operatividad de un fondo de autoseguro médico, el Anexo N° 4 muestra un diagrama de flujo con el proceso de tramitación y liquidación de expedientes.

Tal como se mencionó previamente, el fondo de un autoseguro médico pertenece a la empresa que proporciona este beneficio a sus empleados. Los reembolsos liquidados y pagados constituyen un gasto para la misma, y como todo gasto, éste es susceptible de control. Bajo las condiciones económicas actuales, la reducción de gastos y los programas de austeridad aplicados por las empresas hacen que este punto cobre una gran importancia. Uno de los objetivos actuales de toda empresa es reducir en lo posible sus gastos.

Por otro lado, el mercado de seguros atraviesa una etapa de competencia sumamente fuerte<sup>1</sup>, y si bien los clientes buscan calidad en el servicio que se les brinda, el ahorro que pueda proporcionarles el broker es un elemento que puede resultar decisivo al momento de elegir.

El manejo de un programa de autoseguro médico implica un alto contenido de utilización de recursos, con los consiguientes gastos que esto conlleva, pues es necesario registrar contablemente y de manera individual, cada uno de los documentos (sean facturas o recibos de honorarios profesionales) que sustentan los expedientes de reclamos. Tratándose de un programa propio, el gasto puede ser deducido por la empresa, pero para esto es indispensable, destinar personal tanto para los aspectos contables como administrativos y de orientación de los asegurados, mantener el Registro de Compras completo y actualizado para efectuar los pagos mensuales de impuestos (incluyendo retenciones sobre honorarios), llevar el control de

---

<sup>1</sup> Debido a la situación económica mundial y a la fuerte competencia entre aseguradores, se dice que el mercado está "blando". Un mercado blando es aquél en que los precios tienden a bajar con el consiguiente detrimento económico para los aseguradores. Contrariamente, un mercado "duro" es aquél en que los precios de los seguros suben y permiten un mayor margen de ganancia para los aseguradores.



los movimientos bancarios, y monitorear un sinnúmero de pequeños procesos para asegurar una adecuada administración del programa.

Ante un entorno permanentemente cambiante y competitivo, la Gerencia de Marsh Perú S.A. requería desarrollar un nuevo producto que reforzara su ventaja comparativa y su posición de liderazgo en el mercado. Por otro lado, era indispensable proporcionar a los clientes un nuevo valor agregado que permitiera asegurar su fidelidad, y que a la vez sirviera como herramienta de ventas ante nuevos prospectos. Por este motivo, la Gerencia encargó a la autora de la presente monografía el diseño de un sistema novedoso para el manejo administrativo de programas de autoseguros médicos que le permitiera a la empresa hacer frente exitosamente a la competencia y que a la vez resultara interesante económicamente para los clientes.

De esta manera, la autora diseñó y puso en práctica el sistema de Administración Integral de Autoseguros Médicos, el cual se describirá en detalle más adelante. La premisa básica de este sistema consiste en que ya no es el cliente quien debe manejar los aspectos contables, tributarios y de tesorería del programa, siendo éstos trasladados al broker. Estos aspectos incluyen, entre otros:

- Preparación del Registro de Compras por las facturas y recibos de honorarios que sustentan los expedientes de reclamo y contabilización de las operaciones del fondo (función contable).
- Control del movimiento del fondo (función de tesorería).

- Liquidación y pago mensual de los impuestos generados por las operaciones del fondo (función tributaria).

La ventaja de este sistema es que, al trasladar todo el manejo del programa al broker, en vez de que el cliente requiera efectuar las funciones arriba indicadas para un volumen extraordinario de documentos, sólo lo efectuará para dos facturas mensuales que el broker le proporcionará: una por el movimiento del fondo (la cual reemplaza a los documentos que sustentan los expedientes), y otra por los honorarios pactados como contraprestación del servicio. Esto le permite al cliente un ahorro significativo de tiempo, recursos y consecuentemente, dinero.

A continuación se describe el novedoso sistema de Administración Integral de Autoseguros Médicos.

### III. EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE AUTOSEGUROS MÉDICOS

#### 1. Consideraciones Básicas

Para que el sistema de Administración Integral de Autoseguros Médicos funcione adecuadamente, deben respetarse las consideraciones que a continuación se enumeran.

**Creación de una Consultora Afiliada:** Debido a razones de orden, y respetando la normatividad legal vigente, el broker requiere de una empresa independiente para el manejo integral de un programa de autoseguro médico. Por lo tanto, debe estar en condiciones de poder crear una empresa afiliada o subsidiaria a través de la cual se trabajará la operatividad del programa. Esta decisión implica completar todos los pasos formales para dicha constitución, incluyendo la tramitación y obtención de las autorizaciones de funcionamiento correspondientes. Las principales consisten, entre otras, en:

- Inscripción en Registros Públicos<sup>1</sup>
- Obtención del Registro Unificado (Ministerio de Industria)
- Obtención del número de Registro Unico de Contribuyente (Superintendencia Nacional de Administración Tributaria)
- Obtención del Registro Patronal (Seguro Social de Salud ESSALUD)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La inscripción en Registros Públicos implica un trabajo previo de Actas de Constitución y preparación de una minuta que debe ser presentada por el Notario a los Registros para proceder con el registro. El producto final de la inscripción es el Testimonio, el cual indicará la constancia de inscripción, y número de ficha, asiento y fecha de la misma.

- Obtención del Registro Nacional de Centros de Trabajo (Ministerio de Trabajo)
- Obtención de la Licencia Municipal de Funcionamiento
- Registro de Nombre Comercial (INDECOPI - Opcional)

Nota: Con el fin de evitar confusiones en el desarrollo de la presente monografía . en adelante nos referiremos tanto al broker como a la empresa afiliada / subsidiaria creada para el manejo del programa integral, como “la consultora”, ya que por exigencias de normatividad, ésta última es sólo un intermediario entre el broker y el cliente.

**Software especializado:** El broker debe contar con un software integrado, desarrollado específicamente para el procesamiento y control del sistema integral del programa. Esta es una inversión indispensable para poder prestar el servicio adecuadamente.

**Registro de las operaciones del fondo como propias:** Ya que el programa será manejado por la afiliada consultora, se asume en teoría que el fondo destinado a cubrir los reembolsos por reclamos es de propiedad de dicha consultora, y que los gastos son también propios. Estos gastos serán “facturados” al cliente, viéndose compensados por los ingresos originados en dicha facturación de modo que el efecto final sea “cero”.

---

<sup>1</sup> Mediante la Ley N° 27056 publicada en el Diario Oficial El Peruano el 30/01/99, se creó el Seguro Social de Salud que reemplaza al Instituto Peruano de Seguridad Social como un organismo público descentralizado adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social.

***Compromiso del cliente de cumplir con los requerimientos administrativos:*** Ya que la contabilización de los reembolsos del programa será asumida por la consultora, el cliente debe comprometerse a instruir a sus trabajadores de modo que todas las facturas y recibos que sean presentados para su reembolso, hayan sido emitidos a nombre de dicha consultora y consignen el Registro Único de Contribuyentes (R.U.C.) de la misma. De lo contrario, no sería posible registrar como propios los gastos generados.

Es también indispensable que el cliente se comprometa a cumplir con el envío de los expedientes sustentados por los comprobantes de pago en las fechas límite fijadas por la consultora. Esto es necesario para poder cumplir con el pago oportuno de los impuestos que se generen por las operaciones del programa.<sup>1</sup>

## 2. Operatividad y Registro Contable Específico

Para ilustrar la operatividad del sistema integral de Administración, asumiendo que las consideraciones indicadas en la sección anterior se cumplen, a continuación se presentan los asientos contables “tipo” que registrarán las operaciones del programa médico. A este efecto, y a manera de ejemplo, asumiremos los siguientes supuestos:

Importe del fondo: .....	S/. 80,000.00
Facturas por gastos médicos del período (sin IGV): .....	S/. 62,443.99
Impuesto General a las Ventas correspondiente: .....	S/. 10,882.84

---

<sup>1</sup> La operatividad del sistema está enmarcada dentro de los siguientes dispositivos legales: Reglamento de Comprobantes de Pago (Resolución SUNAT N° 007-99/SUNAT del 21/01/99), Impuesto General a las Ventas

Recibos por honorarios profesionales del período (neto): .....	S/. 3,167.06
Retención Impto. a la Renta Cuarta Categoría: .....	S/. 302.87
Retención Impuesto Extraordinario de Solidaridad <sup>1</sup> .....	S/. 147.43
Copago a cargo del asegurado .....	S/. 5,041.98

Para facilitar la comprensión de los asientos contables, se incluye en el Anexo 5 un ejemplo de Plan de Cuentas que podría ser utilizado para el registro de este tipo de operaciones.

Por otro lado, los supuestos arriba indicados han sido tomados de la Relación de Cargos que se incluye en el Anexo 6.

Las operaciones se inician con el depósito del dinero necesario para cubrir los reembolsos cubiertos por un período mínimo de un mes. Pueden establecerse períodos menores o mayores, pero por razones prácticas y para facilitar el proceso de registro contable y reporte, resulta conveniente la base mensual. El importe del fondo se determina en base a la experiencia, la composición del grupo<sup>1</sup>, y a las estadísticas que pudieran encontrarse disponibles.

El asiento por el depósito inicial es el siguiente:

---

y su Reglamento (D. Leg. 821, Art. 37, del 24/04/96 y D.S. 136-96-EF, Art. 10), e Impuesto a la Renta (D. Leg. 774, Art. 71, y D. Supremo 135-96-EF).

<sup>1</sup> El Impuesto Extraordinario de Solidaridad (IES) reemplazó al Fondo Nacional de Vivienda (FONAVI) mediante la Ley 26969 publicada en el Diario Oficial El Peruano el 27/8/98, convirtiendo esta contribución en un impuesto administrado por el Gobierno Central.

----- 1 -----

a/c	Cuenta	Dr.	Cr.
10.40.1	Banco de Crédito Cta. A	80,000	
42.10.2	Reembolsos anticipados Cliente A		80,000
<i>Por el adelanto inicial para el manejo del fondo de autoseguro.</i>			

Posteriormente se reciben los expedientes por los reclamos presentados por los asegurados.

Aquí existen dos modalidades para las atenciones:

- Mediante crédito: el asegurado se atiende en el instituto médico afiliado y paga directamente el importe del copago en dicho instituto al momento de la atención. Posteriormente el instituto médico envía los documentos por el consumo efectuado por el asegurado, el cual es pagado por la empresa, ya que el asegurado asumió la porción que le corresponde al momento de la consulta.
- Mediante reembolso: el asegurado paga el íntegro de la atención y luego remite los documentos sustentatorios para el reembolso correspondiente. Al momento de liquidarse la atención, se deduce el copago correspondiente y se reembolsa al asegurado el importe neto.

---

<sup>1</sup> La composición de grupo indica cuántos titulares mantiene el programa, así como el número y tipo de dependientes (cónyuge, hijos y padres).

Los reclamos recibidos por la consultora son revisados por el área de auditoría médica y una vez aprobados, se procede con la liquidación de los mismos. Para este propósito, se aplican los criterios técnicos establecidos en el programa de autoseguro médico del cliente. Los expedientes aprobados pasan al área de pagos, en donde se procede a emitir el cheque correspondiente a nombre del asegurado. El asiento por el desembolso es el siguiente:

----- 2 -----

<b>a/c</b>	<b>Cuenta</b>	<b>Dr.</b>	<b>Cr.</b>
42.10.1	Reembolsos anticipados Cliente A	71,451.92	
10.40.1	Banco de Crédito Cliente A		71,451.92
<i>Por el pago de los reembolsos correspondientes a reclamos aprobados.</i>			

Mensualmente se prepara la Relación de Cargos (Anexo 6) y el Registro de Compras (Anexo 7) por los comprobantes de pago recepcionados, procesados y reembolsados en dicho mes. La Relación de Cheques sirve de base para registrar el gasto mensual, el cual incluye el registro de las facturas y los honorarios profesionales. Debe observarse que el importe registrado como



Cuentas por pagar - Clientes resulta de la suma de las Columnas de IGV y Gasto Neto en la sección "A Cargo de ABC Perú S.A." del Anexo 6.

Se debe tener en cuenta que el programa cubre sólo una porción de los gastos presentados, siendo la diferencia asumida por el asegurado. Esta porción no cubierta se registra en una cuenta temporal por cobrar (negativa) que se regularizará al emitirse las boletas de ventas a los asegurados por el copago que éstos asumen.

Nótese también que en algunos casos, el IGV a cargo del cliente es negativo. Esto sucede debido a las características del programa, y es un artificio contable para poder efectuar un adecuado registro del IGV correspondiente al importe del copago. Se origina en los casos en que los gastos reembolsables incluyen honorarios médicos, pues originalmente estos honorarios no están afectos al IGV. Sin embargo, la boleta de venta a emitirse a nombre del asegurado para el cargo contable sí lo está. Ya que no se le va a descontar al asegurado más de lo que realmente le corresponde, el importe del copago en la boleta de venta se considera incluyendo el IGV, y se traslada la diferencia al empleador a manera de un IGV negativo para efectos únicamente de registrar el importe que debe asumir éste. El registro de compras, sin embargo, no se verá afectado por esto.

## ----- 3 -----

a/c	Cuenta	Dr.	Cr.
65.9.07.01	Gastos médicos Cliente A	62,443.99	
40.1.01	I.G.V. por pagar	10,882.84	
63.2.01.01	Honorarios médicos Cliente A	3,167.06	
42.1.02	Reembolsos por pagar Cliente A		71,451.91
12.2.01	Servidores - Cliente A		5,041.98
<i>Por el registro mensual de las facturas.</i>			

El importe de las retenciones por Impuesto a la Renta de Cuarta Categoría e Impuesto Extraordinario de Solidaridad correspondientes a los honorarios médicos debe ahora registrarse como una cuenta por cobrar al cliente, pues es en realidad un desembolso que le corresponde. Si bien el Administrador efectúa el pago de estas retenciones, las mismas corresponden al personal del cliente, quien de otra manera debería pagarlas directamente

Como se comentó anteriormente, si el programa de autoseguro médico fuera manejado directamente por el cliente, éste debería registrar como gastos de personal todos los

documentos que sustentan los desembolsos por los reclamos presentados, e incluirlos en el Registro de Compras. Consecuentemente, debería registrar las retenciones por Impuesto a la Renta de Cuarta Categoría por los recibos de honorarios profesionales y pagar a la SUNAT mensualmente dichas retenciones.

El asiento resultante es el siguiente:

----- 4 -----

a/c	Cuenta	Dr.	Cr.
121.1.05.03	Recuperación retenciones Cliente A	450.30	
40.1.04	Impto. Renta 4a. Categoría		302.87
40.1.02	Impto. Extraordinario Solidaridad IES		147.43
<i>Por el registro mensual de las retenciones por recibos de honorarios médicos.</i>			

El total del gasto registrado debe ser compensado contablemente con una factura por ventas extendida al cliente. Esta factura es el producto principal de este sistema, pues resume todo el movimiento del programa y elimina la necesidad de que el cliente registre todo lo anteriormente descrito en sus libros contables. Es, en otras palabras, el valor agregado que se

ofrece al cliente al no tener éste que utilizar recursos propios para administrar el programa médico, siendo solamente necesario que registre esta única factura.

Debe tomarse en cuenta que para este efecto no debe considerarse el I.G.V. correspondiente a las facturas por gastos reembolsados sino sólo su valor neto de venta, pues de lo contrario se estaría lucrando con el crédito fiscal que en realidad corresponde al cliente, lo que no resultaría ético. Sin embargo, sí debe considerarse para la base de facturación el importe bruto de los honorarios profesionales, pues los impuestos retenidos sí corresponden al cliente.

En nuestro ejemplo, la factura por el movimiento del fondo comprendería el valor de venta a cargo del cliente (90% ya que los asegurados asumen el 10%), neto de IGV, más las retenciones por Cuarta Categoría e Impuesto Extraordinario de Solidaridad.

El IGV que corresponde debe sumarse al importe facturado.

<b>a/c</b>	<b>Cuenta</b>	<b>Dr.</b>	<b>Cr.</b>
12.1.01	Facturas por cobrar Cliente A	71,451.92	
40.1.01	IGV por pagar		10,113.90
70.1.01	Administración Cliente A		61,338.02
<i>Por la facturación mensual del programa.</i>			

Nos queda aún pendiente el registro del copago asumido por los asegurados. Recordemos que éste fue temporalmente registrado en una cuenta por cobrar negativa. Con el fin de dar por saldada esta cuenta, pues este pago no se va a producir ya que dicha porción del gasto corre por cuenta del asegurado, es necesario emitir una boleta de venta. Por lo tanto, el asiento contable sería el siguiente:

## ----- 6 -----

a/c	Cuenta	Dr.	Cr.
12.2.01	Servidores - Cliente A	5,041.83	
40.1.01	IGV por pagar		769.13
70.5.01	Ventas - Servidores Cliente A		4,272.70
<i>Por la emisión de la Boleta de Venta correspondiente al copago.</i>			

Mensualmente deben efectuarse los pagos de impuestos que correspondan, los que se desprenden del Registro de Ventas y se resumen en el siguiente asiento:

## ----- 7 -----

a/c	Cuenta	Dr.	Cr.
40.1.04	Impto. Renta 4a. Categoría	302.87	
40.1.02	Impto. Extraord. Solidaridad	147.43	
40.1.01	IGV por pagar	10,882.84	
10.4.05	Banco de Crédito - Cuenta Propia		11,333.14
<i>Por el pago de impuestos mensuales del programa médico.</i>			

En este punto, concluye el ciclo operativo que resulta específico para el sistema integral de administración de autoseguros médicos. Nótese que el importe mensual de los gastos incurridos no resulta exactamente igual al importe del depósito inicial. Esto es así porque, como es obvio, el importe de los gastos es totalmente variable y el fondo de autoseguros funciona de manera similar a un fondo fijo. Al mes siguiente el abono del fondo se efectuará por la cantidad que sea requerida para reponerlo al monto inicial, la cual corresponde a la factura mensual.

### 3. Otros Procesos del Sistema de Administración de Autoseguros Médicos

Los procesos descritos contablemente en el punto anterior se circunscriben específicamente al sistema integral de administración de autoseguro médico. Sin embargo, existen otros procesos complementarios que son comunes tanto para este sistema como para un sistema tradicional, en el cual el cliente se encarga de administrar su información contable. Estos procesos generan reportes de control de fondos que son remitidos mensualmente al cliente para su revisión. A manera informativa, se describen a continuación dichos procesos y reportes.

Debe tenerse en cuenta que la información proporcionada en los reportes abajo indicados no tendrá la misma fecha de corte que el Reporte de Cargos mostrado en el Anexo 6. Esto es así porque los mencionados reportes deben incluir información hasta el cierre de bancos (último día del mes) con el fin de poder efectuar una conciliación bancaria del flujo de fondos. A

diferencia de esto, el Reporte de Cargos es un reporte operativo que sirve de base para la contabilización de operaciones de la consultora, y generalmente refleja el movimiento de pagos a partir del último depósito efectuado por el cliente para reponer el fondo de autoseguros. La duración de este período dependerá de la rapidez con que se consuma el fondo.

Este período puede ser sumamente variable, pues en algunos meses pueden darse pocos casos, o casos por afecciones de bajo costo (generalmente atenciones ambulatorias), y en otros meses pueden darse casos catastróficos (por ejemplo cirugías, partos u otro tipo de hospitalizaciones) que ocasionan que el fondo se consuma rápidamente.

Los reportes de control de fondos son los siguientes:

***Control de cheques emitidos:*** Con el fin de contar con un adecuado monitoreo de los fondos, se lleva un control mecanizado de los cheques girados durante el mes y de los pagos efectuados mediante transferencias bancarias<sup>1</sup>. Estas transferencias agrupan un determinado número de reembolsos a asegurados y su propósito es agilizar el proceso de pago y evitar girar un número elevado de cheques. Un ejemplo de este reporte puede apreciarse en el Anexo 8.

***Control del movimiento del fondo:*** Ya que el dinero depositado en el fondo es de propiedad del cliente, es necesario rendirle cuenta del movimiento y utilización del mismo. A este efecto, se lleva un Registro de Bancos a manera de libro Caja, en donde se anotan los depósitos.

---

<sup>1</sup> Actualmente estas transferencias pueden efectuarse a través de los sistemas Telecrédito (Banco de Crédito) o TeleWiese (Banco Wiese). Este sistema facilita y agiliza el pago de reembolsos a los asegurados y puede efectuarse siempre que los mismos mantengan cuentas operativas con estos bancos.



desembolsos (detallados en el Reporte de Cheques Girados) y cargos / abonos bancarios. Este reporte se incluye en el Anexo 9.

**Conciliaciones bancarias:** Este procedimiento de control resulta imprescindible para verificar la propiedad de los saldos bancarios. Un modelo de conciliación bancaria se muestra en el Anexo 10.

#### **IV. CONCLUSIONES**

En la actualidad, el tema de la administración de programas de seguros médicos tiene gran vigencia, pues se vienen dando diversos cambios en la legislación y en los sistemas de beneficios al personal que brindan las empresas. A partir de 1997, con la promulgación de la Ley de Modernización de la Salud (Ver Anexos 1 y 1a), se han venido sucediendo modificaciones en la legislación laboral que han afectado el enfoque de las empresas hacia los temas de beneficios de salud otorgados al personal.

Actualmente, el mercado se caracteriza por una tendencia a la reducción de costos y al ahorro de recursos como medio para obtener los resultados financieros deseados. Acorde con esta tendencia, el programa de administración integral de autoseguros médicos permite ofrecer una alternativa atractiva a los clientes. Debido a la necesidad de abaratar costos, muchas empresas han visto de manera positiva la administración de programas de autoseguros médicos, los cuales originan ahorros sustanciales al trasladar el programa de salud que venía manejándose a través de una compañía de seguros a un autoseguro administrado por la empresa y/o el consultor.

Por otro lado, el sistema de administración integral para programas de autoseguro médico ha resultado una herramienta de mercadeo sumamente útil para el consultor, pues ha permitido

enfrentar satisfactoriamente los avances de la competencia que permanentemente ofrecen sistemas novedosos y ventajosos para atraer nuevos clientes, asegurando la satisfacción de los mismos y la consecución de nuevos negocios.

En conclusión, las principales ventajas del sistema de administración integral de un programa de autoseguro médico pueden resumirse como sigue:

**1. Aprovechamiento de la experiencia del consultor en temas de administración de seguros médicos**

El consultor cuenta con amplia experiencia en el manejo y administración de programas de autoseguros médicos mediante su sistema integrado de operaciones. Mediante este sistema puede brindar un manejo integral del programa de autoseguros de sus clientes, ya que se encarga del trámite administrativo desde la recepción de los reclamos de los asegurados, hasta el pago de los mismos, concluyendo con el control contable del fondo. De esta manera, libera a sus clientes de la carga administrativa que significa el procesamiento de los expedientes y del control del fondo, con el consiguiente ahorro de tiempo y recursos. De esta manera, el consultor cuenta con un sistema que refuerza su ventaja comparativa, le permite competir en condiciones ventajosas, y proporciona valor agregado a sus clientes.

Por otro lado, esto le permite al cliente dedicarse al giro de su negocio y dejar en manos de profesionales especializados el manejo de su autoseguro médico.

## **2. Reducción de plazos para el reembolso de reclamos**

Luego de liquidar los reclamos presentados por los asegurados, el consultor se encarga de girar los cheques correspondientes por el importe a ser reembolsado. Alternativamente, puede efectuar los pagos mediante depósito bancario en línea, si la cuenta bancaria elegida pertenece a un banco que trabaje con interconexión vía modem. Esto reduce aún más el número de días para el pago de reembolsos y elimina la necesidad de los asegurados de acercarse personalmente al banco para efectuar el cobro de los mismos. Como resultado, el cliente se ve beneficiado con la mejor atención a su personal.

Con relación a la emisión de cheques, el consultor puede encargarse no sólo del pago de reembolsos por reclamos, sino que también puede efectuar el pago a los proveedores del programa médico, es decir, clínicas y centros médicos. Esto libera de trabajo administrativo al área Contable y/o de Tesorería del cliente.

## **3. Simplificación de operaciones contables**

Un beneficio importante que este sistema otorga es la simplificación contable para las operaciones de los clientes. El autoseguro es un programa que genera un gran volumen de documentación, pues cada reclamo puede contener un promedio de cinco documentos, entre facturas y recibos de honorarios profesionales. Normalmente, la empresa propietaria de este programa está en la obligación de incluir estos documentos en su Registro de Compras con el fin de cumplir adecuadamente con las obligaciones tributarias que dicho programa genera, además de registrar contablemente estos documentos.

Con el programa de administración integral ofrecido, la contabilización del mismo corre por cuenta del consultor, pues éste asume el registro tributario y contable de la documentación y emite al cliente únicamente dos o tres facturas mensuales (según se convenga) por los gastos incurridos. De esta manera, los clientes sólo requieren registrar dos o tres documentos en reemplazo del gran volumen de documentos originarios, lo que genera un significativo ahorro de trabajo, tiempo y recursos.

#### **4. Control operativo del fondo**

El dinero del fondo es depositado por los clientes en una cuenta independiente e individual para un eficiente control del mismo. El consultor se encarga de controlar el movimiento de dicho fondo, monitorcando los desembolsos según los saldos disponibles para evitar sobregiros inesperados, e informando permanentemente a los clientes sobre la evolución del mismo.

Para este fin, presenta los siguientes reportes:

- Relación de cheques girados en el período.
- Detalle del movimiento bancario, indicando los depósitos y desembolsos.
- Conciliación bancaria mensual, cuadrada con el estado bancario remitido por el banco.
- Copia del estado bancario para su control.

#### **5. Control directo del comportamiento del programa**

Al manejar directamente el programa de autoseguro médico a través del consultor, la empresa puede controlar directamente el comportamiento del mismo, pues el consultor

presenta periódicamente reportes estadísticos que le permiten a los clientes analizar la evolución de los costos de su programa, la incidencia de los casos extraordinarios en el costo de dicho programa, las personas con mayor siniestralidad que contribuyen a encarecer el programa, los proveedores de servicios médicos (profesionales médicos, clínicas y/o centros médicos, entre otros) que encarecen igualmente el programa, y en general, resulta posible analizar en detalle el desempeño del mismo para tomar de inmediato las medidas correctivas que resulten necesarias. Esto no sucede al trabajar con una compañía de seguros, pues en tal caso la información y la determinación de los costos (primas de seguros) son manejados por ésta. Por otro lado, la información sobre la siniestralidad del programa no es de fácil acceso.

#### **6. Capacidad Instalada para el manejo del programa médico**

Al ser parte de su negocio, el consultor cuenta con tecnología y capacidad instalada para brindar un servicio altamente profesional y eficiente. Generalmente trabaja con un sistema operativo para el procesamiento de datos que ha sido desarrollado y adaptado especialmente para el manejo de los programas médicos de sus clientes. De esta manera, los costos incurridos por cada cliente adicional resultan marginales, con el consiguiente abaratamiento de los mismos, lo cual resulta en menores costos trasladados a los clientes. Asimismo, el consultor por lo general se encuentra permanentemente actualizando sus sistemas de comunicación e interconexión a distancia, incluyendo sistemas de correo electrónico, para

mantenerse en contacto con sus clientes mediante tecnología moderna. Esto resulta sumamente ventajoso para clientes que tienen oficinas en distintos puntos del país.

**ANEXOS N° 1 y 1A**

**LEY DE MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN  
SALUD  
LEY N° 26790**

**REGLAMENTO DE LA LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
DECRETO SUPREMO N° 009-97-SA**



# NORMAS LEGALES

Director: Enrique Sánchez Hernani

**AÑO DE LA REPERFORACIÓN: Cien Millones de Ansoles**

Lima, sábado 17 de mayo de 1997

AÑO XV - N° 6166

Pág. 149283

## CONGRESO DE LA REPUBLICA

### Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

LEY N° 26790

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

#### LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

##### Artículo 1°.- PRINCIPIOS

La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto. Los Reglamentos establecen los alcances, condiciones y procedimientos para acceder al presente régimen.

##### Artículo 2°.- EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

Esta a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

##### Artículo 3°.- ASEGURADOS

Son asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes. Son afiliados regulares:

- Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores.

- Los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o de sobrevivencia.

Todas las personas no comprendidas en el párrafo anterior se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos en el IPSS o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el Art. 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

El Seguro Social de Salud es de carácter obligatorio para los afiliados regulares y los demás que señale la ley.

El Seguro Social de Salud está autorizado para realizar, directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos.

##### Artículo 4°.- ENTIDADES EMPLEADORAS

Para efectos de la aplicación de la presente ley, se entiende por Entidades Empleadoras a las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores.

##### Artículo 5°.- REGISTRO Y AFILIACION

El Registro de Entidades Empleadoras y la inscripción de los afiliados regulares se realiza ante el IPSS en la forma y en los plazos establecidos en los reglamentos.

Es obligación de las Entidades Empleadoras registrarse como tales ante el IPSS y realizar la inscripción de los afiliados regulares que de ellas dependan, así como informar el cese, la suspensión de la relación laboral y las demás ocurrencias señalados en los reglamentos.

La inscripción de los afiliados potestativos se realiza bajo la forma y condiciones señaladas en los reglamentos.

##### Artículo 6°.- APORTES

Los aportes por afiliación al Seguro Social de Salud son de carácter mensual y se establecen de la siguiente forma:

###### a) Afiliados regulares en actividad:

El aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. Es de cargo de la entidad empleadora que debe declararlos y pagarlos al IPSS dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas.

Para estos efectos se considera remuneración la así definida por los Decretos Legislativos N°s 728 y 650 y sus normas modificatorias. Tratándose de los socios trabajadores de cooperativas de trabajadores se considera remuneración el íntegro de lo que el socio recibe como contraprestación por sus servicios.

###### b) Afiliados regulares pensionistas:

El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsa-

bilidad de la entidad empleadora la retención, declaración y pago al IPSS dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las pensiones afectas.

#### c) Afiliados potestativos:

El aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.

Los porcentajes señalados en el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Deben ser revisados al menos cada dos años mediante estudio actuarial.

#### Artículo 7°.- RECAUDACION

Los aportes señalados en el artículo anterior tienen carácter de aportaciones de Seguridad Social. La recaudación, fiscalización y cobranza coactiva son realizadas por el IPSS, pudiendo éste delegar tales funciones, en forma total o parcial, en entidades públicas o privadas. Los reglamentos establecen los plazos y procedimientos pertinentes.

#### Artículo 8°.- RECURSOS

Son recursos del Seguro Social de Salud:

n) Los aportes señalados en el Artículo 6° de la presente Ley, incluyendo los recargos, reajustes, intereses y multas provenientes de su recaudación.

b) Sus reservas e inversiones.

c) Los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos.

d) Los demás que adquiera con arreglo a Ley.

De conformidad con el Artículo 12° de la Constitución, los recursos antes indicados son intangibles. Ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución, sobre ellos. Sólo pueden ser empleados en la administración, producción, generación de infraestructura, otorgamiento de prestaciones, en la constitución de reservas técnicas y en las inversiones o colocaciones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad. Los reglamentos establecen los procedimientos respectivos.

#### Artículo 9°.- PRESTACIONES

Las prestaciones del Seguro Social de Salud son determinadas en los reglamentos, en función del tipo de afiliación, pudiendo comprender los siguientes conceptos:

a) Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud.

b) Prestaciones de bienestar y promoción social.

c) Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad.

d) Prestaciones por sepelio.

Las prestaciones son brindadas mediante los servicios del IPSS o de otras entidades. Los reglamentos establecen los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes.

Las prestaciones del Seguro Social de Salud en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención que se establece en los reglamentos.

#### Artículo 10°.- DERECHO DE COBERTURA

Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la causal. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Tratándose de afiliados regulares, se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes. Cuando la Entidad Empleadora incumpla con la obligación de pago del aporte y ocurra un siniestro, el

IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo pero tendrá derecho a exigir a aquella el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

En el caso de los afiliados potestativos, los períodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia.

Las Entidades Empleadoras están obligadas a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. Cuando ocurra un siniestro por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que lo cubra, tendrá derecho a exigir de la entidad empleadora el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

#### Artículo 11°.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

En caso de desempleo, los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia no menor de seis meses ni mayor de doce, siempre que cuenten con un mínimo de treinta meses de aportación durante los tres años precedentes al cese. El reglamento establecerá las normas complementarias.

#### Artículo 12°.- DERECHO DE SUBSIDIO

Los subsidios se rigen por las siguientes reglas:

##### a) Subsidios por incapacidad temporal

a.1) Tienen derecho al subsidio por incapacidad temporal los afiliados regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del Art. 10°.

a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 4 meses calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 4, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

a.3) El derecho a subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad el empleador o cooperativa continúa obligado al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año. El subsidio se otorgará mientras dura la incapacidad del trabajador hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos.

##### b) Subsidios por maternidad y lactancia

b.1) Tienen derecho a subsidios por maternidad y lactancia, las afiliadas regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del Art. 10°.

b.2) El subsidio por maternidad se otorga por 90 días pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición que durante esos períodos no realice trabajo remunerado.

b.3) El subsidio por lactancia se otorgará conforme a las normas que para el efecto establezca el reglamento.

El derecho a subsidio prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que dejó el período de incapacidad o el período máximo postparto.

Los afiliados potestativos podrán tener derecho a subsidios económicos de acuerdo a lo que establezca el reglamento.

#### Artículo 13°.- ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Para los efectos de la aplicación del crédito a que se refiere el Art. 15° de la presente Ley, se entiende por Entidades Prestadoras de Salud a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la

salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles que se indica en el artículo siguiente.

**Artículo 14°.- SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD**

Créase la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud -SEPS- con el objeto de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.

La SEPS es un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, con personería de derecho público interno. Cuenta con autonomía funcional, administrativa y financiera. Se organiza de acuerdo a las normas que establezca su Estatuto, el mismo que será aprobado por Decreto Supremo. Se rige por el régimen laboral de la actividad privada y se financia con recursos propios constituidos por los derechos que cobra a las entidades sujetas a su control, los mismos que son establecidos por Decreto Supremo, refrendado por el Ministro de Salud.

**Artículo 15°.- CREDITOS CONTRA LAS APORTACIONES**

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 del crédito a que se refiere el presente artículo, las Entidades Empleadoras deberán cumplir con los siguientes requisitos:

**a) Servicios Propios**

Las Entidades Empleadoras que brinden cobertura de salud a sus trabajadores a través de servicios propios deberán acreditar los establecimientos correspondientes ante el Ministerio de Salud.

Una vez obtenida la acreditación podrán aplicar el crédito contra sus aportes, de acuerdo con las reglas establecidas en el artículo siguiente:

**b) Planes Contratados**

Las Entidades Empleadoras que, sin contar con servicios propios de salud, deseen gozar del crédito, deberán contratar el Plan y la Entidad Prestadora de Salud elegidos por mayoría absoluta de sus trabajadores mediante votación universal.

En todo caso, los trabajadores que así lo deseen podrán optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo del IPSS.

El reglamento establecerá la información que deberá proporcionarse a los trabajadores respecto al contenido de los Planes y la solvencia patrimonial de las Entidades Prestadoras de Salud a efectos de la elección a que se refiere el presente inciso.

**Artículo 16°.- IMPORTE DEL CREDITO**

El crédito a que se refiere el Art. 15° será equivalente al 25% de los aportes a que se refiere el inciso a) del Art. 6° correspondientes a los trabajadores que gocen de la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora, sin exceder de los siguientes montos:

a) la suma efectivamente destinada por la Entidad Empleadora al financiamiento de la cobertura de salud en el mes correspondiente; y

b) el 10% de la Unidad Impositiva Tributaria multiplicado por el número de trabajadores que gocen de la cobertura.

Los porcentajes señalados en el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

**Artículo 17°.- COBERTURA DE LOS TRABAJADORES**

La cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora de conformidad con el Artículo 15°, sea a través de servicios

propios o de planes contratados, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no podrá ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Art. 9° y, salvo consentimiento expreso del trabajador, los copagos no podrán superar el 2% del ingreso mensual del asegurado por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% por cada hospitalización. Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes.

Los trabajadores incluidos en la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora mantendrán su derecho a la cobertura de atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos a cargo del IPSS. El nivel de prestaciones a cargo del IPSS podrá modificarse en función al monto del crédito reconocido, por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

**Artículo 18°.- RESPONSABILIDAD DE TERCEROS**

El IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que otorgue la cobertura podrá reclamar del tercero responsable del daño el valor de las prestaciones otorgadas al afiliado o a sus derechohabientes.

**Artículo 19°.- SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO**

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades de alto riesgo determinadas mediante Decreto Supremo. Es obligatorio y por cuenta de la entidad empleadora. Cubre los riesgos siguientes:

a) Otorgamiento de prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con el IPSS o con la EPS elegida conforme al Artículo 15° de esta Ley.

b) Otorgamiento de pensiones de invalidez temporal o permanente y de sobrevivientes y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la ONP o con empresas de seguros debidamente acreditadas.

El derecho a las pensiones de invalidez del seguro complementario de trabajo de riesgo se inicia una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal cubierto por el Seguro Social de Salud.

Los términos y condiciones para el funcionamiento de este seguro se establecen en el reglamento.

**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

**Primera.-** Derógase el Decreto Ley N° 25840 y déjase sin efecto los Decretos Supremos N°s. 020-93-EM y 040-95-PCM. No son de aplicación a los aportes al Seguro Social de Salud las disposiciones legales o reglamentarias y los convenios que hubieran otorgado deducciones, rebajas o cualquier otro beneficio respecto de las aportaciones al Régimen de Prestaciones de Salud, creado por Decreto Ley N° 22482.

**Segunda.-** Derógase los Decretos Leyes N°s. 18846 y 22482, el Decreto Legislativo N° 718, así como las demás disposiciones legales que se opongan a lo establecido en la presente ley.

**Tercera.-** Las reservas y obligaciones por prestaciones económicas del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales regulado por el Decreto Ley N° 18846 serán transferidos al Seguro complementario de Trabajo de Riesgo administrado por la ONP, con arreglo a lo dispuesto por la presente Ley.

Los fondos y reservas del Decreto Ley N° 22482 así como los provenientes de la contribución de solidaridad creada por el inciso c) del Art. 30° del Decreto Ley N°

25897 serán transferidos al Seguro Social de Salud, a cargo del IPSS.

Por Decreto Supremo del Ministerio de Economía y Finanzas, se normará las transferencias antes citadas.

**Cuarta.-** Las infracciones a la presente Ley y las sanciones correspondientes son establecidas en los reglamentos.

**Quinta.-** La presente Ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación. Su Reglamento será aprobado por Decreto Supremo refrendado por los Ministros de Economía y Finanzas y de Salud.

#### DISPOSICION FINAL

Derógase el Decreto Legislativo N° 887.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los catorce días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.

VICTOR JOY WAY ROJAS  
Presidente del Congreso de la República

CARLOS TORRES Y TORRES LARA  
Primer Vicepresidente del  
Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE  
LA REPUBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los quince días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional  
de la República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU  
Presidente del Consejo de Ministros

MARINO COSTA BAUER  
Ministro de Salud

JORGE CAMET DICKMANN  
Ministro de Economía y Finanzas

5564

### Modifican el Artículo 720º del Código Procesal Civil

#### LEY N° 26791

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

**Artículo Unico.-** Modifícase el Artículo 720º del Código Procesal Civil, en los términos siguientes:

**Artículo 720º.-** Procedencia y competencia.- Las normas del presente Capítulo se aplican a la ejecución de

garantías reales, siempre que su constitución cumpla con las formalidades que la ley prescribe.

El ejecutante anexará a su demanda el documento que contiene la garantía y el estado de cuenta del saldo deudor.

Si el bien fuere inmueble, debe presentarse documento que contenga tasación comercial actualizada realizada por dos ingenieros y/o arquitectos colegiados, según corresponda, con sus firmas legalizadas. Si el bien fuere mueble, debe presentarse similar documento de tasación, la que, atendiendo a la naturaleza del bien, debe ser efectuada por dos peritos especializados, con sus firmas legalizadas.

No será necesaria la presentación de nueva tasación si las partes han convenido el valor actualizado de la misma.

Tratándose de bien registrado se anexará el respectivo certificado de gravamen.

La resolución que declara inadmisibles o improcedentes la demanda es apelable con efecto suspensivo y sólo se notificará al ejecutado cuando quede consentida o ejecutoriada. Es competente el Juez Civil."

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los doce días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.

VICTOR JOY WAY ROJAS  
Presidente del Congreso de la República

CARLOS TORRES Y TORRES LARA  
Primer Vicepresidente del Congreso  
de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE  
LA REPUBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los quince días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional de la  
República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU  
Presidente del Consejo de Ministros

CARLOS HERMOZA MOYA  
Ministro de Justicia

5565

### Modifican artículo de la Ley N° 23506, sobre competencia para conocer de la acción de amparo

#### LEY N° 26792

VICTOR JOY WAY ROJAS  
Presidente del Congreso de la República;

POR CUANTO:

El Congreso de la República ha dado la ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

# NORMAS LEGALES

Director: Enrique Sánchez Hernani

**"Año de la Reforestación: Con Millones de Árboles"**  
Lima, martes 9 de setiembre de 1997 AÑO XV - N° 6283 Pág. 152493

## ECONOMIA Y FINANZAS

### Autorizan transferir inmueble de propiedad de ENAFER S.A. en favor de empresa inmobiliaria

DECRETO SUPREMO  
N° 115-97-EF

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Decreto Legislativo N° 406 y los Decretos Supremos N°s. 156-84-EFC y 082-85-EF, se aprobó la garantía de la República a favor de la Empresa Nacional de Ferrocarriles S.A. -ENAFER-, por diversas operaciones de endeudamiento destinadas al financiamiento de proyectos a su cargo;

Que, al no cumplir la citada empresa la cancelación de la deuda en la fecha de su vencimiento, el Estado honró su Aval, generándose de esta manera una obligación de ENAFER en favor del Ministerio de Economía y Finanzas, que al 31 de diciembre de 1996, ascendió a US\$ 8 064 495,97, por concepto de principal;

Que, ENAFER es propietaria del inmueble ubicado en la Av. Argentina N°s. 450 - 460, distrito del Cercado de Lima, provincia y departamento de Lima; cuyo valor de acuerdo a la tasación efectuada por CONATA es de US\$ 1 159 353,00;

Que, al encontrarse la referida empresa dentro del proceso de promoción de la inversión privada, según Resolución Suprema N° 351-93-PCM, la Comisión de Promoción de la Inversión Privada -COPRI-, mediante Acuerdo de fecha 18 de junio de 1997 autorizó a ENAFER, a transferir el inmueble en referencia, hasta por el valor antes citado, monto por el cual la Compañía de Negociaciones de Mobiliarias e Inmobiliarias S.A. -CONEMINSA- se sustituirá en la posición de la Empresa Nacional de Ferrocarriles S.A. -ENAFER-, en el pago de deudas al Ministerio de Economía y Finanzas;

Con el Acuerdo favorable de la Comisión de Promoción de la Inversión Privada -COPRI-;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 674 y el Artículo 7° del Decreto Ley N° 26120;

DECRETA:

**Artículo 1°.-** Autorízase a la Empresa Nacional de Ferrocarriles S.A. -ENAFER-, a transferir a la Compañía de Negociaciones de Mobiliarias e Inmobiliarias S.A. -CONEMINSA- el inmueble denominado Depósito 14, situado en la avenida Argentina N°s. 450 - 460, distrito Cercado de Lima, provincia y departamento de Lima, hasta por US\$ 1 159 353,00, monto por el cual CONEMINSA se sustituirá en la posición de la Empresa Nacional de Ferrocarriles S.A. -ENAFER- en el pago de deudas a favor del Ministerio de Economía y Finanzas.

**Artículo 2°.-** Autorízase al Director General de Crédito Público del Ministerio de Economía y Finanzas a suscribir un Convenio de Pago con la inmobiliaria CONEMINSA, con la finalidad de establecer las condiciones en que esta última deberá cancelar el valor del inmueble mencionado en el artículo precedente. El citado Convenio será aprobado por Resolución Ministerial de Economía y Finanzas.

**Artículo 3°.-** El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y por el

Ministro de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cinco días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional de la República

JORGE CAMET DICKMANN  
Ministro de Economía y Finanzas

ELSA CARRERA DE ESCALANTE  
Ministra de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción

10116

## SALUD

### Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

DECRETO SUPREMO  
N° 009-97-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la política del gobierno en materia de salud se orienta hacia la unificación y universalización de la cobertura de salud a toda la población;

Que, dentro de este marco, se ha promulgado la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, creando un nuevo sistema de cobertura para toda la población, conformado por el régimen contributivo constituido por el Seguro Social de Salud, a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud, y el Régimen Estatal, no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud, que otorga prestaciones de salud pública colectiva y prestaciones de salud individual para la población de escasos recursos;

Que es necesario reglamentar la Ley N° 26790 en lo concerniente al régimen contributivo, descentralizando la prestación de los servicios de salud mediante su ampliación con las Entidades Prestadoras de Salud, respetando el derecho a la libre elección de los asegurados que deseen continuar recibiendo el íntegro de las prestaciones a cargo del IPSS;

Que la nueva organización del Seguro Social en Salud descongestionará los servicios del IPSS permitiendo una mayor eficiencia y una más amplia cobertura, como parte de la estrategia orientada al logro de la universalización del sistema, en el marco de los principios de equidad, solidaridad y facilidad de acceso a los servicios de salud;

En uso de las facultades conferidas por el numeral 8 del Artículo 118° de la Constitución Política del Perú.

DECRETA:

**Artículo Primero.-** Apruébase el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, que consta de once Capítulos, noventa y tres Artículos, ocho Disposiciones Complementarias, cuatro Disposiciones Transitorias y cinco Anexos.

**Artículo Segundo.-** El presente Decreto Supremo entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo Tercero.- El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por los Ministros de Salud, de Trabajo y Promoción Social y de Economía y Finanzas.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los ocho días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional de la República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU  
Presidente del Consejo de Ministros

MARINO COSTA BAUER  
Ministro de Salud

JORGE GONZALEZ IZQUIERDO  
Ministro de Trabajo y Promoción Social

JORGE CAMET DICKMANN  
Ministro de Economía y Finanzas

**REGLAMENTO DE LA LEY N° 26790**

**LEY DE MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**MINISTERIO DE SALUD**

**INDICE**

Capítulo 1.- Generalidades (Artículos 1° y 2°)  
 Capítulo 2.- Del Seguro Social de Salud (Artículos 3° al 9°)  
 Capítulo 3.- Prestaciones (Artículos 10° al 23°)  
 Capítulo 4.- De los Asegurados Potestativos (Artículos 24° al 29°)  
 Capítulo 5.- De los Asegurados Regulares (Artículos 30° al 38°)  
 Capítulo 6.- De los Planes de Salud y del Crédito (Artículos 39° al 55°)  
 Capítulo 7.- De las EPS (Artículos 56° al 81°)  
 Capítulo 8.- Del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (Artículos 82° al 88°)  
 Capítulo 9.- Sistema de Referencias (Artículos 89° y 90°)  
 Capítulo 10.- Solución de Controversias (Artículo 91°)  
 Capítulo 11.- Infracciones y Sanciones (Artículos 92° y 93°)  
 Disposiciones Complementarias  
 Disposiciones Transitorias

**Anexos**

1. Capa Simple
2. Plan Mínimo de Atención
3. Exclusiones de la Seguridad Social en Salud
4. Infraestructura propia de las EPS
5. Actividades de trabajo de Riesgo.

**Capítulo 1.- GENERALIDADES**

**Principios**

Artículo 1°.- La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, y eficiencia. Se orienta hacia el logro de la universalidad en el acceso a los servicios de salud a fin de cubrir a toda la población.

El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza.

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene a su cargo los regímenes estatales de salud pública colectiva, así como el régimen estatal de atención integral individual de salud a la población de escasos recursos, mediante el cual se garantiza servicios de salud para quienes no gozan de los recursos necesarios para pertenecer a los regímenes contributivos. Dichos regímenes funcionan con arreglo a sus propios reglamentos, se financian con recursos provenientes del Tesoro Público, Ingresos Propios y de otras fuentes, y brindan atención a través de la red de estable-

cimientos del Estado así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto.

**Definiciones**

Artículo 2°.- Para la aplicación del presente reglamento, se entiende por:

a) IPSS, al Instituto Peruano de Seguridad Social, en su calidad de entidad administradora del Seguro Social en Salud.

b) Entidades Prestadoras de Salud (EPS), a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles de la SEPS.

c) Entidades Empleadoras, a las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores.

d) Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), al Organismo Público Descentralizado del Sector Salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.

e) Remuneración, la así definida por el Decreto Legislativo N° 728 y el Decreto Legislativo N° 650 y sus normas modificatorias. Tratándose de los socios trabajadores de cooperativas de trabajo, se considera remuneración el íntegro de lo que el socio percibe mensualmente como contraprestación por sus servicios.

f) Capa Simple, al conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1. Pueden ser prestadas por el IPSS o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una Entidad Prestadora de Salud.

g) Capa Compleja, al conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1. Son de cargo del IPSS.

h) Plan Mínimo de Atención, al conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. El Plan Mínimo de atención consta en el Anexo 2.

i) Exclusiones del Seguro Social de Salud, al conjunto de intervenciones de salud no cubiertas por el Seguro Social en Salud que constan en el Anexo 3.

j) Accidente, a 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.

k) Accidente de Trabajo, a toda lesión corporal producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador causadas 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 pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

l) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, a 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, brindando prestaciones de salud, pensión de invalidez temporal o permanente, pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio derivados de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales no cubiertas por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP.

m) Actividades de alto riesgo, a las que realizan los afiliados regulares en las labores que se detallan en el Anexo 5 de este reglamento.

n) Enfermedad Profesional, a todo estado patológico que ocasione incapacidad temporal, permanente o muerte y que sobrevenga como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

**Capítulo 2.- DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD**

**Definición**

Artículo 3°.- El Seguro Social en Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de salud y el bienestar social. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes de salud brindados por las

Entidades Empleadoras ya sea en establecimientos propios o con planes contratados con EPS debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos.

El IPSS está autorizado para realizar, directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, de acuerdo con la reglamentación sobre la materia.

#### Recursos

Artículo 4°.- Son recursos del IPSS, los siguientes:

- Los aportes de sus afiliados, incluyendo los recargos, reajustes, intereses y multas provenientes de su recaudación.
- Sus reservas e inversiones.
- Los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos.
- Los demás que adquiera con arreglo a Ley.

#### Intangibilidad

Artículo 5°.- De conformidad con el Artículo 12° de la Constitución, los recursos indicados en el artículo anterior, son intangibles. Ninguna autoridad puede disponer medidas cautelares ni de ejecución sobre ellos. Sólo pueden ser empleados en la administración, producción, generación de infraestructura, otorgamiento de prestaciones, en la constitución de reservas técnicas y en las inversiones o colocaciones que sean necesarias para su adecuada rentabilidad. El IPSS establece los procedimientos administrativos correspondientes.

#### Reservas Técnicas

Artículo 6°.- Las reservas técnicas del IPSS deben mantenerse como mínimo en un nivel equivalente al 30% del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior. Su utilización sólo procede en casos de emergencia, declarados como tales por acuerdo del Consejo Directivo del IPSS.

#### Asegurados

Artículo 7°.- Son asegurados del Seguro Social de Salud los afiliados regulares y potestativos y sus derechohabientes.

Son afiliados regulares: los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y los pensionistas que reciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia.

Las personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular, así como todos aquellos que la Ley determine, se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos.

#### Derecho de Repetición

Artículo 8°.- Cuando así corresponda, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que otorgue la cobertura podrá reclamar del tercero responsable del daño el valor de las prestaciones otorgadas al afiliado o a sus derechohabientes.

Las Entidades Empleadoras están obligadas a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con

arreglo a Ley. Cuando ocurra un siniestro por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que lo cubra, tendrá derecho a exigir de la entidad empleadora el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

#### Prelación

Artículo 9°.- Las prestaciones de la Seguridad Social se otorgarán en exceso de la cobertura proporcionada por los seguros obligatorios de ley.

#### Capítulo 3.- PRESTACIONES

##### Prestaciones

Artículo 10°.- Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden ser de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas.

##### Prestaciones Preventivas y Promocionales

Artículo 11°.- Las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas son:

- educación para la salud.
- evaluación y control de riesgos.
- inmunizaciones.

##### Prestaciones de Recuperación

Artículo 12°.- Las prestaciones de recuperación de la salud tienen por objeto atender los riesgos de enfermedad resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.

Las prestaciones de recuperación de la salud son:

- atención médica, tanto ambulatoria como de hospitalización,
- medicinas e insumos médicos,
- Prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles,
- Servicios de rehabilitación.

La prestación de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

##### Prestaciones de Bienestar y Promoción Social

Artículo 13°.- Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y protección de su salud.

##### Prestaciones Económicas

Artículo 14°.- Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad lactancia y las prestaciones por sepelio. El IPSS establece la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas.

## III CONGRESO LATINOAMERICANO DE AUDITORIA INTERNA

SAN JOSE • COSTA RICA

**Del 24 al 26 de setiembre 1997**

Invitamos a los Auditores Internos de empresas públicas y privadas, a participar de este importante Evento organizado por el Instituto de Auditores Internos de Costa Rica y la Federación Latinoamericana de Auditores Internos.

Participarán destacados expertos nacionales e internacionales quienes expondrán sus valiosos conocimientos y experiencias al tema "La Auditoría Interna ante la Globalización".

#### INFORMES E INSCRIPCIONES



INSTITUTO INTERAMERICANO  
DE AUDITORIA Y CONTABILIDAD  
Telf.: 444-7919 Fax: 444-7044  
Email: iac@eficacia.edu.pe

INSTITUTO DE  
AUDITORES INTERNOS  
Telfax: 446-2426



Domingo Elias 267 - Miraflores

COSTO DE  
INSCRIPCIÓN  
**\$350.**

AGENCIA OFICIAL DE VIAJES

**DOMIRUTH**  
Av. Rio de Janeiro 215 - 218 Miraflores  
Telfs. 221-5110, 221-9171 Fax: 421-3992  
Email: domiruth@infoweb.com.pe

**Subsidio por Incapacidad Temporal**

**Artículo 15°.-** El subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud. Equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos cuatro meses inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia, multiplicado por el número de días de goce de la prestación. Si el total de los meses de afiliación es menor a cuatro, el promedio se determinará en función al tiempo de aportación del afiliado.

El derecho a subsidio por cuenta del Seguro Social de Salud se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad, la entidad empleadora continúa obligada al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año calendario.

El subsidio se otorgará mientras dure la incapacidad del trabajador y en tanto no realice trabajo remunerado, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, con sujeción a los requisitos y procedimientos que señale el IPSS.

**Subsidio por Maternidad**

**Artículo 16°.-** El subsidio por maternidad se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, con la condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El monto del subsidio equivale al promedio diario de las remuneraciones de los cuatro últimos meses anteriores al inicio de la prestación multiplicado por el número de días de goce de la prestación. No se podrá gozar simultáneamente de subsidio por incapacidad temporal y maternidad.

**Subsidio por Lactancia**

**Artículo 17°.-** El subsidio por lactancia se otorga en dinero, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, de acuerdo a las normas que fija el IPSS.

**Prestación por Sepelio**

**Artículo 18°.-** La prestación por sepelio cubre los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista, de acuerdo a las normas que fija el IPSS.

**Responsabilidad por Prestaciones**

**Artículo 19°.-** Las prestaciones de prevención y promoción de la salud a que se refiere el Artículo 11° de este Reglamento, son brindadas obligatoriamente mediante programas preventivo promocionales del IPSS, de las Entidades Empleadoras a través de Servicios Propios y de las EPS.

Las prestaciones de recuperación de la salud previstas en el Artículo 12° son de cargo del IPSS y de las Entidades Empleadoras mediante establecimientos propios o a través de planes contratados con una EPS, según corresponda.

Las Prestaciones de Bienestar y Promoción Social y las prestaciones económicas señaladas en los Artículos 13° y 14°, respectivamente; son de cargo obligatorio del IPSS para los asegurados regulares.

Las EPS pueden también ofrecer prestaciones económicas y de Bienestar y Promoción Social, dentro del régimen de libre competencia, sin perjuicio del derecho de los afiliados regulares en actividad de reclamar las que les corresponda a cargo del IPSS.

**Plan Mínimo de Atención**

**Artículo 20°.-** La cobertura que otorga el Seguro Social en Salud a los asegurados incluirá obligatoriamente, al menos, las prestaciones establecidas en el Plan Mínimo de Atención contenido en el Anexo 2, así como las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que no están cubiertos de modo especial por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**Revisión del Plan Mínimo de Atención**

**Artículo 21°.-** El Plan Mínimo de Atención se revisa cada dos años y se modifica por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Su cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

**Capa Simple y Compleja**

**Artículo 22°.-** El contenido de las capas simple y compleja definidas en los incisos f) y g) del Artículo 2°, podrá modificarse por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

**Prescripción**

**Artículo 23°.-** El derecho a reclamar las prestaciones económicas, establecidas en el Artículo 14° de este Reglamento, prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que cesó el período de incapacidad o el período máximo posparto. En el caso de prestaciones por sepelio el período de prescripción se cuenta a partir de la fecha de fallecimiento.

**Capítulo 4.- DE LOS ASEGURADOS POTESTATIVOS****Definición**

**Artículo 24°.-** Los trabajadores y profesionales independientes, incluidos los que estuvieron sujetos a regímenes especiales obligatorios, y las demás personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular, así como todos aquellos que la ley determine; se afilian al Seguro Social bajo la modalidad de potestativos.

**Libre Elección**

**Artículo 25°.-** La afiliación de los asegurados potestativos se realiza libremente ante el IPSS o cualquier EPS de acuerdo al plan que ellos elijan.

**Cobertura**

**Artículo 26°.-** Los planes potestativos ofrecidos por el IPSS o las EPS deberán cubrir todas las prestaciones contenidas en el Plan Mínimo de Atención; pudiendo además, incluir prestaciones adicionales de cualquier índole. En caso de afiliarse al IPSS, efectuarán sus aportaciones directamente a esta entidad. En caso de afiliarse a una EPS efectuará el pago de la retribución correspondiente a la EPS elegida.

**Aportes**

**Artículo 27°.-** El aporte de los afiliados potestativos se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido. Es de cargo del afiliado y se expresa en términos monetarios según lo establecido en el contrato, independientemente de sus ingresos.

**Derecho de cobertura**

**Artículo 28°.-** En el caso de los afiliados potestativos, los períodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia. Los planes potestativos podrán establecer períodos de carencia inferiores a los plazos señalados en el Artículo 35°. Las atenciones por accidente no están sujetas a período de carencia.

**Supervisión**

**Artículo 29°.-** La SEPS determinará la información que periódicamente deberán proporcionar las EPS respecto de las características de los afiliados potestativos, el contenido de los planes contratados y demás que fuere necesaria para fines estadísticos y de control. Así mismo, normará la que debe entregarse a los afiliados potestativos previamente a la contratación del Plan.

**Capítulo 5.- DE LOS ASEGURADOS REGULARES****Definición**

**Artículo 30°.-** Son afiliados regulares del Seguro Social de Salud:



a) Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos;

b) Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos.

Bajo responsabilidad de la entidad empleadora correspondiente, la inscripción en el Seguro Social de los afiliados regulares y sus derechohabientes es obligatoria.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará el IPSS, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

La calidad de asegurado del derechohabiente deriva de su condición de dependiente del afiliado regular.

#### Afiliación

**Artículo 31°.-** Los asegurados regulares son afiliados por las Entidades Empleadoras respectivas ante el IPSS, en las condiciones señaladas por este reglamento.

#### Registro

**Artículo 32°.-** Las Entidades Empleadoras tienen la obligación de registrarse como tales ante el IPSS y realizar la inscripción de los afiliados regulares que de ellas dependen, diferenciando los cubiertos con establecimientos propios, los atendidos a través de planes contratados con una EPS y los cubiertos íntegramente por el IPSS.

Así mismo, deberán informar el cese, la suspensión de la relación laboral, modificación de la cobertura y las demás ocurrencias que incidan en el monto de las aportaciones o del crédito referidos en los Artículos 6° y 15° de la Ley N° 26790, dentro de los 5 primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

Para tal efecto el IPSS determinará los procedimientos respectivos.

#### Aportes

**Artículo 33°.-** El aporte de los afiliados regulares en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. Es de cargo obligatorio de la Entidad Empleadora que debe declararlos y pagarlos mensualmente al IPSS, sin efectuar retención alguna al trabajador, dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas.

El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. Es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad de la entidad empleadora, de la ONP o de la AFP de afiliación, la retención, declaración y pago al IPSS dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las pensiones afectas.

La inscripción, recaudación, fiscalización y cobranza son realizadas por el IPSS, pudiendo éste delegar tales funciones, en forma total o parcial en entidades públicas o privadas.

El IPSS ejerce la cobranza coactiva de los aportes impagos, recargos, reajustes, intereses y multas provenientes de su recaudación, así como el reembolso de las prestaciones brindadas a que se refiere el Artículo 10° de la Ley N° 26790, a través de los Ejecutores designados para el efecto.

Los porcentajes señalados en el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS. Deben ser revisados al menos cada dos años previo estudio actuarial.

#### Cobertura

**Artículo 34°.-** La cobertura del Seguro Social de Salud, para los afiliados regulares y sus derechohabientes, comprende las prestaciones de la capa simple referidas en el Anexo 1 y las prestaciones de la capa compleja definidas en el Artículo 2° inciso g).

Los asegurados regulares en actividad tienen derecho a las prestaciones de primera capa a cargo del IPSS o de la Entidad Empleadora a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS, según el caso; así como

a las prestaciones de la segunda capa y subsidios económicos a cargo del IPSS.

Los afiliados regulares pensionistas tienen derecho a la integridad de las prestaciones de salud correspondientes a la primera y segunda capas, así como la Prestación por Sepelio prevista en el Artículo 18° de este reglamento, todas a cargo del IPSS.

#### Derecho de Cobertura

**Artículo 35°.-** Los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la causal. En el caso de maternidad, la condición para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado al tiempo de la concepción. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes.

#### Incumplimiento de aporte

**Artículo 36°.-** Cuando la Entidad Empleadora incumpla la obligación de pago del aporte y ocurra un siniestro, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo pero tendrá derecho a exigir a aquélla el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

#### Latencia

**Artículo 37°.-** En caso de desempleo los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de treinta meses de aportación durante los tres años precedentes al cese y sus derechohabientes, tienen derecho a prestaciones médicas previstas en los Artículos 11° y 12° de este reglamento, durante un período de latencia por desempleo de doce meses, contados a partir de la fecha de cese.

Durante los primeros seis meses se mantiene el derecho a las prestaciones vigentes en el momento del cese incluyendo la capa compleja, a cargo del IPSS. Durante los seis meses siguientes, la cobertura corresponderá solamente la capa compleja más las prestaciones médicas por maternidad, a cargo del IPSS.

Cuando una entidad empleadora cambie de EPS, la nueva EPS contratada deberá asumir las obligaciones de la anterior derivadas de la aplicación del presente artículo.

**Artículo 38°.-** Durante el período de latencia por desempleo no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor del IPSS ni la retribución a favor de la EPS correspondiente a los trabajadores desempleados.

### Capítulo 6.- DE LOS PLANES DE SALUD Y DEL CREDITO

#### Crédito contra los Aportes

**Artículo 39°.-** Las Entidades Empleadoras que otorgan 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 señaladas en el inciso a) del Artículo 6° de la Ley N° 26790.

#### Requisitos del crédito

**Artículo 40°.-** El crédito establecido en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, será equivalente al 25% de los aportes a que se refiere el inciso a) del Artículo 6° de dicha Ley, correspondientes a los trabajadores que gocen de la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora, sin exceder de los siguientes montos:

a) En el caso de servicios propios, de la suma efectivamente destinada a las prestaciones de salud otorgadas a sus trabajadores en cada mes; quedando facultada la Entidad Empleadora para efectuar compensaciones entre los importes gastados mensualmente dentro del ejercicio económico. El ejercicio económico a considerar para realizar estas compensaciones, es el que corresponde al año calendario, a fin de que coincida con el ejercicio fiscal correspondiente.

Para estos efectos serán considerados como gasto de financiamiento de las coberturas de salud, los aportes a los fondos de reserva que se constituyan para garantizar la continuidad y estabilidad del servicio.

b) En el caso de servicios contratados a una EPS, al monto total de las sumas efectivamente pagadas a la EPS por el respectivo mes, por cuenta de sus trabajadores comprendidos en esta modalidad.

El total del crédito tampoco podrá exceder del 10% de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) multiplicado por el número de trabajadores que gocen de cobertura bajo la modalidad de servicios propios o de servicios contratados con una EPS. El valor de la UIT a considerar será el vigente en cada mes. Cuando dicho valor varíe durante dicho período, se utilizará el promedio de los valores correspondientes.

Los porcentajes a que se refiere el presente artículo pueden ser modificados por Decreto Supremo, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros, solicitándose previamente la opinión técnica del IPSS.

**Artículo 41°.-** La cobertura que ofrezca al Entidad Empleadora con cargo al crédito, sea a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS, deberá contemplar los mismos beneficios para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo.

Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes y comprenderá, al menos las prestaciones de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas correspondientes a la capa compleja y a las prestaciones económicas, por cuenta del IPSS.

Cualquier trabajador puede optar individualmente por mantener su cobertura íntegramente a cargo del IPSS.

**Artículo 42°.-** Los planes de salud ofrecidos por las EPS podrán incluir copagos, a cargo del asegurado, destinados a promover el uso equitativo de las prestaciones de recuperación de la salud señaladas en el Artículo 12° de este reglamento. Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación prevista en este reglamento para elegir la EPS y el Plan de Salud; los copagos a cargo del asegurado regular no podrán superar el 2% de su ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

Para estos efectos se entiende como una atención a la constituida por el tratamiento completo de una ocurrencia desde el diagnóstico hasta la recuperación de la salud o la baja del paciente.

Los copagos tampoco podrán exceder el 10% del costo del tratamiento, sea ambulatorio o por hospitalización.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia, la prestación de maternidad ni las prestaciones previstas en los Artículos 11°, 13° y 14° de este reglamento. Tampoco las que ofrezcan las Entidades Empleadoras en establecimientos propios de salud.

#### **Crédito de la Entidad Empleadora con Establecimientos Propios**

**Artículo 43°.-** La Entidad Empleadora que brinde cobertura de salud a sus trabajadores a través de servicios propios, para acogerse al crédito señalado en el inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 26790, deberá acreditar los establecimientos correspondientes ante el MINSA y presentar al IPSS el Plan de Salud y los certificados de acreditación de sus establecimientos. El IPSS establece las formas y procedimientos pertinentes. Cumplidos los procedimientos establecidos, la Entidad Empleadora quedará apta para deducir el crédito de los aportes regulares al IPSS, a partir del mes siguiente.

Asimismo, para efectos de la aplicación del inciso a) del Artículo 16° de la Ley N° 26790, la Entidad Empleadora está obligada a mantener registros contables específicos de sus establecimientos de salud y presentar los estados correspondientes dentro de los noventa días posteriores al final de cada semestre. Los estados financieros presentados al cierre de cada ejercicio fiscal deben estar auditados. Para estos efectos serán considerados como gasto de financiamiento de las coberturas de salud, los fondos de reserva que se constituyan para garantizar la continuidad y estabilidad del servicio, siempre que éstos sean mantenidos en cuentas bancarias exclusivamente destinadas a tal fin y sus informes de movimiento puestos a disposición del IPSS.

En el caso de que la suma efectivamente destinada por la Entidad Empleadora para la cobertura de salud, duran-

te un ejercicio fiscal, sea inferior al crédito aplicado, ésta deberá realizar la autoliquidación del saldo por pagar al IPSS y pagarlo a la presentación de los estados financieros auditados.

**Artículo 44°.-** Los establecimientos propios de salud de las Entidad Empleadoras deberán contar con la infraestructura mínima señalada en el Anexo 4.

El costo de las prestaciones de recuperación de la salud que dichos establecimientos otorguen a sus trabajadores, en exceso del Plan Mínimo de Atención, serán reembolsados por el IPSS, sobre la base de los convenios u otras modalidades de contraprestación de servicios, a fin de otorgar la mejor atención a los asegurados.

Los establecimientos de salud de las Entidades Empleadoras cuya infraestructura lo permita, podrán prestar servicios a terceros afiliados al IPSS o una EPS, recuperando el valor de dichas atenciones de la institución obligada a prestarlas. Para este efecto, el IPSS pagará el importe que corresponda de acuerdo a los convenios específicos que para tal efecto suscriban. Las EPS abonarán los importes que resulten de los convenios correspondientes.

Los establecimientos de Salud de las Entidades Empleadoras podrán acordar con el Ministerio de Salud, el otorgamiento de ciertas prestaciones de recuperación de la salud a favor de una población determinada que no cuente con recursos para acceder al régimen contributivo de seguridad social. En tal caso, la Entidad Empleadora y el Ministerio de Salud acordarán los términos y condiciones conforme a los cuales se retribuirán dichos servicios.

#### **Crédito de la Entidad Empleadora con servicios contratados**

**Artículo 45°.-** La Entidad Empleadora que desee acogerse al crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790, otorgando cobertura de salud a sus trabajadores en actividad mediante planes o programas de salud contratados, deberá cumplir con lo dispuesto en el Artículo 32° y en el Capítulo 6 de este reglamento, y entregar al IPSS copia certificada notarialmente del acta de la elección y copia simple del contrato con la EPS.

El IPSS establecerá los mecanismos para fiscalizar el pago y demás requisitos formales para el goce del crédito por las Entidades Empleadoras.

#### **Elección del Plan y de la EPS**

**Artículo 46°.-** Para los efectos de aplicación del crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790 la contratación de planes brindados por las EPS, debe llevarse a cabo en arreglo a las siguientes disposiciones:

a) La Entidad Empleadora es responsable de la convocatoria y realización de la votación para la elección del Plan y de la EPS; pudiendo efectuar la convocatoria por iniciativa propia o a solicitud del 20% de los trabajadores del respectivo centro de trabajo. Para este efecto debe invitar a no menos de dos EPS. El 20% de Trabajadores puede, así mismo, nominar hasta dos EPS que deberán ser invitadas al concurso.

b) La Entidad Empleadora debe poner en conocimiento de los trabajadores la información suministrada por las EPS postoras con una anticipación no menor a 10 días hábiles ni mayor a 20 a la fecha límite fijada para la votación. La información mínima exigible a las EPS será determinada por la SEPS.

c) No están permitidos gastos de intermediación sobre la venta de planes para la cobertura de salud empleando los recursos de aportación obligatoria, salvo sobre los aportes voluntarios adicionales.

d) Concluida la presentación de propuestas, la Entidad Empleadora debe proporcionar a cada trabajador una cédula en la que emitirá su voto, indicando la fecha límite para la presentación de éstas. La cédula deberá permitir el voto por cualquiera de las Entidades Prestadoras y Planes ofrecidos.

e) Cada trabajador emitirá su voto entregando la cédula debidamente llenada y firmada a la persona designada por el empleador para recibirlas. No serán válidas las cédulas entregadas después de la fecha límite.

f) Dentro de los tres días siguientes a la fecha límite para la entrega de cédulas, el empleador publicará en el centro de trabajo los resultados de la votación, cuidando de difundirlos adecuadamente a todos los trabajadores.

g) De acuerdo con el Artículo 15° de la Ley N° 26790, para que la votación sea válida deberán haber participado

en la elección, por lo menos, la mitad más uno de los trabajadores con contrato de trabajo vigente al tiempo de la votación.

h) Se considerará elegida a la Entidad y el Plan que hayan obtenido la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos por los trabajadores. No se considerarán válidamente emitidos los votos en blanco o viciados.

i) Sin perjuicio de lo establecido en el Inc. a) de este artículo, la Entidad Empleadora podrá convocar a una nueva elección cuando no hayan votado la mitad más uno de los trabajadores con contrato de trabajo vigente al tiempo de la elección o cuando ninguno de los planes ofrecidos por las EPS haya obtenido los votos favorables necesarios de acuerdo con el inciso anterior.

**Artículo 47°.-** En los casos de Entidades Empleadoras que cuenten con más de un centro de trabajo, la elección se practicará en cada uno de ellos, con efecto para los trabajadores que laboran en cada centro. Sin embargo, la Entidad Empleadora podrá, si lo juzga conveniente, agrupar a uno o más centros de trabajo los que se considerarán entonces como uno solo para efectos de la elección del Plan, su contratación y cobertura y la aplicación del crédito.

**Artículo 48°.-** La Entidad Empleadora deberá actuar durante la elección procurando el máximo beneficio a los trabajadores, absteniéndose de toda acción que implique preferencia, ventaja o discriminación para alguna de las Entidades Prestadoras.

**Artículo 49°.-** La entidad empleadora convocará a una nueva votación para seleccionar a otra EPS, cuando así lo solicite el 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan contratado.

#### Derecho de Renuncia al Plan Elegido

**Artículo 50°.-** Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de publicación de los resultados, los trabajadores que así lo deseen podrán manifestar al empleador su voluntad de no participar en el Plan elegido y de mantener su cobertura de salud íntegramente a cargo del IPSS. Estos trabajadores no serán comprendidos en el Plan.

#### Vigencia del Plan Elegido

**Artículo 51°.-** Una vez vencido el plazo referido en el artículo anterior, la Entidad Empleadora procederá a contratar con la Entidad Prestadora a efectos que ésta otorgue a los trabajadores la cobertura contemplada en el Plan seleccionado, en los términos y condiciones ofrecidos. La cobertura del Plan se iniciará el primer día del mes siguiente a aquel en que se suscribe el contrato.

Quedarán comprendidos en el Plan todos los trabajadores del centro de trabajo que no hayan manifestado frente a la Entidad Empleadora, dentro del plazo fijado en el artículo 50° de este reglamento, su voluntad de quedar excluidos de éste.

**Artículo 52°.-** Los trabajadores que, con posterioridad al vencimiento del plazo indicado en el Artículo 50° de este reglamento, comuniquen a la Entidad Empleadora su decisión de apartarse del Plan contratado para que su cobertura quede únicamente a cargo del IPSS, quedarán excluidos del Plan a partir del primer día del mes siguiente.

La misma regla indicada en el párrafo anterior se aplicará para los trabajadores que optaron por mantener su cobertura totalmente en el IPSS y deseen incorporarse al Plan. El trabajador puede individualmente ejercer el derecho de trasladarse del IPSS a la EPS elegida y viceversa, por una sola vez dentro de cada año contractual.

#### Nuevos Trabajadores

**Artículo 53°.-** Los trabajadores que se incorporen al centro de trabajo deberán manifestar por escrito ante la Entidad Empleadora su voluntad de pertenecer al Plan o de obtener íntegramente la cobertura del IPSS, dentro de los cinco días hábiles siguientes al inicio de labores. A tal efecto, a más tardar el día de inicio de labores el empleador deberá proporcionarles el folleto informativo correspondiente al Plan y Entidad Prestadora Elegidos. En caso de que el trabajador no realice la elección, se entenderá que ha optado por incorporarse al Plan.

Estos trabajadores nuevos quedan sujetos a la cobertura del Plan o del IPSS, según corresponda, desde la

fecha de inicio de labores, sin perjuicio de lo previsto en el primer párrafo del Artículo 1° de la Ley N° 26790.

**Artículo 54°.-** La retribución correspondiente a la EPS será recaudada por ésta, directamente de la Entidad Empleadora con la que se vincula contractualmente.

El pago de la retribución que corresponde a la EPS por parte de la Entidad Empleadora, deberá efectuarse en la misma oportunidad prevista para los aportes al IPSS. En caso de mora en el pago de la retribución a la EPS o de los aportes al IPSS, la Entidad Empleadora no podrá hacer uso del crédito señalado en el Artículo 15° de la Ley N° 26790.

**Artículo 55°.-** El derecho al crédito se adquiere a partir del mes en que se inicia la vigencia del plan ofrecido a los trabajadores cubiertos.

Para gozar del crédito, las Entidades Empleadoras deberán haber cumplido con pagar las aportaciones al IPSS y la retribución que corresponda a la EPS.

La Entidad Empleadora presentará mensualmente al IPSS una declaración jurada de los trabajadores comprendidos en el Plan, adjuntado la liquidación del crédito y copia de la factura emitida por la respectiva EPS.

### Capítulo 7.- DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

#### Constitución

**Artículo 56°.-** Las Entidades Prestadoras de Salud se constituirán en el Perú como persona jurídica organizada de acuerdo con la legislación peruana; previa Autorización de Organización otorgada por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

Las EPS tienen como objeto exclusivo el de prestar servicios de atención para la salud.

Para iniciar sus operaciones requieren la Autorización de Funcionamiento otorgada por la Superintendencia, una vez cumplidos los requisitos mínimos para su organización.

#### Requisitos

**Artículo 57°.-** Para las EPS que se constituyan en la provincia de Lima, el capital mínimo será de S/ 1'000,000.00 íntegramente suscrito y pagado. Las EPS que se constituyan fuera de esta provincia, podrán hacerlo con un capital menor. La SEPS determinará para éstas últimas los criterios y montos de capital mínimo requeridos. El capital mínimo se mantendrá en su valor constante, actualizándose anualmente en función a los índices que determinará la SEPS.

**Artículo 58°.-** Las EPS mantendrán los márgenes de solvencia y los niveles de otros indicadores determinados por la SEPS para garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, de sus operaciones en el corto y mediano plazo.

**Artículo 59°.-** Las EPS deberán contar al menos con la infraestructura propia indicada en el Anexo 4. La infraestructura propia debe ser suficiente para atender directamente al menos al 30% de la demanda de prestaciones de sus afiliados.

Por disposición de carácter general la SEPS puede modificar estos indicadores o crear otros de acuerdo a las necesidades de regulación del sistema.

#### Infraestructura Propia

**Artículo 60°.-** Se entiende por infraestructura propia aquella que se encuentre bajo control directo y exclusivo de una EPS, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tales derechos.

**Artículo 61°.-** De acuerdo a lo establecido por el Artículo 59° de este reglamento, las EPS brindarán servicios a sus afiliados con su infraestructura propia, pudiendo complementarla, previo convenio, con servicios de otras EPS del MINSA o de otras personas naturales o jurídicas públicas o privadas debidamente acreditadas para brindar servicios de salud.

#### Responsabilidad de la EPS

**Artículo 62°.-** La EPS es responsable frente a los usuarios por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros.

#### Acceso de los Asegurados

**Artículo 63°.-** Es obligación de las EPS admitir la afiliación de las personas que lo soliciten. Así mismo, en

ningún caso la EPS podrá negar a un asegurado el acceso a la infraestructura contemplada en el Plan de Salud elegido.

**Artículo 64°.-** Para operar en las zonas geográficas que determina la SEPS, podrá dispensarse a las EPS mediante norma de carácter general, total o parcialmente, del requisito de infraestructura propia, siempre que se asegure una cobertura integral y eficiente.

#### Autorización de Organización de una EPS

**Artículo 65°.-** Para obtener la autorización de organización de una EPS, las personas naturales que se presenten como organizadoras, deben ser de reconocida idoneidad moral y solvencia económica.

**Artículo 66°.-** No pueden ser organizadores ni accionistas de una EPS:

- a) Los condenados por delitos dolosos.
- b) Los que, por razón de sus funciones, estén prohibidos de ejercer el comercio.
- c) Los quebrados.
- d) Los directores y trabajadores del IPSS, la SEPS y del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos Descentralizados.
- e) Los directores y trabajadores de otra EPS.
- f) Los que hayan sido directores o gerentes de empresas o entidades quebradas o intervenidas por alguna Superintendencia u otro organismo de fiscalización, si se les hubiere hallado responsables de los actos de mala gestión.

**Artículo 67°.-** Los hospitales, las redes o establecimientos públicos de salud podrán operar como una EPS u ofrecer servicios de medicina prepagada. Las normas específicas de constitución y operación, en ambos casos, serán establecidas por el MINSA.

**Artículo 68°.-** Cuando los hospitales, las redes o establecimientos públicos de salud vendan servicios médicos al IPSS o a las EPS, para el cumplimiento de los planes ofrecidos, facturarán la atención de acuerdo con sus costos de operación y sin recurrir a fondos del Tesoro Público para el subsidio de estos servicios.

#### Solicitud de autorización de organización

**Artículo 69°.-** La solicitud de organización de una EPS se presentará ante la SEPS y debe contener lo siguiente:

- a) El nombre, nacionalidad, estado civil, profesión u ocupación de cada uno de los organizadores.
- b) La razón social de la empresa que se pretenda constituir.
- c) Las operaciones y servicios que se propone realizar la EPS.
- d) El lugar en el que funcionará la sede principal de la EPS y el ámbito geográfico del País en el que desarrollará sus actividades.
- e) El monto del capital con el que se propone iniciar las operaciones, con indicación de la suma que será pagada inicialmente, la que no puede ser inferior al capital mínimo señalado en el Artículo 57°.
- f) Toda información que, de manera previa y general, exija la SEPS.

**Artículo 70°.-** En la denominación social de las Entidades Prestadoras de Salud debe agregarse la frase final "Entidad Prestadora de Salud".

**Artículo 71°.-** En la solicitud de organización se designará al representante de los organizadores ante la SEPS, acompañándose adicionalmente la siguiente documentación:

- a) "Currículum Vitae" de cada uno de los organizadores.
- b) Declaración Jurada de cada uno de los organizadores de no encontrarse impedidos legalmente.
- c) Proyecto de minuta de constitución social de la EPS.
- d) Un estudio de factibilidad económico financiero.
- e) Certificado de depósito de garantía, constituido en un banco del País, a la orden de la SEPS, por un monto equivalente al cinco por ciento del capital mínimo.
- f) Comprobante de pago de los derechos fijados por la SEPS.

#### Procedimiento de autorización de organización

**Artículo 72°.-** La SEPS verifica la seriedad, responsabilidad y demás condiciones personales de los solicitantes

y dispone los cambios que juzgue necesarios en los documentos presentados.

**Artículo 73°.-** La SEPS dispone que los organizadores publiquen en el Diario Oficial y en un diario de extensa circulación nacional, un aviso haciendo saber la presentación de la solicitud de organización, los nombres de los organizadores y citando a toda persona interesada para que, en el término de 15 días calendario, contado a partir de la fecha del último aviso, formule cualquier objeción fundamentada a la formación de la EPS.

**Artículo 74°.-** Vencido el plazo a que se refiere el artículo anterior, la Superintendencia correrá traslado a los organizadores de las objeciones que se hubieren formulado, por el plazo de diez días calendario para la subsanación correspondiente. Dentro de los 15 días calendario siguientes a la absolución del traslado o sin ella, expide resolución motivada concediendo o denegando la autorización de organización, la que se notifica a los organizadores.

De ser denegada la solicitud, la SEPS devuelve a los organizadores, debidamente endosado y dentro de un plazo no mayor de tres días, el certificado de depósito de garantía a que alude el Artículo 71° de este reglamento.

Expedida en términos favorables la resolución, la SEPS otorga un certificado de Autorización de Organización.

En el procedimiento de autorización de organización no son de aplicación las normas sobre silencio administrativo positivo.

**Artículo 75°.-** Con el Certificado de Autorización de Organización, los organizadores quedarán obligados a:

- a) Publicar el certificado dentro de los 10 días calendario siguientes a su expedición, por una sola vez en el Diario Oficial.
- b) Otorgar la escritura de constitución social, en la que necesariamente se inserta dicho certificado, bajo responsabilidad del notario interviniente.
- c) Realizar las demás acciones conducentes a obtener la autorización de funcionamiento.

El certificado de autorización de organización caduca a los dos años.

**Artículo 76°.-** Durante el proceso de organización el capital pagado sólo puede ser utilizado en:

- a) La cobertura de los gastos que dicho proceso demande.
- b) La compra o la construcción de inmuebles para uso de la EPS.
- c) La compra del mobiliario, maquinaria y equipo médico requeridos para el funcionamiento de la EPS.
- d) La contratación de servicios necesarios para dar inicio a las operaciones.

#### Autorización de funcionamiento

**Artículo 77°.-** Los organizadores comunicarán por escrito dirigido a la SEPS el cumplimiento de los requisitos previstos en el Artículo 75° de este reglamento y demás condiciones exigibles para la operación de la EPS, solicitando se les otorgue la Autorización de Funcionamiento. Para emitir resolución, la SEPS efectuará las comprobaciones que estime necesarias, verificando de modo especial lo siguiente:

- a) Que la escritura de constitución social guarde correspondencia total con el proyecto de minuta aprobado en su momento.
- b) Que el capital inicial se haya pagado íntegramente en efectivo, al menos el monto mínimo requerido por el Artículo 58°.
- c) Que sean correctos el nombre y la dirección de cada uno de los accionistas y que el importe suscrito y pagado del capital social por cada uno de ellos se ajuste a las disposiciones legales vigentes.
- d) Que no figuren entre los accionistas quienes están prohibidos de serlo conforme al Artículo 67° de este reglamento y demás disposiciones legales vigentes.
- e) Que haya sido debida y oportunamente efectuada la publicación de que trata el inciso a) del Artículo 76° de este reglamento.
- f) Que la empresa cuente con manuales de organización y funciones y con normas operativas y de delegación de facultades.
- g) Que la infraestructura propia y de terceros con la que prestará los servicios cuenten con la acreditación del

MINSA y ofrezcan condiciones de seguridad y equipamiento satisfactorias.

h) Que los planes de salud que se propone ofrecer la EPS se encuentren ajustados a la legislación sobre la materia y otorguen una cobertura adecuada.

**Artículo 76°.-** Efectuadas las comprobaciones previstas en el artículo anterior, pero en ningún caso más allá de 30 días calendario siguientes a la presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento, la SEPS expide la correspondiente resolución que, de ser favorable, dará lugar a la emisión de un certificado de autorización de funcionamiento. En caso de ser desfavorable, se otorgará un plazo de 30 días calendario para las subsanaciones correspondientes, vencido el cual será necesario presentar un nuevo petitorio de Autorización de Funcionamiento antes del plazo de caducidad previsto en el Artículo 75°.

En el procedimiento de autorización de funcionamiento son de aplicación las normas sobre silencio administrativo positivo, cuando la SEPS no emita pronunciamiento dentro de los plazos máximos establecidos.

**Artículo 79°.-** El certificado de autorización de funcionamiento se publica en el Diario Oficial y en uno de extensa circulación nacional. Además, debe ser exhibido permanentemente en la oficina principal de la EPS, en lugar visible al público.

El certificado de autorización de funcionamiento es de vigencia indefinida y sólo puede ser cancelado por la SEPS como sanción por falta grave en que hubiere incurrido la empresa.

**Cómo se actúa después de obtenida la autorización**

**Artículo 80°.-** Las garantías y limitaciones establecidas en el Artículo 5° de este reglamento, son aplicables a las reservas y a las inversiones que las respaldan, de las EPS; así como a las reservas e inversiones de las entidades empleadoras exclusivamente afectadas a la prestación de servicios de salud mediante establecimientos propios, de acuerdo al inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 26790. La Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud - SEPS-, establecerá los niveles o mecanismos de reservas técnicas exigibles y las demás normas y procedimientos correspondientes.

