



MINISTERIO DE SALUD

N° 112-2020/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 18.09.2020



VISTOS: El Informe N° 023-2020-SIS/GA-SGA-RCS con Proveído N° 267-2020-SIS/GA y el Informe N° 040-2020-SIS/GA-SGA-RCS con Proveído N° 305-2020-SIS/GA de la Gerencia del Asegurado, el Informe N° 045-2020-SIS/OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 123-2020-SIS/OGPPDO y el Informe N° 048-2020-SIS/OGPPDO-UOC-AAMZ con Proveído N° 136-2020-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, el Informe N° 323-2020-SIS/OGAJ-DE con Proveído N° 323-2020-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y;



CONSIDERANDO:

Que, el artículo 3 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA y modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA, señala que el Seguro Integral de Salud - SIS es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que cuenta con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, y constituye un Pliego Presupuestal con independencia para ejercer sus funciones con arreglo a ley;



Que, el SIS se constituye en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS pública en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, y tiene dentro de sus funciones la de recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;



Que, de conformidad con el artículo 29 del mismo Texto Único Ordenado y del artículo 80 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA (en adelante, el Reglamento de la LMAUS), los afiliados al régimen de financiamiento subsidiado tienen derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS, con un financiamiento público total que se otorga a través del SIS;



Que, el artículo 81 del Reglamento de la LMAUS señala, entre otros, que son afiliados al régimen de financiamiento semicontributivo las personas beneficiarias o afiliadas individual o familiarmente al SIS, previo pago de una aportación, según estructura y disposiciones operativas que determine;

Que, el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal en salud, autoriza al SIS a afiliarse independientemente de la clasificación socioeconómica - CSE a toda persona

residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, garantizando la cobertura gratuita del PEAS;

Que, los artículos 63 y 64 del Texto Único Ordenado de la Ley de Impulso al Desarrollo Productivo y al Crecimiento Empresarial, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2013-PRODUCE, establecen la afiliación de los trabajadores de la Microempresa comprendidos al régimen semicontributivo del SIS;



Que, en la Octogésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, se dispuso que el SIS incorporará al régimen semicontributivo - SIS, en el marco de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, a los contribuyentes regulares de acuerdo a su continuidad en los pagos del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) incluido sus derechohabientes, siempre que aquellos no tengan trabajadores dependientes que laboren para ellos y no cuenten con un seguro de salud;



Que, por Decreto Supremo N° 106-2013-EF, que dispone afiliar al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud - SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes, se dispuso la afiliación al régimen de financiamiento semicontributivo del SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), incluidos sus derechohabientes, siempre que no tengan trabajadores dependientes, no cuenten con un seguro de salud y hayan realizado los pagos correspondientes a los tres periodos tributarios anteriores a la afiliación, de acuerdo a la base de datos proporcionada por la SUNAT;



Que, mediante la Primera Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1466 se incorporaron Disposiciones Complementarias Transitorias al Decreto Legislativo N° 1164, facultando a la IAFAS SIS a afiliar de manera excepcional y temporalmente al régimen subsidiado a las personas peruanas y extranjeras, residentes o no, que se encuentren en el territorio nacional y que no cuenten con un seguro de salud, siempre que se encuentren con el diagnóstico o la sospecha de diagnóstico de coronavirus (COVID-19). Esta afiliación comprende inclusive a todas aquellas personas que se encuentren bajo el alcance del Decreto de Urgencia 017-2019;



Que, el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, dispone que el SIS inscribe y afilia a los asegurados a sus regímenes de financiamiento para lo cual emite las disposiciones administrativas pertinentes;

Que, la Única Disposición Complementaria Final del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, otorga al SIS facultades para aprobar las disposiciones administrativas relacionadas a los procesos de afiliación, financiamiento, control de riesgos, control prestacional, control financiero, facturación, tarifas, mecanismos, modalidades de pago y desarrollo de planes complementarios, en el marco de la normatividad vigente;



Que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 30 del Reglamento de Organización y Funciones del SIS, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA y modificatoria, la Gerencia del Asegurado - GA tiene entre sus funciones las de implementar, conducir, ejecutar, así como supervisar el proceso de afiliación a las poblaciones beneficiarias de los regímenes vigentes, diseñar e implementar estrategias de promoción de los regímenes vigentes, que incentive la afiliación y la

fidelización, así como el conocimiento de los deberes y derechos de la población beneficiaria;

Que, mediante Informe N° 023-2020-SIS/GA-SGA-RCS con Proveído N° 267-2020-SIS/GA e Informe N° 040-2020-SIS/GA-SGA-RCS con Proveído N° 305-2020-SIS/GA, la GA señala que la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprobó la Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, la Resolución Jefatural N° 220-2009/SIS que aprobó la Directiva que regula el proceso de afiliación de los trabajadores y conductores de las microempresas al SIS MYPES, la Resolución Jefatural N° 157-2013/SIS que aprobó la Directiva que regula el proceso de afiliación de los contribuyentes al NRUS y la Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS que aprobó la Directiva que regula el proceso de afiliación al Seguro Independiente del SIS, coinciden en algunas disposiciones generales, específicas, responsabilidades, entre otros aspectos y en ese sentido señala que es pertinente unificar las disposiciones contenidas en las citadas directivas del régimen de financiamiento subsidiado y semicontributivo en un solo cuerpo normativo, para lo cual presenta proyecto de Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al SIS;



Que, la Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Desarrollo Organizacional - OGPPDO mediante Informe N° 045-2020-SIS/OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 123-2020-SIS/OGPPDO e Informe N° 048-2020-SIS/OGPPDO-UOC-AAMZ con Proveído N° 136-2020-SIS/OGPPDO, realiza el análisis a la propuesta formulada por la GA, para lo cual emite opinión técnica favorable respecto al proyecto de Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al SIS; concluyendo además que corresponde dejar sin efecto los procedimientos señalados por la citada gerencia;



Que, la Oficina General de Asesoría Jurídica a través del Informe N° 323-2020-SIS/OGAJ-DE con Proveído N° 323-2020-SIS/OGAJ informa respecto a la propuesta presentada por la GA y la opinión técnica de la OGPPDO, para lo cual considera que lo solicitado se encuentra dentro del marco legal vigente, por lo que emite opinión legal favorable. En ese sentido corresponde la emisión del acto administrativo pertinente;

Con el visto del Gerente de la Gerencia del Asegurado, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y de la Secretaria General; y,

De conformidad con lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/GA - V.01, "Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud", que como Anexo forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2.- Dejar sin efecto:

2.1. La Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprobó la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA - V.01, que regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.





2.2. La Resolución Jefatural N° 157-2013/SIS que aprobó la Directiva que regula el proceso de afiliación de los contribuyentes al Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS.

2.3. La Resolución Jefatural N° 220-2009/SIS que aprobó la Directiva que regula el proceso de afiliación de los trabajadores y conductores de las microempresas y de sus derechohabientes del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del SIS.



2.4. El numeral 6 y cualquier otra disposición de la Directiva Administrativa que regula el proceso de afiliación, atención, plan de beneficios y financiamiento al SIS Independiente del régimen Semicontributivo del Seguro Integral de Salud, aprobada mediante Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, que se oponga o contravenga lo dispuesto en la Directiva Administrativa que se aprueba a través del artículo primero precedente.

Artículo 3.- Encargar a la Gerencia del Asegurado las acciones para la implementación y la aplicación de la Directiva Administrativa aprobada en el artículo 1 de la presente Resolución Jefatural.



Artículo 4.- Disponer que los procedimientos de afiliación iniciados conforme a las directivas señaladas en el artículo tercero y que se encuentren en trámite a la emisión de la presente Resolución Jefatural, sean encauzados conforme a la Directiva Administrativa que se aprueba a través del artículo primero precedente.

Artículo 5.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano y en el Portal del Seguro Integral de Salud.



Regístrese, comuníquese y publíquese;

MOISÉS ERNESTO ROSAS FEBRES
Jefe del Seguro Integral de Salud



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2020-SIS/GA - V.01

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS DE
AFILIACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

SETIEMBRE 2020



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS DE AFILIACIÓN AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

1. FINALIDAD

La presente Directiva Administrativa tiene por finalidad regular los procedimientos de afiliación a la IAFAS Seguro Integral de Salud (SIS), a fin de contribuir al logro de una mayor equidad y a mejorar la eficacia y la eficiencia en el uso y distribución de los recursos del Estado, contribuyendo al cierre de brechas en el aseguramiento universal en salud.

2. OBJETIVO

Definir las actividades, aspectos administrativos y de control interno, que regulen los procedimientos de afiliación a la IAFAS SIS en el marco de las normas legales vigentes.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Administrativa es de aplicación obligatoria en todos los órganos del Seguro Integral de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, GOREs, GERESAs, UGIPRESS, DIRIS del MINSA, e instituciones con la cuales la IAFAS SIS, mantiene convenio vigente y se encuentran debidamente autorizadas para cumplir acciones de aseguramiento en salud.

4. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- 4.2. Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444– Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.
- 4.3. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.4. Ley N° 28588, Ley que incorpora al Seguro Integral de Salud a la Población mayor de 17 años en situación de extrema pobreza y pobreza y declara de prioritario interés la infraestructura arquitectónica y no arquitectónica de los centros educativos a cargo del Ministerio de Educación.
- 4.5. Ley N° 28592 – Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones (PIR).
- 4.6. Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- 4.7. Ley N° 29695 – Ley que modifica el artículo 1 de la Ley 28588 para adicionar el literal c) e incorporar a los Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú como beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS). Reparaciones
- 4.8. Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.9. Ley N° 29824 – Ley de Justicia de Paz.
- 4.10. Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal vigente.
- 4.11. Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.



- 4.12. Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad.
- 4.13. Ley N° 30001 – Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado.
- 4.14. Ley N° 30061 – Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.15. Ley N° 30364 – Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.
- 4.16. Ley N° 30435, Ley que crea el Sistema Nacional de Focalización (SINAFO).
- 4.17. Ley N° 30602 – Ley que modifica el artículo 1 de la Ley 28588, para adicionar el literal d) e incorporar a los miembros de las Rondas Campesinas, Nativas y Comités de Autodefensa como beneficiarios del Seguro Integral de Salud.
- 4.18. Ley N° 31041- Ley de Urgencia Médica para la detección oportuna y atención integral del Cáncer del Niño y del Adolescente.
- 4.19. Decreto Legislativo N° 937 - Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado NRUS y sus modificatorias.
- 4.20. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.21. Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.22. Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.
- 4.23. Decreto Legislativo N° 1257, que establece el fraccionamiento especial de deudas tributarias y otros ingresos administrados por la SUNAT.
- 4.24. Decreto Legislativo N° 1270 modifica el Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado y Código Tributario.
- 4.25. Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y sus modificatorias.
- 4.26. Decreto Legislativo N° 1376, que modifica la Ley N° 30435, Ley que crea el Sistema Nacional de Focalización para fortalecer la implementación del Sistema Nacional de Focalización y la aplicación de sus normativas.
- 4.27. Decreto Legislativo N° 1466, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19.
- 4.28. Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y la Ley N° 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios.
- 4.29. Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.



- 4.30. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.31. Decreto Supremo N° 015-2006-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones.
- 4.32. Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.
- 4.33. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.34. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA
- 4.35. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y crea la Prestación Económica de Sepelio.
- 4.36. Decreto Supremo N° 013-2013-PRODUCE, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Impulso al Desarrollo Productivo y al Crecimiento Empresarial.
- 4.37. Decreto Supremo N° 106-2013-EF, que aprueban afiliar al Régimen de Financiamiento Semicolaborativo del Seguro Integral de Salud - SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes.
- 4.38. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.39. Decreto Supremo N° 305-2014-EF, que define la progresividad para la inclusión al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud de personas en período de gestación y grupo poblacional entre cero (0) y cinco (05) años.
- 4.40. Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.
- 4.41. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 4.42. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- 4.43. Resolución Ministerial N° 981-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad.
- 4.44. Resolución Ministerial N° 070-2017-MIDIS, que aprueba la Directiva que regula la operatividad del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.
- 4.45. Resolución Ministerial N° 137-2017-MIDIS, que modifica la Directiva que regula la operatividad del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.



- 4.46. Resolución Ministerial N° 304-2018-MIDIS, que modifica la Directiva N° 006-2017-MIDIS “Directiva que regula la operatividad del Sistema de Focalización de Hogares”.
- 4.47. Resolución Ministerial N° 020-2018-MC, que aprueba información actualizada sobre las referencias geográficas denominadas “Pueblos Indígenas de la Amazonía” a incorporar en la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios.
- 4.48. Resolución de Superintendencia N° 042-2011-SUNASA/CD, que aprueba el Reglamento para el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud – AUS y sus modificatorias.
- 4.49. Resolución de Superintendencia N° 106-2015-SUSALUD/S, que modifica las Condiciones mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).
- 4.50. Resolución Jefatural N° 143-2012/SIS que aprueba los Lineamientos de Cobertura de la Unidad Ejecutora 002 Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), perteneciente al Pliego 135 Seguro Integral de Salud, para el financiamiento de las prestaciones de Enfermedades de Alto Costo de Atención, a nivel nacional.
- 4.51. Resolución Jefatural N°197-2012/SIS, que aprueba la Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS
- 4.52. Resolución Jefatural N° 026-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/OGPPDO - V.01, "Directiva Administrativa sobre Normas para la Elaboración o Actualización, Aprobación, Difusión, Implementación y Evaluación de las Directivas Administrativas del Seguro Integral de Salud (SIS)".
- 4.53. Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, que aprueba la Directiva administrativa N° 001-2015-SIS-V.01, “Directiva Administrativa que regula el proceso de afiliación, atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud”
- 4.54. Resolución Jefatural N° 132-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2011-SIS/GNF, “Directiva Administrativa que regula los Procedimientos para el Traslado de Emergencia de los Asegurados al Seguro Integral de Salud”.
- 4.55. Resolución Jefatural N° 008-2017-SIS, que suspende la implementación del proceso de actualización de la Base de Datos de Afiliados del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud con el Padrón General de Hogares de la Unidad Central de Focalización.
- 4.56. Resolución Jefatural N° 119-2019/SIS, que actualiza la Directiva Administrativa N° 002-2019-SIS/GNF-V.01, que regula el procedimiento de trámite y reconocimiento del reembolso de las Prestaciones Económicas de Sepelio para los Asegurados del Seguro Integral de Salud.



5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Para efectos de la presente Directiva Administrativa entiéndase las siguientes definiciones conforme se detalla a continuación:

5.1.1 Acreditación

Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud con financiamiento de la IAFAS SIS. Para ser considerado acreditado, el asegurado debe mantener las mismas condiciones por las que fue admitido, según el Plan de seguro de salud SIS y modalidad de afiliación.

Se considera acreditado a la persona cuya afiliación se encuentra en estado activo, en el Registro de Afiliados al AUS administrado por SUSALUD y en la consulta en línea de la IAFAS SIS.

5.1.2 Actualización de Datos

Procedimiento que permite actualizar los datos registrados en el Formato Digital de la afiliación, es solicitado en los Canales de Atención de la IAFAS SIS o en los Centros de Digitación autorizados por la IAFAS SIS.

En los establecimientos de salud que no cuentan con acceso a internet se utiliza el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 9).

5.1.3 Adscripción

Es el procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento de salud al cual el asegurado es asignado por dirección de domicilio, de acuerdo con lo establecido por la autoridad competente y hacia donde debe acudir en primera instancia en caso de requerir atención de prestaciones de carácter preventivo y/o recuperativo.

5.1.4 Afiliación a la IAFAS SIS

Es la incorporación a alguno de los regímenes de aseguramiento de la IAFAS SIS, de las personas que cumplen con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

5.1.5 Afiliación Activa

Es cuando la afiliación se encuentra vigente por cumplir con las condiciones establecidas en la normatividad, pudiéndose brindar prestaciones de salud de acuerdo con el Plan de Seguro del SIS que le corresponde al asegurado.

5.1.6 Afiliación Cancelada

Es el término de vigencia de la afiliación por incurrir en las causales indicadas en el numeral 6.1.3.1 de la presente Directiva Administrativa.

5.1.7 Afiliación Anulada

Es la anulación de la afiliación que no debió existir, por incurrir en las causales indicadas en el numeral 6.4.1.1 de la presente Directiva Administrativa.

5.1.8 Afiliación Suspendida

Es el estado de la afiliación que no cuenta con cobertura de salud debido a que no se ha realizado el pago de las aportaciones mensuales correspondiente a un Plan de Seguro de Salud de la IAFAS SIS del Régimen de Financiamiento Semicontributivo, según corresponda.

5.1.9 Aportes del titular o empleador



Es la aportación mensual que se realiza a nombre del/los asegurados, equivalente al costo del Plan de Seguro de Salud de la IAFAS SIS contratado.

5.1.10 Asegurado/Afiliado

Toda persona residente en el país, que esté bajo la cobertura financiera en alguno de los Regímenes de Financiamiento de la IAFAS SIS.

5.1.11 Base de Datos de SUNAT

Listado de contribuyentes regulares al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) remitido a la IAFAS SIS por la SUNAT. Contiene las contribuciones tributarias mensuales, categoría e indicación de no contar con trabajadores a su cargo.

5.1.12 Centros de Atención

Para fines de afiliación y trámites derivados de la afiliación, están conformados por los módulos de atención en Mejor Atención al Ciudadano (MAC), Centros de Atención al Asegurado (CAA) de las GMR, UDR a nivel nacional, Oficina de Atención al Asegurado (OAA), Canales Virtuales de Atención SIS y otros que puedan generarse con la finalidad de realizar afiliación, brindar atención, orientación, asistencia y otros relacionados con el procedimiento de afiliación o trámites derivados de la afiliación del usuario, según Plan de Seguro SIS correspondiente.

5.1.13 Canales Virtuales de Atención de la IAFAS SIS

Para fines de afiliación y trámites derivados de la afiliación, están conformados por el aplicativo informático de la página web del SIS, Aplicativo móvil SIS, Central telefónica del SIS, WhatsApp SIS, Correo SIS y otros que puedan implementarse con la finalidad de brindar atención, orientación, asistencia y otros relacionados con la afiliación o trámites derivados de la afiliación del usuario, según modalidad de afiliación y Plan de Seguro SIS correspondiente.

5.1.14 Centro de Digitación

Unidades funcionales de la IAFAS SIS, de las IPRESS de su red preferente, de las DIRIS o de los Gobiernos Locales, que cumplen las especificaciones técnicas y que se encuentren debidamente autorizadas por la IAFAS SIS para desarrollar labores de afiliación y trámites derivados de la misma.

5.1.15 Clasificación Socioeconómica (CSE) del hogar

Es la asignación de una categoría socioeconómica basada en la evaluación del bienestar del hogar y sus integrantes que lo conforman, otorgado por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), administrada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social- MIDIS.

5.1.16 Conductor de la MYPE

Es la persona individual que dirige una microempresa que no se ha constituido como persona jurídica y que cuenta con al menos un (1) trabajador. También es considerada la persona natural que es titular de una microempresa constituida como una Empresa Individual de Responsabilidad Limitada y que cuenta con al menos un (1) trabajador.



5.1.17 Contrato de Seguro de Salud

Es el documento mediante el cual se establecen los términos, condiciones cobertura de salud y exclusiones para el asegurado al Plan de Seguro de Salud del Seguro Independiente.

5.1.18 Cotejo

Procedimiento mediante el cual la IAFAS SIS realiza el cruce de información con las Bases de Datos del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)/ Superintendencia Nacional de Migraciones (MIGRACIONES), Registro de Afiliados al aseguramiento en Salud - SUSALUD, el PGH del SISFOH, administrado por el MIDIS y la Base de Datos Afiliados de la IAFAS SIS u otros relacionados al procedimiento de afiliación.

5.1.19 Dependientes del Plan de Seguro “SIS Independiente”

Comprende a las personas inscritas por el titular asegurado como el cónyuge o concubino(a), los hijos(as) menores de edad o mayores de edad incapacitados en forma total o permanente para el trabajo, debidamente sustentado con el Certificado de Discapacidad o documento médico legal que acredita la condición de persona con discapacidad.

5.1.20 Derechohabientes del Plan de Seguro “SIS Emprendedor” y del Plan de Seguro “SIS MYPE”

Comprende al cónyuge o concubino(a) del Titular del Seguro, los hijos menores de edad o mayores de edad incapacitados en forma total o permanente para el trabajo, debidamente sustentado con el Certificado de Discapacidad o documento médico legal que acredita la condición de persona con discapacidad.

5.1.21 Emergencia

Toda condición repentina o inesperada que requiere una atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Corresponde a los daños calificados como prioridad I y II, por la norma correspondiente.

5.1.22 Exclusiones Específicas

Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiadas por la IAFAS SIS en ninguno de sus Planes de Seguro de Salud.

5.1.23 Grupo poblacional determinado por norma expresa

Personas agrupadas por condiciones particulares reconocidas por el Estado mediante dispositivos normativos con rango de ley, que acceden mediante la afiliación directa al Plan de Seguro de Salud “SIS Gratuito”.

5.1.24 Menores dependientes del Plan de Seguro “SIS Independiente”

Comprende a las personas inscritas por el titular no asegurado como los menores de 18 años, pueden ser hijos o no del titular (hermano, sobrino, nieto, ahijado u otro), que estén bajo su tutoría o responsabilidad el cual debe acreditarse a través de documento respectivo

5.1.25 Microempresa

Es aquella unidad económica cuya venta anual no excede las 150 Unidades Impositivas Tributarias- UIT, conforme a las definiciones y alcances contenidos en la Ley MYPE y su Reglamento.



5.1.26 Padrón General de Hogares (PGH)

Es la base de datos de los hogares y sus integrantes que incluye información sobre la identidad de sus integrantes, domicilio y su CSE, es administrada por el MIDIS.

5.1.27 Periodo de carencia

Es el periodo mediante el cual el afiliado del Plan de Seguro “SIS INDEPENDIENTE” y el “SIS MYPES”, no puede recibir prestaciones de salud, excepto las atenciones de emergencia y las prestaciones preventivas.

5.1.28 Periodo de espera

Es el periodo durante el cual el afiliado del Plan de Seguro “SIS INDEPENDIENTE” o sus dependientes no puede acceder a algunas de las prestaciones de salud, de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Seguro de Salud del Plan de Seguro de Salud “SIS Independiente”.

5.1.29 Periodo de Latencia

Es la cobertura del Plan de Seguro “SIS MYPE” que permite acceder a servicios médicos hasta por 03 meses posteriores a la pérdida de la condición de conductor o trabajador de una MYPE. El periodo de latencia dependerá del número de aportes que el titular de la afiliación haya realizado.

5.1.30 Plan complementario al PEAS

Otorga al asegurado la cobertura financiera de las condiciones asegurables y las prestaciones no contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, tales como las Prestaciones Administrativas, el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención y el Listado de Enfermedades Raras y Huérfanas.

5.1.31 Plan de Cobertura Prestacional

Listado de prestaciones financiadas por la IAFAS SIS, a los cuales acceden los asegurados en las IPRESS autorizadas dentro del territorio nacional, conforme a su Plan de Seguro de Salud del SIS.

5.1.32 Plan de Seguro de la IAFAS SIS

Es el listado de beneficios asociados a un seguro de salud del régimen de financiamiento subsidiado o semicontributivo administrado por la IAFAS SIS, que brinda la cobertura financiera de las prestaciones de salud o administrativas, acorde a su Plan de Seguro.

Los planes de seguro “SIS GRATUITO”, “SIS INDEPENDIENTE” y “SIS NRUS” cuentan con la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud- PEAS, Plan Complementario al PEAS (incluye prestaciones administrativas), LEAC (Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención) y el Listado priorizado de Enfermedades Raras y Huérfanas.

Los planes de seguro “SIS PARA TODOS” y “SIS MYPES” cuentan con la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud- PEAS.

5.1.33 Reafiliación

Es el procedimiento mediante el cual se activa una afiliación que fue cancelada, de acuerdo con lo establecido en el numeral 6.5 de la presente Directiva Administrativa.



5.1.34 Representante del asegurado SIS

Es la persona con capacidad de ejercicio que actúa a nombre del asegurado SIS, en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el asegurado de la IAFAS SIS tiene capacidad de ejercicio puede delegar su representación mediante carta poder simple, en forma anticipada a la situación que le impida manifestar su voluntad.
- b. Cuando el asegurado de la IAFAS SIS tiene capacidad de ejercicio y eventualmente no puede expresar su voluntad, su representación será ejercida, conforme los lazos de consanguinidad o afinidad establecidos en la norma civil: cónyuge o concubino, padres, hijos mayores de edad o hermanos.
- c. Cuando el asegurado de la IAFAS SIS haya sido declarado por el juez como absoluta o relativamente incapaz para manifestar su voluntad, será representado por aquellos que ejerzan la curatela, conforme lo establece el Código Civil.
- d. Cuando el asegurado de la IAFAS SIS sea un menor de edad, la representación lo ejerce el padre, madre, tutor o representante legal.

Cuando el asegurado de la IAFAS SIS sea un menor de edad de 16 años o más, su incapacidad relativa cesa por matrimonio o por la obtención de título oficial que le autorice a ejercer una profesión u oficio, conforme a lo establecido en el Código Civil, por lo que no requiere representación.

Excepcionalmente, cuando el menor de edad no se encuentre representado por sus padres, tutor o representante legal, la representación para efectos de su afiliación, recae en el responsable de sus cuidados quien debe firmar Declaración Jurada (Anexo N° 13), bajo responsabilidad.

5.1.35 Trabajador MYPE

Es toda persona natural que presta servicios bajo el régimen laboral especial establecido en la Ley MYPE y su Reglamento.

5.2 REGÍMENES DE FINANCIAMIENTO DE LA IAFAS SIS

5.2.1 Régimen de financiamiento subsidiado

Comprende a las personas que están aseguradas a la IAFAS SIS, por medio de un financiamiento público total.

5.2.2 Régimen de financiamiento semicontributivo

Comprende a las personas que están afiliadas a la IAFAS SIS por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados o empleadores, según corresponda.

5.3 PLANES DE SEGURO DE SALUD DEL SIS

5.3.1 Régimen de financiamiento subsidiado



5.3.1.1 Plan de Seguro “SIS Gratuito”

Está dirigido a las personas residentes en el territorio nacional que cuentan con la **CSE** vigente de pobre o pobre extremo otorgado por el SISFOH administrado por el MIDIS o que pertenecen a un grupo poblacional determinado por norma expresa.

5.3.1.2 Plan de Seguro “SIS Para Todos”

Está dirigido a las personas residentes en el territorio nacional, que no cuentan con un seguro de salud, independientemente de su **CSE**. Pueden acceder a este seguro las personas cuya CSE no está vigente o tienen la CSE de No Pobre.

5.3.2 Régimen de financiamiento semicontributivo

5.3.2.1 Plan de Seguro “SIS Independiente”

Está dirigido a los trabajadores independientes, estudiantes universitarios, menores dependientes, personas de la tercera edad y otros, que residen en el territorio nacional, que no cuentan con otro seguro y que realizan el pago del aporte mensual.

5.3.2.2 Plan de Seguro “SIS Emprendedor- NRUS”

Está un dirigido a las personas naturales contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), en cuyos beneficios pueden ser incluidos sus derechohabientes, sin que esto represente un aporte adicional para el usuario.

5.3.2.3 Plan de Seguro “SIS MYPE”

Está dirigido a las personas vinculadas a una microempresa, bajo los alcances de la Ley MYPE y su Reglamento, generándose derechos y obligaciones recíprocas para la microempresa, el asegurado y el SIS, que residen en el territorio nacional y no cuentan con otro seguro de salud.

5.4 REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN

5.4.1 Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería (CE).

5.4.2 No contar con otro seguro de salud.

5.5 REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA AFILIACIÓN, SEGÚN PLAN DE COBERTURA

5.5.1 Plan de Seguro “SIS Gratuito”

5.5.1.1 Contar con la **CSE** vigente de pobre o pobre extremo en el PGH del SISFOH administrado por el MIDIS; o

5.5.1.2 Pertenecer a un grupo poblacional determinado por norma expresa- GPDN.

5.5.2 Plan de Seguro de “SIS PARA TODOS”

5.5.2.1 No requiere contar con **CSE**. Pueden acceder a este seguro las personas cuya CSE no está vigente o tienen la CSE de No Pobre.

5.5.3 Plan de Seguro “SIS INDEPENDIENTE”



5.5.3.1 Realizar el pago del aporte correspondiente, de acuerdo al seguro contratado.

5.5.4 Plan de Seguro “SIS Emprendedor- NRUS”

5.5.4.1 Ser contribuyente acogido al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y no contar con trabajadores dependientes.

5.5.4.2 El contribuyente debe haber abonado los tres (3) periodos tributarios anteriores a la fecha de la afiliación, según la categoría NRUS que le corresponda y mantener continuidad en sus aportes.

5.5.4.3 Para el caso de los hijos mayores de edad con incapacidad total o permanente para el trabajo, deben presentar ante el Centro de Digitación, el Certificado de Discapacidad, según corresponda.

5.5.5 Plan de Seguro “SIS MYPE”

5.5.5.1 La Microempresa debe estar inscrita y acreditada por el Registro de la Micro y Pequeña Empresa - REMYPE.

5.5.5.2 El REMYPE envía a la IAFAS SIS, la información de los datos validados, conforme lo establece el Reglamento de la Ley MYPE.

5.5.5.3 La Microempresa debe cumplir puntualmente con pagar el aporte mensual respectivo, según corresponda.



5.6 MODALIDADES DE AFILIACIÓN

5.6.1 Afiliación Regular (AR)

Es la incorporación de las personas residentes en el territorio nacional que cumplen con los requisitos de afiliación, para acceder a uno de los Planes de Seguro de Salud de la IAFAS SIS.

5.6.2 Afiliación Directa (AD)

Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado de grupos poblacionales determinados por norma expresa, que cuentan con documento de identidad y no se encuentran sujetos a **CSE** de SISFOH. La afiliación directa tendrá vigencia en tanto la persona mantenga las condiciones que originó su afiliación, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

5.6.3 Afiliación Directa Temporal (ADT)

Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado de personas que pertenecen a grupos poblacionales determinados por norma expresa, según numeral 6.1.1.5 de la presente Directiva Administrativa y que no están inscritos en el RENIEC). La afiliación directa temporal tendrá vigencia en tanto la persona mantenga las condiciones que originó su afiliación, según normatividad vigente.

5.7 FORMAS DE AFILIACIÓN

5.7.1 Afiliación grupal y masiva

Procedimiento mediante el cual se realiza la afiliación de oficio, mediante la carga o incorporación de bases de datos de usuarios o beneficiarios de programas sociales o instituciones públicas o privadas, en el marco de la política de aseguramiento universal.

5.7.2 Afiliación presencial

Procedimiento mediante el cual se realiza la afiliación a solicitud de las personas, en los Centros de Digitación autorizados o Canales de Atención del SIS.

5.7.3 Afiliación virtual

Procedimiento mediante el cual se realiza la afiliación a uno de los Planes de Seguro de Salud según corresponda, a través del:

5.7.3.1. Aplicativo informático de la página web del SIS (Anexo N° 16, Anexo N° 15)

5.7.3.2. Aplicativo móvil (Anexo N° 17)

5.7.3.3. Central telefónica del SIS (Anexo N° 14)

5.7.3.4. WhatsApp SIS (Anexo N° 18)

5.7.3.5. Correo SIS (Anexo N° 18)

5.7.3.5. Otras que se implementen con el objeto de fortalecer la afiliación al SIS en el marco del aseguramiento universal en salud.

5.7.4 Para el caso del Plan de Seguro "SIS Independiente" también son consideradas las formas de afiliación la individual, familiar y la de menores dependientes.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN A LA IAFAS SIS

6.1.1. DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO: PLAN DE SEGURO DE SALUD "SIS GRATUITO Y SIS PARA TODOS"

6.1.1.1 AFILIACIÓN REGULAR EN CENTROS DE ATENCIÓN CON ACCESO A INTERNET

- a) El personal responsable requiere el/los DNI y/o CE al solicitante e integrante(s) del hogar si fuera el caso.
- b) Ingresa el número del DNI y/o CE en el Formato Digital de Afiliación (Anexo 01) del Módulo de Afiliación del SIASIS, el cual de manera automática y en línea realiza las verificaciones correspondientes con RENIEC - SUSALUD- MIDIS, y según corresponda se registra los datos para la afiliación de las personas que cumplen con los requisitos, de acuerdo con el plan de cobertura prestacional que le corresponda.
- c) Se registra el domicilio consignado en el PGH del MIDIS cuando corresponde a la afiliación al Plan de Seguro "SIS Gratuito", o la que indique la persona para efectos de su afiliación para el Plan de Seguro "SIS Para Todos".

6.1.1.2 AFILIACIÓN REGULAR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN ACCESO A INTERNET

- a) El personal responsable debe requerir el/los DNI y/o CE al solicitante y del integrante(s) del hogar, y procede al registro de la información requerida en el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 09).



- b) Posteriormente, dicho formato debe ser remitido al Centro de Digitación asignado, la persona encargada de la digitación realiza el procedimiento de verificación de acuerdo con las validaciones incorporadas en el Módulo de Afiliación del SIASIS. La afiliación puede ser registrada con la fecha indicada en el formato de recolección de datos.
- c) En el lapso de cinco (05) días hábiles de recibido el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 09), el Centro de Digitación debe devolver al establecimiento de salud, el resultado de la evaluación realizada (afiliado o no afiliado), el Plan de Seguro de Salud al cual ha sido afiliado o el motivo por el cual no puede ser afiliado Cuando corresponda, adjunta el reporte de las afiliaciones realizadas en el Módulo de Afiliación del SIASIS. En los casos de establecimientos de salud de zonas rurales de difícil acceso, el plazo es de quince (15) días hábiles, contados a partir de la recepción del Anexo N° 09.
- d) El responsable de la afiliación del establecimiento de salud sin internet, informa al solicitante la fecha en que debe retornar para conocer los resultados de su solicitud de afiliación, que podrán ser los siguientes:
- i. Que ha sido afiliado a uno de los Planes de Seguro del régimen subsidiado de la IAFAS SIS.
 - ii. Que cuenta con otro seguro de salud y no puede acceder uno de los Planes de Seguros de la IAFAS SIS.
 - iii. Que el domicilio del hogar registrado en el PGH del MIDIS no corresponde a su dirección actual y se orienta al solicitante que debe actualizar sus datos en la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de la municipalidad de su jurisdicción, por lo que se realizó la afiliación al Plan de Seguro "SIS Para Todos", en tanto realiza el procedimiento de actualización de datos.
- e) El Formato de Recolección de Datos es archivado, conservado y custodiado en los establecimientos de salud sin acceso a Internet, como fuente de verificación del trámite realizado.



6.1.1.3 AFILIACIÓN VIRTUAL

Procedimiento mediante el cual la persona realiza o solicita su afiliación al "SIS GRATUITO" o al "SIS PARA TODOS" a través de los Canales Virtuales de Atención de la IAFAS SIS:

- a) Aplicativo informático de la página web del SIS (Anexo N° 16, Anexo N° 15)
- b) Aplicativo móvil (Anexo N° 17)
- c) Central telefónica del SIS (Anexo N° 14)
- d) WhatsApp SIS (Anexo N° 18)
- e) Correo SIS - sis@sis.gob.pe (Anexo N° 18)

- f) Otras que se implementen con el objeto de fortalecer la afiliación, a la IAFAS SIS en el marco del aseguramiento universal en salud.

6.1.1.4 AFILIACIÓN REGULAR Y DIRECTA DE GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA EXPRESA (GPDN) O RESOLUCIÓN JUDICIAL

- a) Son afiliados de manera regular al Plan de Seguro “SIS Gratuito”, sin estar condicionados a la **CSE** del SISFOH-administrado por el MIDIS, las siguientes personas en estado de vulnerabilidad sanitaria:

- i. Personas con el diagnóstico de VIH/SIDA.

La Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP del MINSA, remite a la IAFAS SIS la base de datos para la realización de la afiliación.

- ii. Personas con diagnóstico de Tuberculosis (TB).

La Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP del MINSA, remite a la IAFAS SIS la base de datos para la realización de la afiliación.

- iii. Personas con Discapacidad Severa.

La Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP del MINSA, remite a la IAFAS SIS la base de datos para la realización de la afiliación.

- b) Son afiliados de manera directa al Plan de Seguro “SIS Gratuito”, los grupos poblacionales determinados por norma expresa, los beneficiarios de reparaciones en salud ordenados por la Corte IDH y los que tienen orden expresa de afiliación mediante Resolución Judicial, que cuentan con DNI o CE.

Son afiliados de manera directa, sin estar condicionados a la CSE del SISFOH-MIDIS.

- c) Los grupos poblacionales determinados por norma que les corresponde la afiliación directa, son los siguientes:

- 1) Beneficiarios de reparaciones en salud, dentro de los cuales se encuentran las víctimas y beneficiarios afectados durante el proceso de violencia ocurrida en el Perú entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, inscritos en el Registro Único de Víctimas (RUV) del Consejo de Reparaciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).

La Comisión Multisectorial de Alto Nivel- CMAN remite a la IAFAS SIS la base de datos para la realización de la afiliación.



- 2) Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP), acreditados por la referida institución, que remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 3) Jueces de Paz acreditados por la Corte Superior de Justicia de la jurisdicción a la cual pertenecen, que remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 4) Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA. El Ministerio de Educación (MINEDU) remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 5) Personas reclusas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE), que remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 6) Residentes en centros de atención residencial (CAR) para niñas, niños y adolescentes (públicos y privados), el CAR remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 7) Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que remite la base de datos a la IAFAS SIS.
- 8) Personas en situación de calle o en situación de abandono en calle, acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, que remite la base de datos a la IAFAS SIS o en caso no hubiera oficina del MIMP, la acreditación lo realiza alguna autoridad competente y reconocida por la localidad, centro poblado o comunidad de la jurisdicción.
- 9) Gestantes, se considera desde la concepción hasta los 42 días posparto (puerperio). El período de gestación incluye la interrupción del embarazo en cualquier período (por aborto, parto con feto vivo u óbito fetal).

Para la acreditación, deben presentar un documento (Carné de Control Prenatal, Informe Médico, Examen de apoyo de diagnóstico o cualquier otro equivalente), emitido por una Institución Prestadora de Servicio de Salud que acredite la condición de embarazo y consigne la Fecha Probable de Parto.

- 10) Menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años. A los Recién Nacidos (RN) se les puede realizar la afiliación considerando el número de DNI, siempre que se acredite con el vóucher de RENIEC, que el DNI se encuentra en trámite.
- 11) Niños y adolescentes menores de dieciocho (18) años, con enfermedades oncológicas, acreditada a través de los estudios pertinentes y por médico especialista en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades. Si el asegurado paciente oncológico se encuentra en tratamiento y cumple los dieciocho (18) años, continuará en el Plan de Seguro de Salud "SIS Gratuito" hasta la finalización de su tratamiento.



- 12) Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.
- d) Cuando corresponda, la persona presenta ante el centro de atención, el documento que acredite que se encuentra dentro de un grupo poblacional determinado por norma expresa.
- e) Acreditada su condición, se procede con el registro de la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa (Anexo N° 02) del Módulo de Afiliación del SIASIS, según lo señalado en el numeral 6.1.1.1.
- f) En lugares que no cuenten con acceso a internet, el responsable de la afiliación utiliza el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 09), según el numeral 6.1.1.2.
- g) El SIS emite los lineamientos correspondientes para la afiliación de los grupos poblacionales, que sean incorporados posteriormente por norma expresa.

6.1.1.5 AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL DE GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA EXPRESA (GPDNE) O RESOLUCIÓN JUDICIAL

- a) Son afiliados al Plan de Seguro “SIS Gratuito” las personas que pertenecen a un GPDNE, siempre que no estén inscritos en el RENIEC.
- b) Durante el periodo de vigencia de la afiliación directa temporal, de obtener el documento de identidad, se procede a realizar la afiliación directa.
- c) De corresponder, la persona que no esté inscrita en el RENIEC presenta ante el Centro de Atención, el documento que acredite su condición de beneficiario de grupo poblacional.
- d) Acreditada su condición, se procede con el registro de la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03) del Módulo de Afiliación del SIASIS.
- e) Los grupos poblacionales determinados por norma expresa que pueden acceder a la afiliación directa temporal, son los siguientes:
- 1) Personas en situación de calle o en situación de abandono en calle, acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables;
 - 2) Personas reclusas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE)
 - 3) Residentes en centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes (públicos y privados);
 - 4) Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos;
 - 5) Residentes en Pueblos Indígenas y Originarios, de acuerdo con el Anexo N° 1 “Pueblos Indígenas de la Amazonía” según la Resolución Ministerial N° 020-2018-MC o la más vigente.



Para la acreditación, deben presentar un documento que constate su residencia en el Pueblo Indígena y para efectos de su identificación, Acta de Nacimiento u otro documento que los identifique como tal, el cual puede ser emitido por una institución o por la autoridad competente del pueblo indígena. En caso de no contar con ningún documento que lo identifique, puede presentar una Declaración Jurada conteniendo los datos de la persona y en caso de menores de edad, la Declaración Jurada del progenitor del tutor o autoridad competente del pueblo indígena.

- 6) Gestantes, se considera desde la concepción hasta los 42 días posparto (puerperio). El período de gestación incluye la interrupción del embarazo en cualquier período (por aborto, parto con feto vivo u óbito fetal)

Para la acreditación, deben presentar un documento (Carné de Control Prenatal, Informe Médico, Examen de apoyo de diagnóstico o cualquier otro equivalente), emitido por una Institución Prestadora de Servicio de Salud que acredite la condición de embarazo, donde se consigne la fecha probable de parto.

Para efectos de su identificación pueden presentar el Acta de Nacimiento o un documento que las identifique como tal, el cual puede ser emitido por una institución o autoridad competente. En caso de no contar con ningún documento que lo identifique, debe presentar una Declaración Jurada conteniendo los datos de la persona, en caso de menores de edad, la Declaración Jurada de padres o tutor).

- 7) Menores de edad entre cero (0) a cinco (05) años.

La afiliación tiene una vigencia hasta el cumplimiento de la edad máxima correspondiente (05 años).

Los menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años, para la identificación pueden presentar el Acta de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo o Tarjeta de Control de Niño Sano o un documento que los identifique como tal, el cual puede ser emitido por una institución o autoridad competente. En caso de no contar con ningún documento que identifique al menor, deben presentar una Declaración Jurada de padres o tutor, conteniendo los datos del menor.

- 8) Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas beneficiarias del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA.

La afiliación es realizada de manera masiva automática de acuerdo con la base de datos remitida por el Ministerio de Educación (MINEDU) y la vigencia es hasta la obtención de su documento de identidad.



- 9) Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.
- f) En los casos de los numerales que anteceden: 1), 2), 3), 4) y 8) la Institución correspondiente remite la base de datos a la IAFAS SIS, de acuerdo con la estructura de datos proporcionada por la IAFAS SIS la cual debe ser remitida de manera formal y entregada en medio magnético.
- g) En lugares que no cuenten con acceso a internet, el responsable de la afiliación utiliza el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 09)



6.1.1.6 AFILIACIÓN GRUPAL Y MASIVA

- a) El Programa Social, Institución Pública o Privada debidamente acreditada, remite a la IAFAS SIS la Base de Datos del Padrón de Beneficiarios o usuarios, de acuerdo con la estructura de datos proporcionada por el SIS, la cual debe ser entregada en medio magnético.
- b) La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) realiza el cotejo y validaciones correspondientes:
 - i. Con el RENIEC, Migraciones, según corresponda, para validación de datos personales.
 - ii. Con SUSALUD a fin de verificar si cuentan con otro seguro de salud.
 - iii. Con el último PGH remitido por el MIDIS para conocer la CSE vigente.
- c) La OGTI procede a realizar la afiliación grupal y masiva al régimen subsidiado de aquellas personas que cumplen con los requisitos establecidos por norma, según el plan de cobertura que le corresponda.
- d) La Gerencia del Asegurado informa al Programa Social, Institución Pública o Privada, el resultado del procedimiento de la afiliación realizada, precisando quienes fueron afiliados al Plan de seguro de Salud y quienes no cumplieron con la validación del documento de identidad y con los requisitos para su afiliación.
- e) Para la afiliación grupal y masiva de los GPDN se exceptúa la CSE a cargo del SISFOH.
- f) Cuando se trata de afiliación grupal al Plan de Seguro “SIS Gratuito” la afiliación consigna el domicilio registrado en el PGH del MIDIS, en el caso del Plan de Seguro “SIS Para Todos” la afiliación consigna el domicilio remitido por la Institución.

6.1.2. DE LOS PLANES DE SEGURO DE SALUD DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO

6.1.2.1 PLAN DE SEGURO DE SALUD “SIS INDEPENDIENTE”

Es el procedimiento mediante el cual se incorpora a la IAFAS SIS a las personas que realizan el pago de un aporte mensual.

El procedimiento se realiza de la siguiente manera:

6.1.2.1.1. Afiliación Virtual

Procedimiento mediante el cual la persona realiza o solicita su afiliación al Plan de Seguro “SIS INDEPENDIENTE” a través de:

- i. Aplicativo informático de la página web del SIS (Anexo N° 15)
- ii. Aplicativo móvil (Anexo N° 17)
- iii. Central telefónica del SIS (Anexo N° 14)
- iv. Otras que se implementen con el objeto fortalecer la afiliación al SIS.

6.1.2.1.2. En forma presencial

a) Utilizando el Módulo de Afiliación del SIASIS

- 1) El personal responsable de realizar la afiliación debe requerir el DNI o CE al solicitante e integrante(s) del hogar si fuera el caso.
- 2) El Módulo de Afiliación del SIASIS realiza las validaciones en línea, las cuales están relacionadas con el cumplimiento de los requisitos de afiliación, con SUSALUD para verificar si la persona cuenta con un seguro de salud activo, con el SISFOH para verificar que no tenga la CSE de pobre o pobre extremo y con RENIEC o MIGRACIONES para la validación de los datos personales. Así también calcula el valor del aporte.

De cumplir con los requisitos, se realiza el registro a través del Formato Digital de Afiliación (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

- 3) Realizado el registro de la solicitud, el personal responsable debe entregar el código de afiliación que corresponde al seguro contratado e imprimir el Formato Digital de Afiliación – SIS Independiente del SIASIS. El solicitante debe apersonarse a la entidad financiera o recaudadora, con las cuales la IAFAS SIS tenga contrato o convenio para efectuar el pago del primer aporte mensual que corresponde al seguro contratado, indicando el código de afiliación.
- 4) Cuando se trata de afiliación a través de campañas u otras actividades fuera del Centro de Atención, se brinda al solicitante el código de afiliación a fin de que realice el pago de la primera aportación en la entidad financiera o recaudadora, con las cuales la IAFAS SIS tenga contrato o convenio, con lo que queda acreditada la condición de asegurado.



- 5) El solicitante cuenta con un máximo de cinco (05) días hábiles para efectuar el pago correspondiente a la afiliación al Plan de Seguro "SIS Independiente", caso contrario el código es anulado y debe reiniciar el trámite.
- 6) Una vez realizado el pago, el usuario cuenta con la condición de asegurado al Plan de Seguro "SIS Independiente" y se inicia la cobertura de salud, teniendo en cuenta el periodo de carencia y espera, de corresponder.
- 7) El asegurado debe acercarse a la UDR de la jurisdicción que corresponde, acogerse a la notificación electrónica o realizar el procedimiento que se implemente para la entrega/recepción del Contrato de Seguro de Salud y Plan de Cobertura.

7.1) En caso de notificación electrónica del Contrato de Seguro de Salud y Plan de Cobertura, el asegurado debe:

- Consignar, al momento de registro de la afiliación, alguna dirección electrónica en el que puede ser notificado.
- Brindar autorización expresa para notificación a través de correo electrónico.
- Una vez realizado el pago, adjuntar el vóucher y enviarlo al correo electrónico del SIS.
- Brindar respuesta de la recepción del Contrato de Seguro de Salud y Plan de Cobertura.

6.1.2.2 PLAN DE SEGURO "SIS Emprendedor- NRUS"

Es el procedimiento mediante el cual se incorpora al SIS a las personas naturales contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), incluido sus derechohabientes. El procedimiento se realiza de las siguientes formas:

6.1.2.2.1 Afiliación grupal y masiva

- a) La Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (SUNAT) remite a la IAFAS SIS la Base de Datos de los contribuyentes acogidos al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), con información de pagos de los contribuyentes que cuentan con más de tres periodos tributarios mensuales.
- b) La OGTI realiza el cotejo y validaciones correspondientes:



- i. Con RENIEC o, Migraciones, según corresponda, para validación de datos personales.
 - ii. Con SUSALUD a fin de verificar si cuentan con otro seguro de salud.
 - iii. En la base de datos de la IAFAS SIS, para verificar que los contribuyentes del NRUS no cuenten con afiliación activa.
- c) La OGTI con una periodicidad no mayor de treinta (30) días, realiza la afiliación grupal y masiva de los contribuyentes del NRUS de la base de datos remitida por SUNAT, que cumplan con lo dispuesto en los literales a) y b) inmediatamente anteriores.
- d) Cuando se trate de un contribuyente del NRUS con afiliación regular al Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS de fecha anterior, la OGTI cancelará la afiliación en forma automática para proceder a la afiliación grupal y masiva al SIS – NRUS. Se exceptúa de esta afiliación grupal y masiva, los casos de afiliación directa de GPDN o por resolución judicial quienes no son afiliados al Plan de Seguro de Salud “SIS Emprendedor-NRUS”.
- e) El establecimiento de salud de adscripción se asigna de acuerdo con el domicilio del contribuyente del NRUS consignado en su DNI o CE, corresponde al más cercano a su domicilio, dentro de la jurisdicción (Ubigeo), siempre que tenga población adscrita.
- f) La afiliación es publicada en el módulo de Consultas en Línea del portal de la IAFAS SIS, el asegurado toma conocimiento de los datos de su afiliación.



6.1.2.2.2 Afiliación presencial

- a) Los contribuyentes del NRUS que no sean afiliados de manera automática, deben apersonarse a los Centros de Atención autorizados, para solicitar su afiliación al Plan de Seguro de Salud “SIS Emprendedor– NRUS”, asimismo los derechohabientes (cónyuge o concubino, hijos menores de 18 años).
- b) El personal del Centro de Atención autorizado debe requerir el DNI o CE, así como el número de RUC.
- c) La validación automática del Módulo de Afiliación del SIASIS con el web service de RENIEC o MIGRACIONES, según corresponda.
- d) La validación automática del Módulo de Afiliación del SIASIS con el web service de SUSALUD para

verificar si la persona cuenta con otro seguro de salud.

- e) Cuando se trate de un contribuyente del NRUS con afiliación de fecha anterior, se debe cancelar dicha afiliación a través del Módulo de afiliación del SIASIS, debiendo considerarse lo dispuesto en el numeral 6.1.3.2 de la presente Directiva Administrativa, según corresponda.

Se exceptúa la cancelación de los casos de afiliación directa de GPDN o resolución judicial.

- f) De no contar con otro seguro de salud de acuerdo con la información del web service de SUSALUD y/o cancelarse la afiliación al SIS de fecha anterior según corresponda, se registra la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación (Anexo N° 05) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Se procede al registro de la afiliación, sólo si el contribuyente NRUS no cuenta con trabajadores a su cargo y realizó el pago de tres (3) periodos tributarios, de acuerdo con la información remitida por la SUNAT.

- g) En el caso de contar con otro seguro de salud vigente y/o el DNI o CE no esté validado con RENIEC o MIGRACIONES, según corresponda, no se procede a la afiliación debiendo informar al interesado el motivo por el cual no puede acceder al Plan de Seguro "SIS Emprendedor- NRUS".

6.1.2.3 PLAN DE SEGURO DE SALUD "SIS MYPE"

- a) La Microempresa a través del conductor o su representante, registra en el portal del REMYPE los datos personales y la información complementaria que se le requiera de los conductores, trabajadores, así como la de sus derechohabientes.
- b) La IAFAS SIS recibe del REMYPE, la lista de conductores, trabajadores y derechohabientes de las microempresas, la misma que debe estar debidamente validada, asimismo genera las cuotas pendientes de pago por cada trabajador y remite a la entidad recaudadora el archivo de cuotas pendientes de pago.
- c) El pago mensual para la afiliación y la acreditación del derecho de cada trabajador o conductor de la microempresa y de sus derechohabientes debe ser abonada por mes adelantado por la Microempresa. La Microempresa a través del conductor o su representante, recibe de la IAFAS SIS vía correo electrónico, el usuario y contraseña para el ingreso al portal web de la IAFAS SIS, a fin de que proceda a la impresión de la(s) cuota(s) pendiente(s) de aporte por cada trabajador. Con los impresos mencionados en el literal anterior, el Conductor o representante de la Microempresa se dirige al Banco de la





Nación, ingresa a la plataforma PAGALO.PE o la entidad financiera o recaudadora, con las cuales la IAFAS SIS tenga contrato o convenio, a fin de abonar el (los) aporte(s) correspondiente(s) por el Plan de Seguro del conductor y/o cada trabajador. La IAFAS SIS recibe de la entidad financiera o recaudadora, con las cuales tiene contrato o convenio, el archivo de cuotas pagadas para considerar en estado “activo” la afiliación realizada.

- d) La IAFAS SIS reporta al REMYPE mensualmente la relación de microempresas que no han cumplido con el pago del aporte mensual, informa que los trabajadores o conductores de las MYPES reportadas se encuentran en estado suspendido, estableciendo un plazo máximo de noventa (90) días calendario para la baja en REMYPE y posterior afiliación automática al Plan de Seguro de la IAFAS SIS que corresponda.

6.2. ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE LA AFILIACIÓN

6.2.1. DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDADO: PLANES DE SEGURO “SIS GRATUITO” Y “SIS PARA TODOS”

La afiliación regular, la afiliación directa y la afiliación directa temporal pueden ser actualizadas o modificadas por los siguientes motivos:

6.2.1.1. Por cambio de datos personales

El Centro de Atención actualiza los datos de la afiliación a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS, de acuerdo con la información del web service con RENIEC o MIGRACIONES, según corresponda.

La actualización de datos personales de asegurados con afiliación directa temporal es registrada directamente por el Centro de Atención autorizado.

6.2.1.2. Por incorporación o cambio de la persona acreditada para solicitar la prestación económica de sepelio

En el centro de atención autorizado, el asegurado o su representante, requiere por cualquier canal habilitado y mediante una solicitud simple, la incorporación o cambio del acreditado de sepelio. El centro de atención actualiza directamente lo solicitado a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

La incorporación o actualización se realiza de acuerdo con la información del web service con RENIEC o MIGRACIONES, según corresponda.

6.2.1.3. Por cambio de establecimiento de salud de adscripción

El cambio de establecimiento de salud de adscripción por jurisdicción domiciliaria, se realiza a solicitud del asegurado en el Centro de atención autorizado a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

6.2.1.4. Por cambio de domicilio

El cambio de domicilio se realiza a solicitud del asegurado, en el Centro de atención autorizado a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

El cambio de domicilio, en el caso de los asegurados al Plan de Seguro “SIS Gratuito”, procede siempre que el asegurado mantenga la CSE de pobre o pobre extremo del SISFOH. Asimismo, el Módulo de Afiliación del SIASIS verifica en línea con RENIEC, SUSALUD y MIDIS, los datos correspondientes. En el caso de los afiliados al Plan de Seguro “SIS Para Todos”, es suficiente la presentación de documento que acredite el domicilio actual del asegurado (DNI, recibo de servicios, entre otros similares).

El cambio de domicilio de GPDNE es registrado directamente por el centro de atención a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

6.2.1.5. Por cambio de Grupo Poblacional determinado por norma

El centro de atención autorizado actualiza, de corresponder, el GPDNE del asegurado o retira el código del grupo poblacional que tenía asignado.

6.2.1.6. Por cambio de Plan de Seguro

El centro de digitación o canal de atención del SIS actualiza el Plan de Seguro “SIS Para Todos” al “SIS Gratuito” o viceversa, en caso el afiliado obtenga la CSE de pobre o pobre extremo o pierda la vigencia de la CSE, según corresponda.

6.2.1.7. Otras opciones de actualización

El centro de atención autorizado actualiza o incorpora, de corresponder, otros datos como el teléfono, correo electrónico, datos personales de los familiares, datos del responsable de la afiliación, entre otros. También, se actualizan los datos que se originen como consecuencia de la reafiliación.

6.2.2. DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO: PLANES DE SEGURO “SIS INDEPENDIENTE”, “SIS EMPRENDEDOR NRUS” Y “SIS MYPE”

La afiliación puede ser actualizada o modificada siempre que se encuentre en estado Activo, es decir al día en el pago de los aportes correspondientes y se realiza por los siguientes motivos:

6.2.2.1. Por cambio de datos personales

El Centro de Atención actualiza los datos de la afiliación del Titular, dependientes, menores dependientes y derechohabientes, según corresponda, a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro “SIS Independiente” o “SIS EMPRENDEDOR- NRUS” del régimen de financiamiento Semicontributivo (ver anexo N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS,



previa verificación del DNI o el CE, con el web service de RENIEC o MIGRACIONES, según corresponda.

6.2.2.2. Por cambio de establecimiento de salud de adscripción

Es solicitado por el afiliado en el centro de atención autorizado y de corresponder, se actualiza el establecimiento de salud de adscripción, en función a la jurisdicción de su domicilio, a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro "SIS Independiente" o "SIS NRUS" del régimen de financiamiento Semicoltributivo (ver anexo N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

6.2.2.3. Por cambio de domicilio

Es solicitado por el afiliado en el centro de atención autorizado que corresponda a la nueva jurisdicción, debiendo a su vez, realizar el cambio de establecimiento de adscripción a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro "SIS Independiente" o "SIS Emprendedor- NRUS" del régimen de financiamiento Semicoltributivo (ver anexo N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS. El asegurado debe presentar copia de un recibo de luz o agua de su nuevo lugar de residencia.

El cambio de domicilio hacia la jurisdicción de otra UDR, requiere la anulación de la afiliación anterior y el registro de una nueva afiliación, reconociendo los aportes correspondientes realizados a la afiliación que será cancelada, siempre que se encuentre al día en el pago de los aportes. El procedimiento de referencia de pagos de la afiliación anterior hacia la nueva afiliación, se realiza a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro "SIS Independiente" o "SIS Emprendedor- NRUS" del régimen de financiamiento Semicoltributivo (ver anexo N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

El cambio de domicilio dentro de la misma jurisdicción de una UDR no requiere la cancelación de la afiliación. Sólo se modifican los datos correspondientes al domicilio y establecimiento de salud de adscripción según corresponda.

6.2.2.4. Actualización por incorporación o cambio de persona acreditada para solicitar la prestación económica de sepelio

Esta actualización es solicitada sólo por el titular de la afiliación, a través de una solicitud simple donde debe consignar su firma, huella digital y los datos personales de quien designa o cambia.

El centro de atención actualiza directamente lo solicitado a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro "SIS Independiente" o "SIS NRUS" del régimen de financiamiento Semicoltributivo (ver anexo N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

6.2.2.5. Actualización por inclusión de derechohabientes

Es solicitado por el afiliado titular, o por el representante del titular afiliado, al seguro "SIS NRUS" al personal del centro de



atención autorizado, quien realiza el procedimiento indicado en el numeral 6.1.2.2 de la presente Directiva Administrativa.

Para incluir al cónyuge o concubino, el titular debe presentar el Acta de Matrimonio civil (con una antigüedad no mayor a 1 año) o Declaración Jurada de Unión de Hecho (Anexo N° 11) debidamente firmada por ambos concubinos.

En el caso de derechohabientes menores de 18 años se debe presentar el DNI o CE. En el caso de derechohabientes mayores de edad con incapacidad total o permanente para el trabajo, se debe presentar el Certificado de Discapacidad o documento médico legal que acredita la condición de persona con discapacidad.

6.2.2.6. Otras opciones de actualización

En el caso del Plan de Seguro "SIS Independiente" el centro de atención autorizado, actualiza de corresponder el teléfono, correo electrónico, datos del responsable de la afiliación, entre otros.

En el caso del Plan de Seguro "SIS NRUS" el centro de atención autorizado, actualiza de corresponder los períodos tributarios, reafiliación, entre otros.

En el caso del Plan de Seguro "SIS MYPE" el Centro de Atención autorizado actualiza de corresponder el establecimiento de salud, según corresponda.

En el caso del Plan de Seguro "SIS MYPE" el cambio de domicilio debe ser solicitado por el microempresario o trabajador, debiendo presentar copia de un recibo de luz o agua de su nuevo lugar de residencia ante los Centros de Atención autorizados que corresponda al nuevo domicilio. El recibo de luz o agua de su nuevo lugar de residencia no será necesario en caso la nueva dirección sea la misma de la registrada en el DNI o CE.

En el caso del Plan de Seguro de "SIS MYPE", la IAFAS SIS actualiza la información de los conductores, trabajadores, así como la de sus derechohabientes o nuevos derechohabientes de acuerdo con la información de REMYPE.

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deben utilizar el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 09) para la actualización respectiva, el cual es remitido al centro de atención autorizado de su jurisdicción, quien emite un reporte con los datos actualizados.



6.3. CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN

6.3.1. DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO: PLANES DE SEGURO "SIS GRATUITO" Y "SIS PARA TODOS"

Es el procedimiento mediante el cual se deja sin efecto la afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del SIS.

6.3.1.1. Causales de cancelación de afiliación:

- a) Contar con otro seguro de salud en estado activo.
- b) Contar con derecho a otro seguro de salud para el caso de cónyuge/concubino, menores de edad o mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, según corresponda.
- c) Cambio de CSE, de acuerdo con el PGH del SISFOH, según corresponda.
- d) Desafiliación voluntaria

El asegurado debe dejar constancia de la renuncia por escrito (físico o electrónico), ante el Centro de Atención autorizado (según el Anexo N° 27) en la cual:

- i. Manifieste de forma expresa su voluntad de cancelar su afiliación al Plan de Seguro "SIS GRATUITO" o "SIS PARA TODOS".
 - ii. Sustentar que será inscrito en otro seguro de salud que mínimamente le brinde la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- e) Fallecimiento. Se debe registrar la fecha de fallecimiento de acuerdo con la información del web service con RENIEC, Certificado de Defunción o Acta de Defunción.
 - f) Dejar de pertenecer al grupo poblacional determinado por norma.
 - g) En el caso de una gestante que presente interrupción del embarazo en cualquier período (por aborto, parto con feto vivo u óbito fetal), la afiliación se cancela a los 10 días posteriores al alta de la paciente. Según corresponda puede ser afiliada al Plan de Seguro de Salud "SIS para Todos".
 - h) Ser contribuyente acogido al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y contar con los requisitos de afiliación.
 - i) Contar con DNI en Base de Datos de RENIEC, en el caso de tener una afiliación directa temporal.

6.3.1.2. Procedimiento para la cancelación de la afiliación:

6.3.1.2.1. Cancelación de la afiliación en Centros de Atención

- a) Todos los Centros de Atención autorizados a nivel nacional, de oficio o a solicitud del asegurado, pueden realizar la cancelación de las afiliaciones que incurran en alguno de los motivos o causales de cancelación señalados en el numeral 6.1.3.1 de la presente Directiva



Administrativa, a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

- b) El asegurado solicita de forma presencial o virtual, la cancelación de la afiliación cuando incurra en alguno de los motivos o causales de cancelación señalados en el numeral 6.3.1.1, literal d) de la presente Directiva Administrativa.
- c) Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deben solicitar mediante documento (Anexo N° 27), la cancelación respectiva al Centro de Atención que les corresponda debiendo indicar el motivo de la cancelación, quien informa sobre el procedimiento realizado al interesado/a.

6.3.1.2.2. Cancelación de la afiliación de manera automática

- a) Por contar con otro seguro de salud en estado activo, como resultado del cotejo masivo de la base de datos de la IAFAS SIS con la base de datos de SUSALUD. Este procedimiento se realiza de manera diaria y la cancelación se realiza de manera automática.
- b) La cancelación por fallecimiento del afiliado es realizada por la OGTI cuando se registre la prestación económica de sepelio o cuando se registre en el FUA destino "Fallecido" o por el sistema, de acuerdo con el resultado de cotejo masivo con RENIEC. Se considera como fecha de cancelación la fecha de fallecimiento.
- c) La cancelación es realizada por la OGTI, a solicitud de la GA, cuando el afiliado deja de pertenecer a un GPDN y no cuente con la acreditación respectiva.
- d) Las personas que fueron afiliadas de manera directa y que pierden la condición que dio origen a su afiliación, les corresponde la cancelación automática y se procede al retiro de la identificación como grupo poblacional, debiéndose verificar lo siguiente:
 - Si cuentan con CSE vigente de No Pobre o aún no tienen CSE en el PGH actualizado del MIDIS, son incorporadas al Plan de Seguro "SIS para todos", de corresponder.
 - Si cuentan con CSE vigente de Pobre Extremo o Pobre en el PGH actualizado del MIDIS, son incorporadas al Plan de Seguro "SIS Gratuito", de corresponder.
- e) En el caso de las gestantes la afiliación es cancelada de manera automática, cuando





cumplen el período de puerperio (42 días posteriores al parto) o cuando se produjo interrupción del embarazo (10 días posteriores al alta de la paciente). Se exceptúa la cancelación de afiliación para los GPDNE o resolución judicial.

- f) En el caso de menores entre cero (0) a cinco (5) años la afiliación es cancelada de manera automática, cuando cumpla la edad máxima prevista (05 años).
- g) En caso de los contribuyentes del NRUS afiliados al régimen de financiamiento subsidiado, se procede a la cancelación de manera automática y masiva a través de sistema, de acuerdo con la información remitida por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT). No procede la cancelación de la afiliación al Plan de Seguro de "SIS Gratuito" para las personas que pertenezcan a un GPDN.
- h) En caso de asegurados al Plan de Seguro "SIS Gratuito" con CSE cancelada o caduca, de acuerdo al cruce de información con el PGH remitido de manera oficial por el MIDIS, de corresponder se afilia al seguro "SIS para Todos".
- i) En caso que el PGH actualizado del MIDIS informe sobre el cambio de CSE del asegurado al Plan de Seguro "SIS Gratuito" a No Pobre, se produce la cancelación de la afiliación y se lo incorpora al Plan de Seguro "SIS Para Todos", previo cumplimiento de los requisitos.
- j) La cancelación de las afiliaciones realizadas mediante procedimiento automático y masivo son comunicadas a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) respectivas.

6.3.2. DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO: PLANES DE SEGURO "SIS INDEPENDIENTE", "SIS EMPRENDEDOR - NRUS" Y "SIS MYPE"

Es el procedimiento mediante el cual se deja sin efecto la afiliación a uno de los Planes de seguro de salud del SIS y obedece a los siguientes motivos:

6.3.2.1. Causales de cancelación de una afiliación:

- a) Contar con otro seguro de salud.
- b) Solicitud del titular por cambio de CSE, de acuerdo con el PGH del SISFOH.

- c) Desafiliación voluntaria. Será sustentado con la solicitud presentada por el asegurado o su representante ante el Centro de Atención autorizado.
- d) Duplicidad de afiliación. Si cuenta con más de una afiliación vigente al SIS, se anula la afiliación que corresponda, de acuerdo con la normatividad.
- e) Fallecimiento. Se debe registrar la fecha de fallecimiento de acuerdo con la información de RENIEC, Certificado de Defunción o Acta de Defunción.
- f) Contar con acreditación de GPDN.
- g) Cumplimiento de la mayoría de edad en caso de derechohabientes o menores dependientes, según corresponda, siempre que no tengan incapacidad total y permanente para el trabajo.
- h) No realizar el aporte respectivo de acuerdo con el Plan de Seguro:
 - i. En el caso del Plan de Seguro “SIS Independiente”, incumplimiento de pago por más de seis (06) aportaciones consecutivas.
 - ii. En el caso del Plan de Seguro “SIS MYPES” cuando la Microempresa no haya efectuado el pago del aporte a favor del trabajador o conductor hasta por tres (3) cuotas consecutivas.
- i) En el caso del Plan de Seguro “SIS NRUS” y de acuerdo con la información de SUNAT: dejar de aportar sus contribuciones por más de 06 meses, dejar de ser contribuyente al NRUS, producirse la baja de RUC, contar con trabajadores dependientes, pasar a la Categoría Especial del NRUS, o cuando el afiliado sea trabajador o derechohabiente del trabajador de una microempresa.
- j) En el caso del Plan de Seguro “SIS MYPE” cuando el trabajador pierde el vínculo laboral y el microempresario registra la baja en el portal de Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo o al vencimiento del periodo de latencia.

6.3.2.2. Procedimiento para la cancelación de la afiliación

6.3.2.2.1. **Cancelación de la afiliación en Centros de Atención**

Todos los Centros de Atención según corresponda, a nivel nacional realizan la cancelación de las afiliaciones siempre que el asegurado incurra en alguno de los motivos o causales de cancelación señalados en el numeral 6.3.2.1. de la presente Directiva Administrativa, a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro “SIS Independiente” o “SIS Emprendedor- NRUS” del régimen de financiamiento Semicontributivo (Anexo



N° 07 o Anexo N° 08, según corresponda) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deben solicitar mediante (Anexo N° 27), la baja respectiva al Centro de Atención autorizado, debiendo indicar el motivo de la baja.

6.3.2.2.2. Cancelación de la afiliación mediante procedimiento automático

- a) La OGTI realiza el cruce de información entre la base de datos de asegurados de la IAFAS SIS con la base de datos de SUSALUD y detecta que algunos de los afiliados tienen otro seguro de salud en estado activo, cancela la afiliación de forma automática.
- b) La cancelación por fallecimiento del asegurado es realizada mediante procedimiento automático, cuando se registre la prestación económica de sepelio o cuando se registre en el FUA destino "Fallecido" o por sistema de acuerdo con el resultado de cotejo masivo con RENIEC. Se considera como fecha de cancelación la fecha de fallecimiento.
- c) Cuando se detecte el incumplimiento de aportes según el numeral 6.3.2.1., literal h) de la presente Directiva Administrativa.
- d) Cuando el sistema detecte las causales indicadas en el numeral 6.3.2.1, literales a), d), e) y f).
- e) En el caso del Plan de Seguro "SIS MYPE" cuando el trabajador pierde el vínculo laboral y el microempresario registra la baja en el portal de Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo o al vencimiento del periodo de latencia.



6.4. ANULACIÓN DE LA AFILIACIÓN

6.4.1. DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO Y SEMICONTRIBUTIVO:

Es el procedimiento mediante el cual se deja sin efecto la afiliación de un afiliado a uno de los Planes de Seguro de la IAFAS SIS.

6.4.1.1. Motivos o causales de anulación de la afiliación:

- a) Toda información o documentación falsa o adulterada, que haya sido declarada o presentada para afiliarse a la IAFAS SIS, el Centro de Atención que lo detecte, sustenta mediante informe técnico la causal pasible de anulación.
- b) Afiliación mediante procedimiento automático de personas que en la base de datos del RENIEC figura sin restricción, sin embargo, por validaciones del aplicativo, están con registro de fallecidas.

- c) Afiliación por procedimiento automático de personas naturales que en la base de datos del RENIEC registra el DNI como “NO ENCONTRADO-CANCELADO”.
- d) Suplantación comprobada. El Centro de Atención que lo detecte, sustenta mediante informe técnico la causal pasible de anulación.

6.4.1.2. Procedimiento para la anulación de la afiliación:

- a) En caso de suplantación comprobada y/o información, documentación falsa o adulterada, el Centro de Atención autorizado que lo detecte, debe informar a la UDR correspondiente. La GMR recibe el informe técnico de la UDR, para la anulación de la afiliación y deriva los antecedentes a la Oficina General de Asesoría Jurídica-OGAJ para las acciones legales que correspondan.
- b) El Centro de Atención autorizado anula la afiliación realizada por procedimiento automático de personas en condición de fallecidas que en la base de datos del RENIEC figura sin restricción para su afiliación.

6.5. REAFILIACIÓN

6.5.1. REAFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO

6.5.1.1. Motivos de reafiliación

- a) No contar con otro seguro de salud, según información de SUSALUD.
- b) Solicitud presentada por el titular, quien desiste de su desafiliación voluntaria.
- c) Por error al registrar en el FUA destino fallecido, no obstante, el asegurado está vivo (según verificación en el RENIEC).
- d) Por solicitud de la prestación económica de sepelio-PES, no obstante, el asegurado está vivo.
- e) Procedimiento automático por cotejo con base de datos del RENIEC que indican que el asegurado está vivo.
- f) Contar con la acreditación de GPDN.

6.5.1.2. Procedimiento para la reafiliación

- a) Cuando el usuario requiera la reafiliación a la IAFAS SIS, por las razones indicadas en el numeral 6.5.1.1 de la presente Directiva Administrativa, debe solicitarlo en el Centro de Atención autorizado.
- b) Los establecimientos de salud que no cuenten con autorización para realizar la reafiliación, derivan el requerimiento al Centro de Atención más cercano que cuente con la autorización para realizar este procedimiento.
- c) El Centro de Atención autorizado verifica en el Módulo de Afiliación del SIASIS, el motivo de cancelación de la afiliación, asimismo, procede con la reafiliación, previa validación en la consulta en línea del RENIEC, SUSALUD y de acuerdo al PGH.



- d) De corresponder, el Centro de Atención autorizado, procede a la reafiliación a través del Formato Digital de Actualización de Datos del Módulo de Afiliación del SIASIS (Anexo N° 06).
- e) En el caso de que la solicitud de reafiliación haya sido derivada de un establecimiento de salud, el Centro de Atención autorizado, comunica el procedimiento efectuado al establecimiento de salud que derivó el requerimiento.
- f) No procede la reafiliación cuando la baja sea por causal de fallecimiento del asegurado (registrar en el FUA destino fallecido, solicitud de la PES o por restricción del resultado de cotejo masivo con RENIEC).

6.5.2. REAFILIACIÓN DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO

6.5.2.1. Motivos de reafiliación

- a) Por error en el FUA al considerar destino fallecido y el asegurado está vivo (según verificación en RENIEC).
- b) Por no tener otro seguro de salud según la información del Registro de Afiliados de SUSALUD.

6.5.2.2. Procedimiento de reafiliación

- a) Cuando el usuario requiera la reafiliación, por los motivos indicados en el numeral 6.5.2.1 de la presente Directiva Administrativa, debe solicitarlo al centro de atención autorizado.
- b) Los centros de atención que no cuenten con autorización para realizar la reafiliación, derivan el requerimiento al centro de atención más cercano para realizar este procedimiento, mismo que debe comunicar el resultado al centro de atención de origen.
- c) El Centro de Atención autorizado verifica en el Módulo de Afiliación del SIASIS, el motivo de cancelación de la afiliación. De corresponder, el Centro de Atención autorizado, procede a la reafiliación a través del Formato Digital de Actualización de Datos del Módulo de Afiliación del SIASIS, previa validación de los motivos indicados en el numeral 6.5.2.1 de la presente Directiva Administrativa.

6.5.3. ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE AFILIADOS, CON EL PGH

6.5.3.1. Disposiciones para afiliaciones o reafiliaciones masivas

- a) Las afiliaciones o reafiliaciones grupales y masivas de las personas que cuentan con CSE de pobre y pobre extrema en el PGH remitido de manera oficial por el MIDIS, son realizadas de acuerdo con los literales b), c), d) y e) del numeral 6.1.1.6 de la presente Directiva Administrativa.
- b) La OGTI debe informar a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) vía FTP la relación nominal de las afiliaciones o reafiliaciones realizadas de manera grupal y masiva (altas), a partir del día



siguiente de haber efectuado el registro de las afiliaciones o reafiliaciones.

- c) Las afiliaciones o reafiliaciones pueden ser verificadas en el Link de Consultas en Línea del SIS del portal institucional del SIS (página Web); asimismo, se puede verificar en el establecimiento de salud de adscripción asignado.
- d) Las Gerencias Macro regionales (GMR) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) deben socializar a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIREASAs), Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o quienes hagan sus veces en el nivel regional y establecimientos de salud en general, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), las afiliaciones o reafiliaciones realizadas.
- e) Los Centros de Atención autorizados deben realizar según corresponda, el cambio del establecimiento de salud de adscripción del asegurado, a través del Formato Digital de Actualización de Datos del régimen de financiamiento subsidiado (Anexo N° 06) del Módulo de Afiliación del SIASIS. La asignación de establecimiento de salud es por aproximación al Ubigeo del domicilio.
- f) Cuando corresponda, los centros de atención autorizado informan a las personas que el cambio de domicilio deben realizarlo a través de la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de la municipalidad de la jurisdicción para que actualice los datos y determine la nueva CSE de la persona y de corresponder continuar con la afiliación al Plan de Seguro de Salud "SIS GRATUITO".



6.5.4. DISPOSICIONES PARA LA TRANSICIÓN DENTRO DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO

- 6.5.4.1. Las afiliaciones del Plan de Seguro "SIS Gratuito", que de acuerdo con las normas no cumplen con los requisitos establecidos, serán canceladas y migradas al Plan de Seguro "SIS Para Todos", según corresponda.
- 6.5.4.2. La cancelación de los asegurados con afiliación regular al Plan de Seguro "SIS Gratuito" que han cambiado de CSE de Pobre o Pobre Extremo a No Pobre o cuya CSE de Pobre o Pobre Extremo no se encuentre vigente, según el último PGH remitido de manera oficial por el MIDIS, son incorporados al Plan de Seguro "SIS Para Todos".
- 6.5.4.3. La cancelación de los asegurados con afiliación regular al Plan de Seguro "SIS para todos" que han cambiado su CSE de "No Pobre" a "Pobre" o "Pobre Extremo", según el último PGH remitido de manera oficial por el MIDIS, son incorporados al Plan de Seguro "SIS Gratuito".
- 6.5.4.4. La cancelación de los asegurados con afiliación regular al Plan de Seguro "SIS Gratuito" que aún no cuentan con la CSE, en el PGH actualizado remitido de manera oficial por el MIDIS, son

incorporados al Plan de Seguro “SIS Para Todos”, de corresponder.

6.5.5. PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA SER CONSIDERADO CENTRO DE DIGITACIÓN

- 6.5.5.1. La DIRIS/ DIRESA/ GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud solicitan autorización vía correo electrónico o documento a la GMR/UDR según corresponda, incluyendo la justificación, el nombre completo del usuario SIASIS, documento de identidad, cargo y área de pertenencia del personal que se encargará del procedimiento, adjuntando el Formato de Requerimiento de Servicios TI.
- 6.5.5.2. La GMR/ UDR según corresponda, evalúa la solicitud presentada por la DIRIS/ DIRESA/ GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud; de encontrarla conforme procede a solicitarla al SIS Central, mediante el Sistema de Mesa de Ayuda de la OGTI.
- 6.5.5.3. La OGTI solicita a la Gerencia del Asegurado la autorización para otorgar el acceso respectivo.
- 6.5.5.4. La GMR/ UDR según corresponda, comunica a la DIRIS/ DIRESA/ GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud la autorización, haciendo hincapié que el usuario y contraseña es personal e intransferible, siendo responsabilidad de la DIRIS/ DIRESA/ GERESA de velar por el uso adecuado de los mismos.

6.5.6. PERIODO DE LATENCIA DEL PLAN DE SEGURO “SIS MYPE”

- 6.5.6.1. El asegurado mantiene la cobertura de salud por pérdida de su condición como conductor o trabajador MYPE a través de la activación de manera automática del periodo de latencia.
- 6.5.6.2. El periodo de latencia se inicia un (01) día después del vencimiento de la fecha del último pago, hasta por un periodo de tres (3) meses, según corresponda a los pagos realizados:
 - 3 a 5 aportaciones continuas: 1 mes de latencia.
 - 6 a 8 aportaciones continuas: 2 meses continuos de latencia.
 - 9 o más aportaciones continuas: 3 meses continuos de latencia.

6.5.7. PERIODO DE ESPERA DEL PLAN DE SEGURO “SIS INDEPENDIENTE”

Es el periodo de espera mínima de dos (02) meses, contados a partir de la culminación del periodo de carencia para el tratamiento de diagnósticos patológicos sujetos a periodo de espera (Anexo N° 26).

No se aplica periodo de espera al asegurado que transite de alguno de los Planes de Seguro del SIS al “SIS Independiente”. Para el caso del tránsito



de los asegurados del Plan de Seguro "SIS Para todos", la no aplicación del periodo de espera es por única vez.

6.5.8. INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE AFILIADOS DE LOS PLANES DE SEGURO "SIS INDEPENDIENTE" Y "SIS MYPE"

6.5.7.1. Inclusión de Asegurados

La inclusión de un dependiente o menor dependiente del Plan de Seguro "SIS independiente", requiere la anulación de la afiliación anterior y el registro de una nueva afiliación que incluya al nuevo integrante. Para la nueva afiliación, se reconocerán los aportes realizados con la afiliación anterior siempre que ésta se encuentre al día en el pago de los aportes.

El procedimiento de referencia de los pagos de aportes de la afiliación anterior hacia la nueva afiliación, se realiza a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro "SIS Independiente" del régimen de financiamiento Semicontributivo (ver Anexo N° 07) del Módulo de Afiliación del SIASIS. Para las nuevas afiliaciones, se reconocen los aportes realizados únicamente para los asegurados que figuraban en la afiliación anterior, el nuevo asegurado se rige a lo establecido en la cláusula octava y novena del contrato de seguro de salud, aplicándose el periodo de carencia y periodo de espera.

En el caso del Plan de Seguro "SIS MYPE", la inclusión de un derechohabiente del asegurado titular es realizada por el microempresario en el portal del MTPE y posteriormente dicha información es remitida a la IAFAS SIS para su procedimiento automático por la OGTI.

En el caso del Plan de Seguro "SIS Emprendedor- NRUS", la inclusión de un derechohabiente del titular asegurado se realiza tomando en consideración el numeral 6.2.2.5 de la presente Directiva Administrativa.

6.5.7.2. Exclusión de Asegurados

a) La exclusión de un dependiente o menor dependiente del Plan de Seguro "SIS Independiente", requiere la anulación de la afiliación anterior y el registro de una nueva afiliación que excluya al integrante. Para la nueva afiliación, se reconocerán los aportes realizados con la afiliación anterior siempre que ésta se haya encontrado al día en el pago de los aportes.

Las personas que cumplan sesenta (60) años, afiliadas en condición de TITULAR o dependiente de una afiliación familiar, pasarán de ésta a una Afiliación Individual, sin perjuicio de reconocer los meses aportados de la afiliación anterior. Los integrantes de la afiliación anterior, continúan con la afiliación familiar o individual según corresponda, sin perjuicio de reconocer los pagos aportados en la afiliación anterior.

Tratándose de asegurados continuadores no aplica el periodo de carencia, ni el periodo de espera.

El procedimiento de referencia de pagos de la afiliación anterior hacia la nueva afiliación, se realiza a través del Formato digital de actualización de datos del Plan de Seguro



“SIS Independiente” del régimen de financiamiento Semicontributivo (ver Anexo N° 07) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

- b) En el caso del Plan de Seguro “SIS MYPE” o “SIS NRUS” la exclusión de derechohabientes del titular asegurado, es realizado por la OGTI diariamente cuando como resultado del cruce de información con la base de datos de asegurados de SUSALUD, se detecte que alguno de los derechohabientes afiliados cuenta con otro seguro de salud vigente.

Cuando el asegurado titular cuente con otro seguro de salud, se cancela su afiliación, incluyendo a sus derechohabientes. En el caso que el asegurado titular no cuente con otro seguro de salud o cuando producto del cruce de información con RENIEC, resulte que la persona se encuentre fallecida, se excluirá a dicho derechohabiente del seguro del titular.



7. RESPONSABILIDADES

7.1. La Gerencia del Asegurado es responsable de:

- a) Monitorear la implementación y brindar asistencia técnica a las Gerencias Macro Regionales (GMR) en materia de afiliaciones, conforme a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.
- b) En coordinación con la OGTI, informa de manera periódica al RENIEC sobre las afiliaciones realizadas al SIS sin DNI.
- c) Implementar mecanismos de comunicación o notificación, considerando la disponibilidad presupuestal, para las personas cuya afiliación haya sido cancelada mediante el procedimiento masivo realizado por el SIS, teniendo en consideración las normas relacionadas a la protección de datos personales.
- d) En coordinación con la OGTI remite en las fechas establecidas por SUSALUD, la información del reporte mensual de afiliados a la IAFAS SIS, a través del aplicativo Reporte Mensual de Personas Afiliadas “RMPA Virtual” implementado por SUSALUD.
- e) En coordinación con la OGTI implementan el reporte mensual al REMYPE para la remisión de la relación de microempresas que no han cumplido con el pago del aporte mensual de los asegurados al “SIS MYPE”.
- f) Comunica a la OGTI, vía documento o correo electrónico, sobre otras adecuaciones modificaciones que sean necesarias realizar en el aplicativo informático, a efectos de asegurar la eficacia y eficiencia operativa del procedimiento de afiliación.

7.2. Las GMR brindan apoyo técnico a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) de su jurisdicción. Las UDR se encuentran a cargo de la asistencia técnica a los Gobiernos Regionales, DIRESAS, DIRIS, GERESAS y establecimientos de salud de su jurisdicción.

7.3. La OGTI es responsable de:

- a) Realizar la verificación de las afiliaciones a la IAFAS SIS con el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal de Salud de SUSALUD de manera diaria, a fin de detectar las afiliaciones de personas que cuentan con otro seguro de salud vigente y con el RENIEC según corresponda. El resultado de

la cancelación respectiva, se comunica mediante el procedimiento establecido a la Gerencia del Asegurado, Gerencias Macro Regionales y Unidades Desconcentradas Regionales de la IAFAS SIS.

- b) En coordinación con la Gerencia del Asegurado, dentro del plazo máximo de ciento veinte (120) días hábiles contados a partir de la publicación de la presente Directiva Administrativa, realiza la implementación y/o ajustes correspondientes en el aplicativo informático de la página web del SIS, aplicativo móvil, Módulo de Afiliación del SIASIS y otros necesarios para la implementación de la presente Directiva Administrativa.



- 7.4. La Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia- OGIIT publica en la página Web institucional de la IAFAS SIS, el Anexo N° 1 “Pueblos Indígenas de la Amazonía” de la Resolución Ministerial N° 020-2018-MC o norma que la sustituya, así como la relación de otros Pueblos Indígenas u Originarios que pudiera emitir el Ministerio de Cultura.
- 7.5. Cada usuario del Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud (SIASIS) es responsable de la confidencialidad del acceso que se le ha proporcionado; así como de su uso apropiado, por lo que su empleo inadecuado conlleva a la deshabilitación del acceso otorgado.
- 7.6. Los Servidores Civiles comparten un interés común en la lucha contra la corrupción que atente contra la buena gestión de los recursos, en consecuencia, se obligan a conducirse durante el procedimiento de afiliación con probidad e integridad y no cometer actos ilegales o de corrupción de manera directa o indirecta a través de terceras personas.

Asimismo, se comprometen a comunicar a las autoridades competentes de manera directa y oportuna cualquier acto o conducta ilícita que tuviera conocimiento, para los fines correspondientes.

8. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. La IAFAS SIS utiliza como única fuente de información para determinar si una persona cuenta con otro seguro de salud, la contenida en el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de SUSALUD.
- 8.2. La IAFAS SIS mediante Resoluciones Jefaturales aprueba los procedimientos para la incorporación de los naturales de otros países al SIS, en el marco de los acuerdos bilaterales que pudieran aprobarse entre la República del Perú con otros países.
- 8.3. Los afiliados SIS que se incorporen a otro seguro público o privado que prevean periodos de carencia, mantendrán la cobertura del SIS mientras dure dicho período de carencia, siempre que en el Registro de Afiliados de Aseguramiento de SUSALUD precise que la persona “no cuenta con cobertura mínima del PEAS”.
- 8.4. En el caso de afiliados que se incorporen a EsSalud, la atención de las emergencias accidentales y sanitarias declaradas conforme a la normativa vigente sobre la materia, serán cubiertas por dicha entidad durante el periodo de carencia, siempre que en el Registro de Afiliados de Aseguramiento de SUSALUD precise que la persona “no cuenta con cobertura mínima del PEAS”.
- 8.5. No se aplica periodo de carencia, ni de espera al afiliado que migre de alguno de los Planes de Seguro del SIS al Seguro “SIS Independiente”. Para el caso del

tránsito de los asegurados del Plan de Seguro “SIS Para todos”, la no aplicación del periodo de carencia es por única vez.

- 8.6. En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS que no cuentan con población adscrita, solo podrán afiliarse las personas en situación de emergencia (según normatividad vigente para la atención de los casos de emergencia) u hospitalizadas.
- 8.7. Los aportes por el seguro de salud, serán mensuales y por adelantado. Para acceder a la cobertura del seguro, se debe superar el periodo de carencia luego de abonar como mínimo un aporte, según la escala establecida en el Contrato de Seguro de Salud del Plan de Seguro “SIS Independiente”.
- 8.8. En el caso de menores dependientes del Plan de Seguro “SIS Independiente”, no es necesario que el asegurado titular contrate para sí mismo un plan de seguro (Titular No Asegurado). El titular tiene la opción, cuando se trata de una afiliación de menor dependiente, de contratar a la vez un Seguro Individual o Familiar de ser el caso (Titular Asegurado).
- 8.9. Para efectos de su identificación, el afiliado según corresponda, debe presentar su DNI o CE ante el establecimiento de salud de atención.
- 8.10. El establecimiento de salud verifica en el portal web de SUSALUD, si la afiliación se encuentra vigente, en estado activo y el Plan de Cobertura que le corresponde. En caso de encontrarse activa a la fecha del requerimiento de la atención, el asegurado debe ser atendido según su cobertura.
- 8.11. La atención de los casos de emergencia se hará de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 8.12. En caso de Estado de Emergencia Nacional o Estado de Emergencia Sanitaria Nacional, la IAFAS SIS adecua sus procedimientos de afiliación en beneficio de la población directamente afectada por la propagación de la enfermedad, desastre natural, comisión de actos terroristas, entre otros que originen el Estado de Emergencia Nacional o Sanitaria Nacional, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 8.13. Disposiciones especiales con carácter transitorio, durante el estado de Emergencia Sanitaria por el COVID19
 - a) Las IPRESS realizan la Afiliación Directa o Afiliación Directa Temporal, al Plan de Seguro “SIS Gratuito” del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, a las personas con diagnóstico o sospecha de diagnóstico de coronavirus (COVID-19), así como a las personas en situación de calle, a través del Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03) del Módulo de Afiliación del SIASIS.
 - b) En la afiliación de las personas peruanas y extranjeras, residentes o no, que se encuentren en el territorio nacional y que presenten el diagnóstico o la sospecha de diagnóstico de coronavirus (COVID-19), se debe considerar lo siguiente:
 - i. **Identificación Personal:**
 - En el caso de peruanos el DNI (con domicilio en el Perú o en el extranjero), Partida de Nacimiento, Certificado de Nacido Vivo - CNV o sin documento (Declaración Jurada de Identidad).



- En el caso de extranjeros el CE, Cédula de Identidad, Permiso Temporal de Permanencia - PTP, Pasaporte o sin documento (Declaración Jurada de Identidad).

ii. **Acreditación:**

Las IPRESS deben constatar que la persona tenga el diagnóstico de COVID-19, o tenga la sospecha del diagnóstico mediante el resultado de la prueba (hisopado o molecular positiva por COVID-19) u otro documento emitido por el personal de salud (Nota de Ingreso, Formato en Emergencia, Formato en Hospitalización u otro de similar naturaleza) en el que conste la sospecha o el diagnóstico de COVID-19.

- c) Las IPRESS son las responsables del registro de la afiliación directa temporal del grupo poblacional "PERSONAS CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE COVID-19 (DL N° 1466)" a través del Módulo de Afiliación del SIASIS.
- d) La afiliación directa o directa temporal se conserva hasta el alta definitiva del diagnóstico de coronavirus (COVID-19).
- e) En caso, que la IPRESS o la UIGIPRESS según corresponda, identifique a una persona en situación de calle que no se encuentra acreditada por el MIMP, debe solicitar la acreditación a alguna autoridad competente y reconocida por la localidad, centro poblado o comunidad de la jurisdicción.



9. **ANEXOS**

- Anexo N° 01.- Régimen de Financiamiento Subsidiado - Formato Digital de Afiliación Regular.
- Anexo N° 02.- Formato Digital de Afiliación Directa – Régimen Subsidiado.
- Anexo N° 03.- Régimen de Financiamiento Subsidiado - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
- Anexo N° 04.- Régimen Semicontributivo - Formato Digital de Afiliación - SIS Independiente.
- Anexo N° 05.- Régimen de Financiamiento Semicontributivo - Formato Digital de Actualización de Datos SIS NRUS.
- Anexo N° 06.- Régimen de Financiamiento Subsidiado - Formato Digital de Actualización de Datos.
- Anexo N° 07.- Régimen Semicontributivo - Formato Digital de Actualización de Datos - SIS Independiente.
- Anexo N° 08.- Régimen de Financiamiento Semicontributivo - Formato Digital de Actualización de Datos SIS - NRUS.
- Anexo N° 09.- Formato de Recolección de Datos.
- Anexo N° 10.- Formulario de trámite virtual derivado de la afiliación al SIS.
- Anexo N° 11.- Declaración Jurada de unión de hecho.

- Anexo N° 12.- Declaración Jurada de parentesco.
- Anexo N° 13.- Declaración Jurada para la afiliación de un menor de edad.
- Anexo N° 14.- Instructivo de Afiliación a los Planes de Seguro “SIS Gratuito”, “SIS Para Todos” y “SIS Independiente” a través de la Central Telefónica.
- Anexo N° 15.- Instructivo de afiliación virtual al SIS Independiente a través de la página web del SIS.
- Anexo N° 16.- De la afiliación virtual a los Planes de Seguro SIS Gratuito” y “SIS Para Todos” a través de la página web del SIS.
- Anexo N° 17.- Instructivo de afiliación virtual a través del aplicativo móvil.
- Anexo N° 18.- Instructivo de afiliación virtual a través de WhatsApp SIS o Correo SIS.
- Anexo N° 19.- Flujograma del procedimiento de afiliación regular al Plan de Seguro SIS Gratuito.
- Anexo N° 20.- Flujograma del procedimiento de afiliación regular al Plan de Seguro SIS Para Todos.
- Anexo N° 21.- Flujograma del procedimiento de afiliación regular al Plan de Seguro SIS NRUS.
- Anexo N° 22.- Flujograma del procedimiento de afiliación regular al Plan de Seguro SIS MYPE.
- Anexo N° 23.- Flujograma del procedimiento de afiliación regular al Plan de Seguro SIS Independiente.
- Anexo N° 24.- Flujograma del procedimiento de afiliación directa al régimen de financiamiento subsidiado.
- Anexo N° 25.- Flujograma del procedimiento de afiliación directa temporal al Plan de Seguro SIS Gratuito.
- Anexo N° 26.- Contrato de Seguro de Salud del Plan de Seguro “SIS Independiente”.
- Anexo N° 27.- Solicitud de cancelación de la afiliación.



ANEXO N° 01
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO - FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN
REGULAR

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud																																													
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0f0ff;">CÓDIGO DE AFILIACIÓN</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">2 = DNI 3 = CE</td> <td style="font-size: 8px;">Número de DNI / CE</td> </tr> </table>	CÓDIGO DE AFILIACIÓN		2		2 = DNI 3 = CE	Número de DNI / CE																																							
CÓDIGO DE AFILIACIÓN																																																
2																																																
2 = DNI 3 = CE	Número de DNI / CE																																															
FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN REGULAR																																																
1.- DE LA AFILIACIÓN																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #e0f0ff;">Fecha de Afiliación</th> <th style="background-color: #e0f0ff;">Modalidad de Afiliación</th> <th style="background-color: #e0f0ff;">Plan de Beneficios</th> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Dia</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>		Fecha de Afiliación			Modalidad de Afiliación	Plan de Beneficios	Dia	Mes	Año								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e0f0ff;">Plan de Seguro de Salud</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Plan de Seguro de Salud																													
Fecha de Afiliación			Modalidad de Afiliación	Plan de Beneficios																																												
Dia	Mes	Año																																														
Plan de Seguro de Salud																																																
2.- DATOS DEL ASEGURADO																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">TDI N° Documento de Identidad</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="font-size: 8px;">DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">Apellido Paterno</td> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">Apellido Materno</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="font-size: 8px;">Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="font-size: 8px;">Edad</td> <td style="font-size: 8px;">Sexo</td> <td style="font-size: 8px;">Pais</td> <td style="font-size: 8px;">Teléfono</td> <td style="font-size: 8px;">Correo Electrónico</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Dia</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td style="font-size: 8px;">M</td> <td style="font-size: 8px;">F</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>				TDI N° Documento de Identidad						DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3						Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres						Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Pais	Teléfono	Correo Electrónico	Dia	Mes	Año	M	F									
TDI N° Documento de Identidad																																																
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3																																																
Apellido Paterno			Apellido Materno																																													
Nombres																																																
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Pais	Teléfono	Correo Electrónico																																										
Dia	Mes	Año	M	F																																												
2.1.- DATOS DE LA VINCULACIÓN - AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL																																																
Detalle de la(s) Afiliación(es) Directa(s) Temporal(es) encontrada(s):																																																
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Sexo:	Fec. Nacimiento:	Código Afiliación Directa Temporal:																																											
MADRE:																																																
TDI N° Documento de Identidad		Nombres y Apellidos:																																														
<input type="checkbox"/> Afiliación Directa Temporal no encontrada o no corresponde																																																
3.- DOMICILIO DEL ASEGURADO																																																
Departamento / Región		Provincia																																														
Distrito		Centro Poblado																																														
Dirección																																																
Pueblo Indígena		Nombre de Pueblo Indígena																																														
SI	NO																																															
4.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)																																																
Código		Nombre del Establecimiento																																														
5.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN																																																
Código		Nombre del Establecimiento																																														
6.- DATOS DE FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad)																																																
PADRE																																																
TDI N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres																																														
MADRE																																																
TDI N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres																																														
Datos del Cónyuge ó Concubina(o)																																																
TDI N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres																																														
7.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)																																																
TDI N° Documento de Identidad		Apellidos																																														
Nombres																																																
8.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (SOLO PARA EL SEGURO "SIS GRATUITO")																																																
TDI N° Documento de Identidad																																																
Apellido Paterno			Apellido Materno																																													
Nombres																																																
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo																																													
Dia	Mes	Año		M	F																																											


 M. Cárdenas R.


 M. Cárdenas R.

ANEXO N° 02
 FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN DIRECTA – RÉGIMEN SUBSIDIADO

SIS Seguro Integral de Salud

SIASIS

.. SISTEMA INTEGRADO DE ASEGURAMIENTO DEL SIS ..

FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN DIRECTA
REGIMEN SUBSIDIADO

08/05/2020 12:20:41 P.M. Versión 1.0

RA 01/02/2019 - 31/05/2020

Superintendencia Nacional de Salud

CODIGO DE AFILIACION: 2 -

1. DE LA AFILIACIÓN DIRECTA

Fecha de Afiliación: 8 MAYO 2020 Plan:

Motivo de Afiliación Directa - Grupo Poblacional: -- SELECCIONAR MOTIVO --

2. DATOS DEL ASEGURADO

Tipo Doc. Identidad: -- SELECCIONAR TIPO -- Nro. Doc. Identidad:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres:

Fecha de Nacimiento: -- MES -- Edad: Sexo: -- SELECCIONAR SEXO --

Telefono: Correo electrónico:

3. DOMICILIO DEL ASEGURADO

Departamento / Región: -- SELECCIONAR DEPARTAMENTO --

Provincia: -- SELECCIONAR PROVINCIA --

Distrito: -- SELECCIONAR DISTRITO --

Centro Poblado: -- SELECCIONAR CENTRO POBLADO --

Dirección:

4. ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)

OTRO LUGAR (NO ES EESS)

5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN

6. DATOS FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER

Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad)

PADRE Tipo Doc. Identidad: -- SELECCIONAR TIPO -- Nro. Doc. Identidad:

Apellidos y Nombres:

MADRE Tipo Doc. Identidad: -- SELECCIONAR TIPO -- Nro. Doc. Identidad:

Apellidos y Nombres:

Datos del Cónyuge o Concubina (o)

Tipo Doc. Identidad: -- SELECCIONAR TIPO -- Nro. Doc. Identidad:

Apellidos y Nombres:

7. RESPONSABLE DE LA AFILIACION (CENTRO DE DIGITACION)

DNI:

Apellidos: CA

Nombres: RA

8. PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Agregar acreditado por sepelio

Tipo Doc. Identidad: -- SELECCIONAR TIPO -- Nro. Doc. Identidad:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres:

Fecha de Nacimiento: -- MES -- Edad: Sexo: -- SELECCIONAR SEXO --

Seguro Integral de Salud
 Av. Carlos González 212, Urb. Maranga, San Miguel / Lima

Oficina de Informática y Estadística

Página 43 de 77

ANEXO N° 03
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO - FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN
DIRECTA TEMPORAL

 PERÚ Ministerio de Salud Seguro Integral de Salud	RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL	CÓDIGO DE AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" style="width: 10px;">E</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">CORRELATIVO AUTOMÁTICO</td> </tr> </table>	E		CORRELATIVO AUTOMÁTICO																															
	E																																			
CORRELATIVO AUTOMÁTICO																																				
1.- DE LA AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL DE PERSONAS NO INSCRITAS EN EL RENIEC																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Afiliación</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha de Afiliación			Día	Mes	Año				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="4">Motivo de Afiliación Directa Temporal - Grupo Poblacional</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">NIÑOS ENTRE 0 A 5 AÑOS (DS N° 305-2014-EF)</td> <td style="width: 33%;">PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE MIMP (DL N° 1164)</td> <td style="width: 33%;">EXPERTO CUBANOS (RJ N° 029-2016-SIS)</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>MENORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1164)</td> <td>PERSONAS INTERNAS INPE (DL N° 1164)</td> <td>GESTANTES (DS N° 305-2014-EF)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MENORES DE EDAD DE CENTROS JUVENILES MINISTERIO DE JUSTICIA (DL N° 1164)</td> <td>ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)</td> <td>ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERSONAS CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE COVID-19 (DL N° 1466)</td> <td>PUEBLOS INDÍGENAS (DL N° 1164)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Motivo de Afiliación Directa Temporal - Grupo Poblacional				NIÑOS ENTRE 0 A 5 AÑOS (DS N° 305-2014-EF)	PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE MIMP (DL N° 1164)	EXPERTO CUBANOS (RJ N° 029-2016-SIS)		MENORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1164)	PERSONAS INTERNAS INPE (DL N° 1164)	GESTANTES (DS N° 305-2014-EF)		MENORES DE EDAD DE CENTROS JUVENILES MINISTERIO DE JUSTICIA (DL N° 1164)	ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)	ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)		PERSONAS CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE COVID-19 (DL N° 1466)	PUEBLOS INDÍGENAS (DL N° 1164)							
Fecha de Afiliación																																				
Día	Mes	Año																																		
Motivo de Afiliación Directa Temporal - Grupo Poblacional																																				
NIÑOS ENTRE 0 A 5 AÑOS (DS N° 305-2014-EF)	PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE MIMP (DL N° 1164)	EXPERTO CUBANOS (RJ N° 029-2016-SIS)																																		
MENORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1164)	PERSONAS INTERNAS INPE (DL N° 1164)	GESTANTES (DS N° 305-2014-EF)																																		
MENORES DE EDAD DE CENTROS JUVENILES MINISTERIO DE JUSTICIA (DL N° 1164)	ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)	ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)																																		
PERSONAS CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE COVID-19 (DL N° 1466)	PUEBLOS INDÍGENAS (DL N° 1164)																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Caducidad</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha de Caducidad			Día	Mes	Año				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Plan de Beneficios</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>		Plan de Beneficios																								
Fecha de Caducidad																																				
Día	Mes	Año																																		
Plan de Beneficios																																				
2.- DATOS DEL ASEGURADO																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 50%;">Apellido Materno</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Apellido Paterno	Apellido Materno			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Nombres																													
Apellido Paterno	Apellido Materno																																			
Nombres																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th> <th rowspan="2">Edad</th> <th rowspan="2">Sexo</th> <th rowspan="2">CUI</th> <th rowspan="2">País</th> <th colspan="3">Fecha probable de parto / Fecha de parto</th> <th rowspan="2">Código de Estudiante</th> <th rowspan="2">Teléfono</th> <th rowspan="2">Correo Electrónico</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">M F</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	CUI	País	Fecha probable de parto / Fecha de parto			Código de Estudiante	Teléfono	Correo Electrónico	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año					M F												
Fecha de Nacimiento			Edad					Sexo	CUI	País				Fecha probable de parto / Fecha de parto			Código de Estudiante	Teléfono	Correo Electrónico																	
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año																														
				M F																																
3.- DOMICILIO DEL ASEGURADO																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Departamento / Región</td> <td style="width: 50%;">Provincia</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Departamento / Región	Provincia			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Centro Poblado</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Centro Poblado																													
Departamento / Región	Provincia																																			
Centro Poblado																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Distrito</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Distrito				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Dirección</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Dirección																													
Distrito																																				
Dirección																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Pueblo Indígena</td> <td style="width: 70%;">Nombre de Pueblo Indígena</td> </tr> <tr> <td align="center">SI NO</td> <td></td> </tr> </table>		Pueblo Indígena	Nombre de Pueblo Indígena	SI NO																																
Pueblo Indígena	Nombre de Pueblo Indígena																																			
SI NO																																				
4.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Código</td> <td style="width: 80%;">Nombre del Establecimiento</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Código	Nombre del Establecimiento																																	
Código	Nombre del Establecimiento																																			
5.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Código</td> <td style="width: 80%;">Nombre del Establecimiento</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Código	Nombre del Establecimiento																																	
Código	Nombre del Establecimiento																																			
6.- DATOS DE FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad)																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="2">PADRE</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">TDI</td> <td style="width: 70%;">N° Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>Apellidos y Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th align="left" colspan="2">MADRE</th> </tr> <tr> <td>TDI</td> <td>N° Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>Apellidos y Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <th align="left" colspan="2">Datos del cónyuge ó Concubina(o)</th> </tr> <tr> <td>TDI</td> <td>N° Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>Apellidos y Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>			PADRE		TDI	N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres			MADRE		TDI	N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres			Datos del cónyuge ó Concubina(o)		TDI	N° Documento de Identidad		Apellidos y Nombres												
PADRE																																				
TDI	N° Documento de Identidad																																			
	Apellidos y Nombres																																			
MADRE																																				
TDI	N° Documento de Identidad																																			
	Apellidos y Nombres																																			
Datos del cónyuge ó Concubina(o)																																				
TDI	N° Documento de Identidad																																			
	Apellidos y Nombres																																			
7.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">TDI</td> <td style="width: 70%;">N° Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>Apellidos</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		TDI	N° Documento de Identidad		Apellidos			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Nombres																											
TDI	N° Documento de Identidad																																			
	Apellidos																																			
Nombres																																				
8.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">TDI</td> <td style="width: 70%;">N° Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		TDI	N° Documento de Identidad																																	
TDI	N° Documento de Identidad																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 50%;">Apellido Materno</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		Apellido Paterno	Apellido Materno																																	
Apellido Paterno	Apellido Materno																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">Nombres</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Nombres																				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th> <th rowspan="2">Edad</th> <th rowspan="2">Sexo</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">M F</td> </tr> </table>	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Día	Mes	Año							M F
Nombres																																				
Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo																																
Día	Mes	Año																																		
				M F																																



ANEXO N° 04
RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO - FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN - PLAN DE
SEGURO SIS INDEPENDIENTE

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud
RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO		CÓDIGO DE AFILIACIÓN	
FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN - SIS INDEPENDIENTE		- 9 -	
		CORRELATIVO AUTOMÁTICO	
1.- DE LA AFILIACIÓN			
Fecha de Solicitud		Fecha de Afiliación	
Día	Mes	Año	Plan de Beneficios
2.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)			
TDI	N° Documento de Identidad		
Apellidos			
Nombres			
3.- DATOS ESPECIFICOS DEL TITULAR			
TDI	N° Documento de Identidad		
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Pais
Día		M	
Mes		F	
Año			
Teléfono		Correo Electrónico	
4.- DOMICILIO LEGAL DEL TITULAR			
Departamento / Región		Provincia	
Distrito		Centro Poblado	
Dirección			
5.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)			
Código	Nombre del Establecimiento		
6.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN			
Código	Nombre del Establecimiento		
7.- DE LA MODALIDAD DE AFILIACIÓN			
Modalidad de Afiliación			Situación del Titular
AFILIACIÓN INDIVIDUAL	AFILIACIÓN FAMILIAR	AFILIACIÓN PARA MENORES DEPENDIENTES	Asegurado
			No Asegurado
			Cuota Mensual (S/.)
8.- DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR			
TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el Titular
F			
M			
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)			
Indicar motivo si es "SI"			
SI	NO		
TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el Titular
F			
M			
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)			
Indicar motivo si es "SI"			
SI	NO		
TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el Titular
F			
M			
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)			
Indicar motivo si es "SI"			
SI	NO		
TD	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el Titular
F			
M			
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)			
Indicar motivo si es "SI"			
SI	NO		
9.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO			
TDI	N° Documento de Identidad		
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
Día	Mes		M
Año			F



ANEXO N° 5
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO - FORMATO DIGITAL DE
ACTUALIZACIÓN DE DATOS SIS - NRUS

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO			
FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS SIS - NRUS			
1.- DEL DOCUMENTO A SER ACTUALIZADO			
Tipo Afilación NRUS		Código R	Fecha de Solicitud Día Mes Año
1.1.- DATOS DEL TITULAR			
TDI N° Documento de Identidad DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 2	Código de Afilación R	Número de RUC	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Edad	Sexo M F
Código	Establecimiento de Salud de Adscripción		
Ubigeo	Dirección		
2.- PERSONA QUE SOLICITA LA ACTUALIZACIÓN (Seleccione la persona que solicita la actualización. Prevalece la solicitud del Titular)			
TDI N° Documento de Identidad	Titular	Personal UDR / OMR	Personal EE.SS.
	Familiar	Personal SIS Central	Personal MAC
Nombres y Apellidos			
3.- DETALLE DE MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN			
4.- OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN			
5.- OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Sólo se podrá realizar la actualización de una opción)			
<input type="radio"/> Cambio de Establecimiento de Salud de Adscripción			
Código EESS de Adscripción		Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción	
<input type="radio"/> Actualización de datos personales de acuerdo al DNI / CE (Validación en línea)			
Tipo de Integrante Titular Derechohabiente		N° de DNI / CE	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Edad	Sexo M F
<input type="radio"/> Cambio de Domicilio			
Departamento/Región		Provincia	
Distrito		Centro Poblado (en caso de corresponder)	
Dirección			
<input type="radio"/> Anulación de Afilación NRUS			
Motivo			
<input type="radio"/> Rectificar Periodo Tributario			
Expediente N°	Dice	Fecha de Presentación	Debe Decir Seleccionar
<input type="radio"/> Insertar Periodos Tributarios			
Expediente N°	Periodo	Fecha de Presentación	
<input type="radio"/> Levantamiento de la Afilación			
6.- INCLUSIÓN DE DERECHOHABIENTES			
1	TDI N° Documento de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres	Sexo	Fecha de Nacimiento Relación con el Titular
	Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a hijos)		Indicar motivo si es "SI"
	SI	NO	
7.- EXCLUSIÓN DE DERECHOHABIENTES			
1	TDI N° Documento de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno
	Nombres	Sexo	Fecha de Nacimiento Relación con el Titular
	Motivo	Fallecimiento	Desafilación voluntaria
		Duplicidad de afiliación	Cuenta con otro seguro de salud
			Contar con acreditación de grupo poblacional
8.- ACTUALIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (Sólo si lo solicita el Titular de la Afilación NRUS)			
TDI N° Documento de Identidad DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 2		Apellido Paterno	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Sexo M F	
9.- OTRAS OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN			
<input type="radio"/> Teléfono / Correo electrónico			



ANEXO N° 06
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDADO - FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS



SISTEMA INTEGRADO DE ASEGURAMIENTO DEL SIS
SIASIS



RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDADO
FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

11/09/2020 05:49
CASAS SULCA, ROSA ELVIRA

Fecha de Solicitud: 11 SEPTIEMBRE 2020

1.-DEL DOCUMENTO A SER ACTUALIZADO

Tipo de formato: AFILIACIÓN Documento: ONI Código: 2 - Ver historial

2.-PERSONA QUE SOLICITA LA ACTUALIZACIÓN
(Seleccione la persona que solicita la actualización. Prevalce la solicitud del titular)

Tipo solicitante: -- SELECCIONE --
Tipo de documento: ONI
Número de documento: Nombres y apellidos:

3.-DETALLE DE MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN

4.-OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN

5.-OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Elija una opción)

EE SS de adscripción

Actualización de datos personales vía web Service (Afiliación con SISFOH - RENIEC)
Tipo de documento: -- SELECCIONE -- N° de documento:

Cambio de domicilio de afiliación con SISFOH (Sólo procede si mantiene elegibilidad)
Departamento: -- SELECCIONE DEPARTAMENTO --
Provincia: -- SELECCIONE PROVINCIA --
Distrito: -- SELECCIONE DISTRITO --
Centro Poblado: -- SELECCIONE CENTRO POBLADO --
Dirección:

EE SS adscripción:

Actualización de datos personales de grupo poblacional determinado por norma
Tipo de documento: -- SELECCIONE -- Número de documento:
Apellido paterno: Apellido materno:
Nombres: Edad: Sexo: -- SELECCIONE --
Fecha Nacimiento: Tipo de documento: CEDULA DE INDEP N° Documento

Cambio de domicilio de grupo poblacional determinado por norma
Departamento: -- SELECCIONE DEPARTAMENTO --
Provincia: -- SELECCIONE PROVINCIA --
Distrito: -- SELECCIONE DISTRITO --
Centro Poblado: -- SELECCIONE CENTRO POBLADO --
Dirección:

Baja de Afiliación
Motivo: -- SELECCIONE --

Cambio de fecha de baja / fecha de fallecimiento

6.-ACTUALIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACION ECONOMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (Sólo si lo solicita el Titular de la Afiliación ó el Apoderado en caso de menor de edad)

Datos del acreditado
Tipo de documento: -- SELECCIONE -- N° de documento:
Apellido Paterno: Apellido Materno:
Nombres: Edad: Sexo: -- SELECCIONE --
Fecha Nacimiento: -- MES --

7.-OTRAS OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Puede elegir varias opciones)

Fecha de afiliación: -- MES -- Fecha de caducidad: -- MES --

Teléfono / Correo electrónico:

Datos familiares
Tipo de familiar: -- SELECCIONE --
Tipo de documento: ONI N° de documento:
Apellido Paterno: Apellido Materno:
Nombres: Edad: Sexo: -- SELECCIONE --
Fecha de nacimiento: -- MES --
Grupo poblacional: -- SELECCIONE UNO --
Fecha probable de parto/fecha de parto:

Plan de beneficios

8.-LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

Datos del levantamiento de afiliación dada de baja
Motivo: -- SELECCIONE --
Fecha de levantamiento: -- MES --

Seguro Integral de Salud
Av. Carlos González 212, Urb Maranga, San Miguel / Lima

Oficina de Informática y Estadística



ANEXO

ANEXO N° 07
RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO - FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - PLAN DE SEGURO SIS INDEPENDIENTE

 PERÚ Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud																																																																						
RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - SIS INDEPENDIENTE																																																																							
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Solicitud</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Fecha de Solicitud			Día	Mes	Año																																																																
Fecha de Solicitud																																																																							
Día	Mes	Año																																																																					
1.- DEL DOCUMENTO A SER ACTUALIZADO																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Código de Afiliación</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">-9-</td> <td> </td> </tr> </table>		Código de Afiliación		-9-																																																																			
Código de Afiliación																																																																							
-9-																																																																							
1.1.- DATOS DEL TITULAR																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">TD</th> <th style="width: 90%;">N° Documento</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Apellido Paterno</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Apellido Materno</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Nombres</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 10%;">Sexo</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Día</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">F</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Código</th> <th colspan="4">Establecimiento de Salud de Adscripción</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Código</th> <th colspan="4">Ubigeo Dirección</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Dirección</th> <th style="width: 10%;">Plan de Beneficios</th> <th style="width: 10%;">Es Asegurado</th> <th style="width: 10%;">Modalidad de Afiliación</th> <th style="width: 10%;">Cuota Mensual (S/.)</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		TD	N° Documento			DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3		Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres				Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Día	Mes	Año		M	F							Código		Establecimiento de Salud de Adscripción										Código		Ubigeo Dirección										Dirección		Plan de Beneficios	Es Asegurado	Modalidad de Afiliación	Cuota Mensual (S/.)						
TD	N° Documento																																																																						
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3																																																																							
Apellido Paterno																																																																							
Apellido Materno																																																																							
Nombres																																																																							
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo																																																																				
Día	Mes	Año		M	F																																																																		
Código		Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																					
Código		Ubigeo Dirección																																																																					
Dirección		Plan de Beneficios	Es Asegurado	Modalidad de Afiliación	Cuota Mensual (S/.)																																																																		
2.- PERSONA QUE SOLICITA LA ACTUALIZACIÓN (Seleccione la persona que solicita la actualización. Prevalece la solicitud del Titular)																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">Tipo Solicitante</th> </tr> <tr> <th style="width: 16.6%;">Titular</th> <th style="width: 16.6%;">Personal UDR / GMR</th> <th style="width: 16.6%;">Personal EE.SS.</th> <th style="width: 16.6%;">Familiar</th> <th style="width: 16.6%;">Personal SIS Central</th> <th style="width: 16.6%;">Personal MAC</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">TD</th> <th style="width: 33%;">N° Documento</th> <th colspan="3">Nombres y Apellidos</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td colspan="3"> </td> </tr> </table>		Tipo Solicitante						Titular	Personal UDR / GMR	Personal EE.SS.	Familiar	Personal SIS Central	Personal MAC							TD	N° Documento	Nombres y Apellidos																																																	
Tipo Solicitante																																																																							
Titular	Personal UDR / GMR	Personal EE.SS.	Familiar	Personal SIS Central	Personal MAC																																																																		
TD	N° Documento	Nombres y Apellidos																																																																					
3.- DETALLE DE MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>																																																																							
4.- OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>																																																																							
5.- OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Sólo se podrá realizar la actualización de una opción)																																																																							
<input type="radio"/> Cambio de Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Código EESS de Adscripción</th> <th style="width: 50%;">Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Código EESS de Adscripción	Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																				
Código EESS de Adscripción	Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																						
<input type="radio"/> Actualización de datos personales vía web Service																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tipo Documento</th> <th style="width: 33%;">Tipo Integrante</th> <th style="width: 33%;">Número Documento</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tipo Documento	Tipo Integrante	Número Documento																																																																			
Tipo Documento	Tipo Integrante	Número Documento																																																																					
<input type="radio"/> Cambio de domicilio (Sólo procede si mantiene elegibilidad al SIS Independiente y se encuentra dentro de la jurisdicción de la UDR)																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Código EESS de Adscripción</th> <th style="width: 50%;">Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Código EESS de Adscripción	Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																				
Código EESS de Adscripción	Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción																																																																						
<input type="radio"/> Baja de afiliación																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Motivo</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Motivo																																																																					
Motivo																																																																							
6.- ACTUALIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (Sólo si lo solicita el Titular de la Afiliación)																																																																							
<input type="radio"/> Datos del acreditado																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">TD</th> <th style="width: 90%;">N° Documento</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 2</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Apellido Paterno</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Apellido Materno</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Nombres</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 10%;">Sexo</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Día</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">F</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		TD	N° Documento			DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 2		Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres				Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Día	Mes	Año		M	F																																										
TD	N° Documento																																																																						
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 2																																																																							
Apellido Paterno																																																																							
Apellido Materno																																																																							
Nombres																																																																							
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo																																																																				
Día	Mes	Año		M	F																																																																		
7.- OTRAS OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Puede elegir varias opciones)																																																																							
<input type="radio"/> DNI del responsable Afiliación																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">N° DNI</th> <th style="width: 66%;">Apellidos y Nombres</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		N° DNI	Apellidos y Nombres																																																																				
N° DNI	Apellidos y Nombres																																																																						
<input type="radio"/> Teléfono / Correo electrónico																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>																																																																							
<input type="radio"/> Referencia de Pagos de Afiliación anterior																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Código de Afiliación</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"> </td> <td style="width: 66%;"> </td> </tr> </table>		Código de Afiliación																																																																					
Código de Afiliación																																																																							



ANEXO N° 08 RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO - FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS SIS - NRUS

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS SIS - NRUS			
1.- DEL DOCUMENTO A SER ACTUALIZADO			
Tipo Afilianción NRUS		Código R	Fecha de Solicitud Día Mes Año
1.1.- DATOS DEL TITULAR			
TDI N° Documento de Identidad	Código de Afilianción R	Número de RUC	
DNI = 1 : Carné de Extranjería = 2 Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo País M F
Código	Establecimiento de Salud de Adscripción		
Ubigeo	Dirección		
2.- PERSONA QUE SOLICITA LA ACTUALIZACIÓN (Seleccione la persona que solicita la actualización. Prevalece la solicitud del Titular)			
TDI N° Documento de Identidad	Titular	Personal UDR / GMR	Personal EE.SS. Familiar Personal SIS Central Personal MAC
Nombres y Apellidos			
3.- DETALLE DE MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN			
4.- OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN			
5.- OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Sólo se podrá realizar la actualización de una opción)			
<input type="radio"/> Cambio de Establecimiento de Salud de Adscripción			
Código EESS de Adscripción		Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción	
<input type="radio"/> Actualización de datos personales de acuerdo al DNI / CE (Validación en línea)			
Tipo de Integrante Titular Derechohabiente		N° de DNI / CE	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M F
<input type="radio"/> Cambio de Domicilio			
Departamento/Región		Provincia	
Distrito		Centro Poblado (en caso de corresponder)	
Dirección			
<input type="radio"/> Anulación de Afilianción NRUS			
Motivo			
<input type="radio"/> Rectificar Periodo Tributario			
Expediente N°	Dice	Fecha de Presentación	Debe Decir Seleccionar
<input type="radio"/> Insertar Periodos Tributarios			
Expediente N°	Periodo	Fecha de Presentación	
<input type="radio"/> Levantamiento de la Afilianción			
6.- INCLUSIÓN DE DERECHOHABIENTES			
TDI N° Documento de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombres	Sexo F M	Fecha de Nacimiento	Relación con el Titular
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a hijos)		Indicar motivo si es "SI"	
SI NO			
7.- EXCLUSIÓN DE DERECHOHABIENTES			
TDI N° Documento de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombres	Sexo F M	Fecha de Nacimiento	Relación con el Titular
Motivo	Fallecimiento	Desafilianción voluntaria	Duplicidad de afiliación Cuenta con otro seguro de salud Contar con acreditación de grupo poblacional
8.- ACTUALIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (Sólo si lo solicita el Titular de la Afilianción NRUS)			
TDI N° Documento de Identidad		DNI = 1 : Carné de Extranjería = 2	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Sexo M F
9.- OTRAS OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN			
<input type="radio"/> Teléfono / Correo electrónico			



ANEXO N° 09
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
Fecha de Solicitud		Modalidad de Afiliación	Seguro de Salud
Día	Mes	Año	
AFIL. REGULAR	AFIL. DIRECTA	AFIL. DIRECTA TEMPORAL	
SIS GRATUITO	SIS PARA TODOS	SIS INDEPENDIENTE	SIS MYPE
SIS NRUS			

1.- DATOS DEL JEFE DE HOGAR / TITULAR / NACIONAL ECUATORIANO

TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
1 = DNI 2 = No tiene Documento 3 = Carné de Extranjería 4 = CUI 5 = Cédula de Identidad		Nombres	Fecha de Nacimiento
		Sexo	M F
País	Teléfono	Correo Electrónico	CSE
Domicilio del Hogar / No aplica en nacional ecuatoriano			Pueblo Indígena SI NO
Departamento:		Provincia:	
Distrito:		Centro Poblado:	
Dirección:			Nombre de Pueblo Indígena

2.- DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (DE CORRESPONDER)

1	TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar/T
		M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)		SI NO	Indicar motivo si es "SI"	
2	TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar/T
		M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)		SI NO	Indicar motivo si es "SI"	
3	TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar/T
		M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)		SI NO	Indicar motivo si es "SI"	
4	TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar/T
		M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)		SI NO	Indicar motivo si es "SI"	
5	TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar/T
		M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)		SI NO	Indicar motivo si es "SI"	

3. ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (Centro de Digitación)

Código	Nombre
--------	--------

4. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN / NO APLICA PARA NACIONAL ECUATORIANO

Código	Nombre
--------	--------

5. PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO / NO APLICA PARA NACIONAL ECUATORIANO

TDI	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres		Fecha de Nacimiento	Sexo
			M F

Forma de comunicación de resultado de afiliación			
Presencial en Centro de Digitación	Teléfono	Correo Electrónico	

(*) Firma y huella digital del Declarante

HUELLA DIGITAL

Nombres y Apellidos:

N° DNI / CE

Sello y Firma del Responsable de la Recolección de Datos

Nombres y Apellidos:

N° DNI / CE

(*) El/la Declarante, obligatoriamente debe ser un integrante del hogar y estar incluido en el formato de recolección de datos. En caso de nacional ecuatoriano será el titular o la persona responsable.



M. Cárdenas R.

ANEXO N° 10
FORMULARIO DE TRÁMITE VIRTUAL DERIVADO DE LA AFILIACIÓN AL SIS



TDA N° 0001-2020-SIS

FORMULARIO DE TRÁMITE VIRTUAL DERIVADO DE LA AFILIACIÓN AL SIS

Datos del Solicitante

(*) Tipo de Documento: (*) N° Doc. De Identidad: (*) Fecha de Nacimiento:

(*) Ap. Pat: (*) Ap. Mat: (*) Nombre:

¿Usted es el beneficiario del trámite a solicitar?: SI NO

Datos del Beneficiario del trámite //Se apertura en el caso de que la respuesta fuera "No"

(*) Tipo de Documento: (*) N° Doc. De Identidad: (*) Fecha de Nacimiento:

(*) Ap. Pat: (*) Ap. Mat: (*) Nombre:

Datos de contacto

Teléfono fijo: (*) Teléfono Celular: (*) Correo electrónico:

(*) Departamento: (*) Provincia: (*) Distrito:

(*) Dirección:

Seleccione el tipo de trámite:

- Desafiliación
- Levantamiento de afiliación (Gestantes adjuntarán Carné de Control Prenatal, Examen de apoyo de diagnóstico- sangre, o cualquier otro equivalente documento escaneado que permita determinar la fecha probable de parto)
- Cambio de domicilio y/o Establecimiento de salud de adscripción (Adjuntar recibo de luz o agua escaneado)
- Cambio de datos de la persona asegurada

Nota: Adicionalmente se debe adjuntar copia escaneada del Documento de Identidad del beneficiario del trámite

Elige archivo a subir:

Ningún archivo seleccionado

Describa su solicitud con los detalles correspondientes

Los campos que presentan asterisco (*) deben ser llenados de forma obligatoria



DECLARACIÓN JURADA DE UNIÓN DE HECHO

Por el presente documento, yo,
Titular del - Plan de Seguro "SIS NRUS", identificado(a) con DNI/CE N°,

DECLARO BAJO JURAMENTO que mantengo una relación de hecho desde el.....
de..... del, con la persona de.

.....Identificada(o) con DNI/CE
N°.....

habiendo fijado como domicilio común en el inmueble ubicado
en.....

.....distrito deprovincia de
.....

y departamento

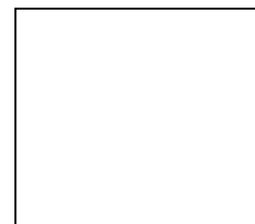
Que ambos estamos libres de impedimento matrimonial conforme lo dispone el artículo 326 del Código Civil.

Que la información consignada en la presente declaración es verdadera sujeta al principio de presunción de veracidad y privilegio de controles posteriores, establecidos en el TUO de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Para mayor conformidad, firmo la presente a losdías del mes de
del año.....



Firma/Nombre y Apellido del Declarante
N° DNI/CE:



Huella Digital

ANEXO N° 12
DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Yo, ; identificado(a) con
DNI o Carné de Extranjería N° ; domiciliado en
..... ; Distrito de ; Provincia de
..... y departamento; declaro bajo juramento que el/la
ciudadana(o); identificado con
DNI o Carné de Extranjería N° ; domiciliado en
.....; Distrito de
.....; Provincia de y
departamento; guarda relación de parentesco de
..... con mi persona.

Finalmente, declaro que soy responsable de la veracidad de la información vertida en la presente declaración, sometiéndome a las disposiciones establecidas en el TUO de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Para mayor conformidad, firmo la presente a los días del mes de del año.....



Huella Digital

Firma/Nombre y Apellido del Declarante
N° DNI/CE:

ANEXO N° 13

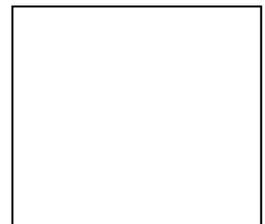
DECLARACIÓN JURADA PARA LA AFILIACIÓN DE UN MENOR DE EDAD

Con la presente, quien suscribe..... identificado con DNI N°....., domiciliado en ; Distrito de ; Provincia de y departamento; declaro bajo juramento que me estoy haciendo cargo del menor de nombre, identificado con DNI N°..... quien cuenta con años de edad, y a quien estoy cuidando desde hace años, haciéndome cargo de todo lo relacionado a su educación, formación y cuidados.

Por lo cual, requiero que se me autorice la realización de los trámites correspondientes a la afiliación al seguro de salud del SIS..... para continuar con el cuidado del menor antes mencionado.

Finalmente, declaro que asumo las consecuencias legales que podrían generar la inexactitud o falsedad de la información contenida en ella, de acuerdo con las normas previstas en la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, cuyo Texto Único Ordenado ha sido aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-20019-JUS y demás consecuencias previstas en el ordenamiento.

Para mayor conformidad, firmo la presente a los días del mes de del año.....



Firma/Nombre y Apellido del Declarante
N° DNI/CE:

Huella Digital

ANEXO N° 14
INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN A LOS SEGURO DE SALUD “SIS GRATUITO”, “SIS PARA TODOS” Y “SIS INDEPENDIENTE” A TRAVÉS DE LA CENTRAL TELEFÓNICA



- 1) El potencial asegurado solicita a través del Call Center del SIS su afiliación.
- 2) El personal responsable requiere el número de DNI o CE para la verificación a través del Web Service de RENIEC/MIGRACIONES.
- 3) El personal verifica la clasificación socioeconómica-CSE vigente de Pobre, Pobre Extremo, No Pobre o sin CSE, de acuerdo con la información del web service del SISFOH del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), excepto el titular de la afiliación para menores dependientes.
- 4) El personal verifica que el solicitante no cuente con otro seguro de salud, de acuerdo con la información del web service SUSALUD, excepto el titular de la afiliación para menores dependientes.
- 5) Con la verificación correspondiente, el personal orienta la afiliación del solicitante, de acuerdo con el cumplimiento de requisitos para la afiliación a un seguro de salud al SIS. Asimismo, procede a la lectura del “speech” al solicitante.
- 6) Si el solicitante está de acuerdo con lo estipulado en el “speech” debe expresar su conformidad.
- 7) El personal registra en el módulo de afiliaciones del SIASIS la afiliación y comunica el código de afiliación al solicitante.
- 8) El solicitante, para el caso del SIS Independiente, debe apersonarse a la entidad financiera para realizar el pago del primer aporte mensual del seguro contratado en un máximo de cinco (5) días hábiles contados desde la fecha de solicitud, caso contrario deberá reiniciar el trámite.
- 9) Una vez realizado el pago, el personal envía al correo electrónico consignado por el solicitante, el “Contrato de Seguro de Salud del Seguro Independiente, el cual debe tener acuse de recibo para su notificación válida.
- 10) La llamada quedará registrada en el sistema y será custodiada durante el periodo establecido en la normativa vigente.

ANEXO N° 15 INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN VIRTUAL AL SIS INDEPENDIENTE ATRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL SIS

El solicitante accede al aplicativo informático de la página web del SIS y realiza la afiliación al Seguro Independiente, según el siguiente procedimiento.

- Ingresar a la Página Web del SIS y seleccionar modalidad de afiliación.
- Ingresar el documento de identidad (DNI o C.E) y el sistema de manera automática validará el/los DNI, de acuerdo con la información del web service del RENIEC.
- Los datos personales, se cargarán automáticamente en modo no editable. (apellidos y nombres, fecha de nacimiento, sexo). De haber seleccionado C.E., indicar el país de origen.
- Registrar dirección domiciliaria, correo electrónico (para informarle donde acercarse a recoger su contrato de seguro de salud) y teléfono.
- Según corresponda podrá registrar el domicilio del afiliado, el cual es editable.
- El aplicativo presentara un menú para seleccionar el establecimiento de salud de adscripción.

Antes de grabar el registro de la afiliación el sistema valida que el potencial afiliado no cuente con otro seguro de salud, de acuerdo con el Registro de afiliados de SUSALUD.

De cumplir con los requisitos y estar de acuerdo con los datos que se encuentran registrados en el formulario de afiliación, debe dar grabar y el sistema automáticamente general código que corresponde a la solicitud de afiliación al SIS Independiente, automáticamente envía al correo electrónico consignado en la solicitud de afiliación, un mensaje de confirmación e indica el código con el cual puede efectuar el pago en la entidad financiera (banco de la Nación) o de corresponder indica el motivo por el cual no puede acceder al SIS Independiente.

- El solicitante debe realizar el pago del primer aporte mensual que corresponde al seguro contratado.
- Se otorga al solicitante un máximo de cinco (5) días hábiles para efectuar el pago en la entidad bancaria con la que trabaja el SIS, contados desde la fecha de emisión del Formato Digital de Afiliación - SIS Independiente del SIASIS. Con el pago realizado queda acreditada la condición de asegurado. Si por algún motivo no efectúa el pago hasta la fecha indicada, podrá reiniciar el trámite
- Al concretarse el pago, el sistema enviará automáticamente al correo electrónico consignado en la afiliación, el Contrato de Seguro de Salud, suscrito por el Gerente del Asegurado, en representación del SIS.
- En caso de no contar con todos los datos solicitados para la afiliación a través de la web del SIS, puede realizar la afiliación de manera presencial, en los centros MAC o en alguna oficina del SIS.



ANEXO N° 16
DE LA AFILIACIÓN VIRTUAL AL SIS GRATUITO Y SIS PARA TODOS A TRAVÉS DE
LA PÁGINA WEB DEL SIS

El solicitante accede al aplicativo informático de la página web del SIS y realiza la afiliación al Plan de Seguro “SIS Gratuito” o “SIS PARA TODOS”, según corresponda, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Ingresar a la Página Web del SIS y selecciona “Afiliación virtual al Régimen de Financiamiento Subsidiado”.
- Ingresar el documento de identidad (DNI o C.E) y el sistema de manera automática validará el/los DNI, de acuerdo con la información del web service del RENIEC.
- Los datos personales, se cargarán automáticamente en modo no editable. (apellidos y nombres, fecha de nacimiento, sexo). De haber seleccionado C.E., indicar el país de origen. Adicionalmente, la persona registrar domicilio, correo electrónico y teléfono.
- El sistema de manera automática valida que el potencial afiliado no cuente con otro seguro de salud, de acuerdo con el Registro de afiliados de SUSALUD.
- El sistema de manera automática carga la CSE de la persona de acuerdo a la información del web service del SISFOH del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).
- El aplicativo de acuerdo con la CSE de la persona muestra que la persona puede afiliarse al “SIS Gratuito” o al “SIS PARA TODOS”
- El aplicativo presentara un menú para seleccionar el establecimiento de salud de adscripción, de acuerdo con el domicilio registrado.
- De cumplir con los requisitos y estar de acuerdo con los datos que se encuentran registrados en el formulario de afiliación, debe dar grabar y el sistema automáticamente general código de afiliación.
- El sistema enviará automáticamente al correo electrónico consignado en la afiliación, la confirmación y el código de afiliación.



ANEXO N° 17

INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN VIRTUAL A TRAVÉS DEL APLICATIVO MÓVIL

El solicitante debe acceder al aplicativo móvil a través de su celular y solicita la afiliación al Plan de Seguro SIS Para Todos, SIS Gratuito o SIS Independiente, realizando el siguiente procedimiento:

- 1) Ingresa al aplicativo móvil del SIS
- 2) Selecciona el régimen de financiamiento: subsidiado (SIS Para Todos o SIS Gratuito) o semicontributivo (SIS Independiente).
- 3) Registra el número de DNI o CE.
- 4) Verificación de Datos Personales, mismos que se cargan automáticamente en modo no editable, de acuerdo con la información del web service RENIEC.
- 5) El sistema de manera automática valida que el potencial afiliado no cuente con otro seguro de salud, de acuerdo con el Registro de afiliados de SUSALUD.
- 6) Ingresa el dígito de verificación,
- 7) Registra número de teléfono y correo electrónico.
- 8) Registra el domicilio del o los afiliados(s).
- 9) Seleccionar el nombre del establecimiento de salud de adscripción, según su domicilio.
- 10) Nombre de la persona mayor de edad acreditada para solicitar la prestación económica de sepelio. Esta opción se habilita sólo para el caso del SIS Gratuito y SIS Independiente.
- 11) En caso la elección del usuario sea por el régimen de financiamiento subsidiado:
 - a) El sistema de manera automática carga la CSE de la persona de acuerdo a la información del web service del SISFOH del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).
 - b) El aplicativo de acuerdo con la CSE de la persona muestra que la persona puede afiliarse al Plan de Seguro "SIS Gratuito" o al "SIS PARA TODOS"
- 12) En caso la elección del usuario sea por el régimen de financiamiento semicontributivo- SIS Independiente:
 - a) El sistema registrará automáticamente la solicitud de afiliación al SIS Independiente y enviará automáticamente al correo electrónico consignado en la solicitud de afiliación, un mensaje de confirmación o el motivo por el cual no puede acceder al SIS Independiente.
 - b) Recibido el mensaje de confirmación, el solicitante deberá realizar el pago del primer aporte mensual que corresponde al seguro contratado. Para lo cual tendrá un máximo de cinco (5) días hábiles para el pago, contados desde la fecha de emisión del Formato Digital de Afiliación – SIS Independiente del SIASIS, caso contrario deberá reiniciar el trámite. Realizando el pago, quedará acreditada la condición de asegurado.
 - c) Al concretarse el pago, el sistema enviará automáticamente al correo electrónico con acuse de recibo consignado en la afiliación, el Contrato de Seguro de Salud, suscrito por el Gerente del Asegurado, en representación del SIS.

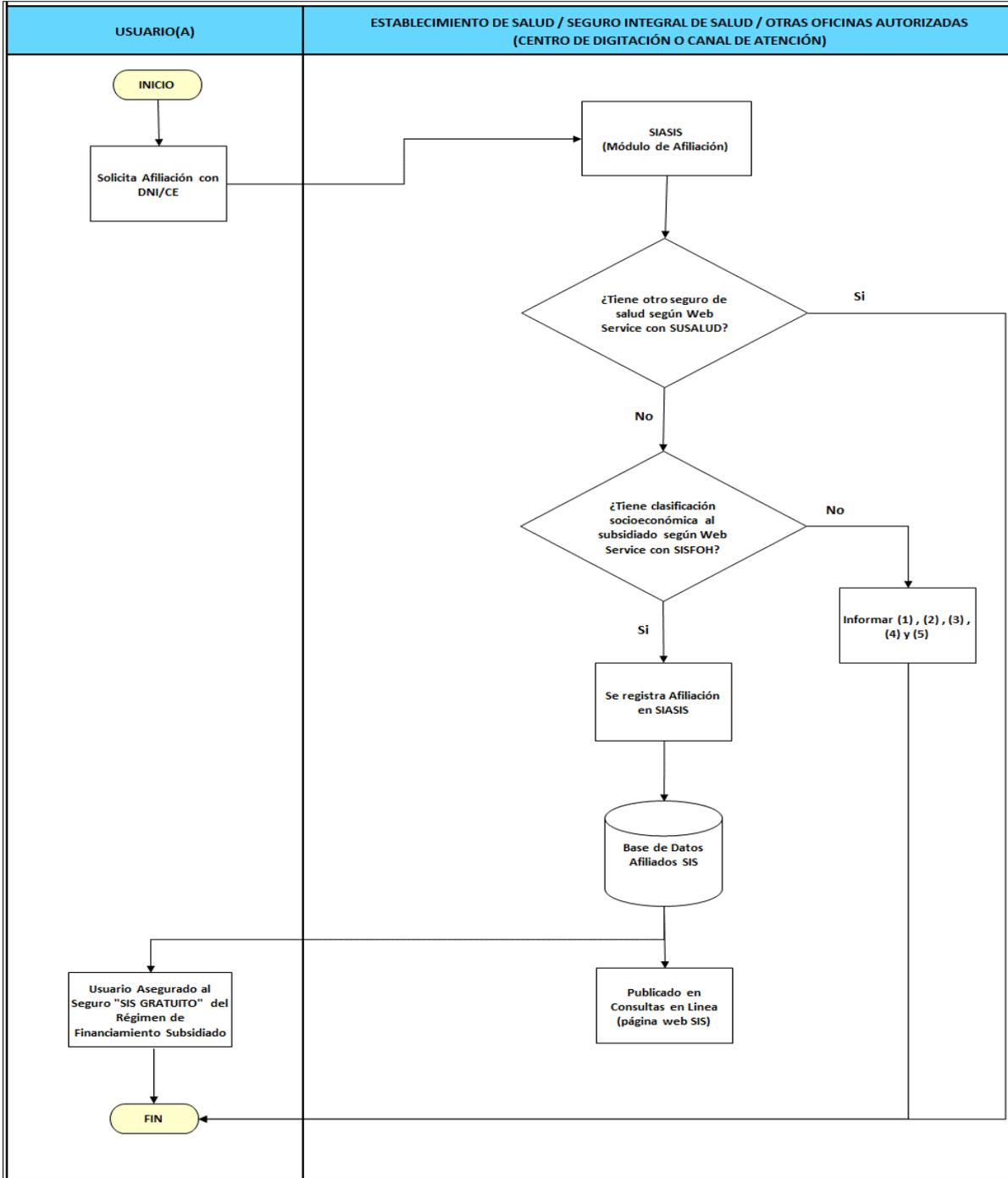


ANEXO N° 18
INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN VIRTUAL A TRAVÉS DE WHATSAPP SIS O CORREO SIS

- 1) El usuario solicita la afiliación al SIS a través del WhatsApp SIS o Correo SIS, indicando/adjuntando:
 - 1.1. Nombres y apellidos completos
 - 1.2. Número de documento de identidad (DNI o CE).
 - 1.1. Dirección del domicilio
 - 1.2. Dirección de correo electrónico.
 - 1.3. Indicación de autorización de notificación mediante correo electrónico.
 - 1.4. Imagen del documento de identidad (por ambas caras).
 - 1.5. Nombre del centro de salud cercano a su domicilio.
- 2) El personal responsable realiza la verificación de identidad a través del Web Service de RENIEC/MIGRACIONES.
- 3) El personal responsable verifica que el solicitante no cuente con otro seguro de salud, de acuerdo con la información del web service SUSALUD.
- 4) El personal verifica la clasificación socioeconómica-CSE de Pobre, Pobre Extremo, No Pobre o sin CSE, de acuerdo con la información del web service del SISFOH del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).
- 5) El personal registra, de corresponder, en el módulo de afiliaciones del SIASIS la afiliación.
- 6) El personal comunica al correo electrónico del usuario con acuse de recibo, el resultado de la afiliación solicitada.
- 7) En caso de Estado de Emergencia Nacional, Estado de Emergencia Sanitaria Nacional o Regional se flexibiliza el canal de comunicación de respuesta a la solicitud de afiliación, siendo válida la comunicación mediante WhatsApp, mensajes de texto, llamada telefónica u otra que facilite la rápida y oportuna respuesta de la comunicación.

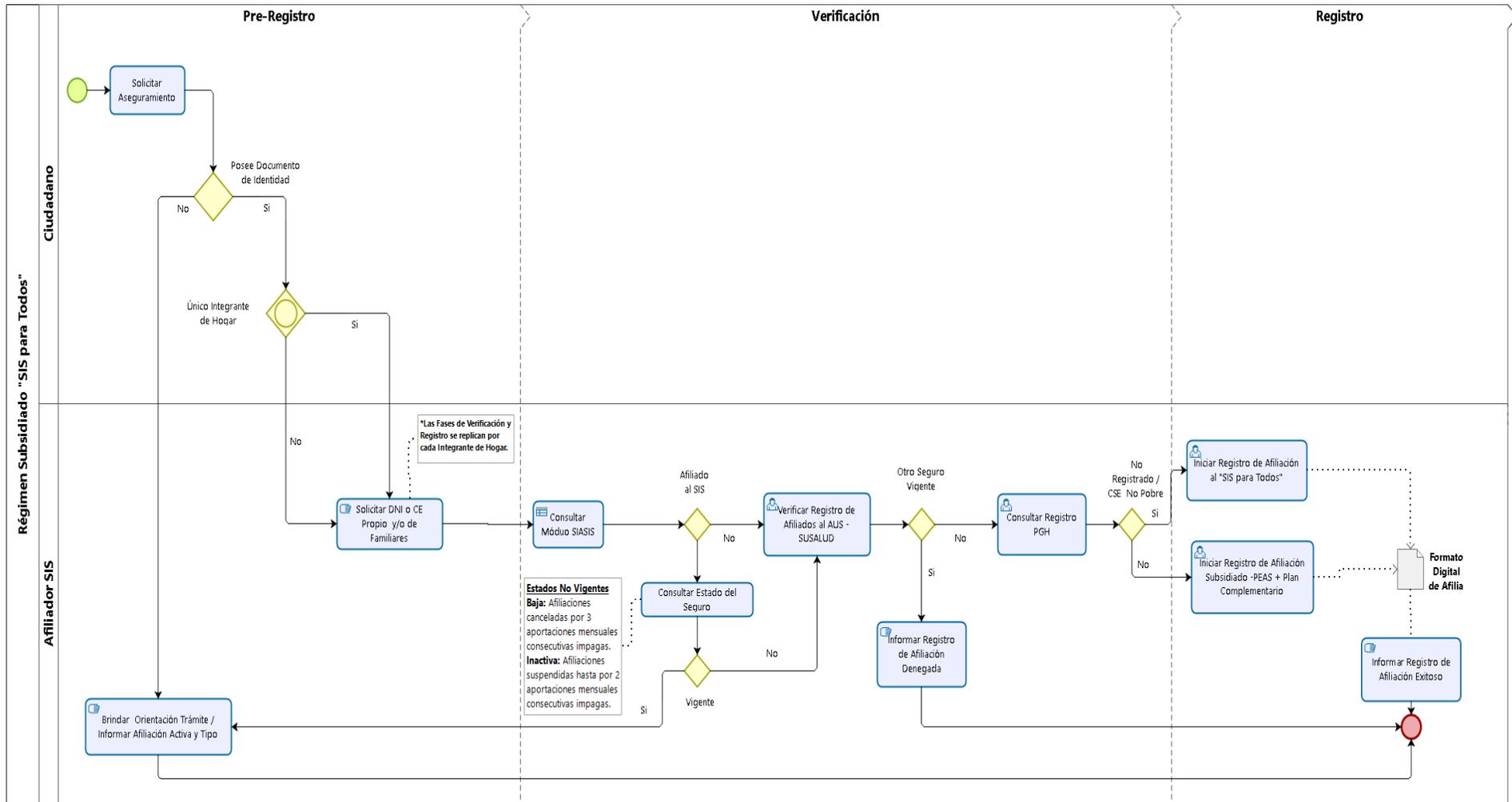


**ANEXO N° 19
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN REGULAR AL SEGURO SIS GRATUITO**

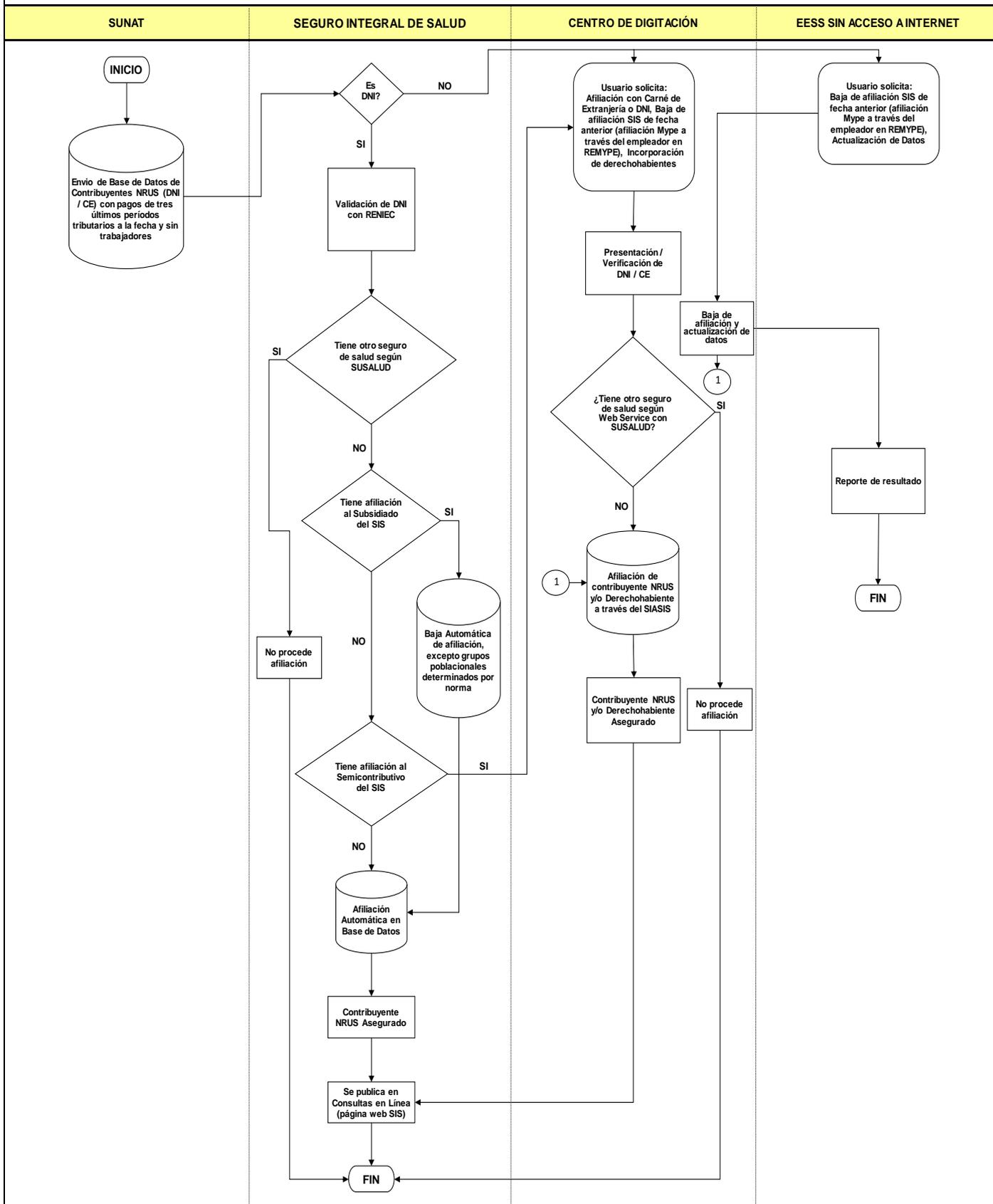


- (1) El usuario/a debe solicitar la clasificación o reevaluación socioeconómica ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
- (2) El usuario/a puede acceder al Seguro "SIS para todos" en el centro de digitación autorizado o canal de atención, de corresponder.
- (3) El usuario/a puede acceder al Seguro "SIS Independiente" en el centro de digitación autorizado o canal de atención, de corresponder.
- (4) El usuario/a puede acceder al Seguro "SIS NRUS" en el centro de digitación autorizado o canal de atención, de corresponder.
- (5) El usuario/a puede acceder al Seguro "SIS MYPE", de corresponder.

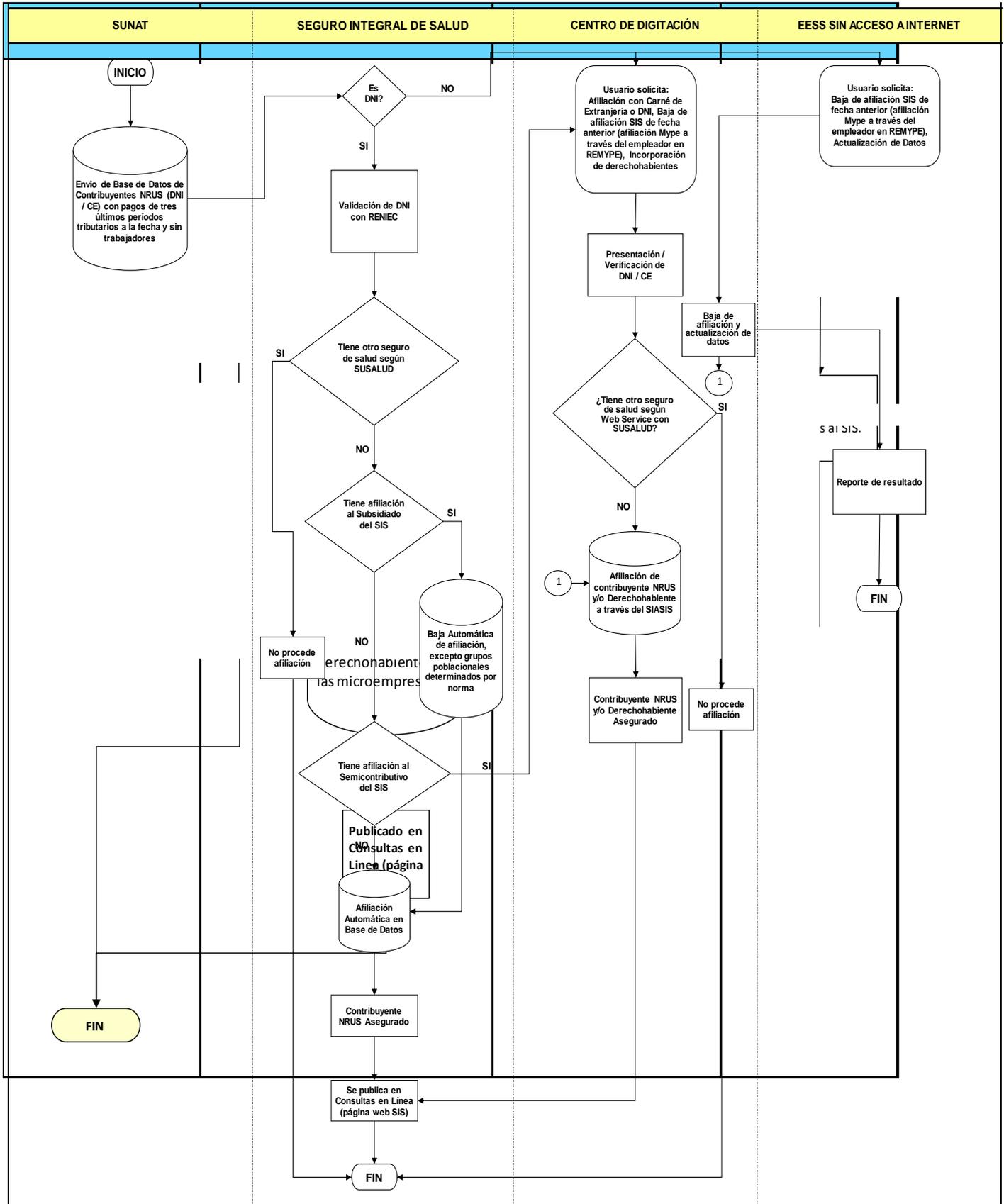
ANEXO N° 20
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN REGULAR AL SEGURO SIS PARA TODOS



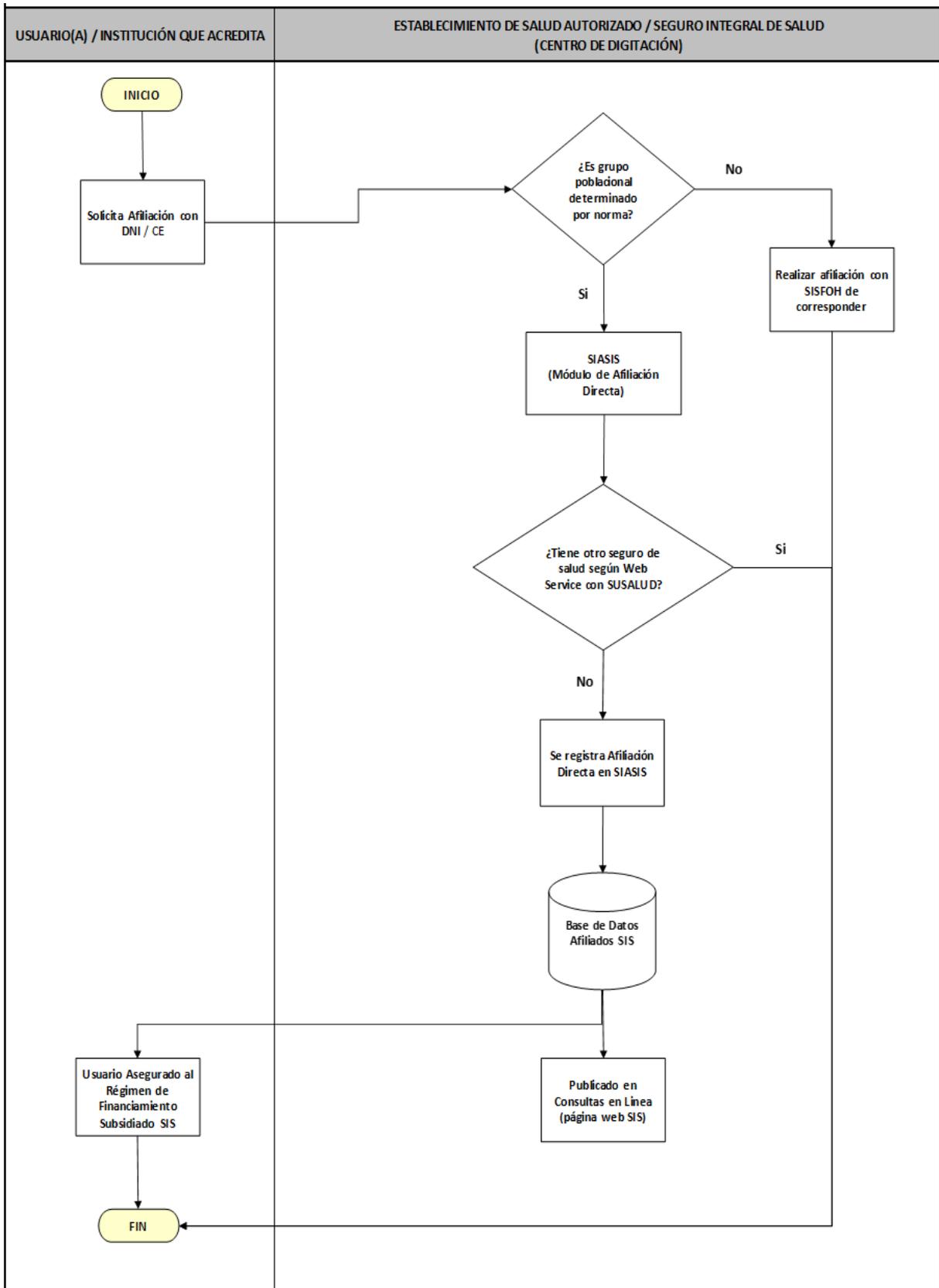
ANEXO N° 21
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN REGULAR AL SEGURO SIS NRUS



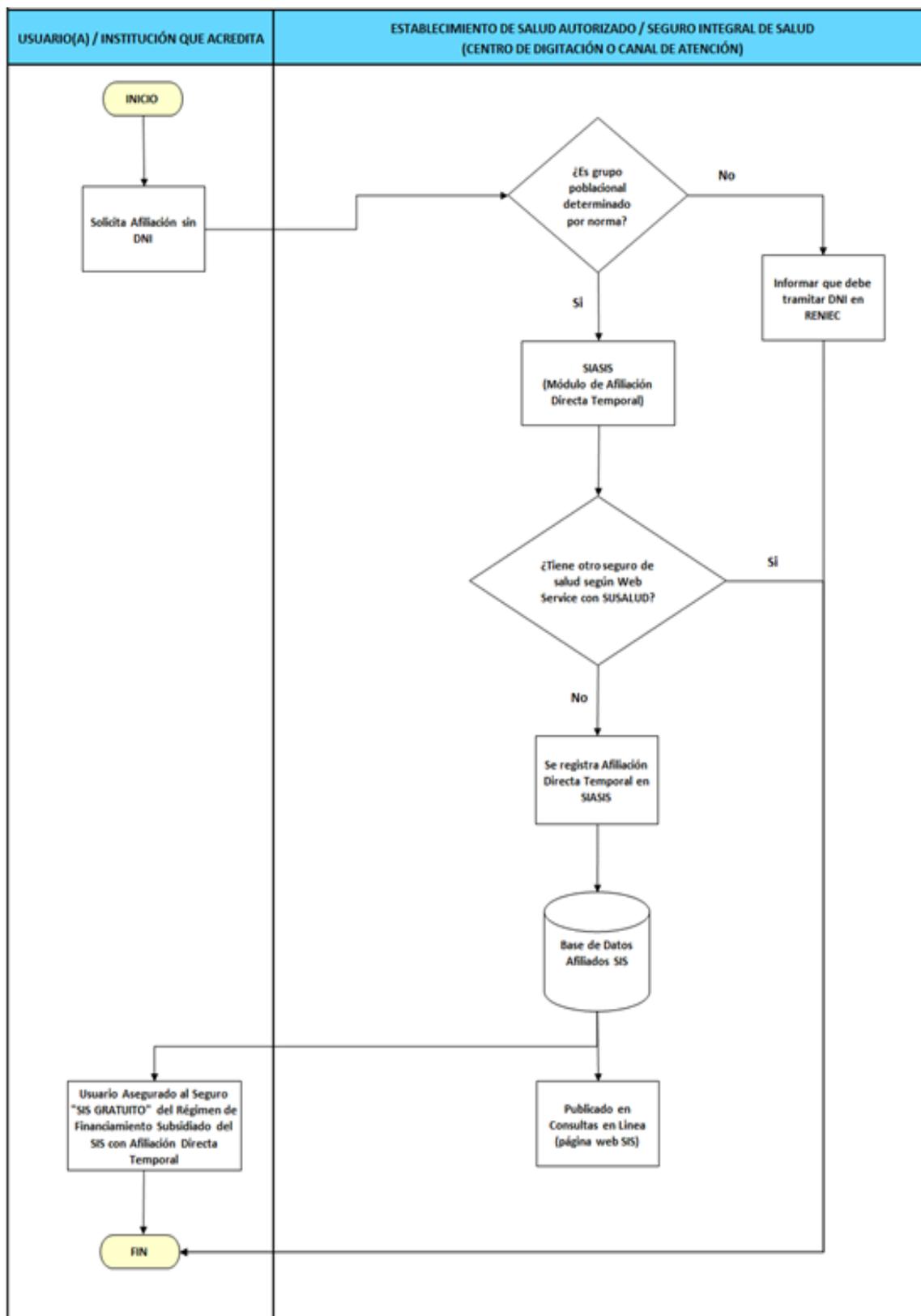
ANEXO N° 22
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN REGULAR AL SEGURO SIS MYPE



ANEXO N° 24
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN DIRECTA AL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO




ANEXO N° 25
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL AL SEGURO “SIS GRATUITO”




ANEXO N° 26

CONTRATO DEL PLAN DE SEGURO "SIS INDEPENDIENTE"

CLÁUSULA PRIMERA: GENERALIDADES

- 1.1 El Seguro Integral de salud, que en adelante será denominado SIS, otorga a EL TITULAR y a sus **dependientes** debidamente registrados en el SIS para el Régimen de Financiamiento Semicontributivo, la cobertura de salud en las condiciones que se establecen en el presente **Contrato**, denominado en adelante EL CONTRATO.
- 1.2 EL CONTRATO se encuentra regulado por el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por **Decreto Supremo N° 020-2014-SA** y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, el Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y sus normas modificatorias y/o complementarias.
- 1.3 EL CONTRATO es otorgado por el SIS sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL TITULAR en el procedimiento de afiliación respectivo.
- 1.4 La afiliación en los términos de EL CONTRATO está comprendida en el Régimen de Financiamiento Semicontributivo a que se refiere el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La afiliación es exclusiva a dicho régimen y excluyente **respecto** de los regímenes contributivo y subsidiado, establecidos por la norma en mención.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para la aplicación de EL CONTRATO, incluyendo su anexo, se entiende por:

- 2.1 **Accidente**, es toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2.2 **Acreditación**, Es el procedimiento que se realiza para la verificación de la condición de asegurado, relacionado con el cumplimiento de los requisitos que debe cumplir para tener derecho al financiamiento del SIS según su plan de beneficios.
Se considera acreditado a la persona cuya afiliación se encuentra en estado activo, en el Registro de Afiliados de SUSALUD.
- 2.3 **Adscripción**, Es el procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento de salud al cual el asegurado es asignado, de acuerdo a lo establecido por la autoridad competente y hacia donde deberá acudir en primera instancia en caso de requerir atención de prestaciones de carácter preventivo y/o recuperativa.
- 2.4 **Afiliación Individual**, afiliación conformada por un único asegurado, quien asume las obligaciones establecidas en el Contrato de Seguro de Salud. Asimismo, le permite gozar de la cobertura de salud otorgada por el SIS previo pago de la cuota establecida. No existe límite de edad para la afiliación.
- 2.5 **Afiliación Familiar**, afiliación conformada por EL TITULAR y **Dependientes**. La persona que suscribe el Contrato como Titular, asume las obligaciones establecidas en el Contrato. Asimismo, le permite gozar de la cobertura de salud otorgada por el SIS previo pago de la cuota establecida. Serán considerados dependientes, las siguientes personas.
 - a) El cónyuge o concubina(o) inscrito(a) como dependiente de EL TITULAR.
 - b) Los hijos(as) de EL TITULAR menores de 18 años, solteros.
 - c) Los hijos(as) de EL TITULAR mayores de 18 años, que tengan incapacidad total y permanente para el trabajo, debidamente sustentado.

No se aplica la afiliación familiar para el caso de personas mayores de 60 años.

- 2.6 **Afiliación para Menores Dependientes**, afiliación que aplica para los dependientes menores de 18 años pudiendo ser hijos o no de un titular (hermano, sobrino, nieto, ahijado u otro), requiriendo en el último caso que el menor viva con EL TITULAR y esté bajo su tutoría o responsabilidad. Se establecen dos modos de suscribir el Contrato:
 - a) **Contrato Semicontributivo para Menores Dependientes con Titular Asegurado.**
Cuando la persona que suscribe el contrato como Titular, asume las obligaciones establecidas en el Contrato de Seguro. El aporte para cada uno de los dependientes no hijos es adicional al Plan Individual o Familiar que EL TITULAR pueda contratar, permitiéndole gozar de la cobertura de salud otorgada por el SIS previo pago de la cuota establecida.
 - b) **Contrato Semicontributivo para Menores Dependientes con Titular No Asegurado**
La persona que suscribe el contrato como Titular, asume las obligaciones establecidas en el Contrato de Seguro. El aporte para cada uno de los menores dependientes es pagado por el Titular, pero este no goza de la cobertura otorgada por el SIS, pues no contrata ningún plan de beneficios para el mismo.



- 2.7 Aporte**, es la retribución mensual (pago) que debe ser abonada por EL TITULAR, en contraprestación del Plan de Beneficios contratado, sujeto a ciclos de suscripción determinados por el índice de siniestralidad presentado durante ese período (1 año).
- 2.8 Asegurado o afiliado**, toda persona beneficiaria residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del SIS. Para los fines del SIS Independiente del régimen semicontributivo, se considera al Titular asegurado, a sus dependientes y menores dependientes. Para el reconocimiento de los beneficios de un asegurado, deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente.
- 2.9 Cobertura**, es la lista de prestaciones financiadas por el SIS establecida en el Plan de Beneficios a las cuales los asegurados tendrán acceso en los establecimientos de salud autorizados y/o contratados por el SIS dentro del territorio nacional.
- 2.10 Condiciones Asegurables**, son los estados de salud que se buscan mantener o recuperar, a través de la cobertura contratada por EL TITULAR.
- 2.11 Consulta externa**, comprende un conjunto de actividades médicas y no médicas, que permiten otorgar servicios de promoción, protección específica, diagnóstico y tratamiento de procesos mórbidos.
- 2.12 Continuidad de cobertura**, es el beneficio que permite a **EL TITULAR, dependientes y menores dependientes** acceder a la cobertura contratada, sin aplicación del periodo de carencia, siempre que cumpla con las condiciones correspondientes.
- 2.13 Dependientes**, para el presente contrato son las siguientes personas inscritas por EL TITULAR:
- (i) El cónyuge o concubino(a).
 - (ii) Los hijos(as) menores de edad.
 - (iii) Los hijos(as) mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo adecuadamente sustentado.
- 2.14 Derecho de cobertura**, es el derecho de **EL TITULAR, sus dependientes y menores dependientes** para acceder a la cobertura establecida en el Plan de Beneficios, dentro del territorio nacional.
- 2.15 Emergencia**, Toda condición repentina o inesperada que requiere una atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Corresponde a los daños calificados como prioridad I y II, por la norma correspondiente.
- 2.16 Exclusiones Específicas**, Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiadas por el SIS bajo ninguna modalidad.
- 2.17 Establecimientos de Salud**, son aquellos autorizados por el SIS, para prestar servicios que otorgarán las prestaciones de salud a EL TITULAR y sus dependientes.
- 2.18 Interconsulta**, corresponde al procedimiento asistencial - administrativo mediante el cual, el médico tratante, solicita una evaluación especializada a un profesional de la salud para EL ASEGURADO.
- 2.19 Menores Dependientes**, son los menores de 18 años que se benefician con la suscripción del contrato de afiliación por parte de un Titular No Beneficiario. Pueden ser hijos o no de EL TITULAR (hermano, sobrino, nieto, ahijado u otro), requiriendo en el último caso que el menor viva con EL TITULAR y esté bajo su tutoría o responsabilidad, **debidamente acreditado**.
- 2.20 Periodo de carencia**, es el periodo durante el cual EL TITULAR y sus dependientes **no puede recibir** prestaciones de salud contenidas en EL CONTRATO, **excepto atenciones de emergencia Prioridad I y II** y las prestaciones preventivas contenidas en EL CONTRATO.
- 2.21 Periodo de Espera, período durante el cual EL TITULAR y sus dependientes no podrán acceder a algunas de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.**
- 2.22 Prestación Económica de Sepelio**, es la prestación administrativa que financia el SIS, por el fallecimiento de EL ASEGURADO al SIS Independiente, que cubre hasta un máximo establecido en la escala de la normativa específica emitida por el SIS. Para tener derecho a la misma el asegurado debe haber estado al día en sus pagos en la fecha de fallecimiento.
- 2.23 Proceso de Referencia**, es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de EL ASEGURADO transfiriéndolo de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.
- 2.24 Proceso de Contrarreferencia**, es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de EL ASEGURADO retornándolo del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive a su establecimiento de salud de origen, siempre y cuando esté en condiciones de ser atendido en el mismo.
- 2.25 Renovación de Contrato**, es el procedimiento mediante el cual EL TITULAR manifiesta su voluntad de suscribir un nuevo contrato, para lo cual deberá efectuar el pago del aporte correspondiente, antes de la culminación de la cobertura que otorga el pago del último aporte de EL CONTRATO anterior.
- 2.26 Representante legal**, es la persona facultada para actuar en representación de EL TITULAR, acreditado mediante Carta Poder Legalizada.

2.27 Titular del SIS Independiente, es la persona natural que firma el contrato ya sea individual, familiar o para menor dependiente y realiza el aporte respectivo. El titular puede ser:

- a) **TITULAR ASEGURADO:** A quien también se le otorga la cobertura del Plan de Beneficios del seguro contratado.
- b) **TITULAR NO ASEGURADO:** Suscribe el contrato para asegurar a un menor dependiente y realiza el aporte respectivo, pero no goza del beneficio del seguro para sí mismo.

CLÁUSULA TERCERA: VALOR DEL APORTE

Para el pago del aporte mensual al SIS Independiente, se aplicarán los valores establecidos en la siguiente tabla, según corresponda:

TABLA DE APORTES	
AFILIACIÓN	APORTE MENSUAL
AFILIACIÓN INDIVIDUAL	
Titular	S/. 39.00
Hijo o Menor Dependiente	S/. 39.00
Mayor a 60 años continuador	S/. 44.00
Mayor a 60 años nuevo afiliación	S/. 58.00
AFILIACIÓN FAMILIAR	
Titular y 1 dependiente	S/. 78.00
Titular y 2 dependientes	S/. 94.00
Titular y 3 dependientes o más	S/. 115.00

CLÁUSULA CUARTA: INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- 4.1 EL TITULAR podrá en cualquier momento, incorporar o excluir a sus dependientes y menores dependientes, debiendo realizarse la modificación en los Centro de Digitación autorizado o Canal de Atención. La inclusión o exclusión de asegurados, significará la modificación del monto del aporte de EL CONTRATO.
- 4.2 Para la inclusión o exclusión de **asegurados** se requiere encontrarse al día en el pago de los aportes.
- 4.3 En caso de la exclusión de asegurados, su cobertura sólo será brindada hasta antes de la fecha de la exclusión. En caso existiera atenciones posteriores en los establecimientos de salud, las prestaciones serán valorizadas, facturadas y cobradas a EL ASEGURADO, excepto, aquellos actos médicos programados con anterioridad a la exclusión.
- 4.4 Los dependientes y menores dependientes que cumplan la mayoría de edad durante la vigencia de EL CONTRATO, permanecerán bajo dicha condición hasta la finalización de la cobertura del aporte correspondiente al mes de onomástico.
- 4.5 Si al momento que los **dependientes** y menores dependientes cumplen la mayoría de edad se encuentren hospitalizados, se le otorgará la cobertura hasta el momento de alta, no siendo excluido del contrato y el titular continuará abonando el aporte mensual correspondiente.
- 4.6 Las personas que cumplan sesenta (60) años, afiliadas en condición de TITULAR o dependiente de una afiliación familiar, pasarán de ésta a una Afiliación Individual, sin perjuicio de reconocer los meses aportados de todos los integrantes del contrato anterior.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y OTROS SERVICIOS

- 5.1 El SIS otorgará a EL TITULAR, a sus dependientes y menores dependientes, la cobertura contratada que comprende las siguientes prestaciones:
 - a) Prestaciones financiadas por el SIS a todos los asegurados al SIS Independiente, incluye:
 1. El PEAS
 2. Planes Complementarios
 3. El listado de enfermedades de Alto Costo de Atención y
 4. El listado de Enfermedades Raras o Huérfanas
 - b) Prestaciones administrativas, como traslados de emergencia dentro del territorio nacional, sepelio, alimentación, estancia y otras que establezca el SIS.



- 5.2 El SIS podrá incluir en la cobertura nuevas Tecnologías Sanitarias previa evaluación.
- 5.3 EL TITULAR declara conocer la cobertura de EL CONTRATO, que está publicada en forma detallada en el portal web institucional del SIS: www.sis.gob.pe.

CLÁUSULA SEXTA: EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- 6.1 Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiados por el SIS bajo ninguna modalidad.
- 6.2 Son exclusiones:
- Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.
 - Atenciones con otra fuente de financiamiento como: **Todo** Accidente de Tránsito **con o sin** SOAT excepto en **los siguientes supuestos:**
 - Cuando el vehículo tenga SOAT, el SIS cubrirá solo a partir de que los gastos médicos superen el importe de la cobertura del Fondo de Compensaciones del SOAT.**
 - Cuando el vehículo no tiene SOAT, el SIS solo cubrirá los gastos de sepelio por fallecimiento como consecuencia del accidente.**
 - En el caso de vehículos identificados que se hayan dado a la fuga, el SIS cubrirá solo a partir de que los gastos médicos superen el importe de la cobertura del Fondo de Compensaciones del SOAT.**
 - Estrategias y Programas.
 - Atención fuera del territorio nacional.

CLÁUSULA SÉPTIMA: INICIO DE COBERTURA

- 7.1 La fecha de inicio de cobertura para EL TITULAR, **dependientes** y menores dependientes se activa desde el día de efectuado el pago del primer aporte mensual por EL TITULAR, acto mediante el cual se acredita la condición de asegurado.
- 7.2 Si con posterioridad EL TITULAR incluye a otros **dependientes** y menores dependientes, el inicio de la cobertura de estos últimos será el día de efectuado el pago del primer aporte que corresponda, siempre que al momento del pago se encuentre registrado en la base de datos.
- 7.3 Es condición para el inicio de la cobertura que no se tenga deuda pendiente por atenciones recibidas por cualquiera de los seguros administrados por el SIS.

CLÁUSULA OCTAVA: PERIODO DE CARENCIA

- 8.1 No se aplicará período de carencia para las atenciones en **condición de emergencia Prioridad I y II**, de los diagnósticos comprendidos en el Plan de Cobertura, las intervenciones y prestaciones preventivo-promocionales relacionadas a las condiciones de población sana y traslados **en condición de emergencia Prioridad I**.
- 8.2 Para la atención de las condiciones obstétricas es necesario que la concepción se haya producido dentro del periodo de vigencia de EL CONTRATO, y podrá ser atendido desde aquel momento.
- 8.3 Para personas que no provengan de ningún Plan de seguro del SIS, se aplicará un **período de carencia de treinta (30) días calendario contados desde** la fecha de inicio de la cobertura, con excepción de las atenciones indicadas en los numerales 8.1 y 8.2.

CLÁUSULA NOVENA: PERIODO DE ESPERA

- 9.1 Se aplicará un periodo de espera **mínimo** de dos (02) meses, **contados a partir de la culminación del periodo de carencia** para las siguientes intervenciones quirúrgicas programadas:
- Miomatosis Uterina
 - Hipertrofia prostática
 - Cataratas
 - Glaucoma
 - Colelitiasis
 - Hernia inguinal
 - Hernia Umbilical
- 9.2 No se aplicará periodo de espera para las atenciones de emergencia de las intervenciones quirúrgicas programadas, señaladas en el numeral anterior.
- 9.3 No se aplicará periodo de espera para las afiliaciones generadas por motivo de actualización de la base de datos de afiliaciones al Régimen de Financiamiento Subsidiado de acuerdo al Padrón General de Hogares del MIDIS.
- 9.4 No se aplicará el periodo de espera para el asegurado con afiliación activa de alguno de los planes de seguro de salud del SIS, que transite al "Seguro Independiente. Para el caso del tránsito de los asegurados del Seguro "SIS Para todos", la no aplicación del periodo de espera se dará por única vez.

CLÁUSULA DÉCIMA: NO APLICACIÓN DEL PERIODO DE CARENCIA

- 10.1 Los períodos de carencia no se aplicarán, en los siguientes casos:



- a) Cuando se haya renovado EL CONTRATO.
- b) **Cuando el asegurado de alguno de los planes de seguro de salud del SIS transite al “Seguro Independiente”. Para el caso del tránsito de los asegurados del Seguro “SIS Para todos”, la no aplicación del periodo de carencia se dará por única vez.**
- c) Por afiliación generada por motivo de actualización de la base de datos de afiliaciones al Régimen de Financiamiento Subsidiado de acuerdo al Padrón General de Hogares del MIDIS.
- d) **Por afiliación de pacientes con enfermedad crónica que les obliga a continuar con tratamiento permanente, debidamente acreditada.**
- 10.2 Para la aplicación de la continuidad de las prestaciones a que se refiere la presente cláusula, EL TITULAR deberá iniciar la cobertura de EL CONTRATO dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contabilizados desde:
1. El día siguiente de la fecha de resolución del contrato, o cancelación de la afiliación, según corresponda al **plan de seguro de salud** del cual provenga.
 2. El día siguiente de cumplida la mayoría de edad.
- 10.3 La continuidad a que se refiere la presente cláusula se aplicará para efectos del cálculo de los períodos de carencia únicamente respecto de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.
- 10.4 Si EL TITULAR, sus **dependientes** y menores dependientes requieren atención médica durante el periodo comprendido entre el término de la condición anterior y el inicio de vigencia de EL CONTRATO, **los establecimientos de salud autorizados por el SIS** podrán brindar las prestaciones, aplicando los procedimientos de otorgamiento de prestaciones para no asegurados, facturando directamente a EL TITULAR el costo de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: AFILIACIÓN EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA

- 11.1 Para que proceda la afiliación en condición de emergencia el asegurado pagará el equivalente a seis (6) aportes por adelantado. El presente numeral es aplicable a eventos nuevos.
- 11.2 El SIS asumirá el costo de las atenciones de los asegurados en condición de emergencia prioridad I y II, una vez superada dicha condición el asegurado asumirá los costos posteriores de las prestaciones de salud que se le brinde en la IPRESS, el cual será certificado por el médico tratante de la misma. El presente numeral es aplicable para los asegurados que se encuentren en período de carencia.
- 11.3 No procede la afiliación en condición de emergencia cuando la persona se encuentra recibiendo atenciones en una IPRESS pública privada o mixta.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: AFILIACIÓN VIRTUAL

- 12.1 Los ciudadanos que registren su afiliación al Seguro “SIS Independiente” mediante el aplicativo informático de la página web del SIS o mediante el aplicativo móvil, son responsables del registro de los datos personales, siempre y cuando estos sean editables.

CLAUSULA DECIMA TERCERA: APORTES DE LOS ASEGURADOS

- 13.1 El pago del aporte otorga cobertura a EL TITULAR, dependientes y menores dependientes por los periodos determinados por el SIS.
- 13.2 El aporte es mensual y el pago de dicho aporte es por adelantado, debiendo ser efectuado como máximo el último día hábil de cobertura a que da derecho el pago anterior, salvo el pago del primer aporte, que debe efectuarse dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la fecha de generación del Formato Digital de Afiliación – SIS Independiente.
- 13.3 El aporte estipulado en EL CONTRATO, incluyendo los tributos creados o por crearse, serán de cargo de EL TITULAR y serán establecidos por el SIS.
- 13.4 Si el titular de una afiliación individual cancela por adelantado cinco (5) o más aportaciones mensuales, la aportación posterior se considerará cancelada, y si el titular de una afiliación familiar cancela por adelantado cuatro (4) o más aportaciones mensuales, la aportación posterior se considerará cancelada.
Una vez canceladas las aportaciones adelantadas no habrá devolución de los aportes cancelados.
- 13.5 Para los hijos y menores dependientes, de cinco (5) años afiliados al SIS Independiente que cumplan con realizar el control de crecimiento y desarrollo del niño sano, control de vacunas y descarte de anemia ordenados por el personal de salud; se considerará por cada año de cumplimiento de dichos indicadores, una aportación cancelada, considerándose como pagado el aporte posterior al año de cumplimiento de dichos indicadores.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES

- 14.1 La falta de pago de un aporte mensual, suspende la cobertura establecida en el CONTRATO, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento, sin necesidad de exigir el cumplimiento previo al pago.
- 14.2 Si EL TITULAR no se encuentra al día en el pago del aporte y requiera atención médica para los asegurados, los establecimientos de salud podrán brindar las prestaciones, facturando a EL TITULAR el costo de las mismas.
- 14.3 La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia. Si EL TITULAR cumple con ponerse al día en el pago del (los) aporte(s), EL TITULAR, dependientes y menores dependientes recobrarán el derecho a gozar de la cobertura de EL CONTRATO, a partir del día de efectuado el(los) pago(s) sin efecto retroactivo.
- 14.4 La falta de pago de seis (6) aportes mensuales consecutivos dará lugar a la resolución automática o de pleno derecho de EL CONTRATO, en aplicación de lo establecido en el numeral 14.1 de EL CONTRATO, procediendo a cancelar la afiliación de oficio.

- 14.5 De corresponder, podrá afiliarse nuevamente siempre y cuando cumpla con el pago de los aportes adeudados hasta antes de la resolución del contrato (no estará sujeto a carencia), caso contrario se podrá afiliar sometiéndose a lo dispuesto en las cláusulas Octava y Novena señaladas en el Contrato y demás condiciones.
Este numeral no aplica en el caso de que el incumplimiento del contrato se haya debido a la afiliación al régimen de financiamiento contributivo (ESSALUD y otros), debidamente acreditado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: LUGARES DE ATENCIÓN

- 15.1 La cobertura se otorgará a EL TITULAR, derechohabientes y menores dependientes exclusivamente en los establecimientos de salud al cual se encuentra adscrito; de requerir prestaciones de mayor complejidad podrá ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva para la atención.
- 15.2 Para los casos de emergencia, EL TITULAR, derechohabientes y menores dependientes, podrá(n) acceder a cualquier establecimiento de salud autorizados y/o contratados por el SIS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

- 16.1 EL CONTRATO se resolverá automáticamente o de pleno derecho de conformidad con el artículo 1430° del Código Civil, si EL TITULAR incumple con el **pago de seis (6) aportes** mensuales consecutivos. Se entenderá que el SIS ha cumplido con comunicar la aplicación de este numeral cuando EL AFILIADO o su representante legal se vean imposibilitados de pagar los aportes ante el ente recaudador, debido al bloqueo en el sistema de recaudación por el incumplimiento de pago de Seis (06) aportes mensuales consecutivos y/o cuando el SIS publique en su portal web institucional que EL CONTRATO ha sido resuelto de pleno derecho por dicha causal.
- 16.2 EL TITULAR, su representante legal o el SIS pueden resolver EL CONTRATO, sin expresión de causa. La resolución de EL CONTRATO por EL TITULAR, se solicitará ante el Centro de Digitación autorizado o **Canal de Atención**. La resolución del contrato por el SIS deberá ser comunicada por escrito a EL TITULAR o su representante legal con una anticipación de treinta (30) días calendario, sin perjuicio de también realizarla a través de la página web del SIS.
- 16.3 La resolución de EL CONTRATO no da derecho a la devolución de ningún aporte pagado con anterioridad.
- 16.4 En caso que EL TITULAR solicite la resolución de EL CONTRATO, ello no afectará a la atención originada durante su vigencia, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:
- a) En caso de encontrarse hospitalizado, al término de esta.
 - b) En caso de gastos de atención ambulatorio, a partir de la fecha de resolución de EL CONTRATO.
- 16.5 El SIS se reserva el derecho de iniciar las acciones legales correspondientes que se deriven de la aplicación de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: FALSEDAD DE INFORMACIÓN

- 17.1 EL SIS resolverá EL CONTRATO cuando se compruebe que EL ASEGURADO hubiese incurrido en cualquier declaración falsa o inexacta, asimismo, en caso de omisión, ocultación, reticencia o disimulación de hechos o circunstancias en la información proporcionada por EL ASEGURADO, así como el uso fraudulento de los beneficios que otorga EL CONTRATO, debiendo EL TITULAR, reembolsar el íntegro de las prestaciones que se hayan otorgado indebidamente y los demás conceptos que correspondan.
- 17.2 En los casos mencionados anteriormente, el SIS comunicará por escrito su decisión de resolver EL CONTRATO mediante comunicación a EL TITULAR.
- 17.3 **La resolución de EL CONTRATO no da derecho a la devolución de los aportes pagados con anterioridad.**

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

- 18.1 Cuando EL TITULAR fallece.
En este supuesto, el SIS continuará otorgando las prestaciones a sus dependientes y menores dependientes hasta la fecha de cobertura que da derecho el aporte previo al fallecimiento de EL TITULAR.
- 18.2 Al finalizar la vigencia de EL CONTRATO, siempre que no sea renovada.
- 18.3 Al incurrir en otras causales de cancelación.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: PLAZO DEL CONTRATO

- 19.1 El plazo de vigencia de EL CONTRATO es de un (1) año, contado a partir de la fecha el inicio de cobertura a que se refiere el numeral 7.1 de la Cláusula Séptima de EL CONTRATO, pudiendo ser renovado cada año.
- 19.2 La renovación de EL CONTRATO será automática, para lo cual EL TITULAR deberá pagar la aportación siguiente a la culminación del contrato.
- 19.3 Para efectivizarse la renovación de EL CONTRATO, EL TITULAR deberá efectuar el pago correspondiente al primer aporte por la renovación del contrato, antes del vencimiento de la cobertura.



19.4 A la renovación de EL CONTRATO, el SIS podrá establecer modificaciones en las coberturas y reajustes en los aportes de EL CONTRATO. En caso hubiera modificaciones en la cobertura, para el cómputo del período de carencia, se acumularán los meses aportados inmediatos anteriores a la suscripción del nuevo contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: INCOMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS ADMINISTRADOS POR EL SIS

- 20.1 En caso EL TITULAR, sus dependientes y menores dependientes se encuentren afiliados a cualquier otro Seguro financiado por el SIS, EL TITULAR, declara y acepta que con la suscripción de EL CONTRATO se resuelve en forma automática cualquier otro contrato.
- 20.2 En caso EL TITULAR, sus dependientes y menores dependientes adquieran con posterioridad a la suscripción de EL CONTRATO, la condición de afiliados en otro seguro de salud financiado por el SIS, EL TITULAR o su representante legal, declaran y aceptan que con dicha afiliación se resolverá EL CONTRATO en forma automática.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: INSTRUMENTOS

Forman parte del presente contrato:

Motivos o causales de Resolución de Contrato, el Listado de Diagnósticos Patológicos sujetos a periodo de espera, el Listado de Procedimientos Sujetos a Copagos y las Exclusiones Específicas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

- 21.1 Las partes señalan como domicilio el que fue reportado durante el procedimiento de afiliación correspondiente, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones o notificaciones vinculadas a EL CONTRATO. EL TITULAR es responsable de comunicar oportunamente la variación del domicilio, ante el Centro de Digitación autorizado o Canal de Atención.
- 21.2 Toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse de EL CONTRATO o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias que establece la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
- 21.3 EL CONTRATO se rige por las leyes aplicables en la República del Perú.

..... de.....de.....

DIRECTOR DE LA UDR
DNI:

EL TITULAR
DNI:



ANEXO N° I**MOTIVOS O CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO**

- a) Por brindar o presentar información o documentación falsa o adulterada para afiliarse. Será sustentado con el informe respectivo del Establecimiento de Salud o Centro de Digitación que lo detecte.
- b) Duplicidad de afiliación. Si cuenta con más de una afiliación vigente al SIS se anulará la afiliación que corresponda, de acuerdo con la prevalencia establecida en la normatividad vigente.
- c) Contar con otro seguro de salud o con derecho a otro seguro de salud. Si el (la) cónyuge/concubino o alguno de los padres, en el caso de los menores de edad, cuenta con otro seguro de salud vigente y pueden inscribirlo a dicho seguro como derechohabiente.
- d) Cambio de clasificación socioeconómica, de acuerdo con el Padrón General de Hogares (PGH) del SISFOH
- e) Cambio de domicilio por encontrarse en jurisdicción diferente a la UDR correspondiente a la afiliación inicial.
- f) Incumplimiento de pago de seis (06) aportaciones consecutivas.
- g) Desafiliación voluntaria. Será sustentado con la solicitud presentada por el asegurado o su representante ante la UDR o Centro de Digitación.
- h) Suplantación comprobada. Será sustentado con el informe respectivo del Establecimiento de Salud o Centro de Digitación que lo detecte.
- i) Ser contribuyente acogido al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y contar con los requisitos de afiliación para este Plan de seguro del SIS.
- j) Cumplimiento de la mayoría de edad de menores e hijos dependientes del seguro familiar, siempre que no tengan incapacidad total y permanente para el trabajo, esta baja será comunicada al Titular del Seguro.
- k) Fallecimiento. Se debe registrar la fecha de fallecimiento.

LISTADO DE DIAGNÓSTICOS PATOLÓGICOS SUJETOS A PERIODO DE ESPERA

DESCRIPCION DIAGNOSTICO	CIE - 10
LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	D250
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251
LEIOMIOMA SUBSEROSO DEL UTERO	D252
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259
CATARATA SENIL INCIPIENTE	H250
CATARATA SENIL NUCLEAR	H251
CATARATA SENIL, TIPO MORGAGNIAN	H252
OTRAS CATARATAS SENILES	H258
CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	H259
CATARATA INFANTIL, JUVENIL Y PRESENIL	H260
CATARATA TRAUMATICA	H261
CATARATA COMPLICADA	H262
CATARATA INDUCIDA POR DROGAS	H263
CATARATA RESIDUAL	H264
OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE CATARATA	H268
CATARATA, NO ESPECIFICADA	H269
SOSPECHA DE GLAUCOMA	H400
GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	H401
GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO CERRADO	H402
GLAUCOMA SECUNDARIO A TRAUMATISMO OCULAR	H403
GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACION OCULAR	H404
GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO	H405
GLAUCOMA SECUNDARIO A DROGAS	H406
OTROS GLAUCOMAS	H408
GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO	H409
HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	K400
HERNIA INGUINAL BILATERAL, CON GANGRENA	K401
HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K402
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	K403
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON GANGRENA	K404
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K409
HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	K420
HERNIA UMBILICAL CON GANGRENA	K421
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	K800
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	K801
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	K802
CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS	K803
CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS	K804
CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	K805
OTRAS COLECITIASIS	K808
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	N40X
PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	N812
PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	N813
PROLAPSO UTEROVAGINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	N814
PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO	N819

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA UNIDAD EJECUTORA SIS	CÓDIGO CIE-10
Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.	Z40 – Z 41
Atenciones con otra fuente de financiamiento (Ej.: Accidentes de Tránsito SOAT, estrategias y programas)	
Atención fuera del territorio nacional	



ANEXO N° 27
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN

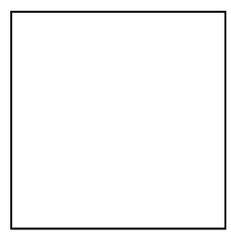
Por el presente documento, yo, identificado(a) con DNI/CE N°, manifiesto libremente mi voluntad de cancelar mi afiliación al Plan de Seguro de Salud "SIS", por lo que en el marco del artículo 4 y 5 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, y el artículo 5 y 77 de su Reglamento, adjunto la documentación que acredita que realizaré mi afiliación a la Institución Administradora de Fondo de Aseguramiento en Salud- IAFAS denominada.....al Plan de Seguro de Salud..... del cual tengo pleno conocimiento que mínimamente cobertura el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS¹.

La información consignada en la presente solicitud es verdadera y sujeta al principio de presunción de veracidad y privilegio de controles posteriores, establecidos en el TUO de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Para mayor conformidad, firmo la presente a losdías del mes de del año.....

_____ Firma

Nombre y Apellido del Declarante:.....
 N° DNI/CE:.....
 Dirección domiciliaria:.....
 N° Teléfono/celular:.....
 Correo electrónico:.....
 Adjunto N° 1:.....
 Adjunto N° 2:.....
 Adjunto N° 3:.....
 Adjunto N° 4:.....



Huella Digital

1. El Plan de Seguro de Salud mínimamente debe cubrir el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS. **NO** son considerados como Planes de Seguro de Salud:

- Los Planes referidos a una especialidad como la dental, maternidad, oncológica, cardiológica, entre otros.
- El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo- SCTR.
- Planes de Salud que cobren SOLO EL COMPLEMENTARIO.
- Planes de Salud que cobren PARTE DEL PEAS.
- Planes de Salud que cobren PARTE DEL PEAS Y COMPLEMENTARIO.

En caso de solicitud presentada en Canal de Atención presencial:

La cancelación de la afiliación al Plan de Seguro de Salud SIS ha sido realizada con éxito. El administrado en un máximo de noventa (90) días hábiles contados a partir de la cancelación del seguro SIS, debe figurar según el Sistema de Acreditación de Asegurados – SITEDS de SUSALUD (<http://app1.susalud.gob.pe/registro/>) como asegurado a un Plan de Seguro de Salud que cubra SOLO PEAS o PEAS Y COMPLEMENTARIO o el PLAN ESPECÍFICO, caso contrario será considerado como NO afiliado a un seguro de salud.

_____ Firma del responsable de la cancelación de la afiliación. Nombre del responsable:.....	_____ Firma del administrado
--	---------------------------------

En caso de solicitud presentada en Canal de Atención virtual:

Autorizo la notificación a la siguiente dirección electrónica: Asimismo, en un máximo de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción del correo SIS, me comprometo a confirmar la recepción del mismo.

Firma del administrado

