



ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD CONTRATADOS POR EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Directiva DI-	28-2024-AS-DRH-DGA-CR
Versión:	PRIMERA VERSIÓN
N° Páginas:	34
Órgano Responsable:	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

DESCRIPCIÓN	CARGO O PUESTO	FIRMA
EN SEÑAL DE CONFORMIDAD	DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN	 Firmado digitalmente por: PAIS VERA Carlos Luis FAU 20161749126 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 20/11/2024 09:44:10-0500
	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	 Firmado digitalmente por: FIGUEROA VALDEZ Haidy Janette FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 28/10/2024 14:52:07-0500
	JEFA DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	 Firmado digitalmente por: OBREGON CASTILLO Gloria Norma FAU 20161749126 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 28/10/2024 16:29:09-0500
	JEFA DEL ÁREA DE ASESORÍA LABORAL	 Firmado digitalmente por: FUENTES LOZANO Claudia Vanesa FAU 20161749126 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 29/10/2024 11:11:46-0500
	JEFA DEL ÁREA DE SEGUROS	 Firmado digitalmente por: PANTOJA CADILLO Danny Milagros FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 28/10/2024 15:11:59-0500
	JEFA DEL ÁREA DE DESARROLLO Y BIENESTAR DE PERSONAL	 Firmado digitalmente por: FIGUEROA VALDEZ Haidy Janette FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 28/10/2024 14:51:55-0500



EN SEÑAL DE CONFORMIDAD	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS	 Firmado digitalmente por: BRAVO RONCAL Maria Lucia FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 25/10/2024 09:31:17-0500
	JEFE DEL ÁREA DE CONTABILIDAD	 Firmado digitalmente por: VERASTEGUI HILARIO Rafael Milton FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 24/10/2024 17:14:46-0500
	JEFE DEL ÁREA DE TESORERÍA	 Firmado digitalmente por: ROJAS MANRIQUE Alfredo Antonio FAU 20161749126 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 24/10/2024 16:59:33-0500
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO	 Firmado digitalmente por: PINGUS GOMES Carlos Alberto FAU 20161749126 hard Motivo: En señal de conformidad Fecha: 22/10/2024 18:32:16-0500
	JEFA DEL ÁREA DE PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE ADQUISICIONES	 Firmado digitalmente por: CHAMBIO HERMOSA Jenniffer Elizabeth FAU 20161749126 soft Motivo: En señal de conformidad Fecha: 22/10/2024 18:39:55-0500
VISTO BUENO	JEFE DE LA OFICINA LEGAL Y CONSTITUCIONAL DEL CONGRESO	 Firmado digitalmente por: PUENTE VEJARANO Hugo Alfredo FAU 20161749126 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 18/11/2024 18:05:39-0500
	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACIÓN	 Firmado digitalmente por: ALCANTARA INFANTES William Federico FAU 20161749126 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 29/10/2024 16:57:02-0500
	JEFA DEL ÁREA DE MODERNIZACIÓN	 Firmado digitalmente por: SARAVIA BONIFACIO Celia Antonia FAU 20161749126 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 22/10/2024 15:24:10-0500

1. OBJETIVO.

Establecer los procedimientos internos para la administración de los programas de salud contratados por el Congreso de la República, tanto de la Póliza de Asistencia Médica Familiar como del Plan de Salud de la Entidad Prestadora de Salud.

2. FINALIDAD.

Fortalecer el procedimiento de control y supervisión para la inclusión y exclusión de beneficiarios tanto para la Póliza de Asistencia Médica Familiar (PAMF) dirigido a los congresistas, parlamentarios andinos, expresidentes de la República y sus dependientes; así como, en el Plan de Salud – Entidad Prestadora de Salud (EPS) dirigido a los servidores y sus dependientes.

3. ALCANCE.

Las disposiciones de la presente directiva son de obligatorio cumplimiento por parte de la Dirección General de Administración, Departamento de Recursos Humanos, Área de Seguros, Área de Administración de Personal, Área de Asesoría Laboral, Área de Desarrollo y Bienestar de Personal, Departamento de Abastecimiento, Departamento de Finanzas, Área de Tesorería, Área de Contabilidad, congresistas, parlamentarios andinos, expresidentes de la República y los servidores del Congreso de la República (en adelante, Congreso).

4. BASE LEGAL

- 4.1 Reglamento del Congreso de la República.
- 4.2 Decreto Legislativo N° 295, Código Civil, y sus modificatorias.
- 4.3 Acuerdo de Mesa N° 078-2016-2017/MESA-CR, Beneficios logísticos que se brindan a los expresidentes de la República.
- 4.4 Resolución N° 043-2023-2024-OM-CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Congreso de la República, Cuadro de Asignación de Personal y Cuadro Nominativo de Personal.
- 4.5 Resolución N° 002-2024-2025-OM-CR, Resolución que aprueba la Directiva N°10-2024-AM-OPPM-OM-CR, Elaboración de documentos normativos del Servicio Parlamentario del Congreso de la República – Segunda versión.
- 4.6 Ley N° 26519, Ley que establece pensión para ex Presidentes Constitucionales de la República.
- 4.7 Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- 4.8 Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- 4.9 Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, Aprueban Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados y sus modificatorias.

5. RESPONSABILIDADES.

- 5.1.** La Dirección General de Administración (DGA) es responsable de aprobar los contratos de los programas de salud, según la normativa y procedimientos vigentes, además, supervisa la administración de las pólizas de seguros contratados por la institución.
- 5.2.** El Departamento de Recursos Humanos (DRH) es responsable de supervisar los procesos de vinculación y desvinculación laboral, así como, el cumplimiento de los contratos de los programas de salud; asimismo, derivar de manera

inmediata al Área de Seguros la información sobre el fallecimiento de un titular o dependiente del programa de salud que reciba.

- 5.3.** El Área de Seguros (AS) es responsable del control de calidad de los reportes de beneficiarios, gestionar las inclusiones y exclusiones en los programas de salud, supervisar que los trámites ante proveedores de los servicios de salud (clínicas, consultorios médicos, laboratorios, etc.) y proveedores de los programas de salud se realicen dentro del alcance del plan de salud correspondiente, así como, presentar reportes validados e informes mensuales de los servicios de los programas de salud ante el DRH. Asimismo, es responsable de verificar el registro de cónyuges/convivientes, hijos mayores de edad y padres afiliados a los programas de salud en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). Esta información es ingresada por el servidor en la declaración jurada correspondiente del Sistema de Legajo Virtual.
- 5.4.** El Área de Administración de Personal (AAP), a través del Grupo Funcional de Registro y Control del Personal, es responsable de verificar el registro de los servidores, hijos menores de edad e hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA). Esta información es ingresada por el servidor en la declaración jurada correspondiente del Sistema de Legajo Virtual.
- El Grupo Funcional de Remuneraciones es responsable de atender los requerimientos del Área de Seguros sobre la disponibilidad remunerativa del servidor a fin de efectuar los descuentos mensuales en planilla por los planes de salud potestativos, según el contrato vigente; y realizar los descuentos en planilla por los planes de salud potestativos de la PAMF y la EPS registrados por el Área de Seguros.
- 5.5.** El Área de Asesoría Laboral (AAL) es responsable de informar al Área de Seguros sobre las vinculaciones y desvinculaciones en cuanto se produzcan, así como, emitir un reporte mensual consolidado de las vinculaciones y desvinculaciones efectuadas durante ese periodo.
- 5.6.** El Área de Desarrollo y Bienestar de Personal (ADBP) es responsable de informar al Área de Seguros sobre las solicitudes de subsidio por fallecimiento, tan pronto como reciba dicha solicitud.
- 5.7.** El Departamento de Abastecimiento (DA) es responsable de realizar la indagación de mercado del programa de salud de la PAMF, de elaborar la orden de servicio de los programas de salud PAMF y EPS, del registro del compromiso presupuestal en el SIGA y en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).
- 5.8.** El Departamento de Finanzas (DF) es responsable de la revisión de los documentos que sustentan los pagos; así como de supervisar el pago a los proveedores de los programas de salud, cuando corresponda.
- 5.9.** El Área de Contabilidad es responsable de validar tanto la partida presupuestal comprometida como el sustento del comprobante de pago para efectuar el devengado.
- 5.10.** El Área de Tesorería es responsable de la etapa del girado para realizar el pago a los proveedores de los programas de salud.

5.11. El beneficiario titular del programa de salud es responsable de informar las variaciones (nacimientos y fallecimientos) de su composición familiar, así como el cambio de su estado civil y el de sus dependientes, bajo la responsabilidad legal que corresponda.

6. DISPOSICIONES GENERALES.

6.1. Administración de los programas de salud.

6.1.1. El jefe del Área de Seguros es responsable de la administración de los programas de salud (PAMF y EPS) contratados por la institución, así como, de la gestión interna de dichos programas.

6.1.2. El jefe del Área de Seguros designa a un servidor para que:

6.1.2.1. Coordine con los proveedores de los programas de salud para que se realicen las inclusiones y exclusiones solicitadas.

6.1.2.2. Reciba y registre las solicitudes de reembolso de gastos por atenciones ambulatorias.

6.1.2.3. Actualice y revise los registros de los programas de salud, tanto del PAMF y del Plan de Salud – EPS.

6.1.2.4. Gestione el pago a los proveedores de los programas de salud, tanto del PAMF y del Plan de Salud – EPS.

6.1.3. Los servidores del Área de Seguros tienen la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de la información que se generen en los programas de salud.

6.2. Cobertura de los programas de salud.

Los programas de salud tienen los términos y condiciones contractuales siguientes:

Tabla 1: Cobertura.

Beneficiarios	PAMF	Plan de Salud - EPS
Beneficiarios naturales de los programas de salud.		
Titular.	- Congresista. - Parlamentario andino. - Expresidente de la República.	Servidor que elige este plan para la atención de su salud.
Dependiente.	- Padres.	
	- Cónyuge o conviviente (al que se refiere el artículo 326 del Código Civil) - Hijos hasta la edad de 24 años, 11 meses y 30 días. - Hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo (previo sustento médico).	
Beneficiarios de los planes potestativos de los programas de salud		
Dependiente.		- Padres.
	Hijos desde 25 años en adelante (siempre que hayan tenido continuidad en el programa de salud y tengan el estado civil de soltero): - PAMF: hasta la edad de 30 años, 11 meses y 30 días. - EPS: hasta la edad de 30 años, 11 meses y 30 días.	

Fuente: Área de Seguros.

6.3. Elaboración de informes.

El jefe del Área de Seguros supervisa la elaboración de los informes sobre:

- Cantidad de titulares y los dependientes.
- Índice de siniestralidad.
- Costos del servicio – prima.
- Cambio en la póliza, si los hubiera.
- Otros que se le requiera.

Estos documentos se presentan a requerimiento del jefe del Departamento de Recursos Humanos.

7. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

7.1. Principales actividades en la administración de los programas de salud.

- 7.1.1 Identificación de los beneficiarios titulares de los programas de salud.
- 7.1.2 Procedimiento de inclusión y exclusión en los programas de salud.
- 7.1.3 Uso de los programas de salud.
- 7.1.4 Beneficios de los programas de salud.
- 7.1.5 Registro de los beneficiarios y de las primas de los programas de salud.
- 7.1.6 Pago a los proveedores de los programas de salud.

7.2. Identificación de los beneficiarios titulares de los programas de salud.

El jefe del Área de Seguros y los servidores designados identifican a los beneficiarios titulares (en adelante, titulares) de los programas de salud de la manera siguiente:

7.2.1. Para la PAMF: cada cinco (5) años, se verifica la publicación en el Diario Oficial El Peruano de los resultados oficiales de las “Elecciones Generales para la elección de Presidente y Vicepresidentes de la República, Congresistas y representantes peruanos ante el Parlamento Andino”; y, se confirma la entrega de credencial de cada uno de los candidatos electos, en concordancia a lo señalado en el artículo 8 del Reglamento del Congreso de la República. Para el caso del expresidente de la República, se identifica al titular por la finalización de su mandato presidencial y a solicitud de este para su inclusión en el PAMF.

Los casos excepcionales se conocen a través de la respectiva resolución legislativa publicada en el Diario Oficial El Peruano.

7.2.2. Para la EPS: el Área de Asesoría Laboral informa al Área de Seguros sobre la vinculación y desvinculación laboral de un servidor para proceder con la inclusión o exclusión según corresponda.

Para el caso de los dependientes, las inclusiones y exclusiones se realizan a solicitud del titular.

7.3. Procedimiento de inclusión y exclusión en los programas de salud.

El jefe del Área de Seguros supervisa que las inclusiones y exclusiones en los programas de salud se realicen de manera oportuna.

7.3.1. Acciones previas para la inclusión en los programas de salud.

El jefe de Área de Seguros asesora de manera personalizada a los titulares del programa de salud PAMF sobre las coberturas y beneficios, y, a través de un servidor, asesora de manera personalizada a los titulares del programa de salud EPS.

El jefe del Área de Seguros, a través de uno o más servidores, realiza las acciones siguientes:

7.3.1.1. Entrega al titular (congresista, parlamentario andino, expresidente de la República, y servidor) los formularios para los trámites de inclusión, en el programa de salud que corresponda, tanto de los titulares como la de sus dependientes.

7.3.1.2. Informa sobre la documentación necesaria para la inclusión a los programas de salud:

Tabla 2: Documentación para la inclusión.

	PAMF	Plan de Salud - EPS
Beneficiarios naturales de los programas de salud.		
De ser casado:	- Copia del DNI (*) del titular - Copia del DNI (*) del cónyuge. - Copia del Acta de Matrimonio, emitido por el RENIEC (Acta con antigüedad no mayor a seis (6) meses).	
De ser conviviente:	- Copia del DNI del titular. - Copia del DNI del concubino/a. - Copia del Reconocimiento del Unión de Hecho registrado en SUNARP	
Hijos menores de edad	- Copia del DNI del titular. - Copia del DNI de cada hijo.	
Hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo	- Copia del DNI del titular. - Copia del DNI de cada hijo. - Carnet y Resolución de CONADIS. - Resolución de EsSalud.	
Hijos de 18 años hasta 24 años, 11 meses y 30 días:	- Copia del DNI del titular - Copia del DNI del hijo. - Copia de la partida de nacimiento del hijo.	
Padres:	- Copia del DNI del titular - Copia del DNI del padre/madre. - Partida de nacimiento del titular.	
Beneficiarios de los Programas de Salud Potestativos.		
Incluir hijos de 25 años hasta 30 años, 11 meses y 30 días (siempre que hayan tenido continuidad en el programa de salud y tengan la condición de estado civil soltero)	- Copia del DNI del titular - Copia del DNI del hijo. - Partida de nacimiento del hijo. - Carta de autorización de descuento en la planilla del titular.	

Padres:		- Copia del DNI del titular - Copia del DNI del padre/madre. - Partida de nacimiento del titular. - Carta de autorización de descuento en la planilla del titular.
---------	--	---

Fuente: Área de Seguros.

(*) Los trámites se admiten con copia del DNI vigente y estado civil actualizado.

7.3.2.Procedimiento de inclusión en los programas de salud.

El jefe del Área de Asesoría Laboral, a través de un servidor designado, es responsable de informar, vía correo electrónico, al Área de Seguros sobre las vinculaciones y desvinculaciones laborales en cuanto se produzcan.

Las vinculaciones generan la inclusión en los programas de salud.

7.3.2.1.El servidor responsable designado por el jefe del Área de Seguros (en adelante servidor responsable del AS), verifica en el SIGA si el ingreso del servidor es por un vínculo laboral nuevo o reingreso laboral.

7.3.2.2.Cuando el vínculo laboral es nuevo:

7.3.2.2.1. El servidor del AS informa al titular (vía correo electrónico obtenido de la consulta SIGA) que:

- Tiene la opción de elegir el servicio de salud EPS o el Seguro Social de Salud (EsSalud).
- Debe haber declarado a sus beneficiarios en la declaración jurada del Sistema de Legajo Virtual. De no haberlo hecho, el servidor debe gestionar ante el Grupo Funcional de Registro y Control, la actualización de su composición familiar en el Sistema de Legajo Virtual.

Cuando el titular elige el Plan de Salud EPS, el servidor responsable del AS debe informar sobre el Instructivo de Afiliación a la EPS (Anexo 3).

7.3.2.2.2. El servidor del AS brinda orientación para el llenado de la Declaración Personal de Salud (DPS).

7.3.2.2.3. El servidor del AS brinda orientación para el llenado de la información y datos del titular y sus dependientes; para la PAMF de acuerdo con el Anexo 4 y para la EPS de acuerdo con el Anexo 5.

El llenado de los documentos debe ser con letra imprenta, legible, sin enmendadura ni borrones.

7.3.2.2.4. El titular presenta la DPS y los documentos de sí mismo y de sus dependientes de manera física en la Oficina del Área de Seguros. De forma excepcional, cuando el

servidor labore en provincia, podrá remitir la DPS y los documentos al correo electrónico seguros1@congreso.gob.pe con copia al correo del servidor del Área de Seguros que lo contactó inicialmente.

- 7.3.2.2.5. El titular de la PAMF puede solicitar la continuidad al plan potestativo de hijos mayores a 25 años; para ello, debe presentar la documentación que se indica en la Tabla 2, que incluye la carta de autorización para el descuento por planilla (Anexo 6).
- 7.3.2.2.6. El titular de la EPS puede solicitar la continuidad al plan potestativo de hijos mayores a 25 años; para ello, presenta la documentación que se indica en la Tabla 2, el cual incluye la carta de autorización para el descuento por planilla (Anexo 7).
- 7.3.2.2.7. El titular de la EPS puede solicitar la inclusión de sus padres al Programa de Salud Potestativos; para ello, debe presentar la documentación que se indica en la Tabla 2, que incluye la carta de autorización para el descuento por planilla (Anexo 8).
- 7.3.2.2.8. El servidor del AS revisa los documentos presentados. Si encuentra alguna observación, informa al titular para que subsane.
- 7.3.2.2.9. Cuando el servidor del AS verifica que los documentos presentados están conforme, debe confirmar que el titular se encuentre activo, y que sus beneficiarios se encuentren registrados en el SIGA.

La información de los beneficiarios en el SIGA es ingresada por el propio servidor en la declaración jurada correspondiente del Sistema de Legajo Virtual.

- 7.3.2.2.10. Si los documentos presentados y el registro en el SIGA son correctos, el servidor del AS presenta el requerimiento de inclusión ante el proveedor del plan de salud, adjunta la DPS y demás documentos.
- 7.3.2.3. Cuando el vínculo laboral es un reingreso, el servidor del AS verifica la fecha del último cese en el SIGA:
- 7.3.2.3.1. Si el reingreso es más de 60 días, se aplica el mismo procedimiento que corresponde a un vínculo laboral nuevo.
 - 7.3.2.3.2. Si el reingreso es de 60 días o menos, remite un correo al titular solicitando la confirmación de su rehabilitación (reincorporación al plan de salud) y la de su composición familiar; con la confirmación del servidor, tramita la rehabilitación ante el proveedor de los programas de salud. No se requiere que el servidor presente documentación alguna.

- 7.3.2.4. El servidor del AS realiza el seguimiento y control de los requerimientos al proveedor para que, en el plazo de cuatro (4) días hábiles, active el plan de salud del titular y de los dependientes.
- 7.3.2.5. Cuando se realiza la inclusión del titular y sus dependientes al programa de salud, el servidor responsable del AS informa:
- 7.3.2.5.1. Al servidor del módulo de Seguros en el SIGA, para el registro de aportaciones en la planilla del titular, la inclusión del servidor y sus dependientes, montos de las primas del titular y sus dependientes (composición familiar) de acuerdo al plan de salud y fechas de vigencia, adjunta constancia de activación del programa de salud.
 - 7.3.2.5.2. Al servidor responsable de la facturación, para considerar los descuentos al titular, en el caso de planes potestativos.
 - 7.3.2.5.3. De manera excepcional, en el caso de reintegro laboral donde la desvinculación y el nuevo vínculo laboral suceden durante el mismo mes (continuidad), la información debe ser verificada por el servidor responsable del AS, el plan de salud mantiene su vigencia bajo las mismas condiciones. En este caso, el servidor del AS confirma que el titular se encuentre activo en el plan de salud e informa al servidor responsable del registro en el SIGA.
 - 7.3.2.5.4. Transcurrido el tercer mes de labores, el titular presenta al Área de Seguros, el Formulario Único de Seguros – EsSalud para la inscripción de sus dependientes ante EsSalud, bajo responsabilidad.

7.3.3. Procedimiento de exclusión en los programas de salud.

- 7.3.3.1. El servidor responsable del AS realiza el trámite ante el proveedor del programa de salud, tan pronto tenga conocimiento que se debe proceder con la exclusión.
- 7.3.3.2. La exclusión del titular y sus dependientes de la EPS se ejecuta a partir de la notificación de la desvinculación laboral enviada por el Área de Asesoría Laboral.
- 7.3.3.3. La exclusión del titular y sus dependientes de la PAMF se ejecuta cuando concluye el mandato de los congresistas y parlamentarios andinos. Los casos excepcionales se conocen a través de la respectiva resolución legislativa publicada en el Diario Oficial El Peruano. Para el caso de los expresidentes de la República, la exclusión se ejecuta cuando fallecen.
- 7.3.3.4. La exclusión de los hijos, tanto para la EPS como la PAMF, se ejecuta cuando estos cumplen veinticuatro (24) años, 11 meses y 30 días de edad y el titular no solicita la continuidad en el Programa de Salud Potestativo.

- 7.3.3.5. La exclusión de los hijos que se encuentran en el Programa de Salud Potestativo, tanto para la EPS como la PAMF, se ejecuta cuando estos cumplen treinta (30) años, once (11) meses y treinta (30) días de edad.
- 7.3.3.6. La exclusión de los hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo del Plan de Salud EPS se ejecuta cuando se produce la desvinculación laboral del servidor.
- 7.3.3.7. La exclusión de los hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo del Plan de Salud PAMF se ejecuta cuando concluye el mandato de los congresistas y parlamentarios andinos.
- 7.3.3.8. El fallecimiento del titular, tanto de la EPS como de la PAMF, conlleva a la exclusión de los programas de salud de este y de sus dependientes.
- 7.3.3.9. Confirmada la exclusión por parte del proveedor, el servidor responsable del AS informa inmediatamente al servidor responsable del módulo de Seguros del SIGA para el registro correspondiente.

7.4. Control de inclusiones y exclusiones en los programas de salud.

El jefe del Área de Asesoría Laboral remite la relación de vinculaciones y desvinculaciones laborales al jefe del Área de Seguros tan pronto ocurran, así como un reporte mensual consolidado de las vinculaciones y desvinculaciones efectuadas durante ese periodo.

El Área de Seguros, a través de los servidores responsables, debe verificar que las inclusiones y exclusiones en los programas de salud coincidan con la relación de vinculaciones y desvinculaciones laborales. Asimismo, elabora y remite un reporte mensual consolidado de las inclusiones y exclusiones efectuadas (control de afiliados) durante ese periodo al Departamento de Recursos Humanos.

7.5. Inicio de la cobertura del plan de salud.

La presentación de la documentación requerida es un factor clave para el inicio de la cobertura de salud.

	Presenta información del:		Inicio de cobertura (afiliación)
	Día 1 al 15 del mes actual	Día 16 al 30 del mes actual	
Vínculo laboral nuevo.	X		Mes actual.
		X	Mes siguiente.
Vínculo laboral antiguo.	X		Mes subsiguiente al mes siguiente.

Tabla 3: Inicio de cobertura.
Elaboración: Área de Seguros.

El inicio de cobertura en el mes actual se concreta con una constancia de afiliación que el proveedor remite al correo personal del titular.

El inicio de cobertura en el mes siguiente o mes subsiguiente inicia a partir del día 1.

7.6. Uso de los programas de salud.

Los beneficiarios de los programas de salud PAMF y EPS usan los programas de salud a través de la atención médica, la cual se rige a los términos y condiciones establecidos en los programas de salud según el contrato vigente.

El jefe del Área de Seguros supervisa el trámite del reembolso.

7.7. Beneficios de los programas de salud.

El jefe del Área de Seguros promueve la importancia de participar en:

7.7.1. Las campañas de salud cubren temas relacionados a los hábitos saludables, educación sobre enfermedades, acceso a servicios de salud, vacunación, nutrición, salud mental, y otros temas.

7.7.2. Las campañas preventivas de salud enfatizan la prevención de complicaciones de salud y la promoción de un bienestar integral a largo plazo.

7.8. Registro de los beneficiarios y de las primas de los programas de salud.

El registro de los programas de salud contiene información organizada sobre los beneficiarios de los programas de salud y sobre las primas que estos pagan. Este registro permite la gestión eficiente de los programas de salud.

El Área de Seguros, a través de los servidores designados, es responsable de validar el registro de los titulares, hijos menores de edad e hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo en el módulo de Seguros del SIGA, información que es ingresada por el propio servidor en la declaración jurada correspondiente del Sistema de Legajo Virtual y revisado por el Grupo Funcional de Registro y Control.

El contenido mínimo de cada registro es:

- Apellidos y nombres.
- DNI.
- Fecha de nacimiento.
- Condición de incapacidad total y permanente para el trabajo para hijos mayores de edad, de ser el caso.

Cuando el contenido sea válido, el servidor responsable del AS revisa y valida de corresponder, la información de cónyuge/conviviente, hijos mayores de edad y padres afiliados al programa de salud en el módulo de Seguros del SIGA, información que es ingresada por el propio servidor en la declaración jurada correspondiente del Sistema de Legajo Virtual, y a su vez, actualiza el registro con la información siguiente:

- Acción realizada (inclusión o exclusión de los beneficiarios) y la fecha.
- Monto de la prima mensual de acuerdo al plan de salud por cada titular y sus dependientes (composición familiar).

- Monto de la prima mensual por beneficiarios de los planes de salud potestativos.
- Fecha de vigencia del plan de salud.

El beneficiario titular del programa de salud es responsable de informar las variaciones (nacimientos y fallecimientos) de su composición familiar, así como el cambio de su estado civil y el de sus dependientes, bajo la responsabilidad legal que corresponda.

La información contenida en el registro de los beneficiarios y de las primas de los programas de salud es relevante para calcular el pago mensual a los proveedores de dichos programas.

El jefe del Área de Seguros, a través de uno o más servidores, es responsable de la supervisión, control y actualización de las inclusiones y exclusiones de los beneficiarios de los programas de salud, montos de las primas mensuales de acuerdo al plan de salud por cada titular y sus dependientes, montos de las primas mensuales por beneficiarios de los planes de salud potestativos y fechas de vigencia de los planes de salud.

7.9. Control de Siniestralidad de la EPS

El jefe del Área de Seguros designa a un servidor como responsable para que efectúe el seguimiento y control:

- Del índice de siniestralidad de los programas de salud sobre la base de la información proporcionada por las empresas aseguradoras, según la periodicidad pactada.
- La realización de campañas de salud.
- La realización de campañas de salud preventivas.

El jefe del Área de Seguros solicita al proveedor de los programas de salud, de manera semestral, el índice de siniestralidad e informa por escrito al jefe del Departamento de Recursos Humanos sobre variaciones y/o fluctuaciones que se produzcan en la siniestralidad y propone las medidas correctivas pertinentes.

7.10. Pago a los proveedores de los programas de salud PAMF y EPS.

El monto mensual para el pago por los programas de salud se compone de:

- 7.10.1.** Las primas por la totalidad de beneficiarios.
- 7.10.2.** Impuestos y gastos, de acuerdo con las condiciones contractuales de cada plan de salud.

El procedimiento para el pago de los proveedores es el siguiente:

- 7.10.3.** El proveedor de cada programa de salud remite mensualmente el reporte de beneficiarios de los programas de salud y la factura, al jefe del Área de Seguros.
- 7.10.4.** El jefe del Área de Seguros designa a un servidor para que verifique la información remitida por el proveedor sobre las inclusiones y exclusiones, así como la cantidad de beneficiarios y de los importes

consignados. De encontrar observaciones, coordina la emisión de notas de crédito o liquidaciones adicionales, de corresponder.

- 7.10.5.** Cuando la información del proveedor es correcta, el servidor responsable del AS solicita las liquidaciones detalladas, facturas y notas de crédito al proveedor, de corresponder.
- 7.10.6.** Para el caso del plan de salud EPS, el servidor responsable del AS verifica que las facturas del proveedor consignen el descuento del 2.25% de la cuota patronal mensual, la cual se paga por adelantado. Este importe es informado por el Área de Tesorería del Departamento de Finanzas precisando el número de expediente del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), número de cheque y comprobante de pago.
- 7.10.7.** El servidor responsable del AS elabora el proyecto de informe para el pago mensual de los programas de salud, el requerimiento de pago en el SIGA, el expediente para el pago, y tramita la conformidad del servicio.

El expediente para el pago contiene:

- 7.10.7.1. La impresión del requerimiento de pago en el SIGA, aprobado en el sistema y con los vistos respectivos.
- 7.10.7.2. Factura.
- 7.10.7.3. El Acta de Conformidad del Servicios firmada por el jefe del Área de Seguros.
- 7.10.7.4. Cuadro de las primas a pagar por el Congreso.
- 7.10.7.5. Reporte de beneficiarios del programa de salud emitido por el proveedor en formato PDF que contiene los nombres completos de todos los titulares y dependientes con la prima según composición familiar de cada titular. El importe de la prima debe coincidir con la liquidación, notas de crédito y facturación.

El reporte debe ser validado y visado por el Área de Seguros.

- 7.10.7.6. Proyecto de memorando del Departamento de Recursos Humanos al Departamento de Abastecimientos para el pago al proveedor.
- 7.10.8.** El servidor responsable del AS remite el informe y el expediente firmado por el jefe del Área de Seguros hacia el jefe del Departamento de Recursos Humanos.
- 7.10.9.** El jefe del Departamento de Recursos Humanos, de corresponder, da visto bueno y deriva al jefe del Departamento de Abastecimiento para la elaboración de la orden de servicio.
- 7.10.10.** El jefe del Departamento de Abastecimiento, a través del Área de Programación y Gestión de Adquisiciones, elabora la orden de servicio y procede al registro del compromiso presupuestal en el sistema SIGA y SIAF para la remisión del expediente al Departamento de Finanzas.

- 7.10.11.** El jefe del Departamento de Finanzas deriva al servidor encargado para realizar el control previo, a cargo de la revisión de la documentación que sustenta la orden de servicio comprometida presupuestalmente.
- 7.10.12.** El jefe del Área de Contabilidad efectúa la etapa del devengado y el jefe del Área de Tesorería realiza el pago a los proveedores de los programas de salud.
- 7.10.13.** El jefe del Área de Seguros tramita una copia de las constancias de pago y las entrega al servidor responsable del AS para que las adjunte a la copia del expediente para el pago.

8. VIGENCIA.

La presente directiva entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación.

9. ANEXOS.

Nº DE ANEXO	DETALLE
ANEXO N° 01	GLOSARIO DE TÉRMINOS
ANEXO N° 02	SIGLAS Y ACRÓNIMOS
ANEXO N° 03	INSTRUCTIVO PARA LA AFILIACIÓN A LA EPS
ANEXO N° 04	FORMATO DE DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD PARA LA PAMF
ANEXO N° 05	FORMATO DE DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD PARA LA EPS
ANEXO N° 06	MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA, PLAN HIJOS – PAMF
ANEXO N° 07	MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA, PLAN HIJOS - EPS
ANEXO N° 08	MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA, PLAN PADRES - EPS
ANEXO N° 09	FLUJOGRAMAS: 1) Inclusiones y exclusiones en los programas de salud. 2) Control y pago de los programas de salud.

ANEXO N° 01 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Beneficiarios. Titular y sus dependientes incluidos en los programas de salud.

Continuidad. Continuación (sin interrupción) del plan de salud para el servidor y sus dependientes cuando, durante el mismo mes, existe una desvinculación laboral y luego se genera un nuevo vínculo.

Copago. Importe que paga el beneficiario cada vez acude a una clínica por una consulta, atención médica o intervención.

Declaración Personal de Salud (DPS). Formato de la empresa proveedora de los programas de salud que tiene carácter de declaración jurada que informa sobre algún padecimiento, diagnóstico o tratamiento de determinada enfermedad o dolencia de los asegurados y afiliados, y sus dependientes. Este formato incluye la solicitud de inclusión al plan de salud.

Empresas Prestadoras de Salud (EPS). Empresas privadas, públicas o mixtas, distintas a EsSalud, que prestan servicios de seguridad social en salud (excepto los subsidios). Está dirigido a los servidores del Congreso, quienes tienen la calidad de titulares, y sus dependientes.

Equipo de Afiliaciones. Servidores del Área de Seguros designados por el jefe para que sean responsables de las inclusiones y exclusiones de los titulares y sus dependientes a la PAMF y EPS según corresponda.

Exclusión. Retiro de un titular y sus dependientes de la PAMF o de la EPS de acuerdo a los procedimientos y requisitos establecidos, o cuando el titular solicita mantener atención exclusiva por EsSalud.

Inclusión. Incorporación de un titular y sus dependientes en la PAMF o en la EPS de acuerdo a los procedimientos y requisitos establecidos, o cuando el titular elija el programa de salud.

Latencia. Periodo durante el cual se puede acceder a los servicios de salud luego de una desvinculación laboral.

Planes de salud. Es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista de condiciones asegurables, **intervenciones** y prestaciones de salud financiado a todos los titulares y sus dependientes, a la PAMF y EPS. Incluye coberturas de salud, copagos, establecimientos vinculados al plan, entre otros.

Póliza de Asistencia Médica Familiar (PAMF): Seguro de asistencia médica colectiva que tiene por finalidad atender las enfermedades del titular y sus dependientes, incluyendo aquellas relacionadas a la salud mental u otras afectaciones ocasionadas por accidentes, proporcionándole servicios médicos y quirúrgicos, farmacéuticos e internamiento en clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades y con los límites que figuren en la póliza.

La PAMF está dirigido a los congresistas, parlamentarios andinos y ex presidentes de la República y sus dependientes.

Rehabilitación. Reincorporación del servidor y sus dependientes en el plan de salud cuando, en un plazo de sesenta (60) días, un servidor se desvincula y luego se genera un nuevo vínculo laboral.

ANEXO N° 02
GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AS: Área de Seguros.

DGA: Dirección General de Administración.

DRH: Departamento de Recursos Humanos.

EPS: Entidad Prestadora de Salud.

OPPM: Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

PAMF: Póliza de Asistencia Médica Familiar.

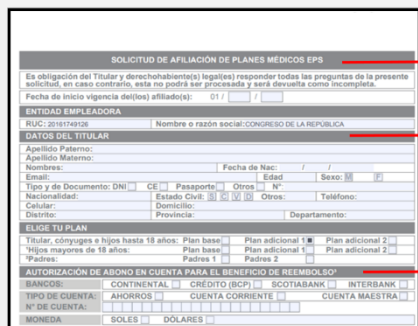
SIGA: Sistema Integrado de Gestión Administrativa.

EPS: Empresa Prestadora de Salud.

ANEXO N° 03 INSTRUCTIVO PARA LA AFILIACIÓN A LA EPS

INSTRUCTIVO PARA LA AFILIACIÓN ANEXO 02

EPS–



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MEDICOS EPS

Es obligación del Titular y derechohabiente(s) legal(es) responder todas las preguntas de la presente solicitud, en caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

Fecha de inicio vigencia del(los) afiliado(s): 01 / /

ENTIDAD EMPLEADORA

RUC: 201744010 Nombre o razón social: CONGRESO DE LA REPUBLICA

DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno: _____
 Apellido Materno: _____
 Nombres: _____ Fecha de Nac: / /
 Email: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
 Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N° _____
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: ☐ S ☐ V ☐ O ☐ Otros: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ Domicilio: _____
 Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

ELIGE TU PLAN

Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐
 Hijos mayores de 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐
 Padres: Padres 1 ☐ Padres 2 ☐

AUTORIZACIÓN DE ABONO EN CUENTA PARA EL BENEFICIO DE REEMBOLSO*

RANGOS: CONTINENTAL ☐ CRÉDITO (BCP) ☐ SCOTIABANK ☐ INTERBANK ☐
 TIPO DE CUENTA: AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ CUENTA MAESTRA ☐
 N° DE CUENTA: _____
 MONEDA: SOLES ☐ DOLARES ☐

VIGENCIA: Mes/año actualizado al momento de completar el formato de afiliación.

DATOS DEL TITULAR: Todos los campos son obligatorios.

ABONO EN CUENTA: Autorización de abono en cuenta en caso de presentar beneficio de reembolso es opcional.

DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN



DATOS DE LOS DEPENDIENTES

El sistema de seguridad social se encuentra orientado a lograr que toda la población cuente con una cobertura de salud, en ese sentido, todos los trabajadores y sus derechohabientes deben tener una cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes podrán recibir atenciones a través de dicha EPS, siempre que estos se encuentren afiliados, caso contrario sus derechohabientes no gozarán de las atenciones de salud. No obstante lo antes indicado debe tenerse en cuenta que si sus derechohabientes ya fueron inscritos por su cónyuge, quien labora otra entidad empleadora- ya no resulta indispensable que los afilie a su EPS.

D1.

Apellido Paterno: _____
 Apellido Materno: _____
 Nombres: _____
 Fecha de Nac: / / Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: ☐ S ☐ V ☐ O ☐
 Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N° _____
 Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐

D2.

Apellido Paterno: _____
 Apellido Materno: _____
 Nombres: _____
 Fecha de Nac: / / Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: ☐ S ☐ V ☐ O ☐
 Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N° _____

DATOS DEPENDIENTES: Para la declaración de sus dependientes todos los campos son obligatorios, de no tener dependientes dejar en blanco.

DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN

DECLARACION DE SALUD

El Titular debe responder SI o NO marcando con “X” en cada una de las casillas, según el orden de registro de dependientes.

El Titular, sus derechohabientes, hijos mayores de 18 años y padres en caso de haberlos, deben llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud. En caso que omitan responder alguna pregunta, las atenciones de salud relacionadas a la pregunta no contestada no tendrán cobertura hasta regularizar el llenado del documento.

¿Alguna de las solicitudes (titular o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro

Titular	D1	D2	D3	D4	D5	D6	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

1. ¿Afecciones al cerebro o del sistema nervioso o trastorno psiquiátrico, psicológico o enfermedad mental, tales como: esquizofrenia, parálisis, epilepsia, perturbaciones arteriovenosas, demencia cerebral, parkinson, migraña, otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro o trastorno psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental?

2. ¿Enfermedades con el aparato respiratorio, tales como:

DECLARACION DE SALUD: Son 12 preguntas que deberá ser respondidas con una “X” en el casillero que corresponda SI o NO, las cuales determina los diagnósticos preexistentes.

Si, de las 12 preguntas alguna es afirmativa deberá detallar la información médica en los campos correspondientes de manera obligatoria sin omisión de la fecha, lugar de atención, estado actual y precisar si hubo operación o no. Se reitera que estas declaraciones la aseguradora considera diagnósticos preexistentes, por ende el seguro EPS RIMAC no cubre las atenciones y solo en estos diagnósticos son derivados a ESSALUD la cual deberá de comunicarse con el Área de Seguros para la presentación de solicitud de carta de referencia.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN

Señalar empresas, centros, hospitales, clínicas, etc., que el asegurado ha visitado o visitará, indicando la fecha, hora, motivo de consulta y resultados de la consulta.

Declaro haber leído y entendido el contenido de la Ley y el Reglamento, así como el informe de la cobertura de salud recibida por mis derechohabientes y por mí, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29561 y su Reglamento, facultando expresamente a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes a facilitar el acceso a los documentos médicos relacionados con las prestaciones de salud recibidas por mis derechohabientes y por mí.

Finalmente, declaro conocer que RIMAC EPS se reserva el derecho de calificar el riesgo en base a las respuestas y declaraciones contenidas en este documento, y/o tomando en cuenta los antecedentes médicos, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que correspondan para el otorgamiento de mis coberturas.

Lima, _____ de _____ de _____

Firma del Titular

Autorizar o no las futuras comunicaciones comerciales con la aseguradora.

Consignar fecha de la presentación de la solicitud y firmar

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN

IMPORTANTE:

Es obligatorio que el trabajador que solicitó atención exclusiva por ESSALUD o atención médica a través de EPS se contacte con Área de Seguros para la DECLARACION DE SUS DERECHOHABIENTES ante ESSALUD.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted o alguno de sus derechohabientes tienen o han tenido alguna Póliza de Seguro en una Compañía de Seguros o Plan de Salud en una EPS?

Si ☐ NO ☐ En caso tu respuesta sea afirmativa completar lo siguiente:

Apellidos y Nombre de la persona	Nombre de la Aseguradora o EPS	Fecha de Vigencia		Nombre de Producto
		DESDE	HASTA	

Información a llenar por el asegurado titular:

Fecha de cese de tu último vínculo laboral: ____/____/____

Fecha de inicio de tu vínculo laboral actual: ____/____/____

INFORMACION ADICIONAL: Marcar “NO” o “SI” ha tenido algún otro seguro de salud EPS.

Ante la respuesta afirmativa deberá de indicar los siguientes requisitos obligatorios:

- Compañía de seguros EPS o PEAS
- Nombre de Compañía de seguro
- Nombre del Producto
- Periodo de vigencia (Inicio- fin)

Asimismo, deberá adjuntar:

- Constancia de afiliación asegurabilidad, póliza contratada.
- Reporte de Siniestralidad.

Fecha de cese de su ultimo vincular laboral.

Fecha de inicio de su vinculo laboral en la institución Congreso de la República.

DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS

ÁREA DE SEGUROS



SERVIMOS A LA NACIÓN

ANEXO N° 04

FORMATO DE DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD PARA LA PAMF

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)	
Por favor completar todos los campos de esta solicitud	
COMPañÍA:	
Dirección: Avenida Las Begonias N° 475 Distrito: San Isidro Provincia: Lima Departamento: Lima	
Teléfono: 4113000 Fax: 4210555	
RIMAC Seguros y Reaseguros, en adelante la Aseguradora, se reserva el derecho de contactar al Asegurado si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.	
Inicio de vigencia del(los) afiliado(s): / /	
Corredor de Seguro:	
Código de Corredor de Seguro	
1. Elección de plan	
Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años ☐ Plan Base ☐ Plan Adicional 1 ☐ Plan Adicional 2	
Hijos entre 18 y 25 años ☐ Plan Base ☐ Plan Adicional 1 ☐ Plan Adicional 2	
Padres ☐ Padres 1 ☐ Padres 2	
2. Datos relacionados al contratante (responsable del pago de primas)	
Tipo de Persona: ☐ Persona Natural ☐ Persona Jurídica	
Apellidos/Nombres o Razón Social:	
Dirección: Distrito:	
Departamento: Provincia:	
DNI o RUC: Teléfono: Cód. Ciudad N° Celular:	
Apellidos/Nombres del Representante Legal:	
Correo electrónico:	
3. Datos relacionados al Titular	
Apellido paterno: Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Celular:	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Edad: Estatura: Peso:	
4. Datos relacionados a los dependientes del solicitante (por favor de señalarlos en orden de edad)	
1) Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Parentesco: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Conviviente ☐ Padre	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Edad: Estatura: Peso:	

1/7

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)	
2) Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Parentesco: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Conviviente ☐ Padre	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Edad: Estatura: Peso:	
3) Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Parentesco: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Conviviente ☐ Padre	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Edad: Estatura: Peso:	
4) Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Parentesco: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Conviviente ☐ Padre	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Edad: Estatura: Peso:	
5) Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombres:	
Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°	
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento: / /	
Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte N°	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)	
Parentesco: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Conviviente ☐ Padre	
País de Residencia: Correo electrónico:	
Edad: Estatura: Peso:	

2/7

Directiva “Administración de los programas de salud contratados por el Congreso de la República

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)																																																																																																													
¿Tienen o han tenido algún seguro de salud?																																																																																																													
☐ Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es afirmativa sírvase completar el siguiente cuadro:																																																																																																													
Compañía de seguros ☐ EPS ☐ PEAS ☐																																																																																																													
Indique el nombre del producto:																																																																																																													
Indique el nombre de la compañía:																																																																																																													
Indique el periodo de vigencia: desde _____ hasta _____																																																																																																													
a) Para gozar del beneficio de continuidad de los Periodos de Carencia y Espera es requisito indispensable en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía, presentar con este documento: - Constancia emitida por la compañía de seguros anterior, indicando periodo de afiliación.																																																																																																													
Recibe el abono de tus reembolsos de salud en tu cuenta bancaria**																																																																																																													
Datos de la Cuenta Bancaria																																																																																																													
Bancos																																																																																																													
CONTINENTAL ☐ CRÉDITO ☐ SCOTIABANK ☐ INTERBANK ☐ FINANCIERO ☐																																																																																																													
Tipo de cuenta																																																																																																													
Ahorros ☐ Cuenta Corriente ☐ Soles ☐ Dólares ☐																																																																																																													
N° _____																																																																																																													
** Siempre y cuando tu plan de salud incluya dicho beneficio.																																																																																																													
5. Declaración personal de salud																																																																																																													
¿Alguno de los solicitantes (Titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final</th> <th colspan="2">Titular</th> <th colspan="2">Cónyuge</th> <th colspan="2">Hijo 1</th> <th colspan="2">Hijo 2</th> <th colspan="2">Hijo 3</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, parkinson, alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos, tales como: demencia de cualquier tipo, depresión u otras?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿En el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, presión arterial elevada, várices, trombosis u otras?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6. ¿Endocrinológicas, tales como: diabetes, dislipidemia (colesterol elevado), hipo e hipertiroidismo, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>7. ¿En el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>											Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	1. ¿Al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, parkinson, alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?											2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos, tales como: demencia de cualquier tipo, depresión u otras?											3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?											4. ¿En el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, presión arterial elevada, várices, trombosis u otras?											5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?											6. ¿Endocrinológicas, tales como: diabetes, dislipidemia (colesterol elevado), hipo e hipertiroidismo, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?											7. ¿En el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.										
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3																																																																																																				
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No																																																																																																			
1. ¿Al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, parkinson, alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?																																																																																																													
2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos, tales como: demencia de cualquier tipo, depresión u otras?																																																																																																													
3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?																																																																																																													
4. ¿En el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, presión arterial elevada, várices, trombosis u otras?																																																																																																													
5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?																																																																																																													
6. ¿Endocrinológicas, tales como: diabetes, dislipidemia (colesterol elevado), hipo e hipertiroidismo, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?																																																																																																													
7. ¿En el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.																																																																																																													

3/7

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)										
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8. ¿Ginecológicas o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas, endometriosis, infertilidad, displasia cervical, papilomavirus u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.										
9. ¿Autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn u otras?										
10. ¿En huesos, articulaciones como rodillas, menisco, cadera; de la columna vertebral, tales como: hernias, discopatías, enfermedades musculares, osteoporosis u osteopenia, gota, artrosis, amputaciones u otras?										
11. ¿De la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras?										
12. ¿En los ojos, tales como: cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo u otras?										
13. ¿En los oídos, tales como: trastorno de audición, enfermedades del tímpano u otras?										
14. ¿En la piel, tales como: psoriasis, vitiligo, acné, rosacea u otras?										
15. ¿Tumores benignos o malignos o cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?										
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?										
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?										
18. ¿Defecto de origen congénito o genético?										
19. ¿Brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, HTLV, cisticercosis?										
20. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?										
21. ¿Estás embarazada actualmente? Tiempo de gestación:										
22. ¿Practicas algún deporte peligroso? Detallar cuál y la periodicidad.										
23. ¿Existen, en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta de 2da. generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistosis renal, poliposis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionada? Detallar diagnóstico e indicar parentesco.										
24. ¿Consumes o has consumido cigarrillos?										
1) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
2) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
3) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
4) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
5) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					

4/7

Directiva “Administración de los programas de salud contratados por el Congreso de la República

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)							
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
	Si	No	Si	No	Si	No	Si
25. ¿Realizas alguna actividad física (por ejemplo: caminar, bailar, jardinería, pasear en bicicleta, etc.), durante 10 minutos continuos al menos una vez a la semana?							
26. ¿Te atiendes usualmente en una clínica, hospital, centro médico?							
1) Indicar lugar							
2) Indicar lugar							
3) Indicar lugar							
4) Indicar lugar							
5) Indicar lugar							
Si alguna respuesta fue positiva, indicar:							
1) Nombre completo de la persona tratada:							
N° de la pregunta que contestó afirmativamente:							
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:							
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):							
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:							
2) Nombre completo de la persona tratada:							
N° de la pregunta que contestó afirmativamente:							
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:							
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):							
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:							
3) Nombre completo de la persona tratada:							
N° de la pregunta que contestó afirmativamente:							
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:							
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):							
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:							
4) Nombre completo de la persona tratada:							
N° de la pregunta que contestó afirmativamente:							
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:							
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):							
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:							
5) Nombre completo de la persona tratada:							
N° de la pregunta que contestó afirmativamente:							
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:							
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):							
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:							

5/7

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)
Información adicional
- Los solicitantes declaran tener conocimiento que la Aseguradora se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento. - Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante y/o Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido la celebración del Contrato de Seguro o modificado sus condiciones, si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato o del Certificado de seguro según corresponda. - La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso la Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado se compromete a facilitar a la Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera la Aseguradora. - Por lo anterior, mientras la Aseguradora solicite información adicional la presente Solicitud de Seguro se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, la Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud es válida hasta por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional. En caso de exceder el plazo establecido se deberá presentar nuevamente la Solicitud de Seguro. - La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante y el certificado al Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. - La aceptación de la Solicitud del Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz. - La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora. La aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión del Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella, en tanto se hubiera proporcionado información veraz. El Contratante y/o Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento, Instrucciones de Uso del correo electrónico: - En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica/anula su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1000. - Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe. El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

6/7

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)
USO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o Internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales. Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637. Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data. <u>Comunicaciones Comerciales</u> Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado. ☐ Acepto ☐ No Acepto
Observaciones (Abono en cuenta) - Adjuntar copia legible del DN vigente, - Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones. - Esta autorización estará sujeta a la verificación de la firma del Asegurado, la cual deberá realizar el Banco o el Operador de la Tarjeta según sea el caso. - El cargo para el pago de la Póliza procederá si es que la cuenta asignada presenta fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente. - En caso que la cuenta en la cual se realizará el cargo para el pago de la Póliza sea de moneda distinta al tipo de moneda en la que se debe efectuar el pago, el Banco o el operador de la tarjeta de crédito queda autorizado a cargar el importe al tipo de cambio definido por la SBS correspondiente al día de la operación. - La responsabilidad del importe a cargar corresponde a RIMAC Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros. - En caso de cambio de Número de Tarjeta, el cliente autoriza la afiliación de cargo automático de los servicios arriba indicados a la nueva tarjeta que se emita en sustitución de la anterior. - En caso que el Banco modifique el N° de cuenta, el N° de la tarjeta, o que se realicen modificaciones referentes al Asegurado/Cliente en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a RIMAC Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, sobre dichas modificaciones recaerá en el Asegurado/Cliente. En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el Asegurado/Cliente será notificado a través del correo proporcionado en el presente formulario. Lima, _____ de _____ de _____ _____ RIMAC Seguros y Reaseguros _____ Contratante _____ Asegurado 7/7

ANEXO N° 05
FORMATO DE DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD PARA LA EPS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MÉDICOS EPS	
Es obligación del Titular y derechohabiente(s) legal(es) responder todas las preguntas de la presente solicitud, en caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.	
Fecha de inicio vigencia del(los) afiliado(s): 01 / /	
ENTIDAD EMPLEADORA	
RUC: 20161749126	Nombre o razón social: CONGRESO DE LA REPÚBLICA
DATOS DEL TITULAR	
Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Edad:	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Email:	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Nacionalidad:	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D Otros:
Celular:	Teléfono:
Domicilio:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
ELIGE TU PLAN	
Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐	
Hijos mayores de 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐	
Padres: Padres 1 ☐ Padres 2 ☐	
AUTORIZACIÓN DE ABONO EN CUENTA PARA EL BENEFICIO DE REEMBOLSO*	
BANCOS: CONTINENTAL ☐ CRÉDITO (BCP) ☐ SCOTIABANK ☐ INTERBANK ☐	
TIPO DE CUENTA: AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ CUENTA MAESTRA ☐	
N° DE CUENTA:	
MONEDA ☐ SOLES ☐ DÓLARES ☐	
OBSERVACIONES	
* Todos los pagos de reembolsos vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documento. Solo proceden cuentas propias de titulares. * La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda del plan. * El número de cuenta debe ser el utilizado para transferencia a través del mismo banco (no registrar cuentas interbancarias), de acuerdo a los siguientes formatos: Banco Continental (la cuenta corriente o de ahorro debe tener 20 dígitos), Banco de Crédito (la cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos), Scotiabank (la cuenta corriente o de ahorros debe tener 10 dígitos), Interbank (la cuenta corriente o de ahorro debe tener 13 dígitos). * La confirmación del abono será enviada a la dirección de correo electrónico indicada en el presente documento. * Todos los reembolsos liquidados en fecha posterior a la afiliación al abono en cuenta serán pagados a través de este medio hasta que el AFILADO/CLIENTE solicite su desafiliación. * En caso el AFILADO/CLIENTE modifique el N° de cuenta, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS sobre dichas modificaciones recaerá en el AFILADO/CLIENTE. * En caso que el Banco modifique el N° de cuenta o que se realicen modificaciones referentes al AFILADO/CLIENTE en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS, sobre dichas modificaciones recaerá en AFILADO/CLIENTE. * En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el AFILADO/CLIENTE será notificado a través del correo proporcionado en el presente formulario. * Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones.	

¹ Desde los 18 años cumplidos hasta la edad límite de permanencia establecida en tu Plan de Salud.
² Si el Plan de Salud tiene un Plan de Padres.
³ Siempre y cuando tu Plan de Salud incluya dicho beneficio.

1/6

DATOS DE LOS DEPENDIENTES	
El sistema de seguridad social se encuentra orientado a lograr que toda la población cuente con una cobertura de salud, en ese sentido, todos los trabajadores y sus derechohabientes deben tener una cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes podrán recibir atenciones a través de dicha EPS, siempre que éstos se encuentren afiliados, caso contrario sus derechohabientes no gozarían de las atenciones de salud. No obstante lo antes indicado debe tenerse en cuenta que si sus derechohabientes ya fueron inscritos por su cónyuge -quien labora otra entidad empleadora- ya no resulta indispensable que los afilie a su EPS.	
D1. Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐	
D2. Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐	
D3. Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐	
D4. Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐	
D5. Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nac: / /	
Sexo: ☐ M ☐ F	
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D	
Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:	
Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐	

2/6

Directiva “Administración de los programas de salud contratados por el Congreso de la República

DECLARACIÓN DE SALUD												
El titular debe responder SI o NO marcando con "X" en cada una de las casillas, según el orden de registro de dependientes.												
El Titular, sus derechohabientes, hijos mayores de 18 años y padres en caso de haberlos, deben llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud. En caso que omitan responder alguna pregunta, las atenciones de salud relacionadas a la pregunta no contestada no tendrán cobertura hasta regularizar el llenado del documento.												
¿Alguno de los solicitantes (titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?												
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:												
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5						
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.	¿Afecciones al cerebro o del sistema nervioso o trastorno psiquiátrico, psicológico o enfermedad mental, tales como: aneurisma, parálisis, apoplejía, malformaciones arteriovenosas, derrame cerebral, parkinson, migraña otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro o trastorno psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental?											
2.	¿Enfermedades en el aparato respiratorio, tales como: enfisema, apnea del sueño, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, desviación del tabique nasal, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio?											
3.	¿Enfermedades endocrinológicas o cardiovascular, tales como: hipertiroidismo, síndrome de Cushing, adenoma de hipófisis, infarto, angina inestable, arritmia, enfermedades de válvula cardíaca, várices de miembros inferiores, trombosis u otra dolencia cardiovascular o enfermedad endocrinológica u hormonal?											
4.	¿Enfermedades en el aparato digestivo, tales como: gastritis crónica (en los últimos 2 años), úlceras, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otra dolencia del aparato digestivo?											
5.	¿Enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculo, malformaciones, glomerulonefritis, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata u otras enfermedades del aparato urinario?											
6.	¿Enfermedades ginecológicas (útero, vagina u ovarios) o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, infertilidad, aborto de repetición, displasia cervical, papiloma virus u otras enfermedades ginecológicas o en la mama?											
7.	¿Enfermedades infecciosas, tales como: brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis, o enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo tales como: lupus, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, síndrome de Crohn u otras enfermedades infecciosas o autoinmunes o del tejido conectivo?											
8.	¿Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral, tales como: artritis, artrosis, gota, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral?											

3/6

DECLARACIÓN DE SALUD												
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:												
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5						
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
9.	¿Enfermedades oncológicas ó hematológicas (de la sangre), tales como: cáncer, tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo, anemias, leucemias, trastorno de la coagulación u otras enfermedades oncológicas o hematológicas?											
10.	¿Enfermedades de piel, ojo, oídos o tímpano, tales como: psoriasis, vitiligo, acné, cataratas, pterigion, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, sordera o enfermedades de tímpano?											
11.	¿Enfermedad o defecto de origen congénito o genético o se ha realizado alguna cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo, o trasplante de órgano?											
12.	¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud, estado físico, motivos de hospitalización o tratamientos próximos de alguno de los solicitantes que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?											

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvete proporcionar información detallada.

N° de la pregunta	Marcar Titular o número de Dependiente de la persona tratada según orden de llenado en esta DPS	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			
	Titular D1 D2 D3 D4 D5			

4/6

Directiva “Administración de los programas de salud contratados por el Congreso de la República

INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Usted o alguno de sus derechohabientes tienen o han tenido alguna Póliza de Seguro en una Compañía de Seguros o Plan de Salud en una EPS?			
SI ☐ NO ☐ En caso tu respuesta sea afirmativa completar lo siguiente:			
Apellidos y Nombre de la persona	Nombre de la Aseguradora o EPS	Fecha de Vigencia DESDE HASTA	Nombre de Producto
Información a llenar por el asegurado titular:			
Fecha de cese de tu último vínculo laboral: ____/____/____			
Fecha de inicio de tu vínculo laboral actual: ____/____/____			
Si tuviste o tienes una póliza de seguro de salud, para gozar de la continuidad de cobertura de preexistencias debes presentar junto a esta solicitud una Constancia de haber estado asegurado en la Póliza indicada en el cuadro anterior. En caso hayas resuelto tu póliza de seguro debes inscribirte en nuestra EPS hasta 60 días posteriores a la terminación de tu Póliza de Seguro.			
Si tuviste un Plan de Salud en una EPS, para que cuentes con la continuidad de cobertura de preexistencias, debes inscribirte en la EPS, dentro de los 90 días posteriores al inicio de tu nueva relación laboral.			
AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE PLANES DE SALUD A TRAVÉS DE MEDIOS DIGITALES			
Autorizo a RIMAC EPS a enviar mi Plan de Salud y el Manual del Afiliado a la dirección de correo electrónico que he consignado.			
Para tal efecto RIMAC EPS podrá enviarme por correo electrónico: (i) un link donde podré visualizar los documentos antes indicados en PDF o (ii) dichos documentos en PDF.			
En tal sentido, declaro conocer que:			
- En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o cambie de correo electrónico, deberé informarlo a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o a la Central de Consultas y Emergencias en Lima: 411-1111 y en provincias: 0800-1111. - Debo abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar el correo electrónico informado (bandejas de entrada y de "no deseados").			
Mantener activa mi cuenta y no bloquear a polizaelectronica@rimac.com.pe.			
RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del asegurado en caso la normativa prohíba el envío de estos documentos a través de medios digitales o, no se consigne una dirección electrónica.			
USO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "RIMAC EPS") realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.			
Autorizo para los fines señalados, que RIMAC EPS pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC EPS, además de			

5/6

otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC EPS y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC EPS, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1806.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC EPS. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC EPS a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC EPS, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado.

☐ Acepto ☐ No Acepto

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MÉDICOS EPS

Declaro bajo juramento que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son ciertas y completas, por lo cual reconozco que cualquier declaración falsa, reticente o inexacta, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad a RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, quien podrá excluirme del Plan de Salud y de ser el caso a mis derechohabientes legales, obligándome a reintegrar a RIMAC EPS los financiamientos que hubiera otorgado con base en mi declaración.

Asimismo, declaro expresamente, con carácter de Declaración Jurada, que los derechohabientes declarados en la presente DPS han sido afiliados (o serán afiliados) ante EsSalud, reconociendo que, en caso la afiliación realizada se haya basado (o se base) en documentos falsos, incompletos o inexactos, RIMAC EPS podrá excluirlos del Plan de Salud de forma automática, quedando RIMAC EPS liberada de toda responsabilidad y facultada a repetir los financiamientos que hubiera otorgado con base en mi declaración.

Asimismo autorizo expresamente a RIMAC EPS a solicitar a mi EPS anterior las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del Plan de Salud que tenía contratado con esta última, así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas por mis derechohabientes y por mí, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29561 y su Reglamento, facultando expresamente a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, a facilitar el acceso a los documentos médicos relacionados con las prestaciones de salud recibidas por mis derechohabientes y por mí.

Finalmente, declaro conocer que RIMAC EPS se reserva el derecho de calificar el riesgo en base a las respuestas y declaraciones contenidas en este documento, y/o tomando en cuenta los antecedentes médicos, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que correspondan para el otorgamiento de mis coberturas.

Lima, ____ de ____ de ____

Firma del Titular

6/6

ANEXO N° 06

MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA,
PLAN HIJOS – PAMF

 	ÁREA DE SEGUROS DEL CONGRESO
Lima, de de 202 .	
Señor(a):	
Jefe del Área de Seguros del Congreso de la República	
Mediante la presente carta le saludo cordialmente y le solicito que mi hijo (a)..... identificado con DNI N°....., que es mayor de 25 años, continúe afiliado a la Póliza de Asistencia Médica Familiar (PAMF), para lo cual autorizo el descuento de mi remuneración mensual, a partir del mes de de la cuota mensual siguiente:	
S/ Para hijos desde 25 años hasta la edad de 30 años, 11 meses y 30 días.	
Sin otro particular, me suscribo de usted,	
Atentamente,	
..... (FIRMA)	
NOMBRE:	
DNI:	
TELÉFONO:	
IMPORTANTE: El beneficio del Plan Potestativo está limitado únicamente a los hijos solteros del titular; si el estado civil cambia, el titular del plan está obligado, bajo responsabilidad, a notificar al Área de Seguros para que dicho dependiente sea excluido del programa de salud.	

ANEXO N° 07

MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA,
PLAN HIJOS – EPS

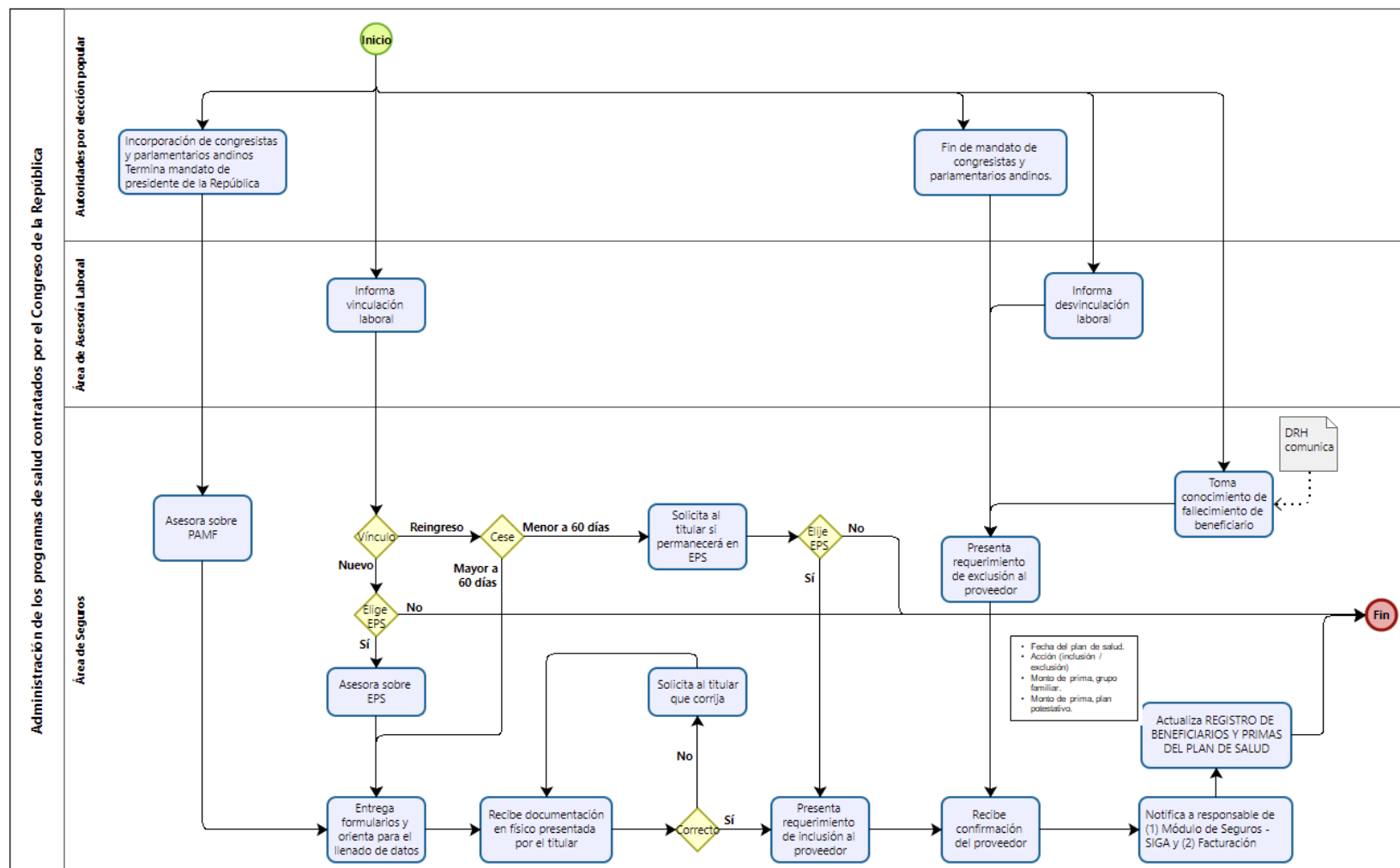
	ÁREA DE SEGUROS DEL CONGRESO
Lima, de de 202 .	
Señor(a):	
Jefe del Área de Seguros del Congreso de la República	
Mediante la presente carta le saludo cordialmente y le solicito que mi hijo (a)..... identificado con DNI N°....., que es mayor de 25 años continúe afiliado a la EPS, para lo cual, autorizo el descuento de mi remuneración mensual a partir del mes de, de la cuota mensual siguiente:	
S/..... para hijos desde los 25 años hasta la edad de 25 años, 11 meses y 30 días.	
S/..... para hijos desde los 26 años hasta que cumpla los 30 años de edad.	
Sin otro particular, me suscribo a usted.	
Atentamente,	
.....	
(FIRMA)	
NOMBRE:	
DNI:	
TELÉFONO:	
IMPORTANTE: El beneficio del Plan Potestativo está limitado únicamente a los hijos solteros del titular; si el estado civil cambia, el titular del plan está obligado, bajo responsabilidad, a notificar al Área de Seguros para que dicho dependiente sea excluido del programa de salud.	

ANEXO N° 08

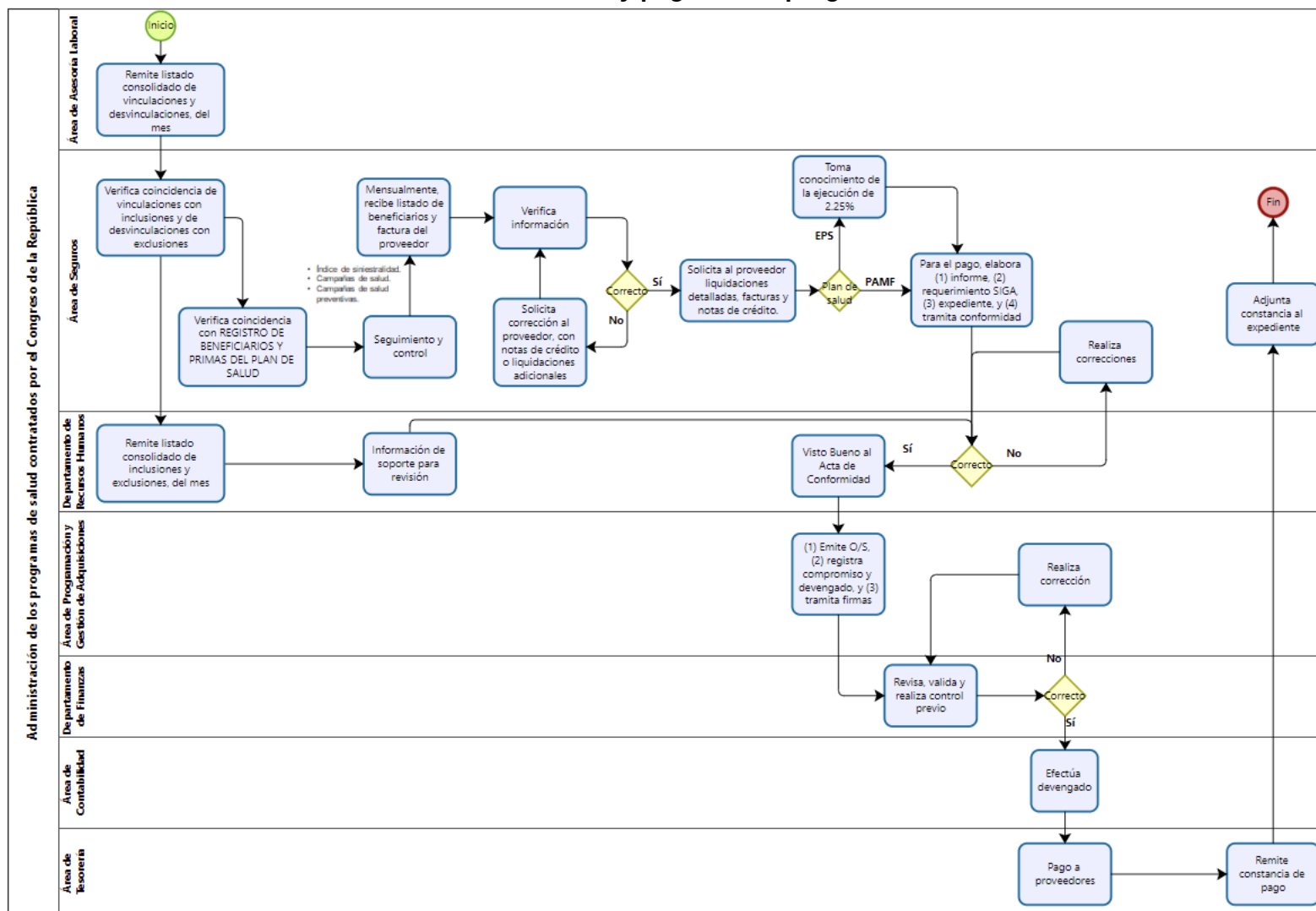
MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA,
PLAN PADRES - EPS

	ÁREA DE SEGUROS DEL CONGRESO
Lima, de de 202 .	
Señor(a):	
Jefe del Área de Seguros del Congreso de la República	
Mediante la presente carta le saludo cordialmente y le solicito que mi padre/madre: identificado con DNI N°....., sea afiliado a la EPS, para lo cual, autorizo el descuento de mi remuneración mensual a partir del mes dede la cuota mensual siguiente:	
PLAN 1 : S/	()
PLAN 2 : S/	()
PLAN 3 : S/	()
Sin otro particular, me suscribo a usted.	
Atentamente,	
.....	
(FIRMA)	
NOMBRE:	
DNI:	
TELÉFONO:	

ANEXO N° 09
FLUJOGRAMA 1: Inclusiones y exclusiones en los programas de salud.



FLUJOGRAMA 2: Control y pago de los programas de salud.



ÍNDICE.

1. OBJETIVO.....	3
2. FINALIDAD.....	3
3. ALCANCE.....	3
4. BASE LEGAL.....	3
5. RESPONSABILIDADES.....	3
6. DISPOSICIONES GENERALES.....	5
6.1. Administración de los programas de salud.....	5
6.2. Cobertura de los programas de salud.....	5
6.3. Elaboración de informes.....	6
7. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	6
7.1. Principales actividades en la administración de los programas de salud.....	6
7.2. Identificación de los beneficiarios titulares de los programas de salud.....	6
7.3. Procedimiento de inclusión y exclusión en los programas de salud.....	6
7.4. Control de inclusiones y exclusiones en los programas de salud.....	11
7.5. Inicio de la cobertura del plan de salud.....	11
7.6. Uso de los programas de salud.....	12
7.7. Beneficios de los programas de salud.....	12
7.8. Registro de los beneficiarios y de las primas de los programas de salud....	12
7.9. Control de Siniestralidad de la EPS.....	13
7.10. Pago a los proveedores de los programas de salud PAMF y EPS.....	13
8. VIGENCIA.....	15
9. ANEXOS.....	16
10. ÍNDICE.....	34

RESOLUCIÓN N° 053 -2024-2025-OM-CR

Lima, 3 de diciembre de 2024

VISTOS:

El Informe N° 263-2024-AS-DRH-DGA/CR del Área de Seguros, el Memorando N° 2247-2024-DRH-DGA/CR del Departamento de Recursos Humanos, los Informes N° 268-2024-AM-OPPM-OM-CR y N° 324-2024-AM-OPPM-OM-CR del Área de Modernización, los Memorandos N° 1708-2024-OPPM-OM-CR y N° 2102-2024-OPPM-OM-CR de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización y el Informe N° 106-2024-OLCC-OM-CR de la Oficina Legal y Constitucional del Congreso.

CONSIDERANDO:

Que, el Congreso de la República es un Poder del Estado, representativo de la nación y cuenta con autonomía normativa, económica, administrativa y política, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 de la Constitución Política del Perú y en el artículo 3 del Reglamento del Congreso que tiene fuerza de ley;

Que, en el marco de la autonomía administrativa que ostenta el Congreso de la República, resulta necesario aprobar, actualizar y/o modificar los instrumentos normativos internos que permitan establecer un orden administrativo en la gestión institucional;

Que, mediante el Informe N° 263-2024-AS-DRH-DGA/CR, el Área de Seguros pone en conocimiento del Departamento de Recursos Humanos la propuesta de actualización de la Directiva N° 04-2015-DGA-CR "Administración del uso de los servicios de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República";

Que, mediante el Memorando N° 2247-2024-DRH-DGA/CR, el Departamento de Recursos Humanos, remite el expediente técnico de la propuesta actualización de la Directiva N° 04-2015-DGA-CR "Administración del uso de los servicios de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República", cuya propuesta final se denomina Directiva N° 28-2024-AS-DRH-DGA-CR "Administración de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República" – Primera Versión;

Que, mediante Memorando N° 1708-2024-OPPM-OM-CR, la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización remite a la Oficina



Congreso de la República
Oficialía Mayor

Legal y Constitucional del Congreso, la versión final de la propuesta de Directiva N° 28-2024-AS-DRH-DGA-CR "Administración de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República" – Primera Versión, cuya propuesta final ha sido previamente adecuada por el Área de Modernización en concordancia con la nueva estructura orgánica vigente y a la Directiva N° 10-2024-AM-OPPM-OM-CR sobre "Elaboración de Documentos Normativos del Servicio Parlamentario del Congreso de la República";

Que, mediante Informe N° 324-2024-AM-OPPM-OM-CR, el Área de Modernización le remite a la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización el informe ampliatorio de la propuesta de Directiva N° 28-2024-AS-DRH-DGA-CR "Administración de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República" – Primera Versión, en la cual se han considerado las responsabilidades del Departamento de Abastecimiento (numeral 5.7), las responsabilidades del Departamento de Finanzas (numeral 5.8) y se han agregado los procedimientos descritos en los numerales 7.10.10 y 7.10.11;

Que, mediante Memorando N° 2102-2024-OPPM-OM-CR, la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización remite a la Oficina Legal y Constitucional del Congreso, la versión final de la propuesta de Directiva N° 28-2024-AS-DRH-DGA-CR "Administración de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República" – Primera Versión, a fin de que se elabore el informe de viabilidad legal correspondiente y la resolución respectiva para su aprobación, previa verificación de los requisitos exigidos para tal efecto;

Que, en ese sentido la Oficina Legal y Constitucional del Congreso, a través del informe de vistos, señala que la versión final del proyecto de directiva cumple con los procedimientos y requisitos establecidos en la Directiva N° 10-2024-AM-OPPM-OM-CR sobre "Elaboración de Documentos Normativos del Servicio Parlamentario del Congreso de la República" – Segunda Versión;

Que, es competencia del Oficial Mayor la aprobación, actualización y/o modificación de los documentos normativos internos de gestión;

De conformidad con lo establecido en el artículo 40 del Reglamento del Congreso y en el numeral 7.2.5.5 de la Directiva N° 10-2024-AM-OPPM-OM-CR – Segunda Versión, con las opiniones favorables de la Oficina de Planeamiento Presupuesto y Modernización, y de la Oficina Legal y Constitucional del Congreso; y

Con cargo a dar cuenta a la Mesa Directiva.



Congreso de la República

Oficialía Mayor



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Directiva N° 28-2024-AS-DRH-DGA-CR "Administración de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República" – Primera Versión.

Artículo Segundo.- DEJAR SIN EFECTO la Directiva N° 04-2015-DGA-CR "Administración del uso de los servicios de los Programas de Salud contratados por el Congreso de la República".

Regístrese, comuníquese, cúmplase y archívese.


GIOVANNI FORNO FLOREZ
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA