



SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Conste por el presente documento, la Segunda Adenda al Convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud - SIS, que celebran de una parte la **DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO**, con R.U.C. N° 20602250602, con domicilio legal Av. Nicolás de Piérola N°617-623, provincia y departamento de Lima, debidamente representada por su Directora General, **KARINA IVONNE COLMENARES OTINIANO**, identificada con DNI N° 43831553, acreditada mediante Resolución Ministerial N° 736-2025/MINSA, de fecha 9 de abril del 2025, 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 representada por su Jefa, **M.C. ZULMA ANAYA CHACÓN**, identificada con DNI N° 23943395, designada mediante Resolución Suprema N° 008-2025-SA, de fecha 29 de octubre del 2025, a cuya institución 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 POJAS**, identificado con DNI N° 08842698, designado mediante Resolución Secretarial 000097-2025-SIS/SG, de fecha 31 de octubre del 2025, a la cual en adelante se le denominará **"LA IAFAS FISSAL"**; sin perjuicio y por fines prácticos se les denominarán como **"LAS IAFAS"**, de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA DE LA ADENDA: ANTECEDENTES:

1. Con fecha 27 de enero del 2025, LAS IAFAS y EL PRESTADOR (en adelante LAS PARTES), suscribieron el convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados y sus cláusulas adicionales (en adelante EL CONVENIO).
2. Con fecha 4 de diciembre del 2025, se reunieron los funcionarios de LAS PARTES, en atención a la invitación cursada mediante el Oficio N° 001290-2025-SIS/J; quienes suscribieron el Acta de Compromisos que forma parte esencial de esta adenda, denominada: ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS; en adelante EL ACTA DE COMPROMISOS - DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO.
3. EL ACTA DE COMPROMISOS obra adjunta que cuenta con 26 folios.

CLÁUSULA SEGUNDA DE LA ADENDA: DE LOS ACUERDOS ADOPTADOS

A) RATIFICACIÓN DEL CONTENIDO DEL ACTA DE COMPROMISO

Los funcionarios de la máxima jerarquía que suscriben la presente adenda y que representan a LAS PARTES expresan su voluntad de ratificar el contenido íntegro de EL ACTA DE COMPROMISO - DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, otorgándole la validez jurídica necesaria y suficiente para modificar EL CONVENIO, en los términos que se indican en dicha acta; lo que conlleva a asumir los compromisos allí plasmados por ser de obligatorio cumplimiento para LAS PARTES, en la forma y los tiempos establecidos.

B) MARCO PRESUPUESTAL 2026

En cumplimiento de lo pactado en el literal b) de la Tercera Cláusula Adicional de EL ACTA DE COMPROMISO DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, se incorpora el marco presupuestal para dicho prestador, que se detalla en los anexos denominados:

- ANEXO A: MARCO PRESUPUESTAL DE LA IAFAS SIS, PERIODO 2026
- ANEXO B: MARCO PRESUPUESTAL DE LA IAFAS FISSAL, PERIODO 2026





SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

III. CLAUSULA TERCERA DE LA ADENDA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES

LAS PARTES acuerdan ratificar todos los términos y condiciones de **EL CONVENIO** y su/s adenda/s en tanto no se opongan a lo acordado en el presente instrumento.

En señal de conformidad los máximos representantes de LAS PARTES suscriben digitalmente esta adenda.



Firmado digitalmente por:
COLMENARES OTINIANO KARINA
IVONNE FIR 43831553 hard
Motivo: Soy el autor de este
documento
Fecha: 09/01/2026 14:50:24-0500

KARINA IVONNE COLMENARES OTINIANO
Directora General
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro



Firmado digitalmente por ANAYA
CHACON Zulma FAU 20505208626
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06.01.2026 16:30:27 -05:00

ZULMA ANAYA CHACÓN
Jefa
Seguro Integral de Salud



Firmado digitalmente por SALAZAR
ROJAS Marco Antonio FAU
20546736718 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06.01.2026 02:29:47 -05:00

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





PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho Ministerial

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO A: MARCO PRESUPUESTAL DE LA IAFAS SIS, PERIODO 2026

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO PER CÁPITA					
		TRANSFERENCIA PER CÁPITA	SALDO DE BALANCE 2025 (-)	AJUSTE % GASTOS DE GESTIÓN (-)	INDICADORES 2025 (-)	DEDUCCIONES AÑOS ANTERIORES (-)	SUBTOTAL MARCO PPTAL PER CÁPITA
143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	0	0	0	0	0	0
144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	0	0	0	0	0	0
145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	0	0	0	0	0	0
146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	0	0	0	0	0	0
147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	0	0	0	0	0	0
149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	0	0	0	0	0	0
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	0	0	0	0	0	0
1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	26,670,094	622,263	0	0	90,923	27,383,280
Total DIRIS CENTRO		26,670,094	622,263	0	0	90,923	27,383,280

