CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA: 19 FEB 2025
G.P.L. LEY 27444
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

# RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL Nº 081 -2025-GRL-GR.

**Belén,** 17 de enero del 2025

**Visto,** el **Proveído N° 004-2025-GRL-GR**, de fecha 02 de enero de 2025, la Gobernación Regional de Loreto, deriva el **Oficio N° 000001-2025-SIS/GMRO-UDRLOR**, de fecha 02 de enero de 2025, de la Dirección de la Unidad Desconcentrada Regional de Loreto, para la suscripción del **CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS – v01"**, para revisión, opinión legal y proyectar el acto resolutivo correspondiente, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme lo establece el artículo 191 de la Constitución Política del Estado, modificado por la Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo IV del Título IV sobre Descentralización, Ley N° 30305, Ley de Reforma de los artículos 191, 194 y 203 de la Constitución Política del Perú y demás modificatorias, en concordancia con el artículo 2 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias, que en su artículo 2 establece: "Los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular. Son personas jurídicas de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo, para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal;

Que, de conformidad con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba las disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral, en concordancia con el artículo 12 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, modificado por Decretos Supremos N° 012-2017-SA y N° 025-2018-SA, la transferencia de fondos o pago que efectué el Seguro Integral de Salud – SIS, requiere suscripción obligatoria de un Convenio o Contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables, en las cuales podrán establecerse diferentes modalidades y mecanismos de pago;

Que, mediante **Oficio N° 000001-2025-SIS/GMRO-UDRLOR**, de fecha 02 de enero de 2025, el Director de la Unidad Desconcentrada Regional de Loreto, remite al Gobernador Regional de Loreto, para suscripción de Convenio entre el Seguro Integral de Salud – SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL y el Gobierno Regional de Loreto, para el financiamiento de las prestaciones brindadas, a sus asegurados – v 01; y con Proveído N° 0004-2025-GRL-GR, del 02 de enero de 2025, se deriva a la Gerencia Regional de Asesoría Jurídica, para evaluación y opinión legal;

Que, mediante **Oficio N° 074-2025-GRL-GGR-GRPPIP**, de fecha 08 de enero de 2025, la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto e Inversión Pública, remite el **Oficio N° 009-2025-GRL-GGR-GRPPIP-OEPE**, de fecha 07 de enero de 2025, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Estadística e **Informe Técnico N° 01-2025-GRL-GGR-GRPPIP-OEPE/DPDA,** del 06 de enero de 2025, elaborado por el Planificador – OEPE - GRPPIP, que concluye con opinión técnica **favorable**, para la suscripción del **CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS – v01"**, precisando, lo siguiente: **1)** que el objeto del Convenio de Gestión guarda coherencia con el Objetivo establecido en el Plan de Desarrollo Regional Concertado Loreto al 2033 – OER.2: "Generar condiciones de vida saludables en la población de Loreto", y AER.2: "Acceder a servicios integrales de salud en la población de Loreto"; a su vez, al Objetivo Estratégico Institucional (OEI.03.11. Mejorar las condiciones de los servicios de salud para la población, AEI.03.11.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA: ... de ... del 20
19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

# RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL N° 081 -2025-GRL-GR.

**Belén,** 17 de enero del 2025

**SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS – v01"**, precisando, lo siguiente: **1)** que el objeto del Convenio de Gestión guarda coherencia con el Objetivo establecido en el Plan de Desarrollo Regional Concertado Loreto al 2033 – OER.2: "Generar condiciones de vida saludables en la población de Loreto", y AER.2: "Acceder a servicios integrales de salud en la población de Loreto"; a su vez, al Objetivo Estratégico Institucional (OEI.03.11. Mejorar las condiciones de los servicios de salud para la población, AEI.03.11. Infraestructura y equipamiento de Establecimientos de Salud para el cierre de brechas en el departamento) en el Plan Estratégico Institucional del Gobierno Regional de Loreto 2024–2030. **2)** El presente Convenio implica una transferencia de recursos (ingreso) y administración de recursos según lo señalado en la Cláusula Octava: Obligaciones de EL PRESTADOR, en consecuencia, es independiente de la autorización del área presupuestal competente;

Que, de la revisión y evaluación a la documentación, que anexa el expediente administrativo, remitido por la Unidad Desconcentrada Regional de Loreto - Seguro Integral de Salud (SIS), referido al CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS – v01", se encuentra enmarcadas dentro de las normas legales vigentes que sustentan su aplicación, según la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias, cuyo objeto converge con el Plan de Desarrollo Regional Concertado, Loreto al 2033, aprobado por Ordenanza Regional N° 008-2023-GRL-CR, del 22 de agosto de 2023, en el cual establece en uno de sus objetivos: Objetivo Estratégico Regional – OER N° 2: "Generar condiciones de vida saludables en la población de Loreto", por lo que esta Gerencia Regional, emite opinión favorable, para la suscripción y aprobación del Convenio citado;

Que, contando con el **INFORME LEGAL N° 029-2025-GRL-GGR-GRAJ**, y con las **visaciones** de la Gerencia Regional de Asesoría Jurídica; Gerencia Regional de Administración, Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto e Inversión Pública, Gerencia General Regional del Gobierno Regional de Loreto, y.

En uso a las atribuciones conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Loreto, aprobado por Ordenanza Regional N° 04-2022-GRL-CR, de fecha 11 de marzo de 2022.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR Y AUTORIZAR,** el **CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS – v01"**, tiene por objeto, que **EL PRESTADOR,** a través de sus Unidades Ejecutoras – UE e IPRESS públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, se obliga a brindar los servicios de salud y administrativos a los asegurados de **LAS IAFAS**, que se encuentran debidamente acreditados; y, **LAS IAFAS** se obligan a financiar los servicios de salud a sus asegurados por **EL PRESTADOR**, y financiará prestaciones administrativas, conforme al marco normativo vigente.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA: ... del 20...
19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

Conste por el presente documento, el Convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud - SIS , que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE LORETO**, con R.U.C. Nº 20493196902, con domicilio legal en Av. Jose Abelardo Quiñones Km. 1.5 Villa Belen, distrito de Belen, provincia de Maynas, departamento de Loreto, debidamente representada por su Gobernador Regional, **JORGE RENE CHAVEZ SILVANO**, identificado con DNI N° 41103058, acreditado mediante Resolución N° **01799-2022-JEE-MAYN/JNE**, de fecha 29 de Noviembre del 2022, al que en adelante se denominará **"EL PRESTADOR"**; y, de la otra parte, la **IAFAS SEGURO INTEGRAL DE SALUD,** Unidad Ejecutora 001 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio legal en la Av. Paseo de la República N° 1645, distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10001 representado por su Jefe, M.C. **LUIS NAPOLEON QUIROZ AVILES,** identificado con DNI N° 08703120, designado mediante Resolución Suprema N° 005-2024-SA, de fecha 31 de Mayo del 2024, a la cual en adelante se denominará **"LA IAFAS SIS"**, y la **IAFAS FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD,** Unidad Ejecutora 002 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20546736718, con domicilio legal en Calle 41 N° 840, Urbanización Córpac, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10003, representada por su Jefe (e), M.C. **MARCO ANTONIO SALAZAR ROJAS,** identificado con DNI N° 08842698, designado mediante la Resolución Jefatural N° 119-2024-SIS/J de fecha 15 de Agosto del 2024, a la cual en adelante se le denominará **"LA IAFAS FISSAL"**; sin perjuicio y que por fines de practicidad se les denominará a ambas IAFAS como **"LAS IAFAS"**, de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL**

1.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
1.2 Ley N° 27812, Ley que determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
1.3 Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
1.4 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
1.5 Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas
1.6 Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
1.7 Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
1.8 Ley Nº 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas en el Perú.
1.9 Ley N°30225, Ley General de Contrataciones Públicas.
1.10 Ley N°31125, Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma.
1.11 Ley N°31336, Ley Nacional del Cáncer.
1.12 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025- Ley N° 32185
1.13 Ley N°32016, Ley que modifica la Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud para incorporar al Seguro Integral de Salud (SIS) a los peruanos residentes en el exterior.
1.14 Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba las Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud y su Reglamento.
1.15 Decreto Legislativo N° 1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado.
1.16 Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud.
1.17 Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
1.18 Decreto Legislativo N° 1436 Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
1.19 Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital y su Reglamento.
1.20 Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad y su reglamento.
1.21 Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.

V. HARO
M. GUTIÉRREZ R.
J. RAMÍREZ C.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA: 19 FEB 2025

48



uso de los recursos destinados a su adquisición y distribución, a favor de afiliados al Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud".

1.47 Resolución Jefatural N.° 231-2022-SIS/J, que aprueba la Directiva N° 014-2022- SIS/GREP-V.01 "Directiva que establece el procedimiento de levantamiento de observaciones de los formatos únicos de atención en el proceso de evaluación automática del Seguro Integral de Salud".

1.48 Resolución Ministerial N° 1156-2023/MINSA, que aprueba el listado de equipamiento menor o básico del sector salud para el fortalecimiento de los establecimientos de salud de las categorías I-3 y I-4 del primer nivel de atención de salud.

1.49 Resolución Ministerial N.° 1004-2023-MINSA, que establece en seis (06) Unidades Impositivas Tributarias (UIT) el umbral para los medicamentos y los productos biológicos de alto costo.

1.50 Resolución Ministerial N° 339-2024/MINSA, que modifican la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID, "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED.

1.51 Resolución Ministerial N°451-2024/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°360-MINSA/DGAIN-2024, "Mejora de la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para los asegurados del seguro integral de salud en casos de emergencias médicas y/o quirúrgicas en las IPRESS con convenio SIS"

1.52 Resolución de Superintendencia N° 121-2019-SUSALUD/S, aprueba las Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo SITEDS.

1.53 Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, aprueba las Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS).

1.54 Resolución Jefatural N° 071-2012/SIS, que aprueba la Directiva N° 001-2012-SIS/GNF, "Directiva que regula el Pago de Procedimientos brindados por un proveedor público o privado al Asegurado/Inscrito del Seguro Integral de Salud".

1.55 Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, mediante la cual se aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por la Unidad Ejecutora 002 – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para los asegurados del Seguro Integral de Salud.

1.56 Resolución Jefatural N° 026-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa que regula el funcionamiento de las Oficinas de Atención al Asegurado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS Públicas.

1.57 Resolución Jefatural N° 022-2019-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Guía Operativa N° 01-2019-SIS-FISSAL "Guía Operativa de Asignación y Reasignación de Asegurado SIS que requieren Hemodiálisis en las IPRESS privadas a nivel nacional".

1.58 Resolución Jefatural N° 271-2017/SIS, se aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2017-SIS/GA-V.01, que Reglamenta la Atención a la Ciudadanía en los Canales de Atención del Seguro Integral de Salud.

1.59 Resolución Jefatural N° 187-2019/SIS, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-SIS/FISSAL-DIGEA-DIF-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Autorización y Financiamiento de las Prestaciones Administrativas en el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL."

1.60 Resolución Jefatural N° 002-2020-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS-FISSAL "Directiva administrativa para el cálculo de la transferencia y liquidación de los recursos financieros otorgados a las Unidades Ejecutoras por las prestaciones de salud y administrativas brindadas a los asegurados del SIS con cobertura FISSAL".

1.61 Resolución Jefatural N°112-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2020- SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud", publicado en el diario oficial El Peruano, el 19 de setiembre de 2020 y sus modificatorias.

1.62 Resolución Jefatural N°121-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°002-2020-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula la gestión de reclamos en salud de los usuarios del Seguro Integral de Salud y sus modificatorias.

1.63 Resolución Jefatural N° 185-2021/SIS que aprueba la directiva Administrativa N° 003- 2021-SIS/GNF-V.01, "Directiva Administra que regula el procedimiento de liquidación de las Prestaciones brindadas a los asegurados al SIS".

V. HARO
M. GUTIÉRREZ R.
J. RAMÍREZ C.
A. CHAVARRY

## CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

3.1. La **IAFAS SIS** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, con Registro de IAFAS N° 10001, constituido en Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en virtud a lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficio le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud, de acuerdo a las normas vigentes. Asimismo, en el artículo 11 del Decreto. Legislativo N 1163, se dispone que todos los asegurados de la IAFAS SIS son asegurados del Fondo Intangible Solidario de Salud.

3.2. La **IAFAS FISSAL** mediante Ley N° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", fue creado como Unidad Ejecutora N° 002 del Pliego SIS; con Registro de IAFAS N° 10003; con la finalidad de financiar la atención de las enfermedades de alto costo, enfermedades raras o huérfanas y procedimientos de alto costo.

3.3. **EL GOBIERNO REGIONAL**, conforme a lo dispuesto en el artículo 191 de la Constitución Política del Perú, tiene autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia. Asimismo, de conformidad con el artículo 192, este promueve y conduce las actividades en materia de salud, dentro de su ámbito de competencia. Para los fines del presente convenio el Gobierno Regional se denomina **EL PRESTADOR,** término que incluye en forma conjunta o indistinta a las UE e IPRESS públicas inscritas en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte del presente Convenio y que se detallan en el Anexo N° 01 del presente convenio.

## CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente Convenio **EL PRESTADOR**, a través de sus Unidades Ejecutoras - UE e IPRESS públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, se obliga a brindar los servicios de salud y administrativos a los asegurados de **LAS IAFAS**, que se encuentran debidamente acreditados; y, **LAS IAFAS** se obligan a financiar los servicios de salud a sus asegurados por **EL PRESTADOR,** y financiará prestaciones administrativas, conforme al marco normativo vigente.

## CLÁUSULA QUINTA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Para efecto del presente convenio, las siguientes definiciones y acrónimos tendrán los significados que a continuación se indican:

**Acreditación:**
Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho de cobertura.

**Adscripción:**
Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada.

**Ajustes:**
Es el importe referido a reembolsos (ajuste positivo) o descuentos (ajuste negativo), que son determinados por procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento, calidad de la atención, financiera y relacionada, siendo aplicado en el proceso de liquidación de las prestaciones.

**Alimentación a Gestantes o Puérperas Alojadas en Casa Materna:**
Es la asignación de alimentación diaria que reciben las gestantes y/o puérperas afiliadas al SIS alojadas en Casa Materna según tarifa aprobada por la IAFAS SIS.

**Asegurado o Afiliado:**

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
ARTURO GARCIA SOLIS
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

**Guías de práctica clínica:**
Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

**Liquidación de Prestaciones:**
Instrumento financiero mediante el cual **LAS IAFAS** determinan el saldo financiero de las prestaciones ejecutadas por UE, aplicado a los mecanismos de pago, cuyo resultado del saldo puede ser a favor de la UE (saldo negativo) o a favor de **LAS IAFAS** (saldo positivo).

**Marco Presupuestal:**
Importe constituido por las transferencias financieras regulares, el saldo de balance del periodo anterior, el importe asignado a CENARES para la compra centralizada. Asimismo, incorpora las deducciones según corresponda.

**Mecanismo de Pago:**
Es la forma en que **LAS IAFAS** estructuran u organizan la retribución económica al proveedor de servicios de salud por las prestaciones convenidas o contratadas, para generar distintos incentivos para la eficacia y la calidad para atender las necesidades de salud de la población.

**Modalidades de pago:**
Son los diferentes medios mediante los cuales **LAS IAFAS** retribuye económicamente al prestador, el valor/costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco de un convenio y/o contrato suscrito.

**Paciente ámbito VRAEM:**
Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención directa y de influencia del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro – VRAEM.

**Paciente ámbito Amazónico:**
Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana en el marco de la normativa establecida.

**Periodo de Producción:**
El tiempo durante el cual los prestadores pueden registrar en los aplicativos del SIS, la información de las atenciones brindadas a los asegurados que serán consideradas en la valorización de las prestaciones que realizan **LAS IAFAS**, según corresponda.

**Plan de Beneficios SIS:**
Son las prestaciones financiadas por el SIS a todos los asegurados a los dos regímenes de financiamiento con los que cuenta el SIS.

**Prestaciones Administrativas (por expediente):**
Son servicios Complementarios a la prestación de salud brindados por las IPRESS o Proveedores, tales como: traslado de emergencia, traslado y estadía de paciente oncológico estable, asignación por alimentación en casa maternas para gestantes y/o puérperas, procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional, prestación económica de sepelio regular, y otros que apruebe la autoridad.

**Prestación de salud:**
Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS de acuerdo con su categoría y según etapa de vida correspondiente. Pueden ser prestaciones promocionales, preventivas, recuperativas, paliativas y de rehabilitación, se desarrollan de forma intramural y extramural. No incluye prestaciones administrativas.

**Traslado de Emergencia:**

Es el transporte del paciente asegurado SIS en condición de emergencia médica y/o quirúrgica, con el fin de completar o complementar el proceso de atención definitiva. Comprende el traslado por referencia de emergencia médica y/o quirúrgica y la contrarreferencia. Dicho traslado puede realizarse en el ámbito interprovincial, regional o nacional, a través de diferentes medios de transporte, de acuerdo a la indicación del profesional de la salud que refiere o contrarrefiere, según corresponda.

**Traslado de paciente oncológico estable:**

Es la prestación administrativa que se otorga cuando el asegurado SIS con cobertura FISSAL es referido desde una IPRESS OR a una IPRESS DR para el inicio o continuidad de su atención. El traslado puede efectuarse por medio terrestre, aéreo, acuático o mixto; incluye el pasaje de ida y retorno.

**ACRÓNIMOS**

| | |
|---|---|
| **ARFSIS** | Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud. |
| **ANM** | Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, actualmente la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. |
| **CLAS** | Comunidad Local de Administración en Salud. |
| **CONCILIACONAR** | Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud. |
| **CE** | Carné de Extranjería. |
| **CUI** | Código Único de Identificación. |
| **CENARES** | Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. |
| **CPMS** | Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios. |
| **DICOE** | Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones de alto costo del FISSAL. |
| **DIF** | Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo del FISSAL. |
| **DIGEA** | Dirección de Gestión del Asegurado de prestaciones de alto costo del FISSAL. |
| **DIGEMID** | Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. |
| **DM** | Dispositivos médicos. |
| **DNI** | Documento Nacional de Identidad. |
| **DIRIS** | Dirección de Redes Integradas de Salud del Ministerio de Salud. |
| **DyT** | Donaciones y Transferencias. |
| **FTP** | Protocolo de transferencias de ficheros. |
| **FUA** | Formato Único de Atención. |
| **GA** | Gerencia del Asegurado del SIS. |
| **GMR** | Gerencia Macroregional.del SIS. |
| **GNF** | Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS. |
| **GORE** | Gobierno Regional |
| **GREP** | Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones del SIS |
| **IAFAS** | Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud. . |
| **IPRESS** | Institución Prestadora de Servicios de Salud. |
| **ICI** | Informe de Consumo Integrado. |
| **MINSA** | Ministerio de Salud. |
| **NRUS** | Nuevo Régimen Único Simplificado. |
| **OAA** | Oficina de Atención al Asegurado. |
| **OCI** | Órgano de Control Institucional. |
| **OGTI** | Oficina General de Tecnología de la Información del SIS. |
| **OTI** | Oficina de Tecnología de la Información del FISSAL. |
| **PEAS** | Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. |
| **PF** | Productos Farmacéuticos. |
| **PNUME** | Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales |

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original FECHA: 09 FEB 2023

40

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

7.5. Realizar visitas programadas o inopinadas a **EL PRESTADOR** a través de las GMR/UDR (con la autorización de la GMR) u otro órgano de **LAS IAFAS**, para la validación de la información registrada/remitida a **LAS IAFAS** en materia financiera, prestacional y de aseguramiento y, de corresponder, realizará los ajustes a las liquidaciones o las deducciones al marco presupuestal según el presente convenio.

7.6. Realizar el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las condiciones definidas en el presente convenio.

7.7. Poner a disposición de **EL PRESTADOR** los aplicativos informáticos y/o servicios electrónicos de transferencia de información de acuerdo a la normativa vigente y herramientas de gestión, los que permiten registrar y/o enviar a **LA IAFAS SIS** las prestaciones brindadas a sus asegurados de manera oportuna y calidad a fin de impulsar la implementación del FUA digital y la Historia Clínica Electrónica.

7.8. Poner a disposición a un usuario único asignado por **EL PRESTADOR** la información registrada, a través de un acceso de un FTP (Protocolo de transferencias de ficheros). Poner a disposición a un usuario único asignado por **EL PRESTADOR** la información en el sistema SIGEPS para la visualización de las prestaciones (FUAS) de manera detallada: liquidación de farmacia, códigos prestacionales con su respectiva tarifa reembolsada, etc.

7.9. Brindar asistencia técnica a **EL PRESTADOR** sobre los procesos que desarrollen **LAS IAFAS** en el marco del presente convenio.

7.10. **LAS IAFAS** emitirán los documentos técnicos que correspondan para la Operativización del presente Convenio.

7.11. Informar a los Órganos de Control correspondientes sobre presuntas irregularidades detectadas en el ámbito de **EL PRESTADOR** en el marco del presente convenio y al amparo de lo dispuesto en la normativa vigente.

7.12. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con **EL PRESTADOR**, a través de los canales de comunicación implementados por **LAS IAFAS**.

7.13. Brindar oportunamente información a **EL PRESTADOR**, sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.

7.14. Financiar los traslados de los asegurados que gestione la IPRESS de **EL PRESTADOR**, según normativa vigente. La **IAFAS FISSAL**, de acuerdo a su cobertura, financiará las prestaciones por traslado de paciente oncológico estable.

7.15. Informar a **EL PRESTADOR** sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LAS IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.

7.16. **LAS IAFAS** financian la cobertura del PEAS y Plan Complementario de los afiliados en el marco de la normativa vigente.

7.17. Coadyuvar en el marco de las competencias de **LAS IAFAS** en la gestión de la referencia de los asegurados a otras IPRESS que conforma otra red de atención de salud cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, y cuando la Dirección Regional o unidad ejecutora no haya podido referirlo a otra IPRESS de la red de **LAS IAFAS**, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normatividad vigente, a fin de asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los asegurados, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia y de acuerdo a las disposiciones establecidas en las normas sanitarias correspondientes.

7.18. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones, de conformidad con las normas vigentes.

7.19. Las solicitudes de incorporación de las IPRESS serán evaluadas y propuestas para la debida incorporación de los procedimientos médicos y sanitarios al tarifario del SIS, en caso cumplan con los requerimientos que exige la normativa vigente, garantizando así que el pago de las prestaciones se efectúe de manera transparente y eficiente.

7.20. Publicación periódica a través del servicio FTP la data de la producción de los FUAs que superan las reglas de consistencia, padrón de asegurados, la producción valorizada SME y la actualización de los catálogos maestros para la generación de reportes, informes e indicadores a nivel de Unidad Ejecutora.

V. HARO

**OBLIGACIONES EXCLUSIVAS DE LA IAFAS SIS:**

7.21. Afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente, así como a los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en el territorio nacional, que no cuenten con un seguro de salud, con esta afiliación se garantizará la cobertura, de acuerdo con el plan de seguro que le corresponda.

M. GUTIÉRREZ R.

7.22. **LA IAFAS SIS** en cumplimiento de la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal correspondiente, como marco presupuestal la distribución realizada por CENARES a nivel de Unidad Ejecutora para la compra centralizada de PF, DM y PS en favor de los asegurados al SIS.

7.23. La IAFAS SIS pondrá a disposición del Prestador, reportes de producción y digitación de prestaciones realizadas a usuarios afiliados al SIS y a otras IAFAS por motivos estadísticos.

J. RAMÍREZ C.

✓ SB Prestaciones de salud.

✓ SB ampliación DU 046 -2021 Prestaciones de Salud

✓ SB Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (traslados aéreos y no aéreos en condición de emergencia de prioridad I y II, de corresponder), procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional y alimentación en casas maternas.

✓ SB ampliación DU 046-2021 Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (traslados aéreos y no aéreos, de corresponder), procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional y alimentación en casas maternas.

8.11.2. **LA IAFAS FISSAL:**

✓ SB DU 046 -2021 - Prestaciones de Salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

✓ SB Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo con la especifica de gasto 23.27.11 99 Servicios Diversos)

✓ SB No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con la especifica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud)

✓ SB Prestaciones de salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.11.3. OTROS FINANCIADORES (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.11.4. En caso que la Unidad Ejecutora tuviera variaciones en los Saldos de Balance posterior a la evaluación de los Objetivos Financieros, tiene la responsabilidad de remitir a la UDR/GMR el EP1 actualizado debidamente firmado y sellado, con su respectivo informe técnico de sustento", para su actualización en los sistemas de información del SIS.

8.12. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales exclusivas (SECFUN) y/o cadenas programáticas funcionales, la incorporación de los recursos transferidos al presupuesto institucional. Cada incorporación y/o modificación debe ser comunicada a LAS IAFAS, según corresponda, dentro de los 5 días posteriores de realizada, de acuerdo a los siguientes criterios:

**8.12.1. LA IAFAS SIS:**

✓ Transferencia Prestaciones de salud

✓ Transferencia Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (traslados aéreos y no aéreos en condición de emergencia de prioridad I y II, de corresponder), procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional y alimentación en casas maternas.

✓ Transferencia Ley N° 31953 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones de Salud

✓ Transferencia Ley N° 31953 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (aéreos y no aéreos de corresponder), procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional y alimentación en casas maternas.

✓ Otras transferencias que realice LA IAFAS SIS

**8.12.2. LA IAFAS FISSAL**

✓ Transferencia Prestaciones de salud.

✓ Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo a especifica de gasto 23.27.11 99 Servicios Diversos).

✓ No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con especifica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud).

✓ Otras transferencias que realice **LA IAFAS FISSAL**.

**8.12.3. OTROS FINANCIADORES**

8.13. Diferenciar en secuencias funcionales exclusivas, los recursos transferidos por **LA IAFAS FISSAL** para prestaciones de salud, por decreto de urgencia y las prestaciones administrativas (por expediente) en específicas de gastos autorizadas, según corresponda. La incorporación de recursos transferidos debe realizarse conforme a la categoría presupuestal en la que se transfiere, las prioridades de gasto, necesidades y la finalidad de la transferencia.

V. HARO

M. GUTIÉRREZ R.

M. DE LA FLOR

I. RAMÍREZ C.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 19 FEB 2025 20 36
ARTURO GARCIA SOLSO
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

prestaciones administrativas (casa materna, traslados de emergencia) y las deudas por compra de PF, DM y PS. No están contemplados gastos en activos estratégicos incluidos en el Listado de Activos Estratégicos del Sector Salud.

Para el caso de la **IAFAS FISSAL**, los recursos transferidos no podrán ser destinados, bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR** que recibe la transferencia, para fines distintos a los cuales han sido autorizados, como por ejemplo el efectuar pagos de obligaciones de períodos presupuestales anteriores. Si se permite el pago de deudas de años anteriores por prestaciones administrativas (traslado y/o estadía de paciente oncológico estable y prestaciones tercerizadas) y las deudas por compra de PF, DM y PS.

8.30. Realizar la asignación y reasignación individual de asegurados que requieran recibir atenciones de hemodiálisis en IPRESS privadas, y la atención de prestaciones administrativas dirigidas a pacientes oncológicos estables en aras de contribuir al acceso oportuno e integral de los asegurados de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.

8.31. Reportar mensual la data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento de acuerdo con el cronograma establecido por **LAS IAFAS**, el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR.**

8.32. Reportar mensualmente a DIGEMID el ICI en los plazos según cronograma establecido por DIGEMID, de acuerdo con la normativa vigente y remitir simultáneamente una copia a **LA IAFAS SIS** vía electrónica así como las tablas complementarias a solicitar del aplicativo SISMED. Los resultados que se generen por el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**. La omisión de un envío mensual ocasionará la suspensión y perderán el derecho de evaluación del indicador financiero 2 "Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS", por lo tanto, no se transferirá el porcentaje del presupuesto asignado.

8.33. Reportar mensualmente a la DIGEMID los precios de operación de PF, DM y PS de las IPRESS de **EL PRESTADOR,** en el marco de la normatividad establecida por la ANM, asegurando la oportunidad y calidad de la misma, bajo responsabilidad.

8.34. Reportar mensualmente la data de las notas de modificación presupuestal y genera data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento a **LAS IAFAS**.

8.35. Las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** que tienen a cargo CLAS, son responsables de ejecutar los recursos transferidos por **LA IAFAS SIS** para atender las necesidades prioritarias del CLAS de acuerdo con la Directiva Administrativa de control financiero y la normativa vigente.

8.36. Gestionar para su implementación progresivamente un Sistema Historia Clínica Electrónica o un Sistema de Gestión Hospitalaria que permita enviar los FUA de forma automática usando la plataforma SOASIS de la **IAFAS SIS**, en reemplazo de los aplicativos ARFSIS y SIGEPS.

8.37. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** que realicen el diagnóstico o brinden tratamiento al asegurado con Enfermedades Raras o Huérfanas, deberán verificar y en su defecto, garantizar que éste se encuentre en el Registro Nacional de Pacientes que padecen de Enfermedades Raras y Huérfanas que es administrado por el Ministerio de Salud.

8.38. Las IPRESS de EL PRESTADOR que se encuentren comprendidas en la disposición específica 6.1.6 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" actualizada con Resolución Ministerial N° 339 2024/MINSA y sus modificatorias, deberán reportar mensualmente a LAS IAFAS vía correo electrónico, las autorizaciones de adquisición y/o utilización de medicamentos no incluidos en el PNUME aprobadas por su Comité Farmacoterapéutico; así como, de los productos no incluidos en el PNUME que son de alto costo. EL PRESTADOR deberá tener en cuenta que la utilización de los productos no incluidos en el PNUME que son de alto costo requiere de evaluación de tecnologías sanitarias, y son actualizadas según las disposiciones vigentes establecidos por la ANS.

8.39. La codificación CIE-10 de los diagnósticos de cobertura de la **IAFAS FISSAL**, deberá guardar la debida consistencia entre el FUA, el registro en los aplicativos informáticos del Seguro Integral de Salud, la historia clínica y las comunicaciones que la IPRESS remita a LA IAFAS FISSAL, a la Comisión Consultiva Institucional, a la RENETSA y demás entes del sector. La verificación de alguna inconsistencia entre los registros prestacionales o la inadecuada aplicación de los criterios diagnósticos en las prestaciones de la cobertura de la IAFAS FISSAL, ocasionará la observación en el proceso de validación prestacional".

8.40. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción desarrollen las actividades del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobada con RM N° 862-2022/MINSA que se encuentren relacionadas a la atención

V. HARO
M. GUTIÉRREZ R.
J. RAMÍREZ C.

recursos y utilizando el código de entidad de origen 001423 UE 002 FISSAL. De determinarse con posterioridad al cierre del ejercicio presupuestal un mayor saldo de balance, este debe ser incorporado considerando lo anterior, de acuerdo con el marco normativo vigente.

8.51. Realizar, de manera oportuna y conforme a los procedimientos establecidos, el registro de todas las solicitudes de autorización de cobertura y financiamiento de prestaciones de alto costo aprobadas por la Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, que están bajo la cobertura de LA IAFAS FISSAL. Dicho registro deberá efectuarse de forma individualizada en el Aplicativo de Solicitudes de Autorización de Procedimientos de Alto Costo (SAPAC), administrado por el FISSAL. Se establece que cualquier consumo asociado a pacientes que no posean una previa autorización registrada en el SAPAC no será reconocido ni financiado por el FISSAL. La IPRESS asume la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de este procedimiento, asegurando así el adecuado reconocimiento y financiamiento de las prestaciones efectuadas.

8.52. Informar a SUSALUD a través de la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales (TuASUSALUD) acerca de la programación de todo el personal asistencial que brinde servicios en la IPRESS, conforme a los procedimientos establecidos por SUSALUD. Esta información deberá ser remitida en los formatos establecidos por la plataforma TuASUSALUD, debidamente validados por la oficina de recursos humanos o la que cumpla sus funciones dentro de la IPRESS. Adicionalmente, para el envío de esta información, la IPRESS se obliga a utilizar exclusivamente los medios y protocolos de comunicación establecidos en la plataforma TuASUSALUD.

8.53. Todos los servicios brindados, calificados como procedimientos especiales tercerizados, deben de contar con un contrato en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado para ser reconocidos por **LAS IAFAS.**

8.54. La información de las devoluciones por saldos menores resultantes de transferencias financieras recibidas, será remitida en forma mensual a **LA IAFAS SIS**, para su registro y control correspondiente de acuerdo a la normativa vigente.

8.55. Formalizar la presentación de solicitudes para la incorporación al tarifario del SIS de los procedimientos médicos y sanitarios que actualmente se están financiando a través del mecanismo de pago de prestaciones administrativas bajo el Subcomponente Prestacional. Estas solicitudes deberán cumplir estrictamente con la normativa vigente y ser presentadas a más tardar en junio del año en curso.

8.56. Las IPRESS brindarán facilidades al gestor del SIS para el cumplimiento de sus funciones en el marco de la protección de los derechos de los asegurados.

**CLÁUSULA NOVENA: GESTIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD**

9.1. En caso **LAS IAFAS** identifique presuntas situaciones de fraude en las prestaciones brindadas por **EL PRESTADOR**, comunicarán a los órganos competentes de acuerdo con la normativa vigente.

9.2. El contenido del FUA tienen carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR.**

9.3. **LAS PARTES** declaran que, en la ejecución o cumplimiento del objeto del presente Convenio, se adoptan los mecanismos o medidas convenientes a fin de prevenir la posible comisión de actos de corrupción y/o cualquier otro acto vinculado con el mismo.

9.4. **LAS PARTES** reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio serán realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.

9.5. **LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tienen relaciones directa o indirecta, no han ofrecido, entregado, autorizado, negociado o efectuado, cualquier pago solicitado o aceptado alguna ventaja ilícita, pecuniaria, económica o similar, o en general, cualquier beneficio o incentivo en relación con el CONVENIO.

9.6. **LAS PARTES** se comprometen a que no ofrecerán, entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente CONVENIO, en el marco de la Resolución Jefatural N°133-2019/SIS.

9.7. Asimismo, **LAS PARTES** se comprometen a comunicar a la otra parte inmediatamente de haber tomado conocimiento de la ocurrencia de algunos de los supuestos antes contemplados a efectos de que se adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias; comunicando asimismo a las instancias competentes a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.

CERTIFICO: Que es copia fiel del Original
FECHA: 10 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSI
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

## CLÁUSULA DÉCIMOQUINTA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de **LAS IAFAS** no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente convenio y disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación con el objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente convenio. Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración los términos establecidos en el presente convenio.

## CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación del convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, teniendo en cuenta los principios que inspiran este convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán mediante Adenda. No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** se comprometen a someterse a Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

En caso **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** hayan acordado el someter sus controversias a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro de arbitraje competente, dentro de un plazo máximo de quince (15) días hábiles de suscitada la controversia, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.

## CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: VIGENCIA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

18.1 **LAS PARTES** reconocen que las prestaciones de salud y administrativas brindadas por **EL PRESTADOR** a los afiliados SIS, así como el consecuente tratamiento por parte de **LAS IAFAS** de la información transmitida por **EL PRESTADOR** desde el 1º de enero del 2025 a la fecha de suscripción del presente instrumento, responden a las condiciones y términos estipuladas en el mismo, conducta de **LAS PARTES** que revela y confirma la existencia, desde la fecha indicada, del convenio de financiamiento de prestaciones de salud cuyos términos se describen en el presente documento, por lo que a través de la presente cláusula se acuerda precisar que el presente convenio surte efectos desde el 01 de enero del año 2025 y tiene una duración de tres (03) años

18.2 Cumplido el periodo de vigencia, podrá ser renovado previa evaluación y con la suscripción de la Adenda respectiva, salvo que exista solicitud expresa de término del convenio por una de **LAS PARTES,** con anticipación de quince (15) días antes de su término.

18.3 Si una de **LAS PARTES** considera pertinente modificar alguna de las cláusulas establecidas en el Convenio, comunicará a la otra parte de forma expresa, respecto de las modificaciones a efectuarse, a fin de que las mismas sean analizadas y evaluadas para su aprobación, a través de una Adenda.

18.4 Con posterioridad a la vigencia del presente convenio, subsistirán las obligaciones de **EL PRESTADOR** respecto de reportar información vinculada a las transferencias de recursos que se hubieran realizado en mérito del presente convenio hasta su total liquidación, así como de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS.

V. HARO

## CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio las siguientes:

19.1. De común acuerdo entre ambas partes, cualquiera de ellas podrá resolver el CONVENIO, sin ninguna responsabilidad, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del convenio.

M. GUTIÉRREZ R.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA: 19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLS
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL LORETO

| | | |
|---|---|---|
| MECANISMO DE PAGO | PAGO PER CÁPITA | |
| MODALIDAD | Prospectiva | Prospectiva |
| N° DE TRANSFERENCIA | Tramo I | Tramo II |
| PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA | 80% | 20% |
| PLAZO DE TRANSFERENCIA | A la suscripción del convenio | En el mes de julio 2025 |

**Objetivos financieros:**

i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS SIS** de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por **LA IAFAS SIS** en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por **LA IAFAS SIS** (UE 001 SIS), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con **secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar**, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.11 y 8.12 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado)
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado)
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado)
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente)

22.2.2. Prestaciones recuperativas priorizadas en el II nivel de atención con población adscrita: Las prestaciones recuperativas de acuerdo con el listado de códigos CIE-10 determinado (Anexo 03), procedimientos y PF, DM, PS relacionados, que reportan las IPRESS de II nivel con población adscrita, serán reconocidas por el mecanismo de pago per cápita.

**22.3. Pago por Prestaciones de Salud para las IPRESS del primer nivel de atención:** La unidad de pago es la prestación de salud, que reportan las IPRESS y de acuerdo con las especificaciones que LA IAFAS SIS establezca. El financiamiento cubre las prestaciones que se brinden a los asegurados al SIS de acuerdo con su plan de seguro, las cuales son brindadas en IPRESS del I nivel de atención que apliquen según norma vigente. La pre compra de los servicios y posterior transferencia que realiza LA IAFAS SIS es prospectiva, la cual se realiza bajo el mecanismo de Pago por Prestación de Salud.

La IAFAS SIS, con relación a las Transferencias en el mecanismo de pago por Prestaciones de Salud en el Primer nivel de Atención (Prestaciones Excluidas), realizará el 100% del valor estimado a la firma de la adenda.

Las prestaciones priorizadas que incluyen estos mecanismos son las siguientes:

**a) Prestaciones recuperativas realizadas por médicos especialistas con RNE en el primer nivel de atención:** Las consultas médicas especializadas brindadas por médicos especialistas que sean reportadas por las IPRESS de categorías I-1, I-2, I-3 y I-4, serán reconocidas por el mecanismo de pago por prestación. Para ello se deberá consignar de manera obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) el Registro Nacional de Especialista (RNE) del médico que brindó la atención.

**b) Prestaciones asociadas a los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus:** Las prestaciones realizadas por el profesional médico, reportadas por las IPRESS de categorías I-1, I-2, I-3 y I-4, cuyo consumo esté asociado a los diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes mellitus, serán reconocidas mediante el

V. HARO
M. GUTIÉRREZ R.
J. RAMÍREZ C.

CERTIFICA: Que es copia fiel del original
FECHA 19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

**CUADRO N° 02: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD PARA EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ADSCRITA IAFAS SIS - AÑO 2025**

| MECANISMO DE PAGO | PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD | |
|---|---|---|
| MODALIDAD | Prospectiva | Prospectiva |
| N° DE TRANSFERENCIA | **Tramo I** | **Tramo II** |
| PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA | **80%** | **20%** |
| PLAZO DE TRANSFERENCIA | A la suscripción del convenio | En el mes de julio 2025 |

**Objetivos financieros:**

i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS SIS** de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por **LA IAFAS SIS** en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.

iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por cada una de **LAS IAFAS** (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con **secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar**, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.14 y 8.15 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado).
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado).
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado).
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente).

23.1.2. **LA IAFAS FISSAL**

**CUADRO N° 03: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD IAFAS FISSAL - AÑO 2025**

| MECANISMO DE PAGO | PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD | |
|---|---|---|
| MODALIDAD | Prospectiva | Prospectiva |
| N° DE TRANSFERENCIA | **Tramo I** | **Tramo II** |
| PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA | **85%** | **15%** |
| PLAZO DE TRANSFERENCIA | A la suscripción del convenio (Transferencia del 100% a las Unidades Ejecutoras cuyo monto a transferir sea menor o igual a S/ 100,000.00) | Sujeto al cumplimiento de indicadores financieros |

**23.2.** Las transferencias financieras que realicen LAS IAFAS bajo cualquier mecanismo de pago, se encuentran sujetas a la disponibilidad presupuestal.

**23.3.** Una vez realizadas las transferencias pactadas, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias adicionales, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

**23.4.** Todas las transferencias efectuadas a las UE de **EL PRESTADOR**, según corresponda, forman parte de la liquidación.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 13 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

- (*) La evaluación de los subcomponentes SC01 Y SC02 está supeditada al cumplimiento de los objetivos financieros
- La evaluación de los porcentajes de los indicadores financieros se aplicará hasta el monto tope de la suma total del TRAMO I y el saldo de balance según el marco presupuestal asignado a cada Unidad Ejecutora.

**Sobre los Objetivos financieros:**

**24.6.1.1.** Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por **LA IAFAS FISSAL** en las actividades presupuestales permitidas y clasificadores autorizados según la Directiva vigente para el control financiero.

**24.6.1.2.** Incorporar el 100% de las transferencias del Tramo I - 2025 por **LA IAFAS FISSAL** en las actividades presupuestales permitidas y clasificadores autorizados según la Directiva vigente para el control financiero. .

**24.6.1.3.** Diferenciar la incorporación de los saldos de balance y los recursos transferidos, por cada una de **LAS IAFAS** (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con **secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar**.

La evaluación será aplicable a todas las Unidades Ejecutoras con marco presupuestal para el periodo en curso; no se consideran las IPRESS que solo reciben financiamiento para el servicio de traslado de pacientes oncológicos estables.

**24.7.** **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar incentivos sujetos a evaluación y disponibilidad presupuestal:

24.7.1. **INCENTIVO GAMMA: CUMPLIMIENTO DE INDICADOR FINANCIERO**

Incentivo del 10% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 100,000 (Sujeto a disponibilidad presupuestal).

**Criterio de evaluación:** Informe de cumplimiento de indicadores financieros con corte a junio del presente año fiscal. Se transfiere con el Tramo II.

24.7.2. **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar el siguiente incentivo sujeto a evaluación y disponibilidad presupuestal, por el cumplimiento de las metas del(los) indicador(es) prestacional(es) consignados en los Anexos. En caso de cumplimiento parcial de las metas que sea igual o superior al 50%, **LA IAFAS FISSAL** aplicará el incentivo de manera proporcional al porcentaje de la meta cumplida".

**INCENTIVO DELTA: INDICADORES SOBRE EL CIERRE DE BRECHAS EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

"Incentivo del 5% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 50,000 por todos los SUBCOMPONENTES, (sujeto a disponibilidad presupuestal).

Criterio de evaluación: Se evalúa en el mes de setiembre 2025 en base al Informe de cumplimiento de las metas anuales de los indicadores prestacionales correspondiente al periodo de producción setiembre 2024 - agosto de 2025.

V. HARO

24.7.3. **Como** parte de la estrategia para el fortalecimiento de la cobertura prestacional del paciente en diálisis peritoneal, **LA IAFAS FISSAL** aplicará un indicador prestacional relacionado a las visitas de seguimiento al paciente en diálisis peritoneal "SC-IPFISSAL-06 TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO". Como resultado de la medición de este indicador, **LA IAFAS FISSAL** podrá otorgar el incentivo épsilon. En caso de cumplimiento parcial de la meta, que sea igual o superior al 50%, LA IAFAS FISSAL aplicará el incentivo de manera proporcional al porcentaje de la meta cumplida.

M. GUTIÉRREZ R

**INCENTIVO ÉPSILON: INDICADOR DE SEGUIMIENTO A LOS ASEGURADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL**

J. RAMÍREZ C.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 1 0 FEB 2020

ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

**26.1.** Las tarifas que se aplicarán, según mecanismo de pago, a las IPRESS de II nivel de atención sin población adscrita y a las IPRESS de III nivel, son aquellas aprobadas por LAS IAFAS y que se encuentren vigentes.

**26.2.** **EL PRESTADOR** podrá solicitar la inclusión de nuevos procedimientos, los cuales serán evaluados por **LAS IAFAS** y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal serán incluidos en el tarifario correspondiente, para ello tendrá que remitir a **LAS IAFAS** la estructura de costos respectiva y sus actos resolutivos que la sustenten, para su evaluación.

**26.3.** Los Precios para asignar a los PF, DM y PS reportados por EL PRESTADOR, según mecanismo de pago, serán los proporcionados por la DIGEMID, según lo estipulado en el numeral 8.42.[1]

**26.4.** Las tarifas que se aplicarán, según mecanismo de pago, a las IPRESS de I nivel de atención y II nivel de atención con población adscrita corresponden a las señaladas en el numeral 26.1 del presente convenio paras las IPRESS de II nivel de atención sin población adscrita.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS**

**27.1.** **EL PRESTADOR,** se compromete a capacitar en temas relacionados con los procesos de atención del asegurado al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud de las IPRESS que conforman su red de atención de salud a efectos que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes o usuarios de salud que así lo requieran.

**27.2.** Los reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de los Servicios de Salud de LAS IAFAS, IPRESS o UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado con Decreto Supremo N° 002-2019-SA y sus modificatorias.

**27.3.** Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior **EL PRESTADOR** a través de sus Direcciones Regionales o IPRESS adscritas informan mensualmente a **LAS IAFAS** de la presentación, tramitación y resultados de los reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: AUDITORIA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRIALIDAD**

**28.1.** **LAS IAFAS** tienen la facultad de efectuar auditorías médicas y control de la siniestralidad, con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto **LAS IAFAS** pueden efectuar acciones de supervisión y otras actividades en el marco de la normatividad vigente.

**28.2.** **LAS IAFAS** pueden formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos o de tarifas relacionadas con la prestación de salud que se haya brindado a los asegurados, las cuales serán comunicadas a **EL PRESTADOR** de acuerdo con el procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

**28.3.** Todas las observaciones que **LAS IAFAS** comuniquen a **EL PRESTADOR**, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica.

**28.4.** Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los pacientes o usuarios de salud asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA: VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

**LAS IAFAS** realizan las transferencias de los recursos de acuerdo con el mecanismo de pago acordado con **EL PRESTADOR** según procedimientos establecidos por **LAS IAFAS** y condiciones pactadas en el presente convenio y sus respectivas adendas. Para los efectos de la validación prestacional, conformidad prestacional y transferencias financieras, se cumplirán los procedimientos y plazos establecidos por **LAS IAFAS**, de acuerdo con la normativa vigente. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la IPRESS adscrita a **EL PRESTADOR**, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

V. HARO

M. GUTIERREZ R.

J. RAMIREZ C.

M. DE LA FLOR

[1] CONSIDERAR EL NUMERAL QUE LE CORRESPONDE SEGÚN EL CONVENIO POR CADA GORE

22

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
FECHA 0 6 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

31.9 LAS IAFAS realizan la evaluación de los procesos de afiliación, control prestacional, supervisión y control financiero de las prestaciones realizadas por **EL PRESTADOR**, de acuerdo con la normativa vigente.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMO-SEGUNDA: AMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO**

Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación para la región de Loreto beneficiando a la población afiliada a la IAFAS

**CLÁUSULA TRIGÉSIMO-TERCERA: DOMICILIO**

Para los efectos que se deriven del presente Convenio, **LAS PARTES** fijan como sus domicilios los señalados en la parte introductoria, donde se cursarán las comunicaciones que correspondan. Cualquier variación y/o cambio domiciliario, durante la vigencia del presente Convenio, deberá de ser comunicada a las otras partes en forma expresa con una antelación de quince (15) días de producida la variación y/o cambio. Caso contrario, toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados en la introducción del presente documento se entenderá válidamente efectuada.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMO- CUARTA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES**

**LAS PARTES** declaran que, en armonía con lo estipulado en el numeral 19.1 de la cláusula décimo novena precedente, a partir de la fecha de inicio del presente convenio, la relación entre **LAS PARTES** se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el presente documento.

**CLÁUSULA TRIGESIMO-QUINTA: TRANSFERENCIAS**

En señal de conformidad se suscribe el presente convenio, en tres ejemplares de igual valor, en la ciudad de Lima, a los 31 días del mes de Enero del 2025

**JORGE RENE CHAVEZ SILVANO**
**Gobernador Regional**
**Gobierno Regional de Loreto**

**LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS**
**Jefe**
**Seguro Integral de Salud**

**MARCO ANTONIO SALAZAR ROJAS**
**Jefe (e)**
**Fondo Intangible Solidario de Salud**

J. RAMÍREZ C.

A. CHAVARRY

M. GUTIÉRREZ D.

W. CARPIO

V. HARO

| | | |
|---|---|---|
| IP03 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Microalbuminuria y creatinina sérica | 1 |
| IP04 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica | 1 |
| IGD | Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos | 1 |
| IO-OGTI | Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS | 1 |

**ANEXO 03B: PESO PONDERADO DE LOS INDICADORES DE LA UNIDAD EJECUTORA LORETO-NAUTA**

| Código | Nombre del Indicador | Peso Ponderado |
|---|---|---|
| IF01 | Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT | 1 |
| IF02 | Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS | 1 |
| IP01 | Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis | 1 |
| IP04 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica | 1 |
| IGD | Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos | 1 |
| IO-OGTI | Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS | 1 |

**ANEXO 03C: PESO PONDERADO DE LOS INDICADORES DE LA UNIDAD EJECUTORA UCAYALI-CONTAMANA**

| Código | Nombre del Indicador | Peso Ponderado |
|---|---|---|
| IF01 | Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT | 1 |
| IF02 | Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS | 1 |
| IP01 | Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis | 1 |
| IP02 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Hemoglobina Glicosilada (HBA1c) | 1 |
| IP03 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Microalbuminuria y creatinina sérica | 1 |
| IP04 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica | 1 |
| IGD | Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos | 1 |
| IO-OGTI | Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS | 1 |

**ANEXO 03D: PESO PONDERADO DE LOS INDICADORES DE LA UNIDAD EJECUTORA ALTO AMAZONAS**

| Código | Nombre del Indicador | Peso Ponderado |
|---|---|---|
| IF01 | Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT | 1 |
| IF02 | Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS | 1 |
| IP01 | Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis | 1 |
| IP04 | Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica | 1 |
| IGD | Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos | 1 |
| IO-OGTI | Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS | 1 |

**ANEXO 03E: PESO PONDERADO DE LOS INDICADORES DE LA UNIDAD EJECUTORA DATEM DEL MARAÑON**

| Código | Nombre del Indicador | Peso Ponderado |
|---|---|---|
| IF01 | Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT | 1 |
| IF02 | Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS | 1 |
| IP01 | Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis | 1 |

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

## ANEXO 05: LISTADO DE DIAGNÓSTICOS Y SUS RESPECTIVOS CONDIGO CIE-10 A CONSIDERAR PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

## ANEXO 06: LISTADO DE IPRESS ESPECIALICADAS EXCLUIDAS DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO (IP02, IP03) DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

**El contenido de los anexos 04, 05 y 06, se puede apreciar en la página web del SIS, en el siguiente enlace: https://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/convenios.html**

## ANEXO 7: IF 01- PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT

| FICHA TÉCNICA | Área Responsable<br>Seguro Integral de Salud<br>Gerencia de Negocios y Financiamiento |
|---|---|
| **1. Datos de identificación del indicador** | |
| CÓDIGO: IF 01 | Nombre del indicador<br>**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT** |
| **Definición del indicador** | |
| Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT | |
| **Objetivo** | |
| Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT | |
| **2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador** | |
| **Cálculo del Indicador** | **Numerador** |
| $\frac{Monto\ a\ nivel\ certificado}{Monto\ del\ PIM} x\ 100$ | **Monto certificado:**<br>Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 001 por fuente DyT |
| $\frac{Monto\ a\ nivel\ de\ Compromiso\ anual}{Monto\ del\ PIM} x\ 100$ | **Monto compromiso anual:**<br>El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT |
| $\frac{Monto\ a\ nivel\ Devengado}{Monto\ del\ PIM} x\ 100$ | **Monto devengado:**<br>Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT |
| **Precisiones** | **Denominador** |
| Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará. | Monto total del presupuesto institucional modificado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT incluyendo los SB reportados en la evaluación de los objetivos financieros. |
| **Nivel de Desagregación** | **Frecuencia de Medición** |
| Unidades Ejecutoras (UE) | Junio 2025 |
| **3. Fuente de datos y flujo de información** | |
| **Fuente de datos** | |
| SIAF de las UEs | |
| **Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:** | |
| **Evaluación cierre:** Al término de junio del presente año fiscal. **Evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar pierde el porcentaje asignado. No se transfiere.** Las metas financieras por cada unidad ejecutora son las siguientes: **Junio 2025 Certificado >= 88% / Comprometido >=78% / Devengado >= 68%** | |
| **Responsable de los datos e información** | |
| **Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**<br>Sub Gerencia de Financiamiento – Monitoreo y Supervisión Financiera | |
| **Bibliografía** | |
| **Referencias Bibliográficas**<br>1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.<br>2. R.D. N° 0023-2022-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria y su modificatoria.<br>3. Ley N° 32185 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025.<br>4. RJ N°165-2024/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N° 008-2024-SIS-GNF-V.05 y sus modificatorias. | |
| **Comentarios Técnicos** | |
| Esta ficha corresponde al indicador financiero, siendo el **criterio: Nivel por fuente DyT**<br>Tener en cuenta que la transferencia que realiza **LA IAFAS SIS** a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT.<br>Los Saldos de Balance a considerar en el PIM para la evaluación de cierre, se compararán con los saldos de balance reportados en la evaluación de los objetivos financieros al 31 de marzo. En caso de no coincidir, pierde la evaluación del indicador. | |

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR



Esta ficha corresponde a la evaluación del Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS en las UE con las que se cuenta con convenio vigente. Se tiene en cuenta para esta evaluación el consumo SIS remitido en el ICI mensual.
Tener en cuenta que el Stock Disponible comprende los ítems en condición de normostock, sobrestock y sin rotación de todas las IPRESS de cada Unidad Ejecutora.
Se consideran los ítems que presentan consumo SIS en los últimos 12 meses.
Para el caso de PF incluidos en el Listado de Productos Farmacéuticos Vitales se considera como Normostock >= 1 y <=6.
Se excluye de la evaluación a los PF PNUME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS <= 3 meses en un periodo de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 2 actuales meses.
No se considera para la evaluación, PF en condición de SIN ROTACIÓN, que no presentan Consumo SIS, en un período de 7 a más meses.
Se fusionan los ítems de acuerdo al Listado de códigos fusionados publicados en la página de DIGEMID.

Cuando el causal de los ítems en condición de Desabastecido o Substock no sea atribuible a la gestión de la UE (eventos externos como el quiebre de stock o falta de oferta por parte del proveedor o desastre natural) estas no serán consideradas en la tabulación para obtener el indicador previa sustentación remitida al cierre de cada mes.
Si se tuviera ítems desiertos en los procesos de adquisición por parte de la compra CENARES a favor de los asegurados SIS, estos deberán ser comunicados oficialmente por CENARES a las unidades ejecutoras y estas deberán remitir al SIS la documentación correspondiente al cierre de cada mes para exonerar estos ítems.
La UE es responsable del seguimiento de las entregas por parte de CENARES.
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de Unidad Ejecutora.

## ANEXO 9: IP01 - PORCENTAJE DE CONTACTOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE CULMINAN TERAPIA PREVENTIVA PARA TUBERCULOSIS

| Indicador Prestacional IP01 | |
|---|---|
| **Nombre** | **Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis** |
| **Tipo** | Indicador de desempeño. |
| **Ámbito de aplicación** | DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud y establecimientos de salud |
| **Definición** | Determina el porcentaje de contactos de personas afectadas por Tuberculosis pulmonar, menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para TB.<br>Se considerará los contactos menores de 5 años de TB pulmonar censados de los casos diagnosticados del 01 de enero 2025 al 30 de abril 2025. |
| **Justificación** | Se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la TB. Es decir, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB, especialmente aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado.<br><br>El objetivo de la TPT es mejorar la salud individual, protegiendo de la enfermedad y reducir la transmisión actual de la tuberculosis. Es preciso mencionar que es uno de los indicadores priorizados en la Estrategia fin de la TB de la OMS. |
| **Fórmula del indicador** | Total de contactos < 5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador, que culminan TPTB del periodo a evaluar<br>------------------------------------------------------------<br>Total de contactos < 5 años de TB pulmonar censados, registrados en el SIG TB en el período a evaluar x 100 |
| **Construcción del indicador** | **Numerador:** Total de contactos <5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador, que culminan TPTB del periodo a evaluar<br><br>Denominador: Total de contactos < 5 años de TB pulmonar censados de los casos diagnosticados entre el 01 de enero 2025 al 30 de abril 2025, registrados en el SIG TB en el período a evaluar (Se consideran todos los registros de contactos < 5 años de TB pulmonar censados de los casos diagnosticados entre el 01 de enero 2025 al 30 de abril 2025, registrados en el SIG TB en el período a evaluar). |
| **Logro esperado** | Cumplir el porcentaje acordado y registrado en los convenios 2025-2027. |

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
13 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

| | |
|---|---|
| **Área responsable de Información** | Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) |
| **Nota** | Los resultados de la evaluación se presentan a nivel de Unidad Ejecutora de acuerdo a las metas negociadas. |

## ANEXO 11: IP03 - PORCENTAJE DE ATENDIDOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS CON MEDICIÓN DE MICROALBUMINURIA Y CREATININA SÉRICA

| **Indicador Prestacional IP03** | |
|---|---|
| **Nombre** | **Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Microalbuminuria y creatinina sérica** |
| **Ámbito de Aplicación** | DIRESA, GERESA e IPRESS (Se excluyen las IPRESS especializadas según el enlace https://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/convenios.html) |
| **Definición** | Determina el porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen al menos una medición de Microalbuminuria (relación Albúmina/Creatinina) y de creatinina sérica en el periodo de evaluación. |
| **Justificación** | Norma Técnica de Salud 210-MINSA/CDC2024: NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES. En su ítem 6.2.5-g-h: "Albuminuria: los pacientes con diabetes deben contar con resultados de la prueba de albuminuria al momento del diagnóstico y una vez por año, como parte del monitoreo de la evolución de la enfermedad. La albuminuria refleja prematuramente una nefropatía incipiente. La prueba recomendada es el índice albúmina-creatinina y en caso no estar disponible la medición de albúmina en orina de 24 horas." Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. En su item Tamizaje y manejo de las complicaciones crónicas de la diabetes – Nefropatía diabética: "En los pacientes con diagnóstico de diabetes, la nefropatía diabética se diagnostica a su vez por lo siguiente: • velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe)1 < 60 ml/min por 1,73 m2 en un mínimo de dos ocasiones con un intervalo de 1 a 3 meses, o • albuminuria en un mínimo de dos muestras de orina con un intervalo de 1 a 3 meses. La VFGe se calcula a partir de la creatinina sérica, usando una ecuación que se haya validado para la población respectiva. De lo contrario, la ecuación que más se utiliza es la de la CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration [Colaboración sobre características epidemiológicas de la enfermedad renal crónica]).Se basa en la creatinina sérica, la edad, el sexo y la raza" |
| **Formula del indicador** | Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen al menos una toma de medición de Microalbuminuria y Creatinina sérica registrada en el periodo de evaluación **X 100**<br>----------<br>Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus |
| **Construcción del indicador** | **Numerador:** Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de diabetes Mellitus (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056), a los cuales se les ha realizado la medición de Microalbuminuria y Creatinina sérica (CPMS únicos: 82043 o 82044 y 82565) registrados al menos una vez en los códigos de servicio 056 o 071 en el periodo de evaluación.<br><br>**Denominador:** Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de diabetes Mellitus (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056). |
| **Logro esperado** | Alcance del cálculo del porcentaje de cumplimiento. |
| **Cálculo del porcentaje de cumplimiento** | Las metas pactadas se muestran por región, excepto para Lima Metropolitana, donde se aplican por Unidad Ejecutora, con los porcentajes acordados en el convenio 2025-2027 |
| **Frecuencia de medición** | Una vez al año |

V. HARO

M. GUTIÉRREZ

J. RAMÍREZ C.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 09 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

## ANEXO 13: IP05 - PRODUCCIÓN MENSUAL DE MAMOGRAFÍAS PARA TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN IPRESS SELECCIONADAS

| Indicador Prestacional IP05 | |
|---|---|
| **Nombre** | **Producción de mamografías para tamizaje de Cáncer de mama en IPRESS seleccionadas** |
| **Ámbito de aplicación** | IPRESS que cuenten con mamógrafo funcional. |
| **Definición** | Determina el número de mamografías para tamizaje de Cáncer de mama realizados en IPRESS seleccionadas que cuentan con mamógrafo. |
| **Justificación** | Resolución Ministerial N°1003-2020-MINSA CANCER: Documento Técnico Plan Nacional de Cuidados Integrales de Cáncer (2020-2024): El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente, con un impacto económico significativo y una baja tasa de supervivencia debido al diagnóstico tardío. Esto subraya la importancia del **indicador de tamizaje por mamografía** para mujeres en establecimientos de salud seleccionados. La implementación de estrategias que faciliten el acceso al tamizaje mediante mamografía es fundamental para lograr un diagnóstico temprano, lo que incrementa las posibilidades de tratamiento oportuno y reduce la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer de mama. Un plan integral de tamizaje permitiría detectar casos en etapas tempranas, reduciendo tanto el costo para el sistema de salud como el impacto en la vida de las pacientes. |
| **Indicador** | Suma de mamografías para tamizaje de Cáncer de mama en el periodo de evaluación |
| **Logro esperado** | Mínimo esperado de cumplimiento 560 mamografías registradas. |
| **Cálculo del cumplimiento** | Suma de mamografías para tamizaje de cáncer de mama (CPMS 77057) registrado en los códigos de servicio 025 o 071 en el periodo de evaluación |
| **Frecuencia de medición** | Una vez al año |
| **Fuente de datos** | Base de datos SIS. Periodo de medición de enero a junio 2025. |
| **Área responsable técnica** | Gerencia de Riesgos y Evaluación de prestaciones de Seguro Integral de Salud |
| **Área responsable de información** | Oficina General de Tecnología de la Información |
| **Notas** | Los resultados de la evaluación se presentan a nivel de Unidad Ejecutora de acuerdo a las metas negociadas |

V. HARO

## ANEXO 14: BASALES Y METAS DE LOS INDICADORES PRESTACIONALES

M. GUTIÉRREZ R.

**Basales y Metas del Indicador IP01**

| DIRESA/GERESA/DIRIS | Total general | % Basal* | Meta (%) |
|---|---|---|---|
| LORETO | 47 | 4% | 80 |

**Basales y Metas del Indicador IP02**

| REGION | UNIDAD EJECUTORA | IPRESS | CAT | Pacientes con HbA1c | Pacientes con Diabetes Mellitus | BASAL | META |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LORETO | 0870 | 0000000066 HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE | II-1 | 0 | 37 | 0% | |
| LORETO | 0872 | 0000000001 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA" | II-2 | 32 | 173 | 18% | |
| LORETO | 0874 | 0000000003 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS" | III-1 | 378 | 887 | 43% | |
| LORETO | 1407 | 0000000210 HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS | II-2 | 285 | 429 | 66% | |

M. DE LA FLOR

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 19 FEB 2025
ANTONIO GARCIA SOLSOL
SECRETARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

| | |
|---|---|
| | Número total de FUAs con medicamentos e insumos médicos prescritos y registrados en los aplicativos informáticos del SIS.<br><br>*Los datos se extraen del FUA: columna **amed_icant prescrita** y columna **ains_icant prescrita**. |

**Precisiones**

**Para obtener los resultados, se deberá cumplir con lo siguiente:**

**1.** En primera fase, una evaluación nacional por Base de Datos tomando los FUAs, que superen las reglas de consistencia, de las prestaciones otorgadas a los afiliados SIS con cobertura total (PEAS + Planes complementarios). Esta evaluación comprende a las Unidades Ejecutoras:IPRESS del primer, segundo y tercer nivel de atención.

**2.** Están excluidos de la evaluación por Base de Datos los medicamentos e insumos médicos contenidos en el Anexo N° 01-A publicado en la Página Web del SIS**.

**3.** En segunda fase*, la OGTI seleccionará de manera aleatoria una muestra no menor a 50 FUAS de cada Unidad Ejecutora que haya alcanzado la meta del indicador en la primera fase, las cuales serán objeto de control posterior por parte de las GMR/UDR según su jurisdicción, quienes darán cuenta de los resultados a la Gerencia del Asegurado. La evaluación de la segunda fase se realizará de acuerdo a los lineamientos de la Guía Operacional elaborada por la Gerencia del Asegurado.

**4.** De identificarse inconsistencias en el control posterior, la Unidad Ejecutora involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación.

**5.** La evaluación del indicador se realizará a nivel de Unidad Ejecutora (UE) indistintamente del mecanismo de pago.

**6.** La meta de cumplimiento del Indicador para el periodo del año 2025 se establece en las Actas de Compromisos suscritas por las partes intervinientes.

| Nivel de Desagregación | Frecuencia de Medición |
|---|---|
| Unidad Ejecutora | Única y Cancelatoria |

**3. Fuente de datos y flujo de información**

**Fuente de datos**

Aplicativos informáticos del SIS que cumplen la función de soporte para el registro y control de las prestaciones que financia el Seguro Integral de Salud.

**Periodo de Evaluación del Indicador:**

**Evaluación de cierre:** El 30 de junio del 2025.

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos**

Centros de digitación de las IPRESS Públicas de las Unidades Ejecutoras que mantienen Convenio vigente con el SIS.

**Procesamiento de Datos**

Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del SIS.

* La UE/IPRESS que no alcance la meta en la primera fase (evaluación por base de datos) será considerada como indicador no cumplido.

** El Anexo N° 01-A contiene aquellos que por su modalidad de entrega sean dispensados parcialmente. Las UE/IPRESS disponen del plazo perentorio de 30 días calendario a partir de la firma del convenio, para solicitar con sustento la incorporación de otros medicamentos o insumos médicos. Su pertinencia será determinada por el SIS.

**Bibliografía**

1. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento.
2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

## ANEXO 16: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR OPORTUNIDAD DEL ENVÍO DE INFORMACIÓN PRESTACIONAL AL SIS

| FICHA TÉCNICA | Responsable |
|---|---|
| | Seguro Integral de Salud |
| | Oficina General de Tecnología de la Información |

**1. Datos de identificación del indicador**

| CÓDIGO | IO-OGTI | Nombre del indicador |
|---|---|---|
| | | **Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS** |

**Definición del indicador**

Mide el número de días promedio desde la fecha de atención de salud en relación con la fecha de recepción en la base de datos del SIS.

**Objetivo**

Contribuir a mejorar el envío oportuno de las atenciones de salud (FUAs) por parte de las IPRESS que se reportan a través de sus propios sistemas o los dispuestos por el SIS.

**2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador**

**Cálculo del Indicador**

$$\frac{\sum_{i=1}^{n}(\text{FechaRecepción} - \text{FechaAtención}_i)}{n}$$

**Numerador**

Suma total de los días entre la fecha de atención y la fecha de recepción de todos los FUAs que superaron las Reglas de Consistencia por Unidad Ejecutora.

**Denominador**

Número total de FUAS que superaron las Reglas de consistencia por Unidad Ejecutora.

**Precisiones**

**Para obtener los resultados, se deberá cumplir con lo siguiente:**

**1.** La OGTI realizará el cálculo tomando los FUAs reportados, que superen las reglas de consistencia. Esta evaluación se realiza a las Unidades Ejecutoras en el marco del convenio vigente.

**2.** La evaluación se realizará en el **mes de agosto 2025** considerando los FUAs de los meses de **producción de enero a junio de 2025.**

**3.** La OGTI asegurará el envío de los datos para el cálculo del indicador en la base de datos de Retroalimentación de RC que se remite periódicamente.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

## ANEXO 17A: IF1, SC 01, PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT, FISSAL

| | |
|---|---|
| FICHA TÉCNICA | Área Responsable |
| | Fondo Intangible Solidario de Salud |
| | Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo |

**1. Datos de identificación del indicador**

| | | |
|---|---|---|
| CODIGO | IF 01 | Nombre del indicador |
| | SC 01 | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT |

**Definición del indicador**

Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT.

**Objetivo**

Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT

**2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador**

| Cálculo del Indicador | Numerador |
|---|---|
| $\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$ | **Monto certificado:** Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT |
| $\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$ | **Monto compromiso anual:** El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT |
| $\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$ | **Monto devengado:** Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT |
| **Precisiones** | **Denominador** |
| Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará. | Monto total que se tiene presupuestado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT |
| **Nivel de Desagregación** | **Frecuencia de Medición** |
| Unidades Ejecutoras (UE) | Semestral |

**3. Fuente de datos y flujo de información**

**Fuente de datos**

SIAF de las UEs

**Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:**

**Evaluación cierre:** Única evaluación al 30 de junio del presente año fiscal.
Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas firmadas del presente año fiscal.

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**
Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo - Supervisión Financiera

**Bibliografía**

**Referencias Bibliográficas**

1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
2. Ley N° , Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025
3. "Directiva para la Ejecución Presupuestaria" aplicable al año fiscal 2025.
4. "Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria", aplicable al año fiscal 2025.
5. RJ N° 043-2024-SIS-FISSAL/J, que aprueba la actualización de la Directiva N° 008-2022-SIS/FISSALV.02, "Directiva Administrativa para el Control Financiero a IPRESS Públicas de los recursos transferidos por el Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL" y sus anexos".

**Comentarios Técnicos**

Esta ficha corresponde al **Subcomponente 01: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT del IF 01,** Tener en cuenta que las transferencias que realiza el Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT.
Para considerar haber superado la evaluación del IF 01 deben haber alcanzado las metas del subcomponente 01 y 02.

M. GUTIÉRREZ R.

M. DE LA FLOR

J. RAMÍREZ

W. CARPIO

P. MEZA

A. CHAVASOY

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
FECHA 19 FEB 2025

ARTURO GARCIA SOLSOL
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

# ANEXO 18: IP1, SC-IP-FISSAL 02, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL

| FICHA TECNICA | Área Responsable |
|---|---|
| | Fondo Intangible Solidario de Salud |
| | Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo |

## 1. Datos de identificación del indicador

| CÓDIGO | SC-IP-FISSAL-02 | Nombre del indicador |
|---|---|---|
| | | TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL |

**Definición del indicador**

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) en hemodiálisis (HD) crónica, procedente de IPRESS Pública con oferta de diálisis peritoneal, que pasaron a diálisis peritoneal (DP).

**Objetivo**

Contribuir en la...

Incrementar el acceso del asegurado con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica a información completa y opción concreta de diálisis peritoneal (DP) como terapia de reemplazo renal.

## 2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

| Cálculo del Indicador | | Numerador |
|---|---|---|
| [(N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL) + (N° de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública)] que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública, que pasaron a DP | X 100 | — Los asegurados en HD crónica que pasan a DP deberán tener al menos una atención que registre cualquiera de los siguientes medicamentos asociados al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189/N185] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Medicamentos (códigos SISMED): 11824, 11825, 19879, 21012, 21013, 21014, 21072, 21073, 21853, 21854, 21855, 21856, 21857, 27618, 31512, 42600.<br>—El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD del padrón con corte al 31.08.2024, que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción setiembre 2024 - agosto 2025. |
| | | **Denominador** |
| [(N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL) + (N° de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública)] que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública | | —El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD, será remitido por el FISSAL a cada una de las IPRESS públicas con oferta de diálisis peritoneal, en base a información del SAIRC con corte al 31.08.2024.<br>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública con oferta de diálisis peritoneal, que tienen un año o menos en HD, con corte al 31.08.2024, deberá ser remitido por la misma IPRESS a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso. Caso contrario, no será tomado en cuenta en el cálculo del indicador.<br>—El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma del N° de asegurados de ambos padrones. |

M. DE LA FLOR

**Precisiones**

— El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD, será remitido por la Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones a las IPRESS con oferta de diálisis peritoneal, reconocidas como tales al 31 de agosto de 2024.
— La elaboración del padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL para aquellas IPRESS con oferta de diálisis peritoneal que no asignan asegurados procedentes de su jurisdicción a las IPRESS contratadas por el FISSAL, será coordinada directamente entre la Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones y la IPRESS con oferta de diálisis peritoneal.

| Nivel de Desagregación | Frecuencia de Medición |
|---|---|
| Unidades Ejecutoras (UE) | Anual |

## 3. Fuente de datos y flujo de información

**Fuente de datos**

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.09.2024 hasta el 31.08.2025.
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta, para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS.

**Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:**

**Única evaluación en setiembre 2025, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2024 - agosto de 2025).**

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**
Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)
**Análisis y evaluación de la información:**
Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL)

V. HARO

**Bibliografía**

Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.

**Comentarios Técnicos**

1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 02 - Acceso a diálisis peritoneal de asegurados con un año o menos en hemodiálisis crónica, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.
2.- El indicador pertenece al grupo de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para ser cumplidos por la IAFAS FISSAL en el marco del Objetivo Estratégico 5 (OE5) - Implementar mecanismos de pago en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que incentiven la prevención y manejo oportuno de la Enfermedad Renal Crónica del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobado mediante Resolución

M. GUTIÉRREZ R.

4

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

| |
|---|
| **Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**<br>Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)<br>**Análisis y evaluación de la información:**<br>Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL) |
| **Bibliografía** |
| Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA. |
| **Comentarios Técnicos** |
| 1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 02 - Acceso a a diálisis peritoneal como primera terapia dialítica, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.<br>2.- El indicador pertenece al grupo de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para ser cumplidos por la IAFAS FISSAL en el marco del Objetivo Estratégico 5 (OE5) - Implementar mecanismos de pago en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que incentiven la prevención y manejo oportuno de la Enfermedad Renal Crónica del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.<br>3.- El estándar es el 50% (acceso del 50% de los asegurados con ERC-5 que inician terapia dialítica) y la meta para el año 2025 es el 5%. |

## ANEXO 20: IP3, SC-IP-FISSAL 05, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A HEMODIÁLISIS CON FÍSTULA ARTERIO VENOSA CREADA

| FICHA TÉCNICA | Área Responsable |
|---|---|
| | Fondo Intangible Solidario de Salud |
| | Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo |

**1. Datos de identificación del indicador**

| CÓDIGO | SC-IP-FISSAL-05 | Nombre del indicador: TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A HEMODIALISIS CON FISTULA ARTERIO VENOSA CREADA |
|---|---|---|

**Definición del indicador**

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) que inician hemodiálisis (HD) crónica con una fístula arterio venosa (FAV) creada en IPRESS pública.

**Objetivos**

I. Facilitar el acceso del asegurado con enfermedad renal crónica 5 (ERC 5) a la creación de un acceso vascular definitivo para hemodiálisis (HD) crónica.
II. Reducir el número de asegurados en HD crónica con accesos vasculares transitorios (como el catéter venoso central de corta y larga permanencia), con lo cual se contribuye a la reducción de la morbimortalidad de este grupo de pacientes.

**2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador**

**Cálculo del Indicador**

N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica con una FAV creada en IPRESS pública / N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica en IPRESS pública o privada X 100

**Numerador**

— Los asegurados que inician HD crónica con una FAV creada en IPRESS pública deberán tener:
(01) Una atención que registre el procedimiento [36825] - Creación de FAV o [36821] - Anastomosis arteriovenosa abierta directa, asociado al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189/N185] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
(02) Todas las atenciones de HD crónica en IPRESS públicas o privadas registradas con una fecha de atención posterior a la fecha de creación de la FAV.

**Denominador**

—El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma de (1) + (2):
(1) N° acumulado de asegurados que inician hemodiálisis (HD) como primer tratamiento dialítico crónico en la IPRESS Pública.
(2) N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privada.

**Precisiones**

Para el cálculo del denominador:
(1) N° acumulado de asegurados que inician HD como primer tratamiento dialítico en la IPRESS Pública.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SIASIS entre el 01.09.2024 hasta el 31.08.2025.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2024.
- El registro de una HD ambulatoria se identifica a través de los códigos CPMS de HD (90935 o 90937) o del registro por consumo de la HD, en servicios que no corresponden a EMERGENCIA o INTERNAMIENTO.
- La IPRESS Pública que registra la HD ambulatoria por consumo, tienen un plazo de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso, para informar al FISSAL, mediante oficio, si mantiene este tipo de registro durante el periodo de producción setiembre 2024 - agosto 2025.
(2) N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico en IPRESS Privada.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SAIRC entre el 01.09.2024 hasta el 31.08.2025.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2024.

| Nivel de Desagregación | Frecuencia de Medición |
|---|---|
| Unidades Ejecutoras (UE) | Anual |

**3. Fuente de datos y flujo de información**

**Fuente de datos**

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.09.2024 hasta el 31.08.2025.
Producción registrada en el SAIRC desde el 01.09.2024 hasta el 31.08.2025 (para el cálculo de N° acumulado de asegurados procedentes de la IPRESS Pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privadas).
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS y al SAIRC.

CERTIFICA: Que es copia fiel del Original
Folio 14 del 20
19 FEB 2025
ARTURO GARCIA SOLIS
FEDATARIO TITULAR
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO



| |
|---|
| **Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**<br>Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)<br>**Análisis y evaluación de la información:**<br>Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL) |
| **Bibliografía** |
| Medidas relacionadas con el adiestramiento y monitorización clínica de los pacientes: La conveniencia de que el personal que entrena efectúe, al menos, una visita al domicilio del paciente. Este tipo de actividad permite detectar situaciones de riesgo, inconsistencias y roturas de protocolo no apreciables en el centro, y se considera de utilidad. Peritoneal Diálisis International 2022, Vol. 42(2) 110–153. |
| **Comentarios Técnicos** |
| 1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 06 - Acceso del asegurado en diálisis peritoneal al seguimiento domiciliario, aplicado por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.<br>2.- El estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC-5 en DP al seguimiento domiciliario) y la meta para el año 2025 es el 80%. |

V. HARO

M. GUTIÉRREZ R.

J. RAMÍREZ C.