**Artículo 81°.-** En caso de quiebra, liquidación, disolución o revocación de la autorización de funcionamiento de una EPS, el Instituto Peruano de Seguridad Social, directamente o a través de la empresa que designe, otorgará las prestaciones que correspondan a los afiliados según los planes contratados, hasta que los asegurados realicen la elección de su nueva EPS, de acuerdo con las normas de este reglamento. Durante este período transitorio, la Entidad Empleadora no goza del crédito previsto en el Artículo 15° de la Ley N° 26790.

## Capítulo 8.- DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

### El Seguro de Trabajo de Riesgo

**Artículo 82°.-** El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo señaladas en el Anexo 5. Están comprendidas en esta obligación las Entidades Empleadoras constituidas bajo la modalidad de cooperativas de trabajadores, empresas de servicios temporales o cualquier otra de intermediación laboral. Comprende las siguientes coberturas:

- La cobertura de salud por trabajo de riesgo.
- La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo.

Son asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, la totalidad de los trabajadores del centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas en el Anexo 5, así como todos los demás trabajadores de la empresa, que no perteneciendo a dicho centro de trabajo, se encuentren regularmente expuestos al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional por razón de sus funciones.

**Artículo 83°.-** La cobertura de salud por trabajo de riesgo comprende prestaciones de asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad. No comprenden los subsidios económicos que son por cuenta del Seguro Social de Salud según lo previsto en los Artículos 15°, 16° y 17° del presente reglamento.

Esta cobertura podrá ser contratada libremente con el IPSS o con la EPS elegida conforme al Artículo 15° de la Ley N° 26790 o, cuando no existiere EPS elegida, con cualquier otra. Las prestaciones de salud son otorgadas íntegramente por el IPSS o la EPS elegida para cuyo efecto dichas entidades podrán celebrar y acreditar ante la SEPS los contratos de servicios complementarios de coaseguro o reaseguro que resulten necesarios.

No están permitidos gastos de intermediación sobre la venta de planes para la cobertura de salud empleando los recursos de aportación de este Seguro Complementario.

**Artículo 84°.-** La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo otorga las pensiones de invalidez sea ésta total o parcial, temporal o permanente, o de sobrevivientes y cubre los gastos de sepelio. Los beneficios de esta cobertura no pueden ser inferiores a los que por los mismos conceptos brinda el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (AFP), regido por el Decreto Ley N° 25897 y sus reglamentos.

El derecho a las pensiones de invalidez del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo se inicia una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal cubierto por el Seguro Social de Salud.

Esta cobertura es de libre contratación con la Oficina de Normalización Previsional (ONP) o con empresas de seguros debidamente acreditadas a elección de la entidad empleadora.

**Artículo 85°.-** Los aportes al IPSS y a la ONP correspondientes al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo son los establecidos en los tarifarios que para el efecto establecen dichas entidades. Las retribuciones a las EPS o a las compañías de seguros son establecidas libremente entre las partes.

**Artículo 86°.-** La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo podrá ser contratada con la ONP o con una Compañía de Seguros a través del IPSS o la EPS que brinde la cobertura de salud, a solicitud del empleador. En tal caso, los contratos deben señalar las retribuciones correspondientes en forma desagregada.

Las coberturas del Seguro Complementario de trabajo de riesgo no pueden establecer carencias ni copagos a cargo del trabajador.

Asimismo, quedan prohibidos los costos de intermediación en su contratación.

**Artículo 87°.-** Las entidades empleadoras que desarrollan actividades de alto riesgo deben inscribirse como tales en el Registro que para el efecto administra el Ministerio de Trabajo y Promoción Social, entidad que supervisará el cumplimiento de la obligación de contratar el seguro complementario de trabajo de riesgo, aplicando las sanciones administrativas correspondientes.

**Artículo 88°.-** Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, la Entidad Empleadora que no cumpla con inscribirse en el Registro referido en el artículo anterior o con la contratación del Seguro Complementario de Riesgo para la totalidad de los trabajadores a que está obligado o que contrae coberturas insuficientes, será responsable frente al IPSS o a la ONP por el costo de las prestaciones que dichas entidades otorgarán en caso de siniestro al trabajador afectado, independientemente de su responsabilidad civil frente al trabajador por los daños y perjuicios irrogados.

## Capítulo 9.- SISTEMA DE REFERENCIAS

### Inicio de atenciones

**Artículo 89°.-** Los asegurados regulares inscritos en EPS o establecimientos de salud de las entidades empleadoras, inician su atención ante la entidad en la que se encuentran afiliados, salvo los casos comprendidos en la legislación sobre emergencias, en los que serán obligatoriamente atendidos por el establecimiento de salud requerido por el asegurado. La ulterior recuperación de los

valores correspondientes a la atención de emergencia se calculará en función de los acuerdos de modalidades de pago que hayan sido suscritas por estas instituciones.

**Artículo 90°.-** La EPS y el establecimiento de salud del empleador, en su caso; están obligados a atender al afiliado que requiera sus servicios. Si el diagnóstico determina que el tratamiento excede del plan de salud contratado, la EPS o el establecimiento de salud del empleador en su caso, será responsable de coordinar la referencia del paciente a un Hospital del IPSS, para cuyo efecto deberá comunicar en forma indubitable al IPSS la ocurrencia. Su responsabilidad sólo termina cuando el paciente es recibido por el IPSS.

Si las prestaciones no son de cargo del IPSS, éste podrá admitir al paciente trasladando los costos del tratamiento a la EPS o al establecimiento de salud del empleador según corresponda. Aun cuando las prestaciones sean de su cargo, el IPSS podrá autorizar a la EPS o el establecimiento del empleador en su caso, que continúe el tratamiento del paciente con el compromiso de reintegrarle los costos del mismo. El reembolso de los gastos realizados se efectuará sobre la base de los convenios correspondientes.

En caso que el IPSS no acepte la referencia del paciente, la EPS o el establecimiento de salud del empleador, en su caso, donde se registró el primer ingreso del paciente, quedará obligado a continuar con el tratamiento hasta su terminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención al IPSS.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con el IPSS, la atención médica será prestada obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido, salvo imposibilidad material comprobable para atender al paciente; sin perjuicio del derecho de reintegro de los costos correspondientes al tratamiento por parte de la entidad obligada a cubrir la ocurrencia.

Las discrepancias que surjan por aplicación del presente artículo entre el IPSS y las EPS o las Entidades Empleadoras, serán resueltas por una Comisión Arbitral Permanente designada por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud que funcionará en la SEPS.

#### Capítulo 10.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS

##### Sometimiento

**Artículo 91°.-** La sola solicitud de organización y funcionamiento de una EPS, implica el sometimiento de ésta al reglamento de arbitraje y solución de controversias que dictara la SEPS.

Las Entidades Empleadoras, el IPSS y los afiliados a una EPS o que reciban prestaciones de salud a través de servicios propios de su empleador, quedan igualmente sometidas al reglamento de arbitraje y solución de controversias referido en el párrafo anterior.

#### Capítulo 11.- INFRACCIONES Y SANCIONES

##### Definición

**Artículo 92°.-** Constituye infracción de las EPS, sancionable, en relación con lo establecido en los Artículos 6° y 7° del Decreto Supremo N° 006-97-SA, toda acción u omisión de éstas que cause el incumplimiento de obligaciones, determinada de manera objetiva, de acuerdo a lo establecido en este reglamento y en normas complementarias que apruebe la SEPS.

**Artículo 93°.-** Las infracciones a las disposiciones en materia de inscripción y recaudación son sancionadas por el IPSS de conformidad con la Resolución N° 056-GCR-IPSS-97, y las disposiciones que lo modifiquen o sustituyan.

#### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

**Primera.-** Las EPS y los establecimientos de salud del empleador, en su caso, podrán reasegurar los riesgos que asumen en aplicación de la Ley N° 26790.

**Segunda.-** Las entidades que prestan servicios de salud prepagados sin registro en la Superintendencia de Banca y Seguros ni en ninguna otra entidad supervisora, se encuentran sujetas a todas las normas sobre seguridad patrimonial y financiera, establecidas por este reglamento, así como a la supervisión y control por parte de la SEPS.

**Tercera.-** Las redes de establecimientos del MINSA y del IPSS pueden proveer servicios a empresas de seguros y otras que otorguen servicios de salud prepagados.

**Cuarta.-** Las empresas y entidades que presten servicios vinculados a los planes de salud ofrecidos por las Entidades Empleadoras o por las Entidades Prestadoras de Salud se encuentran obligadas a registrarse ante la SEPS, quedando sujetas a su supervisión, fiscalización y control, con el fin de garantizar la eficiencia y continuidad del servicio a la Seguridad Social. La SEPS podrá disponer que dichas empresas y entidades constituyan reservas técnicas suficientes u otorguen garantías que respalden los servicios ofrecidos por las EPS o a las entidades empleadoras para fines de la Seguridad Social en Salud. La SEPS dictará las normas administrativas correspondientes.

**Quinta.-** El monto de las prestaciones económicas indicados en los Artículos 17° y 18°, no podrán ser inferior a los que se venían pagando al 17 de mayo de 1997.

**Sexta.-** Aclárase que, cuando en la Ley N° 26790, en el Decreto Supremo N° 006-97-SA se menciona la sigla "EPS", debe entenderse referida a las Entidades Prestadoras de Salud.

**Séptima.-** Derógase el Decreto Supremo N° 018-78-TR, Reglamento del sistema de inscripción y recaudación del Seguro Social de Salud, a partir de la entrada en vigencia de los reglamentos que establezcan los procedimientos de recaudación que aprueben el IPSS y la ONP, de conformidad con el Artículo 7° de la Ley N° 26790.

**Octava.-** El presente Reglamento rige desde el día siguiente de su publicación.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**Primera.-** En un plazo máximo de 30 días contados a partir de la publicación del presente dispositivo, se designará, mediante Resolución Suprema, una Comisión Permanente encargada de monitorear la evolución del Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta Comisión informará semestralmente sobre la situación económica financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud y propondrá las medidas que considere pertinentes para el mejor desarrollo y expansión del mismo.

Esta Comisión tiene, entre sus funciones, conducir la ejecución de los estudios necesarios para la modificación en la tasa de aportación y porcentaje de crédito, sin perjuicio de lo establecido en los Artículos 6° y 16° de la Ley N° 26790.

Estará conformada por dos representantes del Ministro de Salud, un representante del Ministro de Economía y Finanzas y un representante del Instituto Peruano de Seguridad Social designado por su Presidente Ejecutivo. Será presidida por uno de los representantes del Ministro de Salud.

**Segunda.-** Los asegurados de regímenes especiales, registrados bajo las modalidades de Continuación Facultativa, Facultativos Independientes, Amas de Casa, Chofer Profesional Independiente y Trabajadores del Hogar, a la fecha de publicación de este reglamento, continuarán gozando del íntegro de sus prestaciones a cargo del IPSS por un plazo de 5 años, vencido el cual acordarán nuevos contratos de afiliación con el IPSS, sin perjuicio de su derecho de afiliarse como regulares o de trasladarse a una EPS. Los que se afilien con posterioridad al inicio de la vigencia de este reglamento, se asegurarán bajo la modalidad de asegurados potestativos en el IPSS o en una EPS.

Dentro de este plazo, por razones de equidad, el IPSS podrá disponer el reajuste de los aportes que corresponda efectuar a los asegurados facultativos mencionados en el párrafo anterior, teniendo en consideración el nivel de su patrimonio o ingresos efectivamente percibidos.

Se exceptúa del plazo antes indicado a los asegurados facultativos que perciben rentas de cuarta categoría por el ejercicio de profesionales liberales quienes, dentro del término de seis meses contados a partir de la fecha de vigencia del presente Decreto Supremo, deberán transformarse en asegurados potestativos.

**Tercera.-** El IPSS queda autorizado a efectuar durante el ejercicio de 1997, las modificaciones presupuestales que sean necesarias para adecuar su organización y funcionamiento a lo dispuesto por la Ley N° 26790. Tales modificaciones presupuestales serán aprobadas por el Consejo Directivo y puestas en conocimiento del Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Oficina de Instituciones y Organismos del Estado.

**Cuarta.-** Las infracciones que se hubieren cometido antes de la vigencia de este Reglamento serán sancionadas de acuerdo a lo establecido en la norma correspondiente.

**ANEXOS N° 2 y 2<sup>a</sup>**

**LEY DE CREACIÓN DEL SEGUROS SOCIAL DE SALUD  
(ESSALUD)  
LEY N° 27056**

**REGLAMENTO DE LA LEY N° 27056  
DECRETO SUPREMO N° 002-99-TR**

# NORMAS LEGALES

Director: Enrique Sánchez Hernani

<http://www.editoraperu.com.pe>

DIARIO DE LA ACTIVIDAD JURÍDICA INTERNA  
Lima, sábado 30 de enero de 1999 AÑO XVII - N.º 4794 Pág. 4011

## CONGRESO DE LA REPUBLICA

### LEY N.º 27056

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República

ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

### LEY DE CREACION DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

#### CAPITULO I

#### DEFINICION, FUNCIONES Y PRESTACIONES

##### Artículo 1.º.- Creación, definición y fines

1.1 Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

1.2 Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

##### Artículo 2.º.- Funciones

Para el cumplimiento de su finalidad y objetivos, el ESSALUD:

- Administra el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros seguros de riesgos humanos;
- Inscribe a los asegurados y entidades empleadoras;
- Recauda, fiscaliza, determina y cobra las aportaciones y demás recursos establecidos por ley, pudiendo delegar o conceder tales funciones, en forma total o parcial, en entidades del Estado o privadas, según las normas legales vigentes;
- Invierte los fondos que administra, procurando su rentabilidad, seguridad y equilibrio financiero, dentro del marco legal correspondiente;
- Formula y aprueba sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;
- Realiza toda clase de actos jurídicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones;
- Determina los períodos de calificación para el otorgamiento de prestaciones del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las modalidades y condiciones de trabajo;
- Desarrolla programas de prevención de la salud ocupacional y riesgos profesionales;

i) Dicta disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados;

j) Promueve la ejecución de programas de difusión sobre seguridad social en salud, para lo cual coordina con los sectores Salud, Educación y otras entidades del Estado;

k) Desarrolla programas especiales orientados al bienestar social, en especial del adulto mayor y las personas con discapacidad, en las condiciones que establezca el reglamento;

l) Propone al Ministerio de Trabajo y Promoción Social la expedición de normas que contribuyan al mejor cumplimiento de su misión y opina sobre los proyectos de dispositivos legales relacionados con su rol;

m) Celebra convenios o contratos con otras entidades para la prestación de servicios relacionados con su finalidad y sus objetivos;

n) Desarrolla programas de extensión social y planes de salud especiales en favor de la población no asegurada y de escasos recursos;

o) Apoya a la población afectada por siniestros y catástrofes;

p) Realiza las demás funciones que la ley le encomende o permita.

##### Artículo 3.º.- Prestaciones

3.1 Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD) son de prevención, promoción, recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos, y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrece ESSALUD dentro del régimen de libre contratación.

3.2 Las prestaciones de prevención y promoción de la salud comprenden la educación para la salud, evaluación, control de riesgos e inmunizaciones.

3.3 Las prestaciones de recuperación de la salud comprenden la atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación.

3.4 Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo.

3.5 Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia, prestaciones por sepelio.

3.6 La prestación de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

3.7 Los programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada de escasos recursos, así como los otros seguros de riesgos humanos que ofrece ESSALUD dentro del régimen de libre contratación pueden contener una o más de las prestaciones referidas en los incisos anteriores u otras prestaciones adicionales.

##### Artículo 4.º.- Ambito de Aplicación

4.1 El ámbito de aplicación del ESSALUD comprende:

- Los trabajadores que realizan actividades dependientes y sus derechohabientes.
- Los trabajadores que realizan actividades independientes y sus derechohabientes.
- Los trabajadores del campo y del mar y sus derechohabientes.
- Las poblaciones afectadas por siniestros o catástrofes.
- Los pensionistas y sus derechohabientes.
- Las personas con discapacidad física y mental.



- g) Las personas que carecen de ingresos.
- h) Las personas que se afilien voluntariamente.
- i) Las personas que sufren pena privativa de la libertad.
- j) Los trabajadores que prestan servicio al Estado en el extranjero.
- k) Los extranjeros que ingresan al país en calidad de turistas.
- l) Las personas que prestan servicios voluntarios no remunerados a favor de la comunidad, incluyendo a quienes integran organizaciones sociales que brindan apoyo a la población de escasos recursos.
- m) Los escolares, universitarios y estudiantes de institutos superiores no universitarios.
- n) Las personas dedicadas exclusivamente a las tareas de su hogar.
- o) Los artistas.
- p) Otras que pueden ser comprendidas.

4.2 La protección a los sectores a los que se refieren los incisos d), f), g), i) y l) del Artículo 4.1 de la presente ley, podrá otorgarse a través de los programas de proyección a la comunidad, mediante los convenios previstos en el tercer párrafo del Artículo 1° de la Ley N° 26790.

## CAPITULO II

### DE LA ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

#### Artículo 5°.- Consejo Directivo

5.1 El Consejo Directivo es el órgano de dirección del ESSALUD. Le corresponde establecer la política institucional y supervisar la aplicación de la misma.

5.2 Está integrado por tres representantes del Estado, uno de los cuales es un profesional de la salud, propuesto por el Ministro de Salud; tres representantes de los empleadores elegidos por cada uno de los grupos empresariales clasificados como grandes, medianos, pequeños y microempresarios y tres representantes de los asegurados, uno de los cuales representa a los trabajadores del régimen laboral público, uno del régimen laboral privado y otro a los pensionistas. Un representante del Estado preside en calidad de Presidente Ejecutivo.

5.3 Los mandatos son ejercidos por dos años, pudiendo ser renovados una sola vez por un período igual.

5.4 Cada Consejero tiene derecho a un voto. De producirse empate en la adopción de un acuerdo del Consejo Directivo, el Presidente Ejecutivo tiene, además, voto dirimente.

#### Artículo 6°.- Designación y reconocimiento del Consejo Directivo

6.1 Los representantes del Estado ante el Consejo Directivo del ESSALUD son designados por Resolución Suprema referendada por el Ministro de Trabajo y Promoción Social.

6.2 El Ministro de Trabajo y Promoción Social, mediante Resolución Ministerial, reconoce a los representantes de los empleadores y asegurados, elegidos conforme al reglamento de la presente Ley.

6.3 El cargo de miembro del Consejo Directivo es incompatible con el desempeño de cualquier función en el ESSALUD, salvo la de Presidente Ejecutivo. Mediante reglamento se establecerán los demás impedimentos para ejercer el cargo, así como las causales de vacancia.

#### Artículo 7°.- Competencias del Consejo Directivo

Compete al Consejo Directivo:

- a) Dictar las políticas y lineamientos institucionales, en concordancia con la Política Nacional de Salud;
- b) Aprobar el Balance General y la Memoria Anual así como el Presupuesto Anual que presenta el Presidente Ejecutivo, y disponer su remisión a las entidades correspondientes, así como la respectiva publicación;
- c) Proponer a través del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, la modificación de la tasa de aportación y del porcentaje de crédito del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo al estudio financiero actual y emitir opinión técnica sobre dichas modificaciones;
- d) Proponer al Ministerio de Trabajo y Promoción Social los proyectos de normas legales relacionadas con el ámbito de competencia del ESSALUD;
- e) Dictar disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados;
- f) Fijar las dietas de los Consejeros por asistencia a sesión, de acuerdo a las normas legales vigentes; y,
- g) Otras que le confiera la presente Ley y otras normas legales.

#### Artículo 8°.- Competencia del Presidente Ejecutivo.

El Presidente Ejecutivo es la más alta autoridad ejecutiva del ESSALUD y titular del pliego presupuestal. Compete:

- a) Ejercer la representación institucional del ESSALUD;
- b) Organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la institución;
- c) Aprobar la estructura orgánica y funcional del ESSALUD;
- d) Aprobar el Reglamento de Organización y Función del ESSALUD y los demás reglamentos internos;
- e) Convocar al Consejo Directivo y presidirlo;
- f) Presentar al Consejo Directivo, el Presupuesto Anual, el Balance General y la Memoria Anual para su aprobación;
- g) Conducir las relaciones del ESSALUD con los Poderes del Estado y organismos públicos y privados, nacionales del exterior;
- h) Designar y remover al Gerente General, dando cuenta al Consejo Directivo, y designar al personal de dirección y de confianza;
- i) Celebrar convenios de cooperación técnica o de cualquier otra índole, con entidades nacionales o extranjeras, previa autorización del Consejo Directivo; y,
- j) Las demás que le confiera la presente Ley y otras normas legales.

#### Artículo 9°.- Competencia del Gerente General

El Gerente General es el funcionario que ocupa el más alto cargo administrativo del ESSALUD. Le compete:

- a) Ejercer la representación legal del ESSALUD;
- b) Dirigir el funcionamiento de la institución, emitir directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;
- c) Asistir a las reuniones del Consejo Directivo, con voto sin voto;
- d) Proporcionar al Presidente Ejecutivo la información y las propuestas necesarias para la adopción de los acuerdos del Consejo Directivo;
- e) Proponer y canalizar a la Presidencia Ejecutiva elementos de política y estrategias para el mejor funcionamiento de la institución;
- f) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos del Consejo Directivo y las resoluciones del Presidente Ejecutivo;
- g) Designar al personal de dirección y de confianza, de acuerdo a la delegación conferida por el Presidente Ejecutivo;
- h) Celebrar actos y contratos dentro de las condiciones, montos y plazos que establezca el reglamento respectivo que haya sido dispuesto por el Consejo Directivo y de acuerdo a las normas legales vigentes en la materia; y,
- i) Las demás que le confieran el Consejo Directivo, el Presidente Ejecutivo y los reglamentos internos.

#### Artículo 10°.- Organismo de Auditoría Interna

10.1 El órgano de Auditoría Interna integra el Sistema Nacional de Control. Tiene como finalidades contribuir al establecimiento de un sistema de control eficiente y eficaz en los órganos y dependencias del ESSALUD, verificar que sus operaciones se efectúen de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y formular recomendaciones para el óptimo funcionamiento.

10.2 Su titular es propuesto por el Presidente Ejecutivo al Consejo Directivo, a efectos que sea designado y removido de conformidad con la normatividad correspondiente dictada por la Contraloría General de la República.

## CAPITULO III

### DEL REGIMEN ECONOMICO Y FINANCIERO

#### Artículo 11°.- Recursos

11.1 Los recursos que administra ESSALUD, de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 12° de la Constitución Política del Perú, son intangibles y no pueden ser destinados a fines distintos a los de su creación, y se constituyen por:

- a) Los aportes o contribuciones de los afiliados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), incluyendo los intereses y multas provenientes de su recaudación;
- b) Sus reservas y el rendimiento de sus inversiones financieras;

c) Los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos;

d) Los ingresos por los seguros de riesgos humanos y las prestaciones de salud a no asegurados; y,

e) Los demás que adquiera con arreglo a Ley.

11.1 Dichos recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señale su reglamento, en el que se establecerán los correspondientes procedimientos administrativos.

11.2 El patrimonio administrado por ESSALUD no puede ser afectado a título gratuito ni oneroso, salvo autorización del Consejo Directivo con los requisitos y las limitaciones establecidos en el reglamento.

11.3 En caso de contingencias debidamente justificadas, que pongan en peligro el oportuno otorgamiento de prestaciones, podrá utilizarse los recursos administrados por ESSALUD para cubrir gastos imprevisibles entre los regímenes o fondos que administra, previa aprobación del Consejo Directivo. Las condiciones de cancelación de las obligaciones que se generen en estos casos, serán establecidas en el reglamento.

#### Artículo 12°.- Inversiones y reservas.

El ESSALUD tiene la obligación de resguardar el valor real del patrimonio que administra, de conservar el nivel mínimo de reservas que exige la Ley N° 26790, así como de utilizar sus recursos en montos que no comprometan el nivel mínimo de sus reservas exigibles.

#### Artículo 13°.- Balance, estados financieros y memoria del ejercicio económico.

El ESSALUD elabora anualmente el balance general, los estados financieros de los regímenes o fondos a su cargo y la memoria del ejercicio económico. Llevará cuentas separadas por cada régimen o fondo que administra, cubriéndose los egresos comunes en forma proporcional, conforme lo determine el reglamento.

#### Artículo 14°.- Pago de aportaciones

14.1 El pago de las aportaciones por los empleadores de los afiliados regulares es obligatorio. Su incumplimiento da lugar a la aplicación de los intereses y sanciones correspondientes.

14.2 La administración de las aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud se rige por el Código Tributario, de conformidad con lo dispuesto por la Norma II del Título Preliminar de dicho Código. La facultad de cobranza coactiva de las deudas al ESSALUD que no tengan naturaleza tributaria, se regirá por la Ley de Procedimiento de Ejecución Coactiva, Ley N° 26979. El ESSALUD puede delegar o conceder, en forma total o parcial, en entidades del Estado o privadas, las facultades que las normas legales le confieran respecto de la administración de las aportaciones, retribuciones, recargos, intereses, multas u otros adeudos.

14.3 Respecto de las primas, el ESSALUD efectúa las funciones de inscripción, recaudación y cobranza, conforme a las normas legales y a los contratos respectivos.

14.4 En casos excepcionales y debidamente justificados, puede establecerse modalidades de extinción de obligaciones distintas al pago en efectivo, adoptándose medidas cautelares para asegurar el cumplimiento de aquéllas.

14.5 La extinción de las obligaciones será con bienes o servicios que incrementen el patrimonio del ESSALUD y/o estén vinculados directamente con las prestaciones que éste otorga. Sus modalidades serán aprobadas por el Consejo Directivo.

14.6 Los Directores de Administración, o quienes hagan sus veces, de todas las entidades del Estado son solidariamente responsables con el correspondiente Titular del Pliego, de consignar en los respectivos presupuestos las partidas necesarias para el pago de las aportaciones al ESSALUD, así como de efectuar los abonos correspondientes dentro del plazo de ley.

14.7 La falta de pago oportuno de las aportaciones por los afiliados regulares no determina que aquellos dejen de percibir las prestaciones que les correspondan. En tales casos, el ESSALUD, utilizando la vía coactiva, repite contra el empleador o la entidad encargada del pago al pensionista, según corresponda, por las prestaciones otorgadas.

#### Artículo 15°.- Deber de informar.

15.1 Las personas naturales, las personas jurídicas del sector privado y las entidades del Estado están obligadas a proporcionar las facilidades e informaciones que les solicite el ESSALUD en el desempeño de sus funciones.

15.2 El ESSALUD sanciona a los empleadores que no se inscriben, no inscriben a sus trabajadores, presentan declaraciones falsas tendientes a que se otorguen prestaciones indebidas, o no proporcionen al ESSALUD los documentos e informaciones que éste les requiera. El reglamento norma su aplicación.

15.3 El asegurado que utilizando medios ilícitos percibiera beneficios que no le correspondan, es pasible de la sanción administrativa que establece el reglamento respectivo, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar.

## CAPITULO IV

### DEL REGIMEN DE PERSONAL

#### Artículo 16°.- Régimen laboral

16.1 El personal del ESSALUD se mantiene en el régimen laboral al que pertenece al momento de la promulgación de la presente Ley. Los trabajadores que pudieran incorporarse a la entidad, se sujetarán al régimen laboral de la actividad privada. Los trabajadores pertenecientes al régimen público podrán mantenerse en el mismo con los beneficios y obligaciones que ésta conlleve u optar por trasladarse al régimen privado con sujeción a las normas reglamentarias que se dicten al efecto.

16.2 El ESSALUD formula su escala salarial de conformidad con los lineamientos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Oficina de Instituciones y Organismos del Estado (OIOE).

16.3 La incorporación y promoción de los profesionales y técnicos de la salud a cargos asistenciales se hará a través del proceso de selección. El trabajo médico se regirá por las disposiciones del Decreto Legislativo N° 559.

### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

#### Primera.- Transferencia del Consejo de Vigilancia al Órgano de Auditoría Interna

Trasfírase el personal, los equipos e mobiliario y acervo documental del Consejo de Vigilancia al Órgano de Auditoría Interna, en el plazo máximo de treinta días a partir de la publicación de la presente Ley.

#### Segunda.- Período de Consejeros en ejercicio

La antigüedad en el cargo de quienes a la vigencia de la presente Ley integran el Consejo Directivo se considera a cuenta del período señalado en el Artículo 11 de la misma.

#### Tercera.- Transferencias a la Oficina de Normalización Previsional

Para la transferencia de inmuebles del ESSALUD a la Oficina de Normalización Previsional (ONP) por el traslado del patrimonio del Sistema Nacional de Pensiones, dispuesto por la Ley N° 25967, modificada por la Ley N° 26323, bastará la suscripción de un acta entre los representantes de ambas entidades. Esta transferencia será inscrita en la Oficina Registral de Lima y Callao y en las Oficinas Registrales de la Superintendencia Nacional de Registros Públicos, según corresponda, con la sola presentación de la mencionada acta, acompañada de los respectivos poderes.

El ESSALUD transferirá a la ONP el saldo de la reserva del Sistema Nacional de Pensiones, las reservas y obligaciones por prestaciones económicas del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de Decreto Ley N° 18846 y la administración de los pagos de las pensiones de los ex servidores del ESSALUD del régimen del Decreto Ley N° 20530, en concordancia con el Decreto de Urgencia N° 067-98.

#### Cuarta.- Desintegración funcional ESSALUD - Ministerio de Salud

El personal reasignado al ESSALUD como consecuencia de la integración funcional con el Ministerio de Salud, dispuesta por los Decretos Supremos N°s 022-86-SA y 04-87-SA, será transferido a su entidad de origen, conforme a la Ley N° 26743.

Las pensiones del personal mencionado en el párrafo anterior del régimen del Decreto Ley N° 20530, que se hubiesen reconocido con anterioridad a su transferencia al Ministerio de Salud, serán pagadas proporcionalmente por las referidas instituciones, en función del tiempo laborado en cada una de ellas. Lo mismo ocurrirá con el personal transferido que cese en el futuro; caso en el cual también se respetará la proporcionalidad en la provisión de recursos para las pensiones, de acuerdo al tiempo que hubiesen laborado para el Ministerio de Salud y para el ESSALUD.

El Ministerio de Salud y el ESSALUD, dentro de los 30 días siguientes a la publicación de la presente Ley, conformarán una Comisión bipartita que se encargará de adoptar los acuerdos relativos a la desintegración. La Comisión bipartita deberá concluir sus funciones en el plazo máximo de 180 días de constituida, bajo responsabilidad.

#### DISPOSICIONES FINALES Y DEROGATORIAS

##### Primera.- Efectos del cambio de denominación

Toda mención al Instituto Peruano de Seguridad Social-IPSS, en los dispositivos legales, normas administrativas, registros administrativos, así como en los actos y contratos en general, se entenderá referida al Seguro Social de Salud (ESSALUD) sin necesidad de trámite o de procedimiento adicional alguno.

Tratándose de los registros que conforman el Sistema Nacional de los Registros Públicos, el cambio de denominación a que se refiere el párrafo anterior requerirá de asiento modificatorio, el que será extendido por el registrador, a solicitud del Seguro Social de Salud (ESSALUD), sin costo alguno dentro del plazo máximo de un año. Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos y el Seguro Social de Salud (ESSALUD) establecerán las coordinaciones y celebrarán los convenios que sean necesarios.

##### Segunda.- Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud

Sustitúyase toda mención al "Seguro Social de Salud" en la Ley N° 26790 y normas complementarias, por "Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud".

##### Tercera.- Normas supletorias

En todo lo no previsto en la presente Ley regirá la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus normas reglamentarias, modificatorias y conexas.

##### Cuarta.- Reglamentación

El Poder Ejecutivo dictará las normas reglamentarias que se requieran para el cumplimiento de la presente Ley en un plazo máximo de 60 días.

##### Quinta.- Normas derogadas

Deróganse la Ley N° 24786, el Decreto Ley N° 25636 y el Decreto Ley N° 20808, así como todas las demás disposiciones que se opongan a la presente Ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintiocho días del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.

RICARDO MARCENARO FRERS  
Presidente a.i. del Congreso de la República

CARLOS BLANCO OROPEZA  
Segundo Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL  
DE LA REPUBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintinueve días del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional de la República

VICTOR JOY WAY ROJAS  
Presidente del Consejo de Ministros

JORGE MUFARECH NEMI  
Ministro de Trabajo y Promoción Social

1442

RESOLUCION DEL CONGRESO DE  
LA REPUBLICA  
N° 015-98-99/CR

RICARDO MARCENARO FRERS  
PRESIDENTE A.I. DEL CONGRESO DE LA  
REPUBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA,  
HA DADO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN

### MODIFICACION DEL ARTICULO 35º DEL REGLAMENTO DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA

#### Artículo 1º.- Objeto de la Resolución

Modifícase el inciso a) del Artículo 35º del Reglamento del Congreso de la República, de la siguiente manera:

"a) Comisiones Ordinarias; encargadas del estudio y dictamen de los asuntos ordinarios de la Agenda del Congreso, con prioridad en la función legislativa y de fiscalización. El Presidente del Congreso, en coordinación con los Grupos Parlamentarios o previa consulta al Consejo Directivo del Congreso, propone el número de Comisiones Ordinarias teniendo en cuenta a la Estructura del Estado. Sin embargo, deben conformarse por lo menos las Comisiones Ordinarias:

1. Acusaciones Constitucionales.
2. Agraria.
3. Ambiente, Ecología y Amazonia.
4. Asuntos Indígenas.
5. Ciencia y Tecnología.
6. Contra el Abuso de Autoridad.
7. Constitución.
8. Defensa Nacional, Orden Interno e Inteligencia.
9. Derechos Humanos y Pacificación.
10. Descentralización.
11. Economía.
12. Educación y Cultura.
13. Energía, Minas y Pesquería.
14. Fiscalización.
15. Industria, Comercio y Servicios.
16. Infraestructura y Transporte.
17. Justicia.
18. Mujer, Desarrollo Humano y Deportes.
19. Pequeña y Microempresa.
20. Presupuesto.
21. Reforma de Códigos.
22. Revisora de la Cuenta General de la República.
23. Relaciones Exteriores.
24. Simplificación Legislativa y Reglamentaria del Congreso.
25. Salud, Población y Familia.
26. Trabajo y Seguridad Social.
27. Turismo y Telecomunicaciones."

#### Artículo 2º.- Vigencia.

La presente Resolución del Congreso de la República entrará en vigencia a partir de la Primera Legislatura Ordinaria de 1999.

Comuníquese, publíquese y archívese

Dada en el recinto del Congreso de la República, a los veintinueve días del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.

RICARDO MARCENARO FRERS  
Presidente a.i. del Congreso de la República

CARLOS BLANCO OROPEZA  
Segundo Vicepresidente del  
Congreso de la República

1256

## PRES

Autorizan viaje de funcionarios del  
PRONAP y FONCODES al Japón, en  
comisión de servicios

RESOLUCION SUPREMA  
N° 022-99-PRES

Lima, 28 de enero de 1999

dados por la Dirección General de Salud Ambiental, según detalle:

- Pasajes	US\$ 973.78
- Viáticos	US\$ 1,100.00
- Uso de Aeropuerto	US\$ 25.00

3°. La presente resolución no dará derecho a exoneraciones aduaneras de ninguna clase o denominación.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Ing. Alberto Fujimori  
Presidente Constitucional de la República

ALEJANDRO AGUIÑAGA RECUENCO  
Ministro de Salud

5487

## TRABAJO Y PROMOCION SOCIAL

### Aprueban el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud

DECRETO SUPREMO  
N° 002-99-TR

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que por Ley N° 27056, se creó el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través de diversas prestaciones que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, de conformidad con lo dispuesto en la Cuarta Disposición Final y Derogatoria de la citada ley, se faculta al Poder Ejecutivo para dictar las normas reglamentarias que se requieran para su cumplimiento;

De conformidad con lo previsto en el inciso 8) del Artículo 118° de la Constitución Política del Perú y Decreto Legislativo N° 560, Ley del Poder Ejecutivo;

DECRETA

Artículo 1°. Aprobar el adjunto Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que consta de seis Capítulos, treinta y tres artículos, dos Disposiciones Transitorias y tres Disposiciones Finales.

Artículo 2°. El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y Ministro de Economía y Finanzas y por el Ministro de Trabajo y Promoción Social.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintiséis días del mes de abril de mil novecientos noventa y nueve.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI  
Presidente Constitucional de la República

VICTOR JOY WAY ROJAS  
Presidente del Consejo de Ministros y  
Ministro de Economía y Finanzas

PEDRO FLORES POLO  
Ministro de Trabajo y Promoción Social

REGLAMENTO DE LA LEY  
N° 27056 - LEY DE CREACION DEL  
SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

#### CAPITULO I

#### LA PERSONA, DEFINICIONES, OBJETO Y FUNCIONES

Artículo 1°. La Persona Jurídica  
El Seguro Social de Salud, que también podrá identificarse por las siglas ESSALUD, es un organismo público descen-

tralizado del Sector Trabajo y Promoción Social, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Constituye pliego presupuestal independiente del Volumen 05 del Presupuesto General de la República.

#### Artículo 2°. Definiciones

Para la aplicación del presente reglamento se entiende por:

a) ESSALUD, al Seguro Social de Salud, en su calidad de titular responsable de la administración del Régimen Contributivo de la Seguridad Social de Salud;

b) Ley, a la Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD;

c) Prestaciones, son las contenidas en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley N° 26790, su reglamento, la Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD - Ley N° 27056, el presente reglamento y normas complementarias;

d) Asegurado, es el beneficiario directo de los servicios y beneficios de ESSALUD, de acuerdo con los requisitos exigidos y los derechos otorgados por la ley, la definición establecida en el reglamento de la Ley N° 26790, el Decreto Supremo N° 009-97-SA, el presente reglamento y normas complementarias;

e) Contribuciones, son los pagos de carácter mensual por afiliación y mantenimiento de cobertura del asegurado regular y corren por cuenta de la entidad empleadora;

f) Aportes, es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de salud contratado;

g) Derechohabiente, es el beneficiario directo y legal del asegurado, en su calidad de cónyuge o conviviente o sus hijos, según definición del Art. 30° del reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por D.S. N°009-97-SA;

h) Oferta Fija, es la que se brinda a través de los hospitales y establecimientos asistenciales de ESSALUD;

i) Oferta Flexible, es la que se brinda en los centros asistenciales de los Organos Desconcentrados a través de Programas de Especialidades y fuera de los hospitales a través de los Policlínicos Itinerantes, Hospitales de Campaña, PADOMI, Servicios Contratados y A36 ESSALUD;

j) Rehabilitación para el Trabajo, es el proceso de integración socio-laboral de las personas con discapacidades físicas y/o mentales;

k) Proyección, es la ejecución de la acción institucionalizada orientada a las necesidades y demandas de los sectores comprendidos en el Artículo 4° de la ley; y,

l) Ayuda Social, son las acciones organizadas de asistencia social dirigidas a personas o grupos que se encuentran en situación de emergencia.

#### Artículo 3°. Objeto

ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de Prestaciones de Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, Prestaciones Económicas y Prestaciones Sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros en riesgos humanos.

ESSALUD, así mismo tiene la facultad para realizar directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos convenios suscritos para el efecto.

#### Artículo 4°. La Seguridad Social en Salud y su ámbito

El ámbito de aplicación de ESSALUD comprende:

a) A los trabajadores que realizan actividades dependientes considerándose como tales a aquellos involucrados en el Artículo 5° de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral y sus derechohabientes;

b) A los trabajadores que realizan actividades independientes y sus derechohabientes;

c) A los grupos a los que se refieren los incisos, desde el c) al o) del Artículo 4° de la Ley N° 27056;

d) Otros que pueden ser comprendidos en su ámbito, por acuerdo del Consejo Directivo.

#### Artículo 5°. Incorporación Tecnológica

ESSALUD, en la adquisición de bienes y servicios destinados a la atención de los servicios que otorga, establece políticas que prioricen la calidad total de todos los procesos, desarrollando una permanente incorporación de tecnología y avances científicos, con el fin de prestar al beneficiario un eficiente servicio.

El Plan Anual de Adquisiciones que desarrolla ESSALUD, en aplicación del Artículo 7° de la Ley N° 26850, deberá asegurar la implementación de estas políticas.

**Artículo 6°.- Registros**  
Es responsabilidad de ESSALUD, mantener un registro actualizado de entidades empleadoras, asegurados y beneficiarios, a través de los medios tecnológicos adecuados, pudiendo delegar la operatividad de este registro en entidades públicas o privadas, de acuerdo con la normatividad legal vigente.

**Artículo 7°.- Programas Especiales**  
ESSALUD desarrolla programas especiales de integración socio familiar, salud complementaria, programas de prevención de discapacidad, promoción del arte y la cultura. Así mismo implantará programas lúdico terapéutico y de terapia ocupacional, dirigidos al adulto mayor y a las personas con discapacidad físico y/o mental en búsqueda de su integración sociolaboral.

**Artículo 8°.- Programas para Discapacitados**  
ESSALUD desarrolla programas orientados a la rehabilitación para el trabajo, en un proceso de integración sociolaboral a las personas que sufren discapacidad física o mental que se encuentren en desventaja social, así como para la prevención de la discapacidad física y mental en edad productiva.

## CAPITULO II

### DE LA ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

**Artículo 9°.- Consejo Directivo**  
El Consejo Directivo es el órgano de dirección de ESSALUD. Establece la política institucional y supervisa la aplicación de ésta.

El Consejo Directivo está integrado por nueve miembros, que se denominan Consejeros:

- Tres representantes del Estado, uno de los cuales lo presidirá, debiendo ser uno de los tres un profesional de la salud propuesto por el Ministro de Salud. Dichos representantes serán designados por Resolución Suprema del Sector Trabajo y Promoción Social.

- Tres representantes de los empleadores, elegidos por cada uno de los gremios empresariales representativos de los grandes, medianos y pequeños y microempresarios, cuya representatividad deberá ser acreditada ante el Ministerio de Trabajo y Promoción Social; y,

- Tres representantes de los asegurados, propuestos por cada uno de los siguientes regímenes:

- Uno en representación de los trabajadores del régimen laboral público;
- Uno en representación de los trabajadores del régimen laboral privado; y,
- Uno en representación de los pensionistas.

cuya representatividad deberá ser acreditada ante el Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

El reconocimiento de los miembros del Consejo Directivo que representan a los asegurados y a los empleadores se efectuará mediante Resolución Ministerial del Sector entre las propuestas alcanzadas por cada una de las organizaciones representativas.

**Artículo 10°.- Vigencia del Mandato de los miembros del Consejo Directivo**

El mandato de los miembros del Consejo Directivo, es de dos años, contados a partir de la fecha de su respectiva designación.

Los miembros del Consejo Directivo podrán ser designados solo por un periodo adicional.

Cada Consejero tiene derecho a un voto. De producirse empate en la adopción de un acuerdo del Consejo Directivo, el Presidente Ejecutivo, tiene además de su voto, voto dirimente.

El quórum en las sesiones del Consejo Directivo será de cinco miembros y los acuerdos se adoptarán por mayoría simple de votos de los asistentes.

Los Consejeros son responsables solidarios de los acuerdos que se adopten, salvo que hagan constar en actas su voto en contra.

**Artículo 11°.- Impedimentos para ser miembro del Consejo Directivo**

a) Tener participación directa o indirecta en el capital, patrimonio o conducción de empresa o cualquier entidad que celebre contratos con ESSALUD, excepto que se trate de entidades del Estado.

b) Tener cargo de director, asesor, funcionario o empleado de las entidades a que se refiere el inciso anterior.

c) Los que tengan pleito pendiente con ESSALUD o con la entidad de la seguridad social que le precedió, o sean sus representantes o sean deudores de éstas;

d) Haber sido declarado en insolvencia o quiebra como persona natural o haber sido director o gerente de una persona jurídica declarada en insolvencia o quiebra, aunque se hubiere sobreesido el procedimiento respectivo.

e) Haber sido condenado por la comisión de delito doloso.

f) Los parientes entre sí hasta el cuarto grado de consanguinidad o hasta el segundo de afinidad;

g) Ser empleado de ESSALUD, excepto el Presidente Ejecutivo;

h) Los demás impedidos por ley.

**Artículo 12°.- Vacancia del cargo de Consejero**

El cargo de miembro del Consejo Directivo vaca por:

a) Vencimiento del plazo establecido para el ejercicio del cargo;

b) Aceptación de la renuncia por Resolución Suprema o Ministerial, según corresponda;

c) Inasistencias injustificadas a tres sesiones consecutivas o alternadas en un período de tres meses;

d) Impedimento legal sobreviniente;

e) Enfermedad física o mental que inhabilite para el ejercicio del cargo;

f) Muerte.

**Artículo 13°.- Vicepresidencia del Consejo Directivo**

El Vicepresidente del Consejo Directivo será uno de los representantes del Estado elegido entre ellos.

El Vicepresidente reemplaza al Presidente Ejecutivo en el ejercicio de las funciones de la Presidencia de las sesiones del Consejo Directivo con las atribuciones propias de aquél, en los casos de ausencia o impedimento.

**Artículo 14°.- El Consejo Directivo, sus competencias**

Las funciones y competencias del Consejo Directivo, son las estipuladas en el Artículo 7° de la Ley.

**Artículo 15°.- El Titular del Pliego**

El Presidente Ejecutivo es la más alta autoridad ejecutiva de ESSALUD y es Titular del Pliego Presupuestal. Desempeña sus labores a tiempo completo. Tiene relación laboral con ESSALUD y no percibe dietas por asistencia a sesiones del Consejo Directivo.

Los demás miembros del Consejo Directivo perciben dietas por asistencia a las sesiones del referido órgano, conforme a las disposiciones de la materia.

**Artículo 16°.- El Presidente Ejecutivo, sus competencias**

Las funciones y competencias del Presidente Ejecutivo son las establecidas en el Artículo 8° de la Ley.

**Artículo 17°.- El Gerente General, sus competencias**

El Gerente General es el funcionario que ocupa el más alto cargo administrativo y le competen las funciones establecidas en el Artículo 9° de la Ley, debiendo ser un profesional de primer nivel con estudios adicionales y/o experiencias en áreas de salud.

**Artículo 18°.- Órgano de Auditoría Interna**

Es un órgano que conforma el Sistema Nacional de Control y tiene por finalidad contribuir al establecimiento de un sistema de control eficiente y eficaz, verificando que las operaciones de ESSALUD se efectúen en concordancia con las normas y procedimientos vigentes, formulando recomendaciones oportunas para su óptimo desarrollo. Debiendo realizarse una compulsión de gestión y una auditoría de gestión al año.

Dicho órgano de auditoría interna de ESSALUD, está a cargo de un jefe de oficina con rango de Gerente Central.

## CAPITULO III

### DE LAS CONTRIBUCIONES

**Artículo 19°.- De las Contribuciones**

Las contribuciones son las siguientes:

a) Para el caso de los afiliados regulares en actividad, su contribución se realiza conforme a lo establecido en los Artículos 3° y 6° de la Ley N° 26790 y el Capítulo V de su reglamento, aprobado por D.S. N° 009-97-SA.

b) Para el caso de afiliados regulares pensionistas, su contribución equivale al 4% de la pensión y es de cargo del pensionista, siendo responsabilidad en su caso de la entidad empleadora, de la ONP, de la AFP, su afiliación, la retención, declaración y pago a ESSALUD.

c) Para el caso de los afiliados potestativos, su aporte es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.

de incumplimiento de contribución, cuando la entidad empleadora incumpla la obligación de pago de la contribución y ocurra un siniestro, ESSALUD deberá cubrirlo, pero tendrá derecho a repetir contra el empleador el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

#### CAPITULO IV DE LAS PRESTACIONES

##### Artículo 20°.- Prestaciones de Salud

Las Prestaciones de Salud, que otorga ESSALUD a los asegurados regulares son, la Prevención, Promoción y Recuperación.

Las Prestaciones de Salud se brindan mediante oferta fija y oferta flexible, esta última determinada por la demanda insatisfecha y sus incrementos no previstos por los órganos desconcentrados.

Las Prestaciones Preventivas y Promocionales son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de los asegurados, minimizando los riesgos de su deterioro.

Las coberturas que se otorguen a los asegurados potestativos están sujetas al Plan de Beneficios elegido.

Las poblaciones afectadas por siniestros o catástrofes; las personas con discapacidad física o mental; las que carecen de ingresos; las que sufren pena privativa de libertad; las que prestan servicios voluntarios no remunerados a favor de la comunidad, incluyendo a quienes integran organizaciones sociales que brindan apoyo a la población de escasos recursos y la demás población no asegurada, son beneficiarias de las prestaciones a través de los programas de proyección a la comunidad mediante la suscripción de convenios con los Poderes Públicos, organismos, instituciones y reparticiones del Estado, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos presupuestos.

Las Prestaciones de Salud a los escolares, universitarios y estudiantes de institutos superiores no universitarios; a los extranjeros que ingresan al país en calidad de turistas y a las personas dedicadas exclusivamente a las tareas de su hogar; se otorgan mediante convenios con los Ministerios de Educación y Salud, Universidades Nacionales y demás órganos competentes del Estado, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos presupuestos, de ser el caso.

Si el asegurado o beneficiario se encuentra en el período de latencia y adquiere la calidad de asegurado regular o potestativo, no se aplicará el período de carencia, por lo que continuará con el goce de las prestaciones que le corresponden, o al plan elegido, respectivamente.

Mediante Resoluciones de la Presidencia Ejecutiva, ESSALUD establecerá los procesos mediante los cuales se realizará la inscripción y registro de las personas incluidas en los grupos poblacionales referidos en el presente artículo.

##### Artículo 21°.- Prestaciones de Bienestar y Promoción Social

Las Prestaciones de Bienestar y Promoción Social comprenden actividades de proyección, ayuda social y rehabilitación para el trabajo, orientadas a satisfacer las demandas complementarias de salud, especialmente de la población asegurada adulta mayor o con discapacidad.

ESSALUD desarrolla acciones de Bienestar y Promoción Social orientadas a elevar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad, comprendiendo su protección, educación y desarrollo social.

ESSALUD podrá establecer otros programas de extensión social a favor de otros grupos de la población asegurada, tal como se refiere el Artículo 19°, inciso d) del presente reglamento.

##### Artículo 22°.- Prestaciones Económicas

Las Prestaciones Económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, dentro de los límites establecidos en la propia normatividad que les rige para su otorgamiento.

##### Artículo 23°.- Seguros de Riesgos Humanos

Los Seguros de Riesgos Humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación, pueden contener una o más prestaciones señaladas en el Artículo 3° de la Ley y otras prestaciones adicionales destinadas a cubrir los riesgos de muerte, accidente, desempleo o incapacidad temporal, sustentados a través de los estudios técnicos respectivos aprobados por Presidencia Ejecutiva.

ESSALUD se encuentra facultado a suscribir los contratos de servicios complementarios de coaseguro o reaseguro en el país o en el extranjero que resulten necesarios para los seguros de riesgos humanos.

ESSALUD está facultado a ofrecer seguros de riesgos humanos a través de agentes o corredores de seguros debidamente autorizados por la Superintendencia de Banca y Seguros, únicamente en los siguientes contratos:

- a) Seguros Potestativos;
- b) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo; y,
- c) Otros que contengan coberturas adicionales al Seguro Regular o Seguros Potestativos.

#### CAPITULO V

#### DEL REGIMEN ECONOMICO Y FINANCIERO

##### Artículo 24°.- Aplicación de Recursos - Responsabilidad

Los recursos que administra ESSALUD, son fondos intangibles de conformidad con el Artículo 12° de la Constitución Política del Perú; inclusive, los bienes patrimoniales adquiridos afectando los recursos del mencionado fondo. Dichos recursos no pueden ser aplicados a fines distintos a los de su creación. Su administración se rige por el Presupuesto Anual a que hace referencia el inciso b) del Artículo 7° de la Ley.

##### Artículo 25°.- Afectación de Patrimonio

El patrimonio de ESSALUD no puede ser afectado a título gratuito ni oneroso, salvo en operaciones que apruebe el Consejo Directivo.

##### Artículo 26°.- Inversiones Reales y Financieras

Las inversiones reales sólo podrán efectuarse cuando cuenten con el debido respaldo de estudios técnicos realizados sobre la base de los lineamientos de las políticas de Inversiones de ESSALUD.

Las inversiones financieras, se realizarán conforme a los lineamientos que establezca la política de inversiones sobre la base de criterios de rentabilidad, riesgo y equilibrio financiero.

##### Artículo 27°.- Cancelación de Obligaciones entre los Regímenes Administrados

Las condiciones de cancelación de las obligaciones que se generen entre regímenes o fondos que administra ESSALUD, como consecuencia de la utilización de recursos a que se refiere el Artículo 11.3 de la Ley, deberán ser aprobadas por el Consejo Directivo a propuesta del Presidente Ejecutivo.

Las condiciones de cancelación deberán tener en consideración la naturaleza de la contingencia que generó tal utilización de recursos, sustentándose en un estudio técnico financiero elaborado por una comisión Ad Hoc nombrada por el Gerente General.

##### Artículo 28°.- Criterios para la Distribución de Egresos

A fin de distribuir los egresos comunes que se generen entre los distintos fondos o regímenes que administra ESSALUD, se deberán seguir los siguientes criterios:

a) Cada uno de los fondos o regímenes contribuirá anualmente con un porcentaje de sus ingresos a la constitución de un fondo común de administración, el cual tendrá como función asumir los egresos comunes de los distintos fondos o regímenes, dentro del marco del Presupuesto Anual consolidado de ESSALUD, aprobado conforme al inciso b) del Artículo 7° de la Ley.

b) Dicho porcentaje de contribución será determinado anualmente por el Consejo Directivo, como parte de sus funciones de aprobación del Presupuesto Anual y de sus Estados Financieros.

c) En caso de generarse un excedente neto en el resultado anual del fondo común de administración, el importe de mismo deberá ser revertido proporcionalmente a cada uno de los fondos o regímenes en función de sus contribuciones luego de establecidas las acreencias o deudas pendientes netas.

El importe del excedente neto mencionado en el párrafo anterior, podrá ser también utilizado como parte de pago de la contribución mencionada de cada uno de los fondos o regímenes, para el ejercicio siguiente.

##### Artículo 29°.- Balance, Estados Financieros y Memoria del Ejercicio Económico

ESSALUD elabora anualmente el balance general los estados financieros de los regímenes o fondos a su cargo y la memoria del ejercicio económico. Llevará cuentas separadas por el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y por los demás fondos o regímenes especiales que administra. Mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva se establecerá el procedimiento que se adoptará por cada ejercicio para cubrir los egresos comunes en forma proporcional.

Los estados financieros y el balance general serán auditados por una entidad auditora independiente, seleccionada de acuerdo con la legislación vigente.

**Artículo 30°. Sanción Administrativa al Empleador**

Las infracciones y sanciones aplicables a las entidades empleadoras mencionadas en el numeral 15.2 de la Ley, se rigen por el Código Tributario y demás disposiciones vigentes.

**Artículo 31°. Sanción Administrativa al Asegurado**

En aplicación del numeral 15.3 de la Ley, el asegurado que utilizando medios ilícitos percibe beneficios que no le corresponden, deberá cumplir con el reembolso de las prestaciones brutas y el abono de la multa correspondiente, y de ser el caso pasible de acciones civiles y penales, de acuerdo con lo que establezca el Consejo Directivo. ESSALUD ejerce la cobranza coactiva de las multas.

La persona que sin ser asegurado utiliza medios ilícitos para obtener prestaciones que no le corresponden, deberá reembolsar a ESSALUD el costo de los servicios recibidos sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

**Artículo 32°. Medios de Pago**

Para el pago de las prestaciones económicas a su cargo, así como la adquisición de bienes y servicios, ESSALUD podrá utilizar los medios físicos y electrónicos disponibles en el sistema financiero.

**CAPITULO VI****DEL REGIMEN DE PERSONAL****Artículo 33°. Régimen Inboral**

El régimen laboral de ESSALUD es el de la actividad privada. No procede incorporar a ESSALUD nuevos trabajadores con otro régimen laboral.

No obstante, para los actuales trabajadores de ESSALUD, se mantendrá vigente el régimen laboral al que pertenecían los trabajadores al momento de la promulgación de la ley. Los trabajadores pertenecientes al régimen público podrán permanecer en el mismo, con los beneficios y obligaciones que esta legislación les otorga u optar por trasladarse al régimen privado.

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

Primera.- El Ministerio de Trabajo y Promoción Social procederá a la designación de los integrantes del Consejo Directivo de ESSALUD dentro de los 45 días a la promulgación del presente reglamento.

En tanto dichos representantes sean designados, los actuales miembros del Consejo Directivo se mantendrán en sus funciones.

Segunda.- ESSALUD asume los activos, pasivos y el patrimonio del que fuera Instituto Peruano de Seguridad Social y constituye su obligación, brindar las Prestaciones de Salud, Bienestar y Promoción Social y Económicas que otorgaba el Instituto Peruano de Seguridad Social.

**DISPOSICIONES FINALES**

Primera.- Precísase que la prescripción de la acción de ESSALUD para exigir el pago de las primas correspondientes al Seguro Potestativo, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y Régimen Especial - Choferes Profesionales Independientes, así como el recupero del costo de las prestaciones de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 10° de la Ley N° 26790, se rigen por el Código Civil.

Segunda.- ESSALUD podrá elaborar reglamentos específicos sobre las Prestaciones de Salud, de Bienestar y Promoción Social y de las Económicas del Seguro Regular, Seguros Potestativos y del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Tercera.- Derógase las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en el presente reglamento.

5479

**Declaran que no ha lugar por improcedente paro comunicado por la CGTP para el 28 de abril**

**AUTO SUBDIRECTORAL**  
N° 103-99-DRTPSL-DPSC

Lima, 26 de abril de 1999

**VISTOS Y CONSIDERANDO:** Que, la Confederación General de Trabajadores del Perú - CGTP mediante carta de fecha 21 de abril último, recepcionada el 22 del presente mes con Registro N° 001300, comunica la realización de un paro

cívico nacional a materializarse el día 28 de abril del curso en demanda de 12 puntos que forman parte de plataforma que busca la solución de asuntos regístrales, restitución del canon y sobrecanon petrolero, minero, tal, entre otros; - Que, del análisis de la comunicación establece que la misma no se enmarca dentro de los alcances de la Ley de Relaciones Colectivas de Trabajo, Decreto N° 25593 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo 011-92-TR, no constituyendo por consiguiente una declaración de huelga; - Que, en consecuencia corresponde de no haber lugar por improcedente lo comunicado por la organización sindical en su carta recepcionada el 22 de abril de 1999. - Que, por las consideraciones expuestas y por las facultades conferidas a este Despacho mediante Decreto Supremo 001-93-TR;

**SE RESUELVE:**

Declarar no haber lugar por improcedente lo comunicado por la Confederación General de Trabajadores del Perú - CGTP en la carta que se señala en la parte considerativa presente auto, referida a la materialización de un paro nacional para el 28 de abril de 1999.

**HAGASE SABER.**

**PERCY MACEDA SALDARRIAGA**  
Subdirector de Inspecciones  
Ministerio de Trabajo y Promoción Social

5488

**MTC**

**Modifican las Normas Técnicas Factibilidad de Servicios y Documentos Proyecto del Título X del Reglamento Nacional de Construcciones**

**DECRETO SUPREMO**  
N° 012-99-MTC

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA****CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Ministerial N° 293-91 9600 del 23 de octubre de 1991 se aprobó el Índice de Normas Técnicas de Edificación del rubro Saneamiento con el Código S.100 al S.140 y S.200 al S.230, e incorporando al Reglamento Nacional de Construcciones las Normas Técnicas de Edificación S.100 "Infraestructura Sanitaria para Poblados Urbanos" y S.200 "Instalaciones Sanitarias para Edificios", quedando sin efecto las Normas Técnicas de Saneamiento establecidas en el Anexo de la Resolución Ministerial N° 962-78-VC-3500 del 21 de noviembre de 1978, los Artículos 3.II.I., 3.II.II., 3.II.V., 3.II.VI., 3.II.IX., 3.II.X. del I al Anexo al Título II así como el Título X del Reglamento Nacional de Construcciones;

Que, la Norma S.111 sobre **FACTIBILIDAD DE SERVICIOS** del Título X del Reglamento Nacional de Construcciones establece como requisito previo para el inicio de la elaboración del proyecto de infraestructura sanitaria la presentación, empresa u organismo responsable de la planificación, construcción y administración de los servicios de agua potable y alcantarillado de la zona, de una solicitud autorizada por el propietario del predio, acompañando entre otros documentos: copia simple del título de propiedad del terreno, resolución adjudicación, resolución de reconocimiento u otro documento que certifique la propiedad del terreno;

Que, asimismo, la Norma S.112 sobre **DOCUMENTOS DEL PROYECTO** señala que para la aprobación del proyecto de infraestructura sanitaria se requiere acompañar documentos similares;

Que, los requisitos necesarios para definir la provisión de servicios de agua potable y alcantarillado tienen por objeto que la empresa u organismo responsable reciba información sobre las características urbanísticas de la zona y físicas de los terrenos que requieren dichos servicios, para lo cual resulta necesario contar con información que determine la situación real de la ubicación de los lotes existentes, proyectados, la zonificación urbana asignada, la densidad urbana y otros elementos similares, pudiendo prescindir de aquellos requisitos no relacionados con dicha necesidad.

Que, es necesario eliminar los requisitos que no contribuyen a evaluar la factibilidad de servicios;

## **ANEXO N° 3**

*Fuente: Programa Médico de Marsh Perú S.A.*

### **SEGURO MEDICO FAMILIAR**

El Seguro Médico Familiar tiene por finalidad ayudar al asegurado a afrontar los desequilibrios económicos que ocasionan las atenciones médicas, ya sean estas ambulatorias u hospitalarias, teniendo amplia libertad de escoger su médico de confianza y/o clínica.

El seguro esta respaldado por El Pacífico Peruano Suiza Cía. de Seguros pudiendo utilizar los servicios de clínicas afiliadas o asumir los gastos en médicos particulares, solicitando luego su reembolso.

#### **Periodo de Carencia**

Para asegurados nuevos existe un periodo de espera de 30 días para hacer usos del seguro a excepción de los casos de Accidentes y Enfermedades como apéndice, infarto al miocardio, tensión testicular.

#### **Gastos cubiertos**

Se refiere a los pagos normales y razonables hechos por el titular y/o dependientes debido a un accidente o enfermedad amparadas por esta póliza, hasta los límites contratados específicamente en la Tabla de Beneficios.

Son cubiertos:

- Servicios Hospitalarios, incluyendo todos los gastos al 90%
- Servicios Ambulatorios en clínicas afiliadas al 100% con un pago previo por consulta de US\$ 15,
- si la cobertura se toma a reembolso esta se brinda al 80% con el pago del deducible trimestral.
- Cobertura para accidentes dentro de las 48 horas al 100%
- Servicio de Ambulancia al 100%
- Atención Médica a domicilio en caso de emergencias médicas y accidentales
- Prueba de Laboratorio y Exámenes Especializados
- Tratamiento Integral Oncológico
- Prótesis quirúrgicas
- Atención de Maternidad, incluyendo controles pre y post natales.

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**



## Como utilizar el servicio

### 1. **Hospitalización**

Comprende los gastos del titular y/o dependiente por concepto de cuarto diario, alimentación, honorarios médicos, intervención quirúrgica, radiografías y análisis de laboratorio, los cuales no podrán exceder el límite máximo contratado.

El Asegurado gozará del crédito ambulatorio en cualquier clínica afiliada a la solo presentación de su carnet, Solicitud de Beneficios y Carta de Garantía solicitada a las oficinas de Johnson & Higgins.

### 2. **Ambulatorio**

El programa brinda coberturas de Asistencia Médica de las siguientes formas:

#### **Reembolso**

Luego que el titular o dependiente cancele el total de los gastos, se reintegran los mismos, debiéndose presentar lo siguiente:

- Solicitud de Beneficios debidamente llenada por el médico tratante.
- Recibos por Honorarios Médicos, Facturas Originales o Boletas de Venta de Farmacias, con el respectivo recetario, Facturas de Laboratorios, con copia de los resultados de exámenes.

#### **Crédito**

Para los casos de atenciones Ambulatorias, el titular así como sus dependientes podrán gozar del crédito en cualquiera de las clínicas mencionadas en anexo a la sola presentación del carnet de asistencia médica, la Solicitud de Beneficios firmada por la persona responsable del Seguro Médico, debiendo cancelar a la clínica el deducible.

#### **Rehabilitación de Suma Asegurada**

En caso de agotar la cobertura máxima por alguna enfermedad el asegurado podrá solicitar la rehabilitación de la suma asegurada pagando una extra prima, pudiendo hacer uso del seguro en forma automática para otras enfermedades y para la enfermedad que agoto la cobertura después de un período de carencia de 90 días.

#### **Deducible y/o Coaseguro**

El deducible es el importe inicial y fijo que asume el titular por los gastos incurridos en tratamientos ambulatorios y/u hospitalarios, su aplicación es de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios.

El coaseguro es la participación del asegurado en el programa médico según porcentaje establecido en la Tabla de Beneficios.

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

## Beneficios Adicionales que se otorgan

### **Emergencia Accidental**

Cubre en forma global todos los gastos del asegurado como consecuencia de cualquier accidente. Llámese así únicamente a casos fortuitos (caídas, atropellos, luxaciones, quemaduras, etc.) siempre que no requieran hospitalización y que se atiendan dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente.

Los gastos serán cubiertos sin aplicación de deducible ni coaseguro.

### **Gastos de Maternidad**

Sólo podrán gozar de este beneficio la cónyuge o compañera permanente del trabajador asegurado, como dependiente, y la mujer clasificada como trabajadora, siempre que asegure a su cónyuge o compañero permanente o a titular sola que contrate su póliza bajo la condición del titular sola con maternidad.

Este beneficio cubre los gastos de cualquier forma de parto, sea normal, cesárea u otra complicación quirúrgica, incluyendo los gastos normales por el hijo por concepto de sala de bebés, medicinas y consultas médicas, mientras la madre se encuentre hospitalizada.

Su período de carencia es de 10 meses, a partir de la fecha de inscripción de la cónyuge.

### **Transporte por Evacuación**

Cubre los gastos de transporte por evacuación del paciente en caso de emergencia a un Centro Hospitalario y en caso de una enfermedad siempre y cuando el paciente se encuentre imposibilitado de trasladarse por sus propios medios físicos.

### **Sepelio**

Se reembolsa hasta el límite contratado todos los gastos por funeral en que se incurra, siempre y cuando el fallecimiento del asegurado sea a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

### **Gastos Oftalmológicos**

Están cubiertos los gastos por medición de vista al 100%, pudiéndose realizar en centros afiliados o a reembolso. Las enfermedades a la vista serán cubiertos como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso.

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

### **Gastos Odontológicos**

Tratamientos Cubiertos:

Odontograma

Endodoncias

Extracciones

Profilaxis

Radiografías

Curaciones

Este servicio puede cubrirse ya sea a reembolso o a crédito en centros afiliados, abonando el asegurado el deducible correspondiente.

### **Emergencia Médica Domiciliaria (Alerta Médica)**

Esta modalidad le asegura una rápida y eficiente solución a una crisis médica que pueda surgir a su alrededor, solo en caso de emergencias.

Para hacer uso de ella, se deberá llamar a los teléfonos 470-5000 y 470-7054 y proporcionar el número de credencial que figura en el carnet de asistencia médica, indicando que se encuentra asegurado con El Pacífico-Peruano Suiza.

El servicio es brindado las 24 horas del día, los 365 días del año.

### **Segunda Capa**

Se utiliza una vez agotado el Beneficio Máximo Inicial por una determinada enfermedad.

### **Que gastos no se cubren**

Ningún beneficio será pagadero bajo la presente póliza por cualquier gasto que se efectúe por lo siguiente:

- ◆ Enfermedades y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer y gastos derivados por causas relacionadas, así como enfermedades pre-existentes al inicio del seguro
- ◆ Curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente (Neurosis, Psicosis y todo tipo de tratamiento psiquiátrico).
- ◆ Cirugía estética para fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos sean cubiertos por la póliza.
- ◆ Cirugía plástica para condiciones pre-existentes. Los gastos por operación de fimosis o circuncisión, serán cubiertos únicamente dentro del Beneficio de Maternidad.
- ◆ Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y bebidas alcohólicas, así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

embriaguez del asegurado o bajo la influencia de drogas. En caso de accidente, junto al reclamo deberá presentarse el parte policial correspondiente.

- ◆ Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, terrorismo y los derivados de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- ◆ Lesiones producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, tales como suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
- ◆ Lesiones resultantes de la terapia de rayos X y radioterapia, radium o isótopo, aplicada sin la supervisión o disposición médica correspondiente.
- ◆ Gastos efectuados en el extranjero a excepción de los producidos como consecuencia de un accidente o enfermedad atendida bajo concepto de emergencia, y de los casos autorizados por la compañía por escrito, previa certificación del Colegio Médico Peruano. En tal caso se reconocerá los gastos según tarifas nacionales vigentes.
- ◆ Cuidados de enfermeras especiales a excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica siempre que exista autorización médica, así como gastos por concepto de sangre.
- ◆ Tratamiento por obesidad y/u operaciones de fertilización o esterilización y/o tratamientos anticonceptivos y/o preventivos, tales como uso de DIU y consecuencias de estos tratamientos.
- ◆ Gastos por concepto de medicinas consideradas como coadyuvantes al tratamiento del paciente y no directamente destinadas a tratar la enfermedad, vitaminas, ansiolíticos y vacunas preventivas.
- ◆ Gastos por hospitalización tales como: Jabón, papel higiénico, hoja de aletar, termómetro, etc.
- ◆ Tratamientos de Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida (SIDA) El síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el virus.
- ◆ Cambio de sexo
- ◆ Alopecia - Caída de cabello y Acné juvenil (se considera juvenil hasta los 20 años).
- ◆ Prácticas o carreras de automovilismo, motociclismo, alas delta, paracaidismo y otros deportes notoriamente peligrosos.
- ◆ Gastos oftalmológicos por adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o similares, ni las complicaciones resultantes del uso de los mismos, así como las operaciones que tiendan a la corrección de miopía y/o astigmatismo.

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

## TABLA DE BENEFICIOS

**BENEFICIO MAXIMO POR OCURRENCIA** **US\$ 10,000.00**

### **GASTOS CON HOSPITALIZACION**

DEDUCIBLE HOSPITALARIO UN DIA DE HAB.  
TODOS LOS GASTOS INCLUYENDO CUARTO 90%  
DIARIO AL  
ENFERMEDADES EPIDEMICAS 100%

### **GASTOS SIN HOSPITALIZACION**

#### **(AMBULATORIO)**

#### **CREDITO**

DEDUCIBLE POR CONSULTA 15.00  
EXCESO DEL DEDUCIBLE, CUBIERTO AL. 100%

#### **REEMBOLSO**

DEDUCIBLE TRIMESTRAL POR OCURRENCIA 50.00  
EXCESO DEL DEDUCIBLE CUBIERTO AL 80%

### **BENEFICIOS ADICIONALES:**

#### **TRANSPORTE POR EVACUACION**

AMBULANCIA AL 100%  
AVIACION 100%

SERVICIO ALERTA MEDICA 100%

EMERGENCIA POR ACCIDENTE (DURANTE 100%  
LAS PRIMERAS 48 HORAS)

SEPELIO 3,000.00

CHEQUEOS MEDICOS ANUALES AL 100%, 200.00  
HASTA (REEMBOLSO)

#### **MATERNIDAD**

PARTO NORMAL COMO HOSP  
ABORTO Y/O AMENAZA DE ABORTO COMO HOSP  
CESAREA O PARTO MULTIPLE U OTRAS COMO HOSP.  
COMPLICACIONES CON CIRUGIA ABDOMINAL  
CONTROL PRE-NATAL (9 CONSULTAS 1 ECO) COMO AMB  
CONTROL POST-NATAL (2 CONSULTAS) COMO AMB.

MEDICION DE VISTA, UNA VEZ AL AÑO 100%

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

**COBERTURA ODONTOLOGICA**

BENEFICIO ANUAL POR PERSONA	700.00
DEDUCIBLE POR PIEZA TRATADA	8.00
GASTOS CUBIERTOS AL	80%
(NO INCLUYE A LOS PADRES)	
COBERTURAS:	
ODONTOGRAMA	
ENDODONCIAS	
EXTRACCIONES	
PROFILAXIS	
RADIOGRAFÍAS	
CURACIONES	
CREDITO EN : LOS PINOS / CLIDENT	

**ENFERMEDADES ONCOLOGICAS**

BENEFICIO MAXIMO POR PERSONA AL 100%	25,000.00
PROTESIS QUIRURGICAS AL 80%. HASTA (NO CUBRE PROTESIS DENTALES)	1,000.00

**SEGUNDA CAPA DE COBERTURA**

15,000.00

*FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.*

**RELACION DE CLINICAS AFILIADAS PARA ATENCION  
DIRECTA EN AMBULATORIO Y HOSPITALIZACION  
El Pacífico-Peruano Suiza**

ANGLO AMERICANA	SAN ISIDRO	2213656
RICARDO PALMA	SAN ISIDRO	2242224
SAN BORJA	SAN BORJA	4753141
JAVIER PRADO	SAN ISIDRO	4402000
SAN PABLO	MONTERRICO	4378444
STELLA MARIS	PUEBLO LIBRE	4636666
SANTA TERESA	SURQUILLO	2212027
PADRE LUIS TEZZA	MONTERRICO	4356990
LOS PINOS	MIRAFLORES	4464103
MAISON DE SANTE	LIMA	4288245
MONTEFIORI	MONTERRICO	4375151
INTERNACIONAL	LIMA	4334306
VESALIO	SAN BORJA	4762426
VIRGEN DEL CARMEN	SAN ISIDRO	2213062
ALBERTO BARTON	CALLAO	4299555
SAN LUCAS	SAN BORJA	4762443
MATER DEI	SAN ISIDRO	4752928
INSTITUTO ONCOLOGICO DE LIMA	SAN BORJA	4759376
OFTALMICA INST. DE LA VISION	SAN BORJA	4768318
ALPHA VISION INST. DE LOS OJOS	SAN BORJA	4767779
CLINICA SAN FELIPE	JESUS MARIA	4630909
OMNIA VISION	SURCO	4492112
ALERTA MEDICA	LA VICTORIA	4705000
EL GOLF	SAN ISIDRO	2643302
SERVICIO MEDICO MIRAFLORES	MIRAFLORES	4223108

**SOLO PARA ATENCION HOSPITALARIA**

ITALIANA	SAN ISIDRO	4404000
ROSALIA LAVALLE	MIRAFLORES	4402800
MONTESUR	MONTERRICO	4363630
ADVENTISTA DE MIRAFLORES	MIRAFLORES	4459040
SAN BERNARDO	PUEBLO LIBRE	4673975
LIMATAMBO	SAN ISIDRO	4418681
SAN JOSE	CALLAO	4529747

**FUENTE: Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

### SERVICIO DE SEPELIO

FUNERARIA AGUSTIN MERINO	4719907
FUNERARIA ARMANDO TORRES	4712413
AGENCIA BOCANEGRA SERVICIOS FUNERARIOS S.R.L.	4717498

### CENTROS ODONTOLOGICOS

CLIDENT S.A.	SANTIAGO DE SURCO	4492967
LOS PINOS	MIRAFLORES	4464103
AMERICANO	SAN ISIDRO	4216323
INST. ODONTOLOGICO SANTA MARTHA	SAN ISIDRO	4211325
SERODONSA	LINCE	4225090
SANTA MARIA	MIRAFLORES	4473079
SAN PABLO	MONTEERRICO	4367350

### RELACION DE CLINICAS DE PROVINCIAS

CIUDAD	DIRECCION	REPRESENTANTES DE LA ASEGURADORA
<b>PIURA</b> MIRAFLORES INST. MEDICO SAN MIGUEL DE PIURA ROMA CLINICA SAN MIGUEL	LAS DALIAS A-12 AV. GRAU 1078-TELF. 322224  AV. LORETO 1139-1141 URB. CLUB GRAU TLF. 335913	SRA. MARTHA SAI AZAR MANUEL VILLAVICENCIA 219 (074-327811)
<b>CHICLAYO</b> CHICLAYO LAMBAYEQUE S.A. SANTA CECILIA CLINICA DEL PACIFICO	AV. STA. VICTORIA CDRA 3 VICENTE DE LA VEGA 415 AV. LUIS GONZALES 668 AV. J.L. ORTIZ 420	SR. MARCO VASQUEZ C. ELIAS AGUIRRE 830 OF. 501 (074-241726)

**FUENTE:** Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.



<b>CIUDAD</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>REPRESENTANTES DE LA ASEGURADORA</b>
<b><u>TRUJILLO</u></b> SANCHEZ FERRER PERUANO AMERICANO BELEN	LOS LAURELES 436 AV. MANSICHE 702 AV. BOLIVAR 350	SR. LUIS D. CHICHIZOLA JR. JUNIN 584 PISO 2-E (044-235041)
<b><u>CHIMBOTE</u></b> SAN CARLOS	VILLAVICENCIO 481	SR. ALEJANDRO FLORES V. MANUEL VILLAVICENCIO 219 (044-321921)
<b><u>ICA</u></b> SALINAS BALLON SANTA ROSA	SALAVERRY 150 CUTERVO 124	SR. ORESTES SALAZAR B. (034-233436)
<b><u>AREQUIPA</u></b> HOGAR DE LA MADRE STA. ELEN HORTENSIA ESPINOZA DE SALINAS	ES. BOLOGNESI PTE. GRAU OCTAVIO MUÑOZ NAJAR 238 AV. EL EJERCITO 1020	SR. ALBERTO MUÑOZ NAJAR PSJE. BELEN 107 VALLECITO (054-219201/054-212761)
<b><u>CUZCO</u></b> CLINICA DEL HOSPITAL REGIONAL HIPOLITO UNANUE S.R.L. CLINICA PAREDES	HOSPITAL REGIONAL HIPOLITO UNANUE 155- 157  CALLE LECHUGA 401	SR. ALVARO BELLIDO LLOSA MANCO CAPAC 1209 (084-228512)
<b><u>HUANCAYO</u></b> ORTEGA HUANCAYO RUHR S.A.	GENERAL MUÑIZ 1124 MOQUEGUA 235 HUANCA 269	SR. RICARDO NEIRA PROLONGACION PUNO 232
ADVENTISTA ANA STHAL CENTRO MEDICO NAVAL DE IQUITOS	CORONEL PORTILLO 285 CARRETERA DE LA MARINA S/N	SR. EVENCER TORRES YARAVI No. 653

**NOTA:**

EN LOS CASOS DE SOLICITAR CREDITO HOSPITALARIO PARA ALGUNA CLINICA U HOSPITAL QUE NO FIGURE EN LA RELACION ARRIBA DETALLADA, SE OTORGARA A TRAVES DE CARTA DE GARANTIA PREVIA PRESENTACION DEL PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE.

**FUENTE:** Programa Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.

PROGRAMA MEDICO  
**MEDIC VIDA INTERNACIONAL**  
 EL PACIFICO PERUANO SUIZA  
 POLIZA N° 911

<b>BENEFICIO MAXIMO POR VIDA POR PERSONA</b>	US\$ 2'000,000.00
Hasta cumplir los 75 años de edad	2'000,000.00
A partir de los 75 años de edad	300,000.00

**Gastos con Hospitalización**

- **Atención hospitalaria en el Perú**  
 Habitación, medicinas, honorarios médicos y servicios en general
  - Los primeros US\$ 5,000.00 al 90%
  - El exceso al 100%
  - Deducible hospitalario 1 día de habitación
  
- **Atención hospitalaria en el extranjero bajo el sistema de garantía por intermedio de nuestro representante**
  - Todos los gastos incluyendo habitación, medicinas, cuidados intensivos, honorarios médicos y servicios en general
  - Los primeros US\$ 20,000.00 al 90%
  - El exceso al 100%
  
- **Atención hospitalaria en el extranjero mediante reembolso de gastos**
  - Deducible por caso US\$ 1,000.00
  - Todos los gastos cubiertos al 80%
  - Habitación limitada a (por día) 500.00
  - Cuidados intensivos (por día) 1,000.00

**Gastos sin hospitalización** (tratamiento ambulatorio)

- **Con atención directa en clínicas afiliadas para este servicio (sólo en Perú)**
  - Todos los gastos cubiertos al 90%
  - Deducible por consulta 20.00
  
- **Con atención particular a reembolso**
  - Todos los gastos cubiertos al 80%
  - Deducible por consulta en el Perú 40.00
  - Deducible por tratamiento en el extranjero, cada 30 días 200.00

**Coberturas especiales**

- **Enfermedades oncológicas** con atención en el Perú al 100%  
 Las atenciones en el extranjero se cubren según condiciones normales de hospi.o ambul.
- **Transplante de órganos**, por vida hasta 250,000.00
- **Enfermedades congénitas** de recién nacidos, por vida hasta 50,000.00
- **Prótesis quirúrgicas**, por caso hasta 10,000.00
- **Sida**, diagnosticado después de 3 años de asegurado, por vida hasta 25,000.00

### **Beneficios adicionales**

- **Atención médica de emergencia en el extranjero** sólo con servicio designado, al 100% hasta US\$ 20,000.00
- **Atención médica de emergencia a domicilio** con "Plan Vital" (sólo en Lima) 100%
- **Gastos ambulatorios por accidentes** 100%
- **Transporte por emergencia** en avión o ambulancia local al 100% hasta 500.00
- **Gastos de sepelio** al 100% hasta 3,000.00
- **Ambulancia Aérea** con aprobación de la compañía hasta 25,000.00

### **Beneficio de maternidad con período de carencia de 10 meses**

- Parto normal 3,000.00
- Aborto o amenaza de aborto (máximo por embarazo) 3,000.00
- Complicaciones durante el embarazo (máximo por embarazo) 3,000.00
- Cesárea y/o parto múltiple o complicación con cirugía abdominal 4,000.00

### **Primas anuales al contado reajustables según edad alcanzada en cada renovación (incluye derecho de emisión e IGV).**

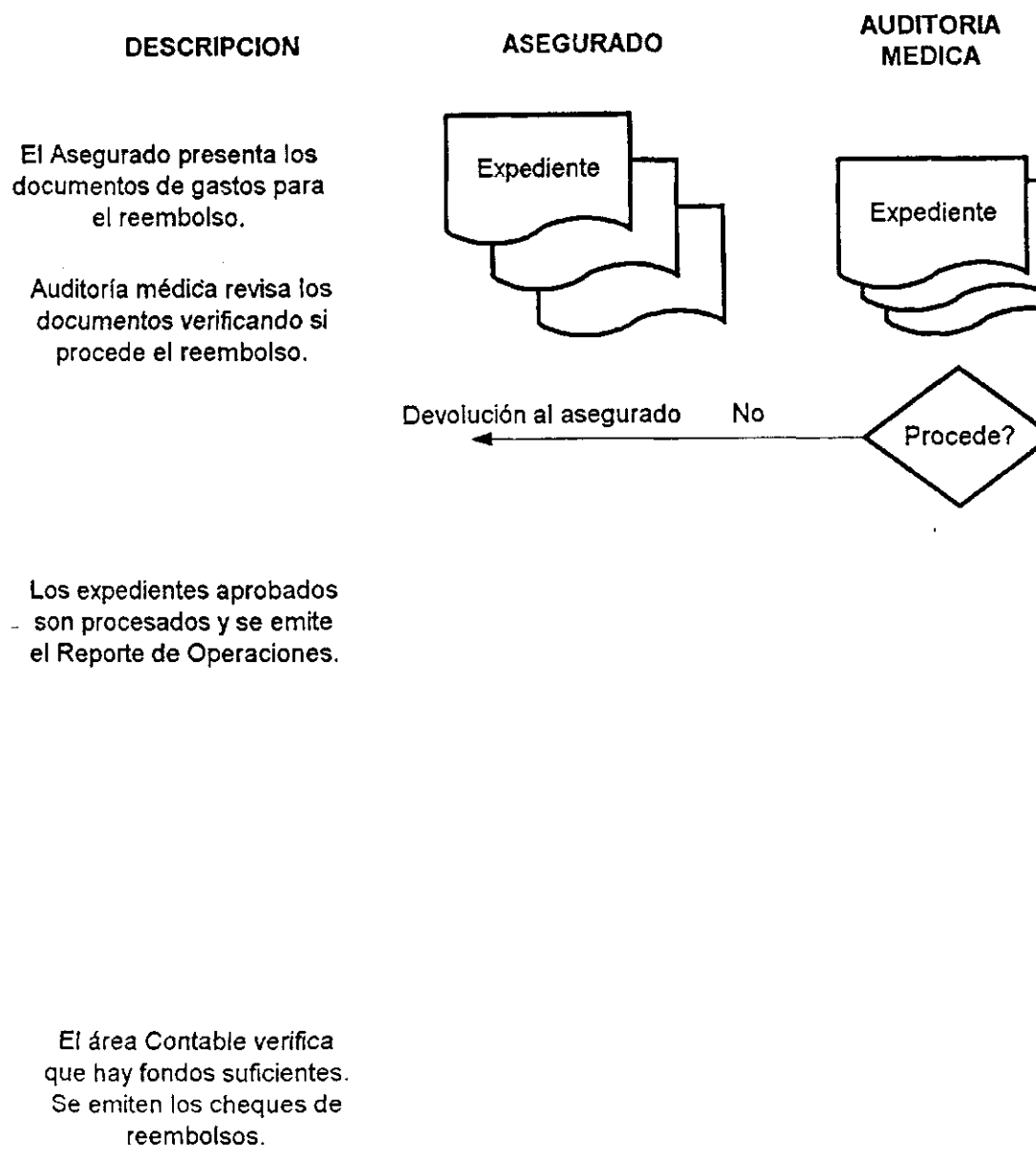
Adultos cada uno

Hasta 35 años	US\$ 679.00
De 36 a 40 años	728.00
De 41 a 45 años	909.00
De 46 a 50 años	1,050.00
De 51 a 55 años	1,262.00
De 56 a 60 años	1,526.00
De 61 a 65 (sólo renovaciones)	1,984.00
De 66 a más (sólo renovaciones)	2,976.00
Hijos dependientes bajo la misma póliza hasta los 25 años cada uno (ingreso hasta 23 años)	314.00

### **Descuentos por deducibles mayores:**

	Alternativa 1	Alternativa 2
Deducible	US\$ 5,000.00	US\$ 10,000.00
Descuento en la prima	25%	50%

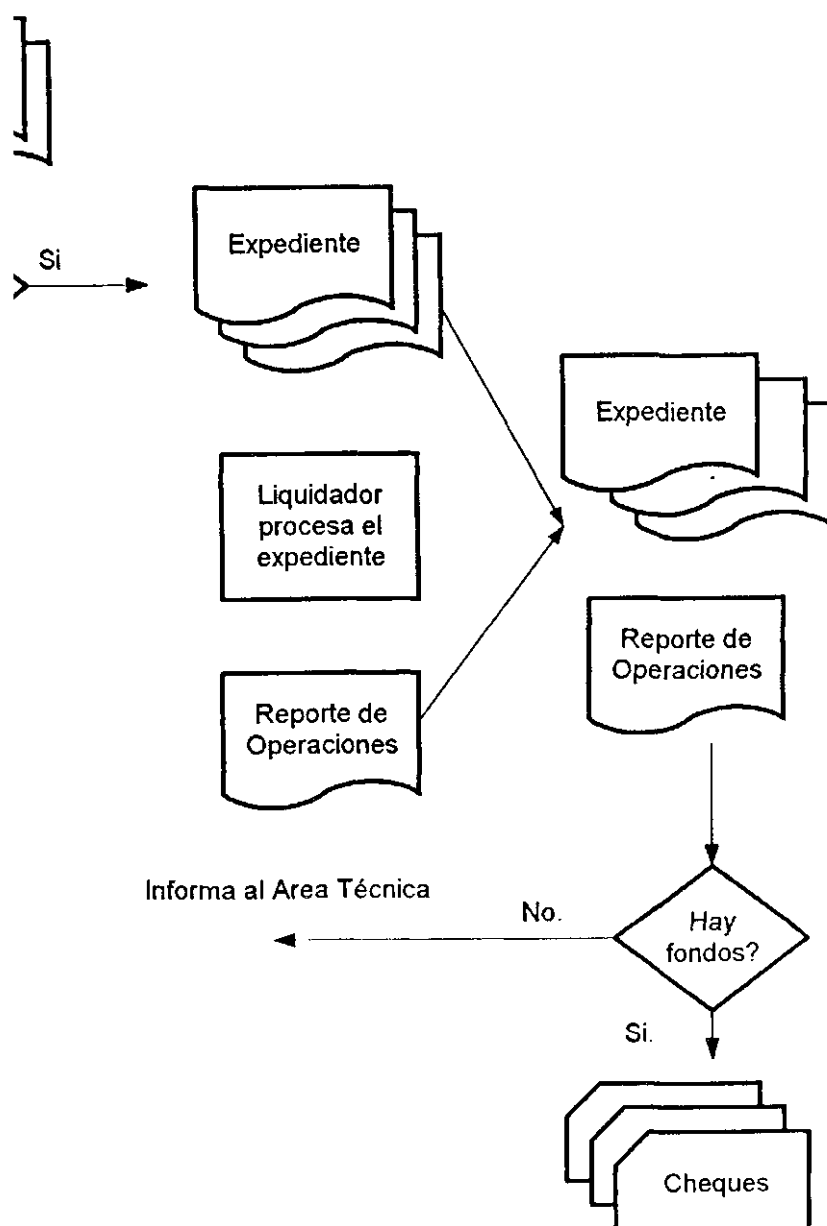
- Deducible adicional anual por enfermedad o accidente con hospitalización o ambulatorio y aplicable en todos los beneficios.



FUENTE: MARSSE PERU S.A.

LIQUIDADOR

CONTABILIDAD



## ANEXO N° 5

Fuente: Marsh (Perú) S.A.

PLAN DE CUENTAS - EMPRESA "ABC"

CUENTA	DESCRIPCION
10.0.0	CAJA Y BANCOS
10.1.0	Caja
10.1.01	Caja Nuevos Soles
10.1.02	Caja Dólar
10.2.0	Fondos Fijos
10.3.0	Remesas en Tránsito
10.4.0	Cuentas Corrientes
10.4.01	Banco de Crédito Cta. A
10.4.02	Banco Continental Cta. B
10.4.03	Banco Wiese Cta. C
10.4.04	Banco de Crédito Cta. Propia
10.5.0	Cuentas de Ahorros
10.5.01	Banco de Crédito - Dólares
10.5.02	Banco de Crédito - Nuevos Soles
10.6.0	Depósitos a Plazo
12.0.0	CLIENTES
12.1.0	Facturas por Cobrar
12.1.01	Facturas por Cobrar - Cliente A
12.1.02	Facturas por Cobrar - Cliente B
12.1.03	Facturas por Cobrar - Cliente C
12.1.04	Recupero Retenciones
12.1.04.01	Recupero Retenciones - Cliente A
12.1.04.02	Recupero Retenciones - Cliente B
12.1.04.03	Recupero Retenciones - Cliente C
12.2.0	Boletas de Venta por Cobrar
12.2.01	Servidores Cliente A
12.2.02	Servidores Cliente B
12.2.03	Servidores Cliente C
12.7.0	Anticipos
12.7.01	Anticipos Cliente A
12.7.02	Anticipos Cliente B
12.7.03	Anticipos Cliente C
12.7.04	Pagos en Exceso Clínica San Borja
12.7.05	Pagos en Exceso Clínica Ricardo Palma
12.7.06	Pagos en Exceso Clínica Angloamericana
12.8.0	Anticipos - Corrección Monetaria
12.9.0	Cobranza Dudosa
14.0.0	CUENTAS POR COBRAR ACCIONISTAS Y PERSONAL
14.1.0	Préstamos al Personal
14.2.0	Préstamos a Accionistas
16.0.0	CUENTAS POR COBRAR DIVERSAS
16.1.0	Préstamos a Terceros

16.2.0	Reclamos a Terceros
16.3.0	Intereses por Cobrar
16.4.0	Depósitos en Garantía
16.5.0	Otras Cuentas por cobrar
16.6.0	Cobranza Dudosa
19.0.0	PROVISIÓN PARA CUENTAS COBRANZA DUDOSA
19.1.0	Clientes
19.2.0	Cuentas por Cobrar diversas
31.0.0	VALORES
31.1.0	Acciones
31.2.0	Provisión Fluctuación Valores - Corrección Monetaria
31.3.0	Valores - Corrección Monetaria
31.4.0	Bonos Diversos
33.0.0	INMUEBLES, MAQUINARIA Y EQUIPO
33.3.0	Maquinaria y Equipo de Oficina
33.4.0	Unidades de Transporte
33.5.0	Muebles y Enseres
33.6.0	Equipos de Cómputo
33.7.0	Unidades por Recibir
33.8.0	Inm., Maq. y Equipo - Corrección Monetaria
34.0.0	INTANGIBLES
34.1.0	Software
34.8.0	Intangibles - Corrección Monetaria
38.0.0	CARGAS DIVERSAS
38.1.0	Intereses por devengar
38.2.0	Seguros pagados por adelantado
38.3.0	Alquileres pagados por adelantado
38.4.0	Entregas a Rendir Cuenta
38.5.0	Adelanto de remuneraciones
38.5.01	Adelanto de sueldos
38.5.02	Adelanto de vacaciones
38.6.0	Otras cargas diferidas
39.0.0	DEPRECIACIÓN Y AMORTIZACIÓN ACUMULADAS
39.3.0	Depreciación Maquinaria y Equipo de Oficina
39.4.0	Amortización Intangibles
39.5.0	Depreciación Muebles y Enseres
39.6.0	Depreciación Equipo de Cómputo
39.8.0	Depreciación acumulada - Corrección Monetaria
39.8.01	Inm., Maq. y Equipo - Corrección Monetaria
39.8.02	Intangibles - Corrección Monetaria
40.0.0	TRIBUTOS POR PAGAR
40.1.0	Gobierno Central
40.1.01	Impuesto General a las Ventas
40.1.02	Impuesto Extraordinario de Solidaridad
40.1.03	Impuesto a la Renta 3ª. Categoría
40.1.04	Impuesto a la Renta 4ª. Categoría
40.1.05	Impuesto a la Renta 5ª. Categoría
40.1.06	Impuesto Extraordinario a los Activos Netos

40.1.09	Otros Tributos
40.3.0	Contribuciones a Instituciones Públicas
40.3.01	Seguro Social - ESSALUD
40.3.02	Sistema Nacional de Pensiones
40.3.03	Sistema Privado de Pensiones
40.3.04	Gobierno local (Municipales)
40.8.0	Impuesto a la Renta - Corrección Monetaria
41.0.0	REMUNERACIONES Y PARTICIPACIONES POR PAGAR
41.1.0	Remuneraciones por pagar
41.2.0	Vacaciones por pagar
41.3.0	Participaciones por pagar
41.4.0	Gratificaciones por pagar
41.5.0	Honorarios por pagar
42.0.0	PROVEEDORES
42.1.0	Facturas por pagar
42.1.01	Reembolsos Cliente A
42.1.02	Reembolsos Cliente B
42.1.03	Reembolsos Cliente C
42.2.0	Anticipos otorgados
42.3.0	Letras o efectos por pagar
45.0.0	DIVIDENDOS POR PAGAR
45.1.0	Dividendos por pagar
46.0.0	CUENTAS POR PAGAR DIVERSAS
46.1.0	Préstamos de Terceros
46.2.0	Préstamos de Accionistas
46.3.0	Préstamos de afiliadas
46.6.0	Intereses por pagar
46.9.0	Otras cuentas por pagar diversas
47.0.0	BENEFICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
47.1.0	Compensación por Tiempo de Servicios
47.2.0	Adelanto Compensación por Tiempo de Servicios
48.0.0	PROVISIONES DIVERSAS
48.1.0	Provisiones varias
49.0.0	GANANCIAS DIFERIDAS
49.1.0	Ganancias diferidas
50.0.0	CAPITAL SOCIAL
50.1.0	Capital Social
50.2.0	Capitalización Reexpresión D. Leg. 627
50.8.0	Capital - Corrección Monetaria
58.0.0	RESERVAS
58.2.0	Reserva Legal
58.8.0	Reserva - Corrección Monetaria
58.9.0	Otras reservas
59.0.0	RESULTADOS ACUMULADOS
59.1.0	Utilidades no distribuidas



59.2.0	Pérdidas acumuladas
59.8.0	Resultado por Exposición a la Inflación
60.0.0	COMPRAS
60.1.0	Mercaderías
60.5.0	Envases y Embalajes
60.6.0	Suministros diversos
60.6.01	Impresos
60.6.02	Utiles de Oficina
60.6.03	Activo fijo menor a ¼ UIT
60.6.04	Suministros equipo de cómputo
60.7.0	Costos médicos
60.8.0	Compras - Corrección Monetaria
62.0.0	CARGAS DE PERSONAL
62.1.0	Sueldos
62.1.01	Sueldos gerencia
62.1.02	Sueldos personal estable
62.1.03	Sueldos personal eventual
62.3.0	Comisiones
62.4.0	Remuneraciones en especie
62.5.0	Otras remuneraciones
62.5.01	Gratificaciones ordinarias
62.5.02	Bonificación especial
62.5.03	Gratificación extraordinaria
62.5.04	Compensación vacacional
62.5.05	Indemnizaciones especiales
62.6.0	Vacaciones
62.7.0	Seguridad y previsión social
62.7.01	Régimen Prestaciones de Salud - ESSALUD
62.7.02	Régimen de Pensiones - SNP
62.7.03	Seguro de Vida Ley 4916
62.7.04	Seguro de Asistencia Médica Familiar
62.7.09	Otros
62.8.0	Cargas de Personal - Corrección Monetaria
62.9.0	Otras Cargas de Personal
62.9.01	Capacitación al Personal
62.9.02	Cafetería y refrigerios
62.9.03	Uniformes
62.9.04	Botiquín y enfermería
62.9.05	Otros
63.0.0	SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS
63.1.0	Correos y Telecomunicaciones
63.1.01	Correo
63.1.02	Teléfono
63.2.0	Honorarios, comisiones y otros
63.2.01	Honorarios médicos
63.2.01.01	Honorarios médicos Cliente A
63.2.01.02	Honorarios médicos Cliente B
63.2.01.03	Honorarios médicos Cliente C
63.2.02	Honorarios asesoría legal
63.2.03	Honorarios Contabilidad y Auditoría
63.2.04	Honorarios Notariales y de Registro
63.2.05	Honorarios por agenciamiento

63.3.0	Transporte y almacenamiento
63.3.01	Movilidad y parqueo
63.3.02	Pasajes nacionales
63.3.03	Pasajes extranjero
63.4.0	Mantenimiento y Reparación
63.4.01	Mantenimiento de oficina
63.4.02	Mant. y repar. máquinas de oficina
63.4.03	Mant. y repar. muebles
63.4.04	Mant. y repar. vehículos
63.4.05	Mant. y repar. equipos
63.5.0	Alquileres
63.5.01	Alquiler de oficina
63.5.02	Alquiler de equipos
63.6.0	Electricidad y agua
63.7.0	Publicidad y relaciones públicas
63.7.01	Publicidad
63.7.02	Publicaciones
63.7.05	Gastos de representación
63.7.06	Gastos de viaje república
63.7.07	Gastos de viaje extranjero
63.8.0	Servicios prestados por terceros - Corrección Monetaria
63.9.0	Otros Servicios
63.9.01	Fotocopias y anillados
63.9.02	Otros servicios
64.0.0	TRIBUTOS
64.5.0	Impuesto a los Activos Netos
64.6.0	Tributos Municipales
64.7.0	Impuesto Extraordinario de Solidaridad
64.8.0	Tributos - Corrección Monetaria
64.9.0	Otros Tributos
65.0.0	CARGAS DIVERSAS DE GESTIÓN
65.1.0	Seguros
65.2.0	Congresos, seminarios, eventos
65.3.0	Suscripciones y Cotizaciones
65.3.01	Cotizaciones a asociaciones
65.3.02	Periódicos y Revistas
65.3.03	Formularios y formatos
65.4.0	Donaciones
65.8.0	Cargas diversas de gestión - Corrección Monetaria
65.9.0	Otras Cargas de Gestión
65.9.01	Utiles de Limpieza
65.9.02	Materiales electr. y mantenimiento de oficina
65.9.03	Materiales electr. equipo de cómputo
65.9.04	Gasolina y lubricantes
65.9.05	Otros (Formatos Bco. Nación, etc.)
65.9.06	Boletas de Venta - Tickets
65.9.07	Gastos médicos
65.9.07.01	Gastos médicos Cliente A
65.9.07.02	Gastos médicos Cliente B
65.9.07.03	Gastos médicos Cliente C
65.9.08	Compras no Gravadas
65.9.08.01	Compras no gravadas en general
65.9.08.02	Compras no gravadas Cliente A

65.9.08.03	Compras no gravadas Cliente B
65.9.08.04	Compras no gravadas Cliente C
65.9.09	Compras ABC
66.0.0	CARGAS EXCEPCIONALES
66.1.0	Costo Neto Enajenación de Valores
66.2.0	Costo Neto Enajenación Inmuebles, Maq. y Equipo
66.3.0	Costo Neto Enajenación Intangibles
66.4.0	Impuestos atrasados y/o adicionales
66.5.0	Cargas diversas de ejercicios anteriores
66.6.0	Sanciones administrativas y fiscales
66.7.0	Cargas Excepcionales - Corrección Monetaria
66.8.0	Costos Extraordinarios
66.9.0	Otras Cargas Excepcionales
67.0.0	CARGAS FINANCIERAS
67.1.0	Intereses y gastos de préstamos
67.2.0	Intereses y gastos de sobregiros
67.3.0	Gastos Bancarios
67.3.01	Gastos bancarios Cliente A
67.3.02	Gastos bancarios Cliente B
67.3.03	Gastos bancarios Cliente C
67.3.04	Gastos bancarios propios
67.4.0	Intereses y gastos diversos
67.5.0	Descuentos concedidos por pronto pago
67.6.0	Pérdida por diferencia en cambio
67.7.0	Cargas financieras - Corrección Monetaria
67.8.0	Gastos por compra de valores
67.9.0	Otras cargas financieras
68.0.0	PROVISIONES DEL EJERCICIO
68.1.0	Depreciación
68.1.01	Depreciación muebles y enseres
68.1.02	Depreciación equipo de cómputo
68.1.03	Depreciación equipo de oficina
68.2.0	Amortización Intangibles
68.3.0	Cuentas de Cobranza Dudosa
68.6.0	Compensación por Tiempo de Servicios
68.7.0	Provisiones del ejercicio - Corrección Monetaria
68.8.0	Otras provisiones del ejercicio
70.0.0	VENTAS
70.1.0	Administración de Gastos Médicos
70.1.01	Administración Cliente A
70.1.02	Administración Cliente B
70.1.03	Administración Cliente C
70.5.0	Boletas de Venta
70.5.01	Servidores Cliente A
70.5.02	Servidores Cliente B
70.5.03	Servidores Cliente C
70.6.0	Prestación de Servicios
70.7.01	Servicios Cliente A
70.7.02	Servicios Cliente B
70.7.03	Servicios Cliente C
70.7.0	Ventas - Corrección Monetaria

70.8.0	Devolución sobre Ventas
73.0.0	DESCUENTOS, REBAJAS Y BONIFICACIONES OBTENIDOS
73.1.0	Descuentos, rebajas y bonificaciones obtenidos
73.8.0	Descuentos, rebajas y bonif. obt. - Corrección Monetaria
74.0.0	DESCUENTOS, REBAJAS Y BONIFICACIONES CONCEDIDOS
74.1.0	Descuentos, rebajas y bonificaciones concedidos
74.8.0	Descuentos, rebajas, y bonif. conc. - Corrección Monetaria
75.0.0	INGRESOS DIVERSOS
75.6.0	Recuperación de impuestos
75.7.0	Ingresos diversos - Corrección Monetaria
75.8.0	Otros ingresos diversos
76.0.0	INGRESOS EXCEPCIONALES
76.1.0	Enajenación de valores
76.2.0	Enajenación de Inmuebles, Maquinaria y Equipo
76.5.0	Devolución provisiones ejercicios anteriores
76.6.0	Devolución de impuestos
76.7.0	Ingresos excepcionales - Corrección Monetaria
76.8.0	Ingresos Extraordinarios
76.9.0	Otros ingresos excepcionales
77.0.0	INGRESOS FINANCIEROS
77.1.0	Intereses sobre préstamos otorgados
77.2.0	Intereses sobre Cuentas por Cobrar mercantiles
77.3.0	Intereses sobre Bonos, etc.
77.4.0	Intereses sobre depósitos
77.5.0	Descuentos obtenidos por pronto pago
77.6.0	Ganancia por diferencia en cambio
77.7.0	Dividendos percibidos
77.8.0	Ingresos financieros - Corrección Monetaria
77.9.0	Otros Ingresos Financieros
78.0.0	CARGAS CUBIERTAS POR PROVISIONES
78.1.0	Cargas cubiertas por provisiones
78.8.0	Cargas cubiertas por provisiones - Corrección Monetaria
79.0.0	CARGAS IMPUTABLES A CUENTAS DE COSTOS
79.1.0	Cargas transferidas
79.8.0	Cargas transferidas - Corrección Monetaria
80.0.0	MARGEN COMERCIAL
81.0.0	PRODUCCION DEL EJERCICIO
82.0.0	VALOR AGREGADO
83.0.0	EXCEDENTE (INSUFIC.) BRUTO DE EXPLOTACION
84.0.0	RESULTADO DE EXPLOTACION
85.0.0	RESULTADO ANTES DE PARTICIP. E IMPUESTOS

86.0.0	DISTRIBUCION LEGAL DE LA RENTA NETA
86.1.0	Participación de los Trabajadores
86.8.0	Distrib. Legal Renta Neta - Corrección Monetaria
88.0.0	IMPUESTO A LA RENTA
88.1.0	Impuesta a la Renta Calculado
88.2.0	Impuesto Mínimos a la Renta
88.8.0	Impuesto a la Renta - Corrección Monetaria
89.0.0	RESULTADO DEL EJERCICIO
89.1.0	Resultado del Ejercicio
89.8.0	Resultado por Exposición a la Inflación
93.0.0	GASTOS DE VENTAS
93.1.0	Gastos de Ventas Cliente A
93.1.01	Atenciones médicas
93.1.02	Honorarios médicos
93.2.0	Gastos de Ventas Cliente B
93.2.01	Atenciones médicas
93.2.02	Honorarios médicos
93.3.0	Gastos de Ventas Cliente C
93.3.01	Atenciones médicas
93.3.02	Honorarios médicos
93.8.0	Gastos de Ventas - Corrección Monetaria
94.0.0	GASTOS ADMINISTRATIVOS
94.1.0	Gastos administrativos
94.1.01	Compras propias
94.1.02	Formularios / formatos varios
94.1.03	Gastos Notariales y de Registro
94.1.04	Honorarios diversos
94.8.0	Gastos administrativos - Corrección Monetaria
94.9.0	Compras no Gravadas
94.9.01	Compras no Gravadas - Cliente A
94.9.02	Compras no Gravadas - Cliente B
94.9.03	Compras no Gravadas - Cliente C
95.0.0	GASTOS FINANCIEROS
95.1.0	Gastos financieros
95.01.01	Gastos bancarios propios
95.2.0	Gastos bancarios clientes
95.2.01	Gastos bancarios Cliente A
95.2.02	Gastos bancarios Cliente B
95.2.03	Gastos bancarios Cliente C
95.3.0	Pérdida por diferencia en cambio
95.8.0	Gastos Financieros - Corrección Monetaria

## ANEXO N° 6

### RELACION DE CARGOS DEL 15/06/98 AL 10/07/98

FECHA	No.	NOMBRE	TOTAL PRESENTADO				TOTAL
			CHEQUE	GASTOS	I.G.V.	HONOR.	
16/06/1998	70	CENTRO MEDICO SAN JU	2,923.81	2,477.81	446.00	0.00	2,923.81
16/06/1998	72	CLINICA MONTESUR	5,330.89	4,517.70	813.19	0.00	5,330.89
16/06/1998	73	CLINICA SANTA ISABEL	3,867.90	3,277.89	590.01	0.00	3,867.90
16/06/1998	76	CLINICA RICARDO PALM	1,946.90	1,649.91	296.99	0.00	1,946.90
16/06/1998	77	CLINICA RICARDO PALM	10,086.24	8,547.66	1,538.58	0.00	10,086.24
16/06/1998	78	TAC-SAN FELIPE-ROTAC	351.00	297.46	53.54	0.00	351.00
18/06/1998	79	CLINICA SAN FELIPE S	3,457.98	2,930.49	527.49	0.00	3,457.98
22/06/1998	80	BONILLA EDMUNDO	333.94	521.42	0.00	0.00	521.42
24/06/1998	81	CLINICA JAVIER PRADO	1,653.62	1,401.38	252.24	0.00	1,653.62
24/06/1998	82	RESONANCIA MAGNETICA	1,531.99	1,298.30	233.69	0.00	1,531.99
24/06/1998	83	MEDICINA EXTERNA S.A	7,485.24	6,343.41	1,141.83	0.00	7,485.24
24/06/1998	84	CLINICA LIMATAMBO S.	1,327.89	1,125.33	202.56	0.00	1,327.89
26/06/1998	85	CLINICA AREQUIPA	129.91	110.09	19.82	0.00	129.91
26/06/1998	86	CLINICA VESALIO	66.86	56.66	10.20	0.00	66.86
26/06/1998	87	CLINICA MONTEFIORI	1,913.63	1,621.72	291.91	0.00	1,913.63
26/06/1998	88	CLINICA AREQUIPA	2,992.87	2,925.19	526.53	0.00	3,451.72
26/06/1998	89	CLINICA MONTEFIORI	115.70	98.05	17.65	0.00	115.70
26/06/1998	92	CLINICA SAN PABLO	536.41	454.58	81.83	0.00	536.41
26/06/1998	93	ASOC. BENEFICA ANGLO	1,222.86	1,036.35	186.51	0.00	1,222.86
26/06/1998	94	GARCIA BRAGAGNINI S.	765.82	491.72	79.58	194.52	765.82
26/06/1998	95	CLINICA RICARDO PALM	2,251.60	3,002.44	540.43	0.00	3,542.87
02/07/1998	96	CRUZADO R. CARLOS	696.16	589.97	106.19	0.00	696.16
03/07/1998	97	CENTRO MEDICO SAN JU	1,711.96	1,450.81	261.15	0.00	1,711.96
03/07/1998	98	CENTRO ODONTOLOGICO	3,282.76	2,782.00	500.76	0.00	3,282.76
03/07/1998	99	INST. NAC. DE ENFERM	897.00	897.00	0.00	0.00	897.00
03/07/1998	100	CLINICA JAVIER PRADO	4,826.05	4,089.87	736.18	0.00	4,826.05
15/06/1998	178182	CORTES B. MONICA	60.54	64.13	11.54	0.00	75.67
15/06/1998	178189	BALLESTEROS RODOLFO	131.60	139.41	25.09	0.00	164.50
15/06/1998	178299	CORTES B. MONICA	62.83	66.56	11.98	0.00	78.54
15/06/1998	178418	B. VDA. DE TAKEDA	10.00	10.59	1.91	0.00	12.50
15/06/1998	178419	B. VDA. DE TAKEDA	329.76	315.43	56.77	80.00	452.20
15/06/1998	178806	FLORES C. LUIS A	368.00	0.00	0.00	510.00	510.00
15/06/1998	178807	FIORANI RICARDO	304.00	322.04	57.96	0.00	380.00
15/06/1998	178808	MUÑOZ A. ARMANDO	29.84	31.61	5.69	0.00	37.30
15/06/1998	178809	DE LA TORRE LUIS	315.23	333.93	60.11	0.00	394.04
15/06/1998	178810	TORRALBA C. MARCO A	89.60	94.91	17.09	0.00	112.00
15/06/1998	178811	CORTES B. MONICA	73.64	78.01	14.04	0.00	92.05
15/06/1998	178812	MAC KEE B. GALIA	202.80	218.65	39.35	25.50	283.50
15/06/1998	178813	ALARCO FRANKLIN	126.34	173.67	31.26	0.00	204.93
22/06/1998	178814	MENDOZA C. MARGOT	986.63	836.13	150.50	0.00	986.63
22/06/1998	179361	BARYCKI K. HENDRYK	195.74	195.67	0.00	98.00	293.67
22/06/1998	179362	CAMPOS L. JRSULA	223.52	254.40	0.00	50.00	304.40
22/06/1998	179363	PEREZ DE VELASCO	180.00	0.00	0.00	300.00	300.00
22/06/1998	179372	SANTILLANA GLADYS	288.24	305.34	54.96	0.00	380.30
22/06/1998	179378	CORTES G. LUIS F.	90.81	53.82	9.69	0.00	163.51
22/06/1998	179380	GUERRERO G. MARLON	76.00	66.10	11.90	34.00	112.00
01/07/1998	179782	LOZANO S. MONICA	89.02	39.22	7.06	130.00	176.28
01/07/1998	179783	CANDAMO DIAZ ISABEL	123.93	38.06	6.85	140.00	184.91

TOTAL ASEGURADO			A CARGO DE: ABC PERU S.A.				
NETO	I.G.V.	TOTAL	I.G.V.	GAST.NETO	4TA.CATEG	FONAVI	TOTAL
0.00	0.00	0.00	446.00	2,477.81	0.00	0.00	2,477.81
0.00	0.00	0.00	813.19	4,517.70	0.00	0.00	4,517.70
0.00	0.00	0.00	590.01	3,277.89	0.00	0.00	3,277.89
0.00	0.00	0.00	296.99	1,649.91	0.00	0.00	1,649.91
0.00	0.00	0.00	1,538.58	8,547.66	0.00	0.00	8,547.66
0.00	0.00	0.00	53.54	297.46	0.00	0.00	297.46
0.00	0.00	0.00	527.49	2,930.49	0.00	0.00	2,930.49
158.88	28.60	187.48	-28.60	362.54	0.00	0.00	362.54
0.00	0.00	0.00	252.24	1,401.38	0.00	0.00	1,401.38
0.00	0.00	0.00	233.69	1,298.30	0.00	0.00	1,298.30
0.00	0.00	0.00	1,141.83	6,343.41	0.00	0.00	6,343.41
0.00	0.00	0.00	202.56	1,125.33	0.00	0.00	1,125.33
0.00	0.00	0.00	19.82	110.09	0.00	0.00	110.09
0.00	0.00	0.00	10.20	56.66	0.00	0.00	56.66
0.00	0.00	0.00	291.91	1,621.72	0.00	0.00	1,621.72
388.86	69.99	458.85	456.54	2,536.33	0.00	0.00	2,536.33
0.00	0.00	0.00	17.65	98.05	0.00	0.00	98.05
0.00	0.00	0.00	81.83	454.58	0.00	0.00	454.58
0.00	0.00	0.00	186.51	1,036.35	0.00	0.00	1,036.35
0.00	0.00	0.00	79.58	686.24	22.88	11.44	720.56
1,094.31	196.98	1,291.28	343.45	1,908.15	0.00	0.00	1,908.15
0.00	0.00	0.00	106.19	589.97	0.00	0.00	589.97
0.00	0.00	0.00	261.15	1,450.81	0.00	0.00	1,450.81
0.00	0.00	0.00	500.76	2,782.00	0.00	0.00	2,782.00
0.00	0.00	0.00	0.00	897.00	0.00	0.00	897.00
0.00	0.00	0.00	736.18	4,089.87	0.00	0.00	4,089.87
12.82	2.31	15.13	9.23	51.31	0.00	0.00	51.31
27.88	5.02	32.90	20.07	111.53	0.00	0.00	111.53
13.31	2.40	15.71	9.58	53.25	0.00	0.00	53.25
2.12	0.38	2.50	1.53	8.47	0.00	0.00	8.47
103.76	18.68	122.44	38.09	291.67	9.41	4.70	305.78
120.34	21.66	142.00	-21.66	389.66	60.00	30.00	479.66
64.41	11.59	76.00	46.37	257.63	0.00	0.00	257.63
6.32	1.14	7.46	4.55	25.29	0.00	0.00	25.29
66.79	12.02	78.81	48.09	267.14	0.00	0.00	267.14
18.98	3.42	22.40	13.67	75.93	0.00	0.00	75.93
15.60	2.81	18.41	11.23	62.41	0.00	0.00	62.41
68.39	12.31	80.70	27.04	175.76	3.00	1.50	180.26
66.43	11.99	78.59	19.27	107.07	0.00	0.00	107.07
0.00	0.00	0.00	150.50	836.13	0.00	0.00	836.13
82.99	14.94	97.93	-14.94	210.68	0.00	0.00	210.68
68.54	12.34	80.88	-12.34	235.86	0.00	0.00	235.86
101.69	18.30	120.00	-18.30	198.30	35.30	17.60	251.20
61.07	10.99	72.06	43.97	244.27	0.00	0.00	244.27
61.61	11.09	72.70	-1.40	92.21	0.00	0.00	92.21
30.51	5.49	36.00	6.41	69.59	4.00	2.00	75.59
73.57	13.31	87.26	-6.25	95.27	15.29	7.65	118.21
51.66	9.30	60.98	-2.45	126.36	16.07	4.70	147.15

## ANEXO N° 6

### RELACION DE CARGOS DEL 15/06/98 AL 10/07/98

FECHA	No.	NOMBRE	TOTAL PRESENTADO				TOTAL
			CHEQUE	GASTOS	I.G.V.	HONOR.	
01/07/1998	179784	MENDOZA L. TOMAS G.	115.20	96.61	17.39	60.00	174.00
01/07/1998	179785	MENDOZA L. TOMAS G.	228.16	228.98	41.22	30.00	300.20
01/07/1998	179786	GAMERO P. LUCIA E.	305.77	323.92	58.29	0.00	382.21
01/07/1998	179787	ALARCO B. FRANKLIN	238.74	324.93	58.49	0.00	383.42
01/07/1998	179788	CASTRO VILLAR JUAN	85.95	91.05	16.39	0.00	107.44
01/07/1998	179789	VILLANUEVA-MEYER M.	205.36	174.32	31.38	102.00	307.70
01/07/1998	179790	CUEVA Z. RAFAEL	206.16	65.85	11.85	180.00	257.70
01/07/1998	179791	GUERIN R. GUSTAVO	112.36	76.28	13.72	100.89	190.89
10/07/1998	180493	CASTRO B. AURA A	82.40	69.37	8.63	50.00	128.00
10/07/1998	180496	CORTES B. MONICA	44.36	68.25	12.28	0.00	80.53
10/07/1998	180497	CORTES G. LUIS H.	131.15	138.93	25.01	0.00	163.94
10/07/1998	180499	CHILET A. JORGE J.	120.00	127.12	22.88	0.00	150.00
10/07/1998	180501	GUTIERREZ W. CESAR	286.82	275.01	49.51	68.00	392.52
10/07/1998	180507	LECAROS L. JOSE E.	123.06	172.74	31.09	0.00	203.83
10/07/1998	180508	O'CAMPO J. SAIRAH E.	175.20	185.60	33.40	0.00	219.00
10/07/1998	180509	TORRES CH. CAROLINE	136.40	195.33	35.17	0.00	230.50
10/07/1998	180511	ZACONETTA ORTIZ ADA	43.28	45.84	8.26	0.00	54.10
10/07/1998	180800	GUERIN R. GUSTAVO	84.39	89.40	16.09	0.00	105.49
10/07/1998	180822	GUERIN R. GUSTAVO	126.72	7.12	1.28	300.00	308.40
10/07/1998	180824	GUERIN R. GUSTAVO	120.00	0.00	0.00	300.00	300.00
10/07/1998	180825	BARYCKI K. HENDRYK	128.82	43.95	0.00	234.15	278.10
10/07/1998	180830	KIYAN T. MANUEL	400.00	423.73	76.27	0.00	500.00
10/07/1998	180832	B. VDA. DE TAKEDA	103.36	75.59	13.61	80.00	169.20
16/06/1998	710000	CENTRO MEDICO SAN JU	1.783.20	1.511.18	272.02	0.00	1.783.20
			<b>71,451.92</b>	<b>62,443.99</b>	<b>10,882.84</b>	<b>3,167.06</b>	<b>76,493.89</b>

FUENTE: Documentación mensual del Programa de Autoseguro Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.



TOTAL ASEGURADO			A CARGO DE: ABC PERU S.A.				
NETO	I.G.V.	TOTAL	I.G.V.	GAST.NETO	4TA.CATEG	FONAVI	TOTAL
49.83	8.97	58.80	8.42	106.78	6.00	3.00	115.78
61.05	10.99	72.04	30.23	197.93	3.00	1.50	202.43
64.78	11.66	76.44	46.63	259.14	0.00	0.00	259.14
122.61	22.07	144.68	36.42	202.32	0.00	0.00	202.32
18.21	3.28	21.49	13.11	72.84	0.00	0.00	72.84
86.73	15.61	102.34	15.77	189.59	12.00	6.00	207.59
43.68	7.86	51.54	3.99	202.17	20.83	10.41	233.41
66.55	11.98	78.53	1.74	110.62	11.80	5.31	127.73
38.84	6.96	45.60	1.67	80.73	5.88	2.92	89.53
30.65	5.52	36.17	6.76	37.60	0.00	0.00	37.60
27.79	5.00	32.79	20.01	111.14	0.00	0.00	111.14
25.42	4.58	30.00	18.30	101.70	0.00	0.00	101.70
89.58	16.12	105.70	33.39	253.43	8.00	4.00	265.43
68.45	12.32	80.77	18.77	104.29	0.00	0.00	104.29
37.12	6.68	43.80	26.72	148.48	0.00	0.00	148.48
79.75	14.36	94.10	20.81	115.59	0.00	0.00	115.59
9.17	1.65	10.82	6.61	36.67	0.00	0.00	36.67
17.88	3.22	21.10	12.87	71.52	0.00	0.00	71.52
153.97	27.71	181.68	-26.24	152.96	30.00	15.00	197.96
152.54	27.46	180.00	-27.46	147.46	30.00	15.00	192.46
126.51	22.77	149.28	-22.77	151.59	0.00	0.00	151.59
84.75	15.26	100.00	61.01	338.99	0.00	0.00	338.99
55.80	10.04	65.84	3.57	99.79	9.41	4.70	113.90
0.00	0.00	0.00	272.02	1,511.18	0.00	0.00	1,511.18
<b>4,272.70</b>	<b>769.13</b>	<b>5,041.98</b>	<b>10,113.90</b>	<b>61,338.02</b>	<b>302.87</b>	<b>147.43</b>	<b>61,788.32</b>

# ANEXO N° 7

## \*\* REGISTRO DE COMPRAS JUNIO 1998 \*\*

FECHA DE TIP	COMPROBANTE REGISTR	R.U.C.	P R O V E E D O R	BASE IMPONIBIL. BASE IMPONIBIL. B+SE IMPONIBIL. DESTINADAS A DESTINADAS A POR OPERACION EXONERADA OPERACIONES OPERACIONES QUE NO DAN O INAFACTO GRAVADAS GRAVADAS O NDERECHO A CRE	I.S.C.	I.G.V. (A)	I.G.V. (B)	I.G.V. (C)	OTROS	TOTAL						
FACTURA DOC SER	NUMERO INTERNO	PROVEEDOR	CHEQUE													
11-04-98	01	003-49104	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	294,36	0,00	0,00	0,00	0,00	52,98	0,00	0,00	0,00	347,34	
11-04-98	01	003-49136	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	204,74	0,00	0,00	0,00	0,00	36,85	0,00	0,00	0,00	0,00	241,59
13-04-98	01	003-49220	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	93,01	0,00	0,00	0,00	0,00	16,74	0,00	0,00	0,00	0,00	109,75
13-04-98	01	003-49221	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	273,36	0,00	0,00	0,00	0,00	49,20	0,00	0,00	0,00	0,00	322,56
14-04-98	01	003-49349	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	142,03	0,00	0,00	0,00	0,00	25,57	0,00	0,00	0,00	0,00	167,60
15-04-98	01	003-49429	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	110,79	0,00	0,00	0,00	0,00	19,94	0,00	0,00	0,00	0,00	130,73
20-04-98	01	003-49578	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	41,70	0,00	0,00	0,00	0,00	7,51	0,00	0,00	0,00	0,00	49,21
27-04-98	01	003-49951	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	43,73	0,00	0,00	0,00	0,00	7,87	0,00	0,00	0,00	0,00	51,60
27-04-98	01	003-49952	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	137,33	0,00	0,00	0,00	0,00	24,72	0,00	0,00	0,00	0,00	162,05
29-04-98	01	003-50156	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	150,18	0,00	0,00	0,00	0,00	27,03	0,00	0,00	0,00	0,00	177,21
02-05-98	01	003-50282	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	63,21	0,00	0,00	0,00	0,00	11,38	0,00	0,00	0,00	0,00	74,59
05-05-98	01	003-50433	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	245,41	0,00	0,00	0,00	0,00	44,17	0,00	0,00	0,00	0,00	289,58
11-05-98	01	003-50715	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	42,70	0,00	0,00	0,00	0,00	7,69	0,00	0,00	0,00	0,00	50,39
11-05-98	01	003-50716	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	96,49	0,00	0,00	0,00	0,00	17,37	0,00	0,00	0,00	0,00	113,86
12-05-98	01	003-50825	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	129,82	0,00	0,00	0,00	0,00	23,37	0,00	0,00	0,00	0,00	153,19
12-05-98	01	003-50826	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	106,19	0,00	0,00	0,00	0,00	19,11	0,00	0,00	0,00	0,00	125,30
12-05-98	01	003-50827	000070	17550861	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO	74,20	0,00	0,00	0,00	0,00	13,36	0,00	0,00	0,00	0,00	87,56
25-05-98	01	001-8907	000072	11016880	CLINICA MONTESUR	4517,70	0,00	0,00	0,00	0,00	813,19	0,00	0,00	0,00	0,00	5330,89
25-05-98	01	001-4002	000073	10037506	CLINICA SANTA ISABEL S.A.	3277,89	0,00	0,00	0,00	0,00	590,01	0,00	0,00	0,00	0,00	3867,90
07-05-98	01	001-44717	000076	10012180	CLINICA RICARDO PALMA	1649,91	0,00	0,00	0,00	0,00	286,99	0,00	0,00	0,00	0,00	1946,90
10-05-98	01	001-44765	000077	10012180	CLINICA RICARDO PALMA	8547,66	0,00	0,00	0,00	0,00	1538,58	0,00	0,00	0,00	0,00	10086,24
23-03-98	01	001-11158	000078	15500476	TAC SAN FELIPE-ROTA	297,46	0,00	0,00	0,00	0,00	53,54	0,00	0,00	0,00	0,00	351,00
07-04-98	01	001-44059	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	330,02	0,00	0,00	0,00	0,00	59,40	0,00	0,00	0,00	0,00	389,42
07-04-98	01	001-44068	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	101,09	0,00	0,00	0,00	0,00	18,20	0,00	0,00	0,00	0,00	119,29
14-04-98	01	001-44305	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	258,21	0,00	0,00	0,00	0,00	46,48	0,00	0,00	0,00	0,00	304,69
15-04-98	01	001-44389	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	166,29	0,00	0,00	0,00	0,00	29,93	0,00	0,00	0,00	0,00	196,22
24-04-98	01	001-44727	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	232,02	0,00	0,00	0,00	0,00	41,76	0,00	0,00	0,00	0,00	273,78
30-04-98	01	001-45058	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	58,79	0,00	0,00	0,00	0,00	10,58	0,00	0,00	0,00	0,00	69,37
30-04-98	01	001-45062	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	184,23	0,00	0,00	0,00	0,00	33,16	0,00	0,00	0,00	0,00	217,39
04-05-98	01	001-45166	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	74,70	0,00	0,00	0,00	0,00	13,45	0,00	0,00	0,00	0,00	88,15
04-05-98	01	001-45205	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	324,46	0,00	0,00	0,00	0,00	58,40	0,00	0,00	0,00	0,00	382,86
12-05-98	01	001-45444	000079	10016274	CLINICA SAN FELIPE S.A.	39,06	0,00	0,00	0,00	0,00	7,03	0,00	0,00	0,00	0,00	46,09
22-06-98	02	001-1147	179783	10335043	DR. MARIANA VEGA ARGUEZ S.R.L.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	66,66
22-06-98	02	001-11641	179783	13602590	DR. SEMINARIO VELAYOS OSWALDO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94,11
18-06-98	02	001-335	179784	10455146	DR. JAYRBO S. MUNANTE ACEVEDO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69,00
11-06-98	01	001-4737	179784	10450098	FARMACIA "SANTA ANA" CLINICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,35	0,00	0,00	0,00	0,00	114,00
05-06-98	02	001-334	179785	10455146	DR. JAYRBO S. MUNANTE ACEVEDO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	34,50
10-06-98	01	001-25276	002473	12332335	BOHICA "EL ALAMO" S.R.L.TDA	98,69	0,00	0,00	0,00	0,00	17,76	0,00	0,00	0,00	0,00	116,45

# ANEXO N° 7

JUNIO 1998 \*\*

## \*\* REGISTRO DE COMPRAS

FECHA DE TIP COMPROBANTE REGISTR	RUC	PROVEEDOR	BASE IMPONIBLE BASE IMPONIBLE ACQUISICION	I.S.C.	I.G.V. (A)	I.G.V. (B)	I.G.V. (C)	OTROS	TOTAL
FACTURA DOC SER	NUMERO INTERNO PROVEEDOR	CHEQUE	DESTINADAS A DESTINADAS A POR OPERACION EXONERADA	OPERACIONES QUE NO DAN O INAFACTO	GRAVADAS O NO DERECHO A CRE.				
			(A)	(B)	(C)				
19-06-98 01 001- 25373	002473	12332336	BOTICA "EL ALAMO" S.R.LTDA	0.00	35.25	0.00	0.00	0.00	41.60
02-06-98 01 004- 4116	002473	13642303	CARLOS ROE SOC. CIVIL RESP. LT	0.00	111.86	0.00	0.00	0.00	132.00
02-06-98 01 001- 8873	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	20.76	0.00	0.00	0.00	24.50
05-06-98 01 001- 8909	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	20.84	0.00	0.00	0.00	24.60
09-06-98 01 001- 8949	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	20.84	0.00	0.00	0.00	24.60
12-06-98 01 001- 9030	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	20.84	0.00	0.00	0.00	24.60
15-06-98 01 001- 9058	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	62.46	0.00	0.00	0.00	73.70
24-06-98 01 001- 9149	002474	12645813	BOTICA NIÑO JESUS	0.00	41.52	0.00	0.00	0.00	49.00
15-06-98 01 002- 193345	002475	10013488	ASOC. BENEFICA ANGLIO AMERICANA	0.00	289.30	0.00	0.00	0.00	341.37
22-06-98 01 002- 194481	002475	10013488	ASOC. BENEFICA ANGLIO AMERICANA	0.00	220.80	0.00	0.00	0.00	260.54
17-06-98 01 001- 32057	002476	11228020	CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AME	0.00	16.25	0.00	0.00	0.00	19.18
17-06-98 01 001- 32058	002476	11228020	CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AME	0.00	172.25	0.00	0.00	0.00	203.26
17-06-98 01 001- 32086	002476	11228020	CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AME	0.00	152.75	0.00	0.00	0.00	180.25
16-06-98 01 001- 301573	002477	10012236	CLINICA JAVIER PRADO S.A.	0.00	14.36	0.00	0.00	0.00	16.94
11-06-98 01 002- 518406	002478	10012180	CLINICA RICARDO PALMA.	0.00	215.82	0.00	0.00	0.00	254.57
11-06-98 01 002- 518407	002478	10012180	CLINICA RICARDO PALMA.	0.00	115.86	0.00	0.00	0.00	136.71
12-06-98 01 002- 518728	002478	10012180	CLINICA ALBERTO BARTON	0.00	325.86	0.00	0.00	0.00	384.51
17-06-98 01 002- 520134	002478	10012180	CLINICA RICARDO PALMA.	0.00	210.62	0.00	0.00	0.00	248.53
17-06-98 01 002- 520135	002478	10012180	CLINICA RICARDO PALMA.	0.00	122.35	0.00	0.00	0.00	144.37
10-06-98 01 200- 195512	002479	10017696	CLINICA SAN BORJA.	0.00	845.06	0.00	0.00	0.00	997.17
13-06-98 01 200- 196055	002479	10017696	CLINICA SAN BORJA.	0.00	55.45	0.00	0.00	0.00	65.43
16-06-98 01 200- 196379	002479	10017696	CLINICA SAN BORJA.	0.00	137.50	0.00	0.00	0.00	162.25
25-06-98 02 001- 968	002480	10768276	DR. CHRISTIAN BEUERMANN CANCIN	0.00	0.00	0.00	520.59	0.00	520.59
25-06-98 02 001- 3491	002480	11069967	DRA. HELI CANCINO IZAGUIRRE	0.00	0.00	0.00	2776.47	0.00	2776.47
21-06-98 01 001- 4067	002481	10664632	FARMACIA EL SOL	0.00	40.36	0.00	0.00	0.00	47.62
24-06-98 01 001- 4077	002481	10664632	FARMACIA EL SOL	0.00	31.19	0.00	0.00	0.00	36.80
22-06-98 02 001- 6914	002481	13298670	DR. ALFREDO BARREDA BEBIN	0.00	0.00	0.00	70.00	0.00	70.00
03-06-98 01 001- 12635	002482	13681929	FARMACIA SANTA LUISA	0.00	38.39	0.00	0.00	0.00	45.30
30-06-98 02 001- 2815	002483	10768292	DR. JORGE ASCENZO CABELLO	0.00	0.00	0.00	141.18	0.00	141.18
30-06-98 02 001- 3767	002483	12363605	DR. JAVIER A RUBIO ESPINOZA	0.00	0.00	0.00	176.10	0.00	176.10
26-06-98 01 001- 4628	002483	13045828	BOTICA GISELLE	0.00	133.89	0.00	0.00	0.00	158.00
26-06-98 01 001- 4630	002483	13045828	BOTICA GISELLE	0.00	55.42	0.00	0.00	0.00	65.40
26-06-98 01 002- 16314	002484	13642303	CARLOS ROE SOC. CIVIL RESP. LT	0.00	50.85	0.00	0.00	0.00	60.00
03-07-98 02 003- 2540	002484	12286181	DR. OSCAR MISAEL	0.00	0.00	0.00	117.65	0.00	117.65
16-06-98 01 001- 813	002484	11728065	FARMACIA SANTA ROSA	0.00	39.41	0.00	0.00	0.00	46.50
16-06-98 01 001- 1143	002484	10100747	LABORATORIO CLINICO DEL INST.	0.00	111.86	0.00	0.00	0.00	132.00
30-06-98 02 001- 1878	002484	12861648	DR. EDUARDO GOTUZZO HERENCIA	0.00	0.00	0.00	352.93	0.00	352.93
30-06-98 01 001- 405	002485	25376269	LABORATORIOS POLETTI E.I.R.L.	0.00	27.12	0.00	0.00	0.00	32.00

# ANEXO N° 7

## \*\* REGISTRO DE COMPRAS JUNIO 1998 \*\*

FECHA DE TIP COMPROBANTE REGISTR R.U.C.	PROVEEDOR	BASE IMPONIBLE BASE IMPONIBLE ACQUISICION	IS C	I.G.V. (A)	I.G.V. (B)	I.G.V. (C)	OTROS	TOTAL	
FACTURA DOC SER N°	CHEQUE	DESTINADAS A DESTINADAS A POR OPERACION EXONERADA	OPERACIONES OPERACIONES QUE NO DAN O INAFECTO	GRAVADAS GRAVADAS O NO DERECHO A CRE					
30-06-98 01 001- 2225	002485	11044093 PANACEA S.A	0.00	101.69	0.00	0.00	0.00	120.00	
23-06-98 01 001- 1239	002486	10728398 DR JAVIER ASCENZO APARICIO	0.00	127.12	0.00	0.00	0.00	150.00	
26-06-98 01 001- 1733	002486	37364851 DR RAFAEL ASCENZO APARICIO	0.00	114.41	0.00	0.00	0.00	135.00	
12-06-98 01 001- 11510	002487	10099366 EGIO SERVICE E I R L	0.00	203.38	0.00	0.00	0.00	240.00	
26-06-98 02 001- 534	002488	10725364 DR HUMBERTO RONNY MUÑOZ MANZU	0.00	0.00	0.00	117.65	0.00	117.65	
26-06-98 01 002- 16831	002488	30470621 MEDLAB	0.00	113.59	0.00	0.00	0.00	134.04	
30-06-98 01 007- 2550	002488	30535456 BOTICAS FASA S A	0.00	276.61	0.00	0.00	0.00	326.40	
19-06-98 01 005- 058104		10649951 ORIHUELA IBERICO JORGE EDUARDO	0.00	41.58	0.00	0.00	0.00	49.06	
				TOTAL NETO :	27,239.51	0.00	4,536.84	4,903.14	36,679.49

**FUENTE: Documentación mensual del Programa de Autoseguro Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Peru S.A.**

## ANEXO N° 8

### CORRELATIVO DE CHEQUES DEL MES DE JUNIO 1998

30/06/1998

FECHA	CHEQUE N°	A CARGO DE	IMPORTE	
09/06/1998	62	CLINICA SAN FELIPE S.A.	3,647.71	
09/06/1998	63	ASOC. BENEFICA ANGLO AMERICA	11,267.03	
09/06/1998	64	S.O.S. CRUZ VERDE	1,508.04	
09/06/1998	65	CLINICA SAN BORJA	1,553.26	
09/06/1998	66	B. VDA. DE TAKEDA	1,671.03	
09/06/1998	67	RODRIGUEZ M.	63.60	
09/06/1998	68	CRUZADO RISSO C.	348.08	
12/06/1998	69	OTERO LACHIRA S.	1,308.23	
16/06/1998	70	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADE	2,923.81	
16/06/1998	71	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADE	1,783.20	
16/06/1998	72	CLINICA MONTESUR	5,330.89	
16/06/1998	73	CLINICA SANTA ISABEL S.A.	3,867.90	
16/06/1998	74	A N U L A D O	0.00	
16/06/1998	75	A N U L A D O	0.00	
16/06/1998	76	CLINICA RICARDO PALMA	1,946.90	
16/06/1998	77	CLINICA RICARDO PALMA	10,086.24	
16/06/1998	78	TAC-SAN FELIPE ROTAC	351.00	
18/06/1998	79	CLINICA SAN FELIPE S.A.	3,457.98	
22/06/1998	80	BONILLA CASTRO P.	333.94	
24/06/1998	81	CLINICA JAVIER PRADO S.A.	1,653.62	
24/06/1998	82	RESONANCIA MAGNETICA S.A.	1,531.99	
24/06/1998	83	MEDICINA EXTERNA S.A.	7,482.09	
24/06/1998	84	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.	1,327.89	
24/06/1998	85	CLINICA AREQUIPA S.A.	129.91	
26/06/1998	86	CLINICA VESALIO	66.86	
26/06/1998	87	CLINICA MONTEFIORI	1,913.63	
26/06/1998	88	CLINICA AREQUIPA	2,992.87	
26/06/1998	89	CLINICA MONTEFIORI	115.70	
26/06/1998	90	CLINICA LOS PINOS	184.98	
26/06/1998	91	CLINICA STELLA MARIS	886.03	
26/06/1998	92	CLINICA SAN PABLO	536.41	
26/06/1998	93	ASOC. BENEFICA ANGLO AMERICANA	1,222.86	
26/06/1998	94	GARCIA BRAGAGNINI S.R.LTDA.	765.82	
26/06/1998	95	CLINICA RICARDO PALMA.	2,251.60	
	TOTAL	34 CHEQUES POR	S/.	74,511.10
<b>TRANSFERENCIAS</b>				
10/06/1998	01/06	Reembolsos Asegurados		7 314.12
15/06/1998	02/06	Reembolsos Asegurados		3 011.32
22/06/1998	03/06	Reembolsos Asegurados		1,054.31
30/06/1998	04/06	Reembolsos Asegurados		1 710.65
	TOTAL	4 TRANSFERENCIAS POR	S/.	13,090.40
<b>TOTAL S/.</b>				<b>87,601.50</b>

**FUENTE:** Documentación mensual del Programa de Autoseguro Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.

## ANEXO N° 9

### REPORTE DE SALDO EN BANCOS

PERIODO: DEL 1° AL 30 DE JUNIO DE 1998  
CTA CTE. No.: 2589-665

El saldo de la cuenta corriente al 30-Jun asciende a S/. 16,437.59  
Los cheques emitidos / pagos efectuados durante el periodo reportado son los siguientes:

09/06/1998	62	CLINICA SAN FELIPE S.A.	3,647.71
09/06/1998	63	ASOC. BENEFICA ANGLO AMERICA	11,267.03
09/06/1998	64	S.O.S. CRUZ VERDE	1,508.04
09/06/1998	65	CLINICA SAN BORJA	1,553.26
09/06/1998	66	B. VDA. DE TAKEDA	1,671.03
09/06/1998	67	RODRIGUEZ M.	63.60
09/06/1998	68	CRUZADO RISSO C.	348.08
10/06/1998	01/06	Reembolsos Asegurados	7,314.12
12/06/1998	69	OTERO LACHIRA S.	1,308.23
15/06/1998	02/06	Reembolsos Asegurados	3,011.32
16/06/1998	70	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADE	2,923.81
16/06/1998	71	CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADE	1,783.20
16/06/1998	72	CLINICA MONTESUR	5,330.89
16/06/1998	73	CLINICA SANTA ISABEL S.A.	3,867.90
16/06/1998	74	A N U L A D O	0.00
16/06/1998	75	A N U L A D O	0.00
16/06/1998	76	CLINICA RICARDO PALMA	1,946.90
16/06/1998	77	CLINICA RICARDO PALMA	10,086.24
16/06/1998	78	TAC-SAN FELIPE ROTAC	351.00
18/06/1998	79	CLINICA SAN FELIPE S.A.	3,457.98
22/06/1998	80	BONILLA CASTRO P.	333.94
22/06/1998	03/06	Reembolsos Asegurados	1,054.31
24/06/1998	81	CLINICA JAVIER PRADO S.A.	1,653.62
24/06/1998	82	RESONANCIA MAGNETICA S.A.	1,531.99
24/06/1998	83	MEDICINA EXTERNA S.A.	7,482.09
24/06/1998	84	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.	1,327.89
24/06/1998	85	CLINICA AREQUIPA S.A.	129.91
26/06/1998	86	CLINICA VESALIO	66.86
26/06/1998	87	CLINICA MONTEFIORI	1,913.63
26/06/1998	88	CLINICA AREQUIPA	2,992.87
26/06/1998	89	CLINICA MONTEFIORI	115.70
26/06/1998	90	CLINICA LOS PINOS	184.98
26/06/1998	91	CLINICA STELLA MARIS	886.03
26/06/1998	92	CLINICA SAN PABLO	536.41
26/06/1998	93	ASOC. BENEFICA ANGLO AMERICANA	1,222.86
26/06/1998	94	GARCIA BRAGAGNINI S.R.LTDA.	765.82
26/06/1998	95	CLINICA RICARDO PALMA.	2,251.60
30/06/1998	04/06	Reembolsos Asegurados	1,710.65
			87,601.50

#### MOVIMIENTO:

Saldo Inicial al	31-May-1998	-1,771.31
MAS:		
Deposito	02-Jun	778.52
Deposito	08-Jun	103,807.46
Deposito	30-Jun	1,308.23
MENOS:		
Cheques girados		-87,601.50
Portes y cargos	Jun-1998	-68.81
Mantto Cta.Cte	Jun-1998	15.00
SALDO AL 30-Jun-1998 16,437.59		
=====		

**FUENTE: Documentación mensual del Programa de Autoseguro Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.**

## ANEXO N° 10

JUNIO 1998

Conciliación Bancaria al:  
CTA. CTE. No.:

30/06/1998  
2589-665

MENOS: SALDO SEGUN ESTADO BANCARIO: Si. 30,799.78

FECHA	No.CHEQUE	CONCEPTO	IMPORTE	
18/12/1998	745860	SERVICIOS MEDICOS MIRAFLORES	38.10	
09/06/1998	67	RODRIGUEZ M.	63.60	
22/06/1998	80	BONILLA CASTRO P.	333.94	
24/06/1998	82	RESONANCIA MAGNETICA S.A.	1,531.99	
24/06/1998	84	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.	1,327.89	
24/06/1998	85	CLINICA AREQUIPA S.A.	129.91	
26/06/1998	86	CLINICA VESALIO	66.86	
26/06/1998	87	CLINICA MONTEFIORI	1,913.63	
26/06/1998	88	CLINICA AREQUIPA	2,992.87	
26/06/1998	89	CLINICA MONTEFIORI	115.70	
26/06/1998	90	CLINICA LOS PINOS	184.98	
26/06/1998	91	CLINICA STELLA MARIS	886.03	
26/06/1998	92	CLINICA SAN PABLO	536.41	
26/06/1998	93	ASOC. BENEFICA ANGLO AMERICANA	1,222.86	
26/06/1998	94	GARCIA BRAGAGNINI S.R.LTDA.	765.82	
26/06/1998	95	CLINICA RICARDO PALMA.	2,251.60	

SALDO AL 30/06/1998 16,437.59

FUENTE: Documentación mensual del Programa de Autoseguro Médico diseñado para un cliente específico de Marsh Perú S.A.