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD				
		TRANSFERENCIA PPS	SALDO DE BALANCE 2025 (-)	AJUSTE % GASTOS DE GESTIÓN	INDICADORES 2025 (-)	SUBTOTAL MARCO PPTAL PAGO PRESTACIONES DE SALUD
143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	34,424,518	140,941	0	2,335,538	36,900,997
144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	31,348,950	349,401	0	3,032,773	34,731,124
145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	9,827,038	498,500	0	604,266	10,929,804
146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	7,629,304	424,140	0	0	8,053,444
147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	3,115,677	526,333	0	0	3,642,010
149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	14,367,606	478,865	0	1,440,350	16,286,821
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	10,755,817	4,951	496,301	636,333	11,893,402
1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	805,049	0	0	0	805,049
Total DIRIS CENTRO		112,273,959	2,423,131	496,301	8,049,260	123,242,651

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO POR EXPEDIENTE				TRANSFERENCIA TOTAL IAFAS SIS 2026
		TRASLADO DE EMERGENCIA	CASA MATERNA	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES / SUB COMPONENTE PRESTACIONAL	SUBTOTAL TRANSFERENCIA PPE ADMINISTRATIVA	
143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	8,431	0	156,790	165,221	34,589,739
144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	2,992	0	25,655	28,647	31,377,597
145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	3,504	0	131,742	135,246	9,962,284
146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	0	0	0	0	7,629,304
147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	2,979	0	0	2,979	3,118,656
149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	38,603	0	10,964	49,567	14,417,173
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	6,963	0	36,785	43,748	10,799,565
1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0	0	0	0	27,475,143
Total DIRIS CENTRO		63,472	0	361,936	425,408	139,369,461

(*) La determinación del marco presupuestal y de los montos de la transferencia financiera se efectuó conforme a la asignación aprobada en la Ley N.° 32513, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026 y según lo establecido en el DL 1440- Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

Documento electrónico firmado digitalmente en el marco de la ley N.° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, su Reglamento y modificatorias. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en <https://apps.firmaperu.gob.pe/webvalidador.xhtml>





SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO B: MARCO PRESUPUESTAL DE LA IAFAS FISSAL, PERIODO 2026

COD UE	NOMBRE UNIDAD EJECUTORA	MONTO A TRANSFERIR 2026 (A)	SALDO DE BALANCE 2025 (B)	MARCO PRESUPUESTAL 2026 (A+B)
0143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	19,742,045.00	141,970.00	19,884,015.00
0144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	15,266,645.00	172,872.00	15,439,517.00
0145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	1,776,855.00	109,179.00	1,886,034.00
0146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	299,446.00	2.00	299,448.00
0147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	634,649.00	151,807.00	786,456.00
0149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOMÉ	6,254,630.00	219,215.00	6,473,845.00
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	600,705.00	37,054.00	637,759.00
TOTAL		44,574,975.00	832,099.00	45,407,074.00





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS 2025-2027 (EN ADELANTE "EL CONVENIO")

REPRESENTANTES DE LAS PARTES:

N°	Nombres y Apellidos	Cargo
	CARINA I. COLMENARES OTINIANO	Directora de la DIRIS Lima Centro
	JULIO CESAR DIAZ SIPIRAN	Director Administrativo
	VÍCTOR MANUEL PIZARRO LEÓN	Jefe de la Oficina de Seguros
	JULIO JAVIER DÍAZ GUANILO	Director Ejecutivo de la Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas
	CASTILLO CHÁVEZ RANDOLPH ADEMAR	Jefe de la Oficina de Presupuesto Público
	Juan Mariño Ninamango	Profesional de GNF - SIS
	Patricia Quispe Huamán	Profesional de GREP - SIS
	Erick Antunez Maceda	Profesional de GA - SIS
	Eduardo Mc-cubbin Sosa	Profesional de OGTI - SIS
	Katiuska Astete Ayquipa	Profesional de Fissal
	Gina Barcena Luza	Profesional Fissal
	Marco Polo Gastulo	Profesional de OGTI

1. ANTECEDENTES:

- LAS IAFAS y EL PRESTADOR (en adelante LAS PARTES), suscribieron EL CONVENIO y su/s adenda/s; para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados que forman parte esencial de esta acta de compromiso, correspondiente al periodo 2025-2027.

2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LAS PARTES:

2.1. LAS PARTES convienen en establecer compromisos de obligatorio cumplimiento entre ellas concernientes a modificaciones de EL CONVENIO según queda precisado en este documento, así como la manera de fijar el marco presupuestal para proceder luego con la transferencia.

2.2. Estos compromisos **formarán parte esencial de la adenda** que deberá suscribirse entre el 05 y el 09 de enero de 2026 y que a su vez permitirá la precitada transferencia entre el 12 y 16 de enero de 2026.

2.3. LAS PARTES acuerdan modificar los siguientes numerales de EL CONVENIO, en los términos que se indican:

- Modificar el numeral 8.42 de EL CONVENIO el mismo que quedará redactado de la siguiente manera:
(...) Para los recursos transferidos por la IAFAS SIS. EL PRESTADOR podrá hacer uso del componente de gestión bajo los siguientes criterios: las Unidades Ejecutoras que cuenten con IPRESS del Primer nivel o segundo nivel de atención con población adscrita podrán ejecutar en el componente de gestión hasta un 35% de los recursos transferidos, incluido el Saldo de Balance. Para el caso de las UE que cuenten solo con IPRESS del II o III nivel sin población adscrita podrán ejecutar en el componente de gestión hasta un 20% de los recursos transferidos. Asimismo, el exceso de ejecución de gastos de gestión según convenio y adenda vigente, advertidos en el proceso de monitoreo y/o supervisión financiera, será motivo de ajustes financiero y/o deducción, según corresponda.
En caso, la UE, que cuenta con IPRESS del Primer nivel o segundo nivel de atención con o sin población adscrita, cumpla con el 100% de todos los indicadores prestacionales que le corresponda, medidos al cierre del mes establecido en las fichas técnicas de los indicadores, no se aplicará el ajuste y/o deducción del exceso del porcentaje acordado para gastos de gestión, a excepción del año 2025, donde la evaluación se realizara solo en el mes de junio.
- Modificar el numeral 22.3.2 de EL CONVENIO el mismo que quedará redactado de la siguiente manera:





**ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

LA IAFAS FISSAL:

**CUADRO N° 03: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR
PRESTACIONES DE SALUD IAFAS FISSAL - AÑO 2026**

MECANISMO DE PAGO	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD
MODALIDAD	Prospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	Tramo I
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	100%
PLAZO DE TRANSFERENCIA	A la suscripción de la adenda

- Con la finalidad de garantizar de manera oportuna el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS, FISSAL realizará la asignación de recursos mediante una transferencia financiera efectuada en un (1) SOLO Tramo, correspondiente al mecanismo de pago: pago por prestaciones de salud, aplicando los ajustes y/o deducciones de acuerdo a EL CONVENIO, en caso corresponda.

- Modificar el numeral 23.8.1 de EL CONVENIO el mismo que quedará redactado de la siguiente manera:

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: La transferencia se realizará en base a los resultados de la medición del siguiente indicador financiero:

CÓDIGO DE INDICADOR	INDICADOR	META	FECHA DE CORTE	FECHA DE EVALUACION
IF 01	Objetivos Financieros	Objetivos Financieros Incorporado el 100% del Saldo de Balance 2025 y la transferencia del Tramo I – 2026, diferenciados por sec_fun (*)	31.07.2026	Agosto 2026
	SC01	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	31.07.2026	Agosto 2026
		Certificado		
		>=70.00%		
		Compromiso Anual		
		>=60.00%		
	SC02	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT- Primer Orden		
		Certificado		
		>=70.00%		
		Compromiso Anual		
		>=60.00%		
		Devengado		
		>=40.00%		

- (*) 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:

- 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.
- Incorporar el 100% de las transferencias del Tramo I - 2026 por LA IAFAS FISSAL en las actividades presupuestales permitidas y clasificadores autorizados según la Directiva vigente para el control financiero.
- 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 que se les ha asignado un marco presupuestal para el periodo 2026, que forman parte del Anexo N° 1-A; se excluye para el cálculo de los indicadores financieros los recursos del mecanismo de pago: pago de prestaciones administrativas (por expediente), que incluye prestaciones tercerizadas, subcomponente prestacional y traslado de paciente oncológico estable".

- Modificar el numeral 23.8.2 de EL CONVENIO el mismo que quedará redactado de la siguiente manera:

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), por el cumplimiento de los indicadores prestacionales SC-IPFISSAL-





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- Modificar el numeral 23.8.3 de EL CONVENIO el mismo que quedará redactado de la siguiente manera:

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

Incentivo calculado en relación con la cantidad de visitas que requieren los asegurados con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal del ámbito del prestador. El incremento posterior en la cantidad de pacientes no alterará el incentivo calculado. El Incentivo tiene un monto tope de hasta S/ 50,000 (sujeto a disponibilidad presupuestal) y se otorga por el cumplimiento del indicador prestacional SC-IP-FISSAL-06. La asignación del incentivo se realizará a través de la transferencia financiera a la unidad ejecutora según Anexo 01-B. 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.

Criterio de Evaluación: Según la ficha técnica del indicador SC-IP-FISSAL-06".

- 2.4. LAS PARTES acuerdan en incorporar cláusulas a EL CONVENIO que quedarán redactadas de la siguiente manera y se denominarán CLAUSULAS ADICIONALES:

PRIMERA CLÁUSULA ADICIONAL:

- LA IAFAS SIS con la finalidad de garantizar de manera oportuna el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS realizará una transferencia financiera por el Importe de Transferencia en un (1) Tramo, aplicando los ajustes y/o deducciones de acuerdo a EL CONVENIO, en caso corresponda. En adelante se denominará "Importe de Transferencia Marco Presupuestal".
- LAS IAFAS SIS realizarán la medición de los indicadores detallados en el anexo N° 01 de la presente ACTA DE COMPROMISOS; con corte al mes establecido en las fichas técnicas de los indicadores según corresponda, considerando el peso ponderado contenido en EL CONVENIO y las fichas técnicas adjuntas a esta acta.
- De no cumplirse con las metas de los indicadores señalados en el anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026 de la presente ACTA DE COMPROMISOS, podrán aplicar ajustes financieros y/o deducciones al marco presupuestal del próximo año (2027) sobre el 20% del "Importe de Transferencia Marco Presupuestal", considerando el peso ponderado según la cantidad de indicadores que le corresponda.

SEGUNDA CLÁUSULA ADICIONAL: RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

LAS PARTES declaran conocer las responsabilidades administrativas que se generan por no cumplir con las obligaciones estipuladas en EL CONVENIO y que afecte o ponga en riesgo el acceso a los servicios de salud, o la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones a los asegurados de LAS IAFAS, en el marco del reglamento del Dec. Leg. 1163 y de las normas dispuestas por SUSALUD que considera el precitado supuesto como falta muy grave según lo previsto en el RIS de SUSALUD, aprobado por el D.S. 031-2014-SA.

TERCERA CLAUSULA ADICIONAL: OPERATIVIDAD PARA DETERMINAR EL MARCO PRESUPUESTAL

- El importe del Marco Presupuestal es calculado mediante la aplicación de las metodologías de mecanismos de pago reguladas en la Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA, o sus modificatorias. Una vez obtenido el Marco Presupuestal, corresponde determinar el monto que será transferido a EL PRESTADOR para lo cual se calculará a partir de la Ley de Presupuesto 2026 una vez aprobada, el saldo balance al 31 de diciembre 2025 una vez conocido y otras deducciones u obligaciones dispuestas por norma expresa.
- LAS PARTES acuerdan que, una vez identificado el importe a transferir, este será comunicado a EL PRESTADOR por la IAFAS SIS y la IAFAS FISSAL a través de un oficio, adjuntándosele la ADENDA de EL CONVENIO que recogerá: a) el monto exacto a transferir y la ratificación del íntegro de los compromisos asumidos en esta acta. La firma de la adenda deberá ser suscrita por EL PRESTADOR de manera presencial o virtual y, posterior a la verificación de su firma, la IAFAS SIS y la IAFAS FISSAL realizará la transferencia financiera de acuerdo a Ley.

CUARTA CLAUSULA ADICIONAL: MODIFICACION DE INDICADORES DEL CONVENIO:

- LAS PARTES acuerdan en modificar los Anexos correspondientes a los Indicadores de la IAFAS SIS y IAFAS FISSAL, cuyas fichas técnicas obran en los Anexos de la presente ACTA DE COMPROMISOS y forman parte integrante de la misma.
- LAS PARTES acuerdan que las metas y porcentajes de los indicadores del SIS, se consigna en el Anexo N° 01 del presente documento.

QUINTA CLAUSULA ADICIONAL: ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS PRESUPUESTARIAS:

LAS PARTES acuerdan que toda mención efectuada en el convenio a la Ley de Presupuesto del Año Fiscal 2025 deberá entenderse modificada y actualizada a la Ley de Presupuesto del periodo fiscal vigente, en concordancia con la normativa presupuestaria aplicable.

SEXTA CLAUSULA ADICIONAL: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES DEL CONVENIO Y SU/S ADENDA/S

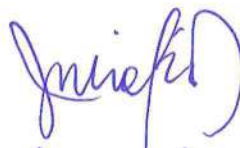
LAS PARTES acuerdan ratificar todos los términos y condiciones de EL CONVENIO y su/s adenda/s en tanto no se opongan a lo acordado en el presente instrumento.



**ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

En señal de conformidad se suscribe esta **ACTA DE COMPROMISOS**, en la ciudad de Lima, a los 04 días del mes de Diciembre del 2025.


Julio Javier
Díaz Guarillo
Director DERIS


Julio Díaz
DEA

Marino Jesús Polo Castañeda OCTI

MAT?

KATIUSKA ASTETE AYQUIPA DIF

Rep:


Pamela Ayala Huaman
SIS-GREP


ECON. JUAN MORÁN
GNF-SIS


ERIC ANTONIO OJEDA
Personero En

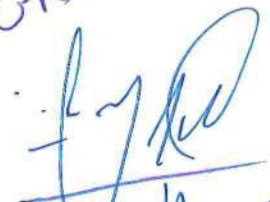
VICTOR MANUEL PARRILLER
Oficina de Seguros


Karina Colmenares C.
D.G. Diris LC.

OGADIS CASAS CARRILLO
DIRECCION EJECUTIVA
DM y GS - DIRIS LC


GINA BARCENA LUZA
FISSAL - DICOE


Victor
GNF-SIS


Director UDAH



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026

IAFAS SIS

CÓDIGO DE INDICADOR	INDICADOR		META
IF 01	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	CERTIFICADO:	70%
		COMPROMETIDO:	60%
		DEVENGADO:	50%
IF 02	Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS.		90%
IP01	Indicador de variación porcentual del sobrestock.		40%
IP02	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Hemoglobina Glicosilada (HBA1c).		20%
IP03	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Micro albuminuria y creatinina sérica.		20%
IP04	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica.		50%
IP05	Producción de mamografías para tamizaje de Ca. de mama en IPRESS seleccionadas.(*)		700
IP06	Incremento de la cobertura prestacional del procedimiento teleinterconsulta.		100
IG	Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos.		80%
IO-OGTI	Oportunidad del envío de Información Prestacional al SIS.		28 días

(*) Aplica a las UE. 145,149,1216 y 1683

IAFAS FISSAL

N°	Código de indicador	Indicadores	Meta	Condicionante para otorgamiento de:
1	IF 01	Objetivos Financieros	Objetivos Financieros Incorporado el 100% del Saldo de Balance 2025 y la transferencia del Tramo I – 2026, diferenciados por sec_fun	● Incentivo Gamma
		SC 01: Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT (*)	Certificado >= 70% Comprometido >= 60% Devengado >= 40%	
		SC 02: Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT-Primer Orden (*)	Certificado >= 70% Comprometido >= 60% Devengado >= 40%	
2	SC-IP-FISSAL-02	Tasa de asegurados ERC-5 en hemodiálisis crónica que pasaron a diálisis peritoneal	7% de asegurados	● Incentivo Delta
3	SC-IP-FISSAL-04	Tasa de asegurados ERC-5 en hemodiálisis crónica que ingresan a diálisis peritoneal como primera terapia dialítica	5% de asegurados	
4	SC-IP-FISSAL-05	Tasa de asegurados ERC-5 que ingresan a hemodiálisis con fístula arterio - venosa creada	20% de asegurados	
5	SC-IP-FISSAL-06	Tasa de asegurados ERC-5 en diálisis peritoneal con seguimiento domiciliario	80% de asegurados	● Incentivo Épsilon





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

**Anexo 02 : CALCULO PARA DETERMINAR IMPORTE POR TRANSFERIR
IAFAS – SIS**

El monto que transfiere la IAFAS SIS a cada Unidad Ejecutora de EL PRESTADOR, se encuentra supeditado al techo presupuestario asignado en la Ley de Presupuesto del periodo fiscal del año que corresponda, y es calculado de la siguiente manera:

- a) $TF_{Per\ Cápita} = MP_{Per\ Cápita} - (SB + C + D + I + G)$
b) $TF_{Prestaciones\ de\ salud} = MP_{Prestaciones\ de\ salud} - (SB + C + I + G)$
c) $TF_{Prestaciones\ administrativas} = MP_{Prestaciones\ administrativas}$

Donde:

TF = Importe de transferencia financiera

MP = Marco presupuestal

SB= Saldo de Balance

C= Importe de la compra centralizada realizado por el CENARES

D= Deducciones aplicadas

I= Importe resultante de la evaluación de Indicadores del convenio.

G=Montos de exceso en gastos de gestión.

IAFAS FISSAL

El monto que transfiere la IAFAS FISSAL a cada Unidad Ejecutora de EL PRESTADOR, es calculado de la siguiente manera:

- $MP_{Prestaciones\ de\ salud} = TF_{Prestaciones\ de\ salud} + SB$

Donde:

MP = Marco presupuestal

TF = Importe de transferencia financiera

SB= Saldo de Balance.



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 03: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS -IF

IF 01- PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	IF 01	Nombre del indicador
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	
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$	Monto certificado: 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	
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$	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 001 SIS 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 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 Saldos de Balance reportados en la evaluación de los objetivos financieros.	
Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)	Única	
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
SIAF -WEB / SIAF - DESKTOP de las UEs		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Al término de junio del año fiscal que corresponda.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y Procesamiento de datos:		
Sub Gerencia de Financiamiento – Monitoreo y Supervisión Financiera		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.		
2. R.D. N° 0009-2024-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria y su modificatoria.		
3. Ley N° XXXXX Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2026.		
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 primer subcomponente a evaluar del indicador financiero, siendo el 1er criterio: Nivel por fuente DyT		
Tener en cuenta que la transferencia que realiza LA IAFAS SIS a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT.		
Los Saldos de Balance para 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 del presente año fiscal. En caso de no coincidir y/o no enviar información o información parcial del saldo de balance, pierde la evaluación del indicador.		
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de unidad ejecutora.		
En caso exista exceso de PIA en la determinación de los Saldos de Balance, el saldo a tomar será lo reportado en el EP1 corroborado con Consulta Amigable y el Informe técnico de la Unidad Ejecutora que solicitó la rebaja de PIA a su Gobierno regional.		
Mantener la diferenciación de secuencias funcionales a lo largo del periodo fiscal teniendo en cuenta los numerales establecidos en el convenio vigente con respecto a la diferenciación por secuencias funcionales (SECFUN) y las cadenas programáticas funcionales.		



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOSIF-02 - PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS,
DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

FICHA TECNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del Indicador Financiero		
CÓDIGO	IF-02	Nombre del indicador Financiero
		PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
Definición del indicador Financiero		
Mide % de Stock Disponible de Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS) con consumo SIS, de acuerdo con las condiciones de Stock que comprenden el Stock Disponible de PF, DM y PS, siendo estos: Normostock: $M_DISP \geq 2$ y ≤ 6 , Sobrestock: $M_DISP > 6$ y Sin Rotación: $Stock > 0$ y $CPMA_SIS = 0$.		
Objetivo		
Contribuir en la mejora del Stock de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios en los Establecimientos de Salud, para que se encuentren accesibles en el lugar y oportunidad en que sean requeridos para la atención del asegurado SIS, y así evitar el gasto de bolsillo de los asegurados SIS.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del Indicador Financiero		
Cálculo del Indicador Financiero		Numerador
$\frac{\text{Nro. de ítems en Normostock+Sobrestock+Sin Rotación}}{\text{Nro. total de ítems (Normostock+Sobrestock+Sin Rotación+Desabastecido+Substock)}} \times 100$		Ítems condición de Stock Disponible Es la suma de ítems de PF, DM y PS que se tienen registrados en cada una de las condiciones de stock del indicador que son Normostock, Sobrestock y Sin Rotación.
Precisiones		Denominador
Los cálculos están realizados con el $CPMA_SIS$ y Stock. El cálculo del $M_DISP = Stock/CPMA_SIS$. No se incluye cuando $CPMA_SIS = 0$ y $Stock = 0$ No se incluye cuando $CPMA_SIS = 0$, $Stock > 0$ y tiene clasificación como suministro centralizado (SC).		Nro. total de Ítems Es la cantidad total de Ítems de PF, DM y PS con los que cuenta cada unidad ejecutora en los últimos 12 meses registrados en las condiciones de Normostock, Sobrestock, Sin Rotación, Substock y Desabastecido.
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidad Ejecutora (UE)		Mensual
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
Archivos ICI de las IPRESS de cada Unidad Ejecutora		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Al término de junio del año fiscal que corresponda.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Sub-Gerencia de Financiamiento – Supervisión y Monitoreo Financiero.		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.		
2. Ley N° 29459 Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.		
3. Ley N° XXXXX Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2026.		
4. RJ N°000165-2024/SIS-J. Aprueba Directiva Administrativa N°008-2024-SIS/GNF-V.05.		





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Comentarios Técnicos

Esta ficha técnica corresponde a la evaluación del Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS en las UE y sus IPRESS 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 Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS comprende los ítems en condición de Normostock, Sobrestock y Sin Rotación de todas las IPRESS de cada Unidad Ejecutora establecidas en el convenio.

Se consideran los ítems que presentan consumo SIS en los últimos 12 meses.

Se excluye de la medición del indicador los dispositivos médicos que se adquieren en función de la condición medica del paciente previa indicación del medico tratante. (se consideran las unidades ejecutoras 143, 144 y 145).

Para el caso de PF incluidos en el Listado de Productos Farmacéuticos Vitales se considera como Normostock: $M_DISP \geq 1$ y ≤ 6 .

Para el caso de productos PF NO PNUME, DM y PS NO PNUDME y con clasificador SD, SC/SD se considera como Normostock: $M_DISP \geq 1$ y ≤ 6 .

Para los medicamentos que corresponden a soluciones de gran volumen (igual o mayor 1 litro) por ejemplo: Cloruro de Sodio, Dextrosa, Dextrosa Sodio Cloruro, entre otros; la condición de Normostock se considerará como $M_DISP \geq 1$ y ≤ 6 .

Se excluye de la evaluación a los PF PNUME, DM y PS PNUDME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS ≤ 3 meses dentro del periodo de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 2 actuales meses.

Se excluye de la evaluación a los PF NO PNUME, DM y PS NO PNUDME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo ≤ 5 meses dentro del período de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 3 actuales meses.

No se considera para la evaluación, PF, DM Y PS en condición de SIN ROTACIÓN, que no presentan Consumo SIS, en un período de 3 a más meses.

Se actualiza los ítems (PF, DM y PS), mensualmente de acuerdo a lo publicado en la página de DIGEMID.

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 y cuyo documento sustentatorios será el informe del estado situacional que emite el órgano de contrataciones de la UE.

Si se tuviera ítems desiertos o con incumplimiento de entrega 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 que no se cumplan por parte del CENARES, según cronograma.

Durante la evaluación del indicador se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.

La evaluación que se realiza con esta ficha técnica es a nivel de Unidad Ejecutora.



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**ANEXO N° 04: Fichas Técnicas de los Indicadores Prestacionales**

Indicador Prestacional IP 01	
Nombre	Indicador de variación porcentual del sobrestock.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de aplicación	Unidades Ejecutoras a nivel nacional (todos los niveles atención)
Definición	Indicador que mide la disminución del porcentaje de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que se encuentran por encima del nivel máximo estimado de inventario (>14 meses)
Justificación	Evalúa la capacidad de la Unidad Ejecutora para optimizar su gestión de inventarios, evitando acumulación innecesaria de existencias que generan riesgo de vencimiento, inmovilización de recursos y pérdida de eficiencia logística y financiera. Ocasionando pérdida de oportunidad en el uso eficiente de recursos públicos.
Construcción del indicador	Indicador compuesto de eficiencia logística: Con dos cálculos encadenados: 1. Proporción de productos en sobrestock. 2. Reducción de esa proporción entre periodos.
Periodo de medición,	Medición: Variación enero – agosto 2026,
Logro esperado	Según lo señalado en el Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
Formula y Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{N° de productos en sobrestock}^*}{\text{Total, de productos del inventario}^{**}} \times 100$ $\frac{\text{Reducción del sobrestock}}{\text{Proporción inicial}} = \frac{\text{Proporción inicial}^{***} - \text{proporción del final del periodo}}{\text{Proporción inicial}} \times 100$ *Productos en sobrestock: suma de productos en sobrestock mayor a 14 meses + productos sin rotación. **Total de productos de inventario, no se consideran productos marcados como NO APLICA y sin consumo, en la fuente de datos. *** La Proporción Inicial de Sobrestock será tomada el primer día hábil del 2026.
Fuente de datos	Reporte del Informe de Consumo Integrado Diario, publicado en el portal de DIGEMID.
Área responsable técnica	Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud.





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Indicador Prestacional IP02	
Nombre	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)
Ámbito de Aplicación	Unidades Ejecutoras del Primer Nivel de Atención
Definición	Determina el porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen al menos una medición de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) 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-e: "La Hemoglobina Glicosilada (HbA1c): Es un parámetro de laboratorio que permite valorar el grado de control metabólico de las personas con diabetes. Se recomienda realizarlo en forma trimestral como variable de la vigilancia epidemiológica de diabetes, todo caso prevalente de diabetes debe contar con resultados de HbA1c
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen al menos una toma de medición de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en el periodo de evaluación}}{\text{Número de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el periodo de evaluación}} \times 100$
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 hemoglobina glicosilada (CPMS: 83036) registrado al menos una vez en los códigos de servicio 056 o 071 en el periodo de evaluación. Denominador: Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de diabetes Mellitus (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056).
Logro esperado	Según lo señalado en el Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
Frecuencia de medición	Una vez al año.
Fuente de datos	Base de datos de Seguro Integral de Salud. Periodo de medición de enero a agosto 2026.
Área responsable técnica	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Indicador Prestacional IP03	
Nombre	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitus con medición de Microalbuminuria y creatinina sérica
Ámbito de Aplicación	Unidades Ejecutoras del Primer Nivel de Atención
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 ítem 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) $1 < 60 \text{ ml/min por } 1,73 \text{ m}^2$ 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"
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que tienen al menos una toma de medición de Microalbuminuria y Creatinina sérica registrada en el periodo de evaluación}}{100}$
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. Denominador: Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de diabetes Mellitus (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056).
Logro esperado	Según Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
Frecuencia de medición	Una vez al año
Fuente de datos	Base de datos de Seguro Integral de Salud. Periodo de medición de enero a agosto 2026.
Área responsable técnica	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Indicador Prestacional IP04	
Nombre	Porcentaje de atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han alcanzado la meta terapéutica
Ámbito de aplicación	Unidades Ejecutoras de I Nivel de atención
Definición	Determina el porcentaje de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que han tenido al menos dos atenciones en el primer semestre y que hayan registrado al menos una medición de presión arterial inferior a 140/90 mm Hg durante el periodo de medición.
Justificación	Según la RM031-2015-MINSA: GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA, en su numeral 6.42 referente a Controles, se establece lo siguiente: "Una vez que el paciente tiene el tratamiento instaurado y logra un control de su presión arterial <140/90 mmHg o según la meta terapéutica, se realizarán controles mensuales durante un periodo de 6 meses. Al menos en 4 de los 6 controles (o el 75% de los controles realizados), la medida de la presión arterial deberá estar dentro del rango objetivo, considerándose al paciente como controlado."
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial con al menos dos controles y que han alcanzado la meta terapéutica}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial}} \times 100$
Logro esperado	Según Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
Construcción del indicador	Numerador: Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de Hipertensión Arterial (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056), con mínimo dos controles en un Semestre en los cuales, al menos una vez, se haya registrado una presión arterial <140/90 mmHg. Denominador: Suma de atendidos con diagnóstico (definitivo o repetido) de Hipertensión Arterial (Anexo 4) en el Servicio de Consulta externa (056)
Frecuencia de medición	Una vez al año
Fuente de datos	Base de datos de Seguro Integral de Salud. Periodo de medición de enero a agosto 2026.
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



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Indicador Prestacional IP05	
Nombre	Producción de mamografías para tamizaje de Cáncer de mama en IPRESS seleccionadas
Ámbito de aplicación	UE que cuentan con IPRESS que poseen equipo de mamografía 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	Según Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
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 agosto 2026.
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



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Indicador Prestacional IP06	
Nombre	Incremento de la cobertura prestacional del procedimiento teleinterconsulta
Ámbito de aplicación	Unidades Ejecutoras de I Nivel de atención
Definición	Mide el incremento porcentual de la cobertura prestacional del procedimiento teleinterconsulta en los establecimientos de salud por Unidad Ejecutora.
Justificación	La teleinterconsulta amplía el acceso a especialistas, reduce tiempos de atención y mejora la continuidad del cuidado, especialmente en zonas con limitada capacidad resolutive. Medir su incremento permite verificar la expansión real del servicio, identificar brechas y orientar acciones para fortalecer la cobertura prestacional.
Indicador	$\frac{\text{Incremento de teleinterconsultas (\%)}}{\text{Nº de teleinterconsultas del periodo actual - Nº del periodo previo}} \times 100$
Logro esperado	Según Anexo N° 01: Metas de los indicadores 2026. La evaluación y resultados se calculan a nivel de Unidad Ejecutora.
Cálculo del cumplimiento	Cantidad de teleinterconsultas adicionales en relación a periodo previo.
Frecuencia de medición	Una vez al año
Fuente de datos	Base de datos SIS. Periodo de medición de enero a agosto 2026.
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

BASALES POR UNIDADES EJECUTORAS DEL I NIVEL DE ATENCION CON
INTERCONSULTACPMS DE INTERCONSULTA: 99499.11 Teleinterconsulta síncrona y
99499.12 Teleinterconsulta asíncrona

REGION	CODIGO UE	NOMBRE UNIDAD EJECUTORA	BASAL
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	19





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 05: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE GRATUIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS
MÉDICOS

FICHA TÉCNICA		Responsable	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia del Asegurado	
1. Datos de identificación del indicador			
CÓDIGO	IGD	Nombre del indicador	
		Gratuidad en la dispensación de medicamentos e insumos médicos	
Definición del indicador			
Mide el Porcentaje de atenciones que recibieron la dispensación gratuita de medicamentos e insumos médicos completa, según lo prescrito en la Historia Clínica, con relación al total de muestra seleccionada.			
Objetivo			
Promover la dispensación gratuita de medicamentos e insumos médicos en las IPRESS públicas que conforman la red de salud preferente de la IAFAS SIS, contribuyendo a asegurar la protección financiera del asegurado del SIS, prevista en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.			
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del Indicador		Numerador	
Prestaciones con medicamentos e insumos médicos prescritos y entregados de manera completa $\frac{\text{Total de las prestaciones seleccionadas por muestra representativa}}{\text{Número total de prestaciones seleccionadas por muestra representativa}} \times 100$		Número de prestaciones con medicamentos e insumos médicos prescritos y entregados de manera completa; para lo cual se consideran las prestaciones que coinciden los medicamentos e insumos indicados en la historia clínica; y lo dispensado en farmacia, en donde la diferencia entre la cantidad prescrita y la cantidad entregada sea igual a cero. Los datos se extraen de la historia clínica y lo reportado en farmacia de las IPRESS.	
		Denominador	
		Número total de prestaciones seleccionadas por muestra representativa.	
Precisiones			
Para obtener los resultados, se deberá cumplir con lo siguiente:			
1. La GREP seleccionará de manera aleatoria una muestra representativa, no menor a 50 prestaciones de cada Unidad Ejecