

ADENDA 01-2023

MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO DR AUNA

El presente documento contiene las modificaciones a las Condiciones Generales y Particulares del **CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA PREPAGADO DR AUNA**.

PRIMERO: OBJETO DE LA ADENDA

Mediante la presente adenda, y con la finalidad de actualizar las Condiciones Generales y Particulares, se añaden términos a la **CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES DEL PROGRAMA**, se precisa la cobertura de laboratorio en las condiciones particulares y se actualiza información en los **ANEXOS 1 y 2 y 3**

Las modificaciones contenidas en la presente adenda tendrán alcance obligatorio entre las partes a partir del **01 de febrero de 2023**, además de integrarse al contrato previamente suscrito.

SEGUNDO: DE LAS MODIFICACIONES

Conforme a lo indicado en el apartado anterior, se modifican las Condiciones Generales y Particulares, las cuales se detallan a continuación:

CONDICIONES GENERALES:

a) Se añaden las siguientes definiciones en la **CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES**

CLÁUSULAS ADICIONALES: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a uno o más contratos, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de aseguramiento, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

CONDICIONES ESPECIALES: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales y particulares.

PLAN DE SALUD: Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.

PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD: Documento que instrumenta el **CONTRATO** de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el **ASEGURADO** obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

b) Se modifican las siguientes definiciones en la **CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES:**

DICE	DEBE DECIR
CONTRATO: Documento que contiene las CLÁUSULAS GENERALES y CLÁUSULAS PARTICULARES que suscribe la IAFAS con el AFILIADO o CONTRATANTE , para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan.	CONTRATO: Documento que contiene las condiciones que suscriben la IAFAS con el AFILIADO o CONTRATANTE , para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.

<p>Formaliza la relación de afiliación y vincula a un AFILIADO con una IAFAS.</p>	
<p>DEDUCIBLE: Importe fijo a pagar por el AFILIADO por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican DEDUCIBLES se especifican en el PLAN DE SALUD de las CLÁUSULAS PARTICULARES del contrato. Una misma atención puede estar afecta al pago de COPAGO y DEDUCIBLE.</p>	<p>DEDUCIBLE: Importe fijo a pagar por el AFILIADO por los servicios cubiertos en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el PLAN DE SALUD de las CONDICIONES PARTICULARES del CONTRATO. Una misma atención puede estar afecta al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).</p>
<p>ENFERMEDAD CONGÉNITA: Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas”</p>	<p>ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.</p>
<p>EXCLUSIONES: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco De Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen</p>	<p>EXCLUSIONES: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.</p>
<p>PERÍODO DE CARENCIA: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 DÍAS calendario. En seguridad social es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un AFILIADO / ASEGURADO regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un AFILIADO / ASEGURADO potestativo, el período puede ser menor a 3 meses durante el cual el AFILIADO / ASEGURADO y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO / ASEGURADO. Las EMERGENCIAS no presentan períodos</p>	<p>PERÍODO DE CARENCIA: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un AFILIADO / ASEGURADO regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un AFILIADO / ASEGURADO potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el AFILIADO / ASEGURADO y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el CONTRATO. Los PERÍODOS DE CARENCIA se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO / ASEGURADO.</p>

<p>de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.</p>	<p>Las emergencias no presentan PERÍODOS DE CARENCIA en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el PERÍODO DE CARENCIA en ninguna clase de emergencia.</p> <p>En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción. Por ningún motivo, puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el PERÍODO DE CARENCIA.</p>
---	--

c) Se modifican las siguientes cláusulas:

DICE	DEBE DECIR
<p>CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES La IAFAS otorga cobertura a el AFILIADO / ASEGURADO o los AFILIADOS / ASEGURADOS, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las CLÁUSULAS PARTICULARES que forman parte integrante del presente CONTRATO</p>	<p>CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES La IAFAS otorga cobertura a el AFILIADO / ASEGURADO o los AFILIADOS / ASEGURADOS, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente CONTRATO. (....) y se añade: En el caso de las IAFAS EPS, la cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos los AFILIADOS / ASEGURADOS regulares y potestativos registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos; la cobertura y los costos del presente plan para los AFILIADOS potestativos son iguales a los de ASEGURADOS regulares.</p>
<p>CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD De requerirse a el AFILIADO / ASEGURADO o los AFILIADOS / ASEGURADOS una DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente CONTRATO o durante su vigencia, el ASEGURADO o los ASEGURADOS no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones. En ningún caso, los AFILIADOS / ASEGURADOS pagan el costo del citado</p>	<p>CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD De requerirse a el AFILIADO / ASEGURADO o los AFILIADOS / ASEGURADOS una DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente CONTRATO o durante su vigencia, el ASEGURADO o los ASEGURADOS no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración. La IAFAS que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.</p>

examen médico, debiendo definirse en las CLÁUSULAS PARTICULARES la persona que asume el costo de dicho procedimiento.	
<p>CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL</p> <p>Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente CONTRATO rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente CONTRATO tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con noventa (90) DÍAS de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los AFILIADOS tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.</p>	<p>CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL</p> <p>Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente CONTRATO rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente CONTRATO tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los AFILIADOS tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.</p>
<p>CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS</p> <p>Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la ENTIDAD EMPLEADORA y la IAFAS - EPS, así como las que se susciten entre la IAFAS - EPS y los ASEGURADOS, derivadas del presente CONTRATO, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio CONTRATO o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.</p>	<p>CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS</p> <p>Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la ENTIDAD EMPLEADORA y la IAFAS - EPS, así como las que se susciten entre la IAFAS EPS u otras IAFAS y los AFILIADOS / ASEGURADOS, derivadas del presente CONTRATO, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.</p>

d) **Adicionalmente, se añade una nueva cláusula:**

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La IAFAS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus ASEGURADOS, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior PLAN DE SALUD, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley

N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

En el caso de la IAFAS EPS, se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el **PLAN DE SALUD** de las Entidades Prestadoras de Salud y Reglamento.

CONDICIONES PARTICULARES:

a) Se retira el siguiente texto de la cobertura de Estudios de laboratorio e imágenes:

"(...) con la opción de toma muestra a domicilio para el caso de los exámenes de laboratorio, según zonas de cobertura detalladas en la página web disponible en el siguiente link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. (...)"

ANEXOS:

a) Se añade las siguientes secciones al Anexo 1 – Plan de salud:

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

Comprende un conjunto de condiciones e intervenciones complementarias al PEAS. Se encuentran sujetas a condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas libremente por las partes y en el caso de afiliados a las IAFAS EPS su cobertura no implica la pérdida del derecho del trabajador a atenderse en ESSALUD.

COBERTURAS DE SALUD

El presente programa corresponde a un PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO. (Límites y condiciones por acuerdo de partes)

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al PEAS y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, se describen como:

PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO

Comprende la atención de contingencias no incluidas en el PEAS, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al PEAS y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, se describen como:

PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO

Comprende la atención de contingencias no incluidas en el PEAS, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

b) Se hacen las siguientes modificaciones en las condiciones de suscripción:

DICE	DEBE DECIR
SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte	SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: Rige a partir del primer día del mes en curso habiendo cancelado el primer aporte
PERIODO DE CARENCIA: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas de éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa.	PERIODO DE CARENCIA: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas de éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de inicio de vigencia.

c) Se incluyen las IPRESS de atención según cobertura en la tabla de beneficios

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN BÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN CLÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta	Hasta S/60.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivado de la teleconsulta	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN PLUS		CLINICA	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	Pediatría, Dermatología, Neumología, Nutrición, Medicina Familiar, Geriátrica, Endocrinología, Gastroenterología y Cardiología Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivado de la teleconsulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Atención de Consulta	Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Urología ² Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.		Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%
Medicamentos derivados de la consulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	S/0.00 Sin deducible		0%	100%
Laboratorio derivado de la consulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	S/0.00 Sin deducible		0%	100%
Imágenes derivado de la consulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	S/0.00 Sin deducible		0%	100%

Atención en sala de emergencia (Médica y/o Accidental)	Hasta S/ 2,000.00 (Sin IGV) en la anualidad	Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
---	---	--	-------------------------	----	------

d) Se añade la sección “Actualización de datos” en el Anexo 2:

El CONTRATANTE asume la responsabilidad de comunicar debidamente a la IAFAS a través de los medios de comunicación señalados en el Anexo 6 (físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la legislación nacional), toda actualización o cambio en lo referente a sus datos personales o de contacto, así como sobre sus medios de pago, para evitar cualquier perjuicio en las comunicaciones, reconocimiento y atención de sus beneficios correspondientes al programa y plan contratado.

e) Se incluye el “método de reajuste de aportes” en el Anexo 2:

RANGOS DE SINIESTRALIDAD	COPAGO	COBERTURA HOSPITALARIA/AMBULATORIA		VARIACIÓN DE APORTES
S <= 60%	NO	NO	NO	0 - 15%
60% < S <= 100%	Copago x 1.50	NO	NO	15% - 35%
100% < S <= 150%	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	(S - 60%) * 1.1
S > 150%	Copago x 1.50	Cobertura -10%	Cobertura -10%	(S - 60%) * 1.2

Condiciones:

- La aplicación del reajuste estará sujeta a cambios en la inflación médica y a los gastos relacionados a la operativa del producto.
- La aplicación del reajuste es procedente siempre que la IAFAS cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de copagos y aportes se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

f) Se modifica una exclusión en el anexo 3:

DICE	DEBE DECIR
7. Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de Telemedicina. tales como, sin limitarse a: chequeos médicos, despistajes, prestaciones en o de EMERGENCIA, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Telemedicina.	7. Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de Teleconsulta cubierta por el programa. Tales como, sin limitarse a: dispensación de farmacia, exámenes de laboratorio, exámenes de imágenes, procedimientos médicos, chequeos médicos, despistajes, prestaciones en salas de emergencia, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, hospitalizaciones, atenciones domiciliarias, entre otras, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Teleconsulta.

TERCERO: INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia de que las cláusulas del contrato primigenio que no hayan sido modificadas por la presente Adenda, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.

Código OS.SP.P.02.76
Revisión: 00



Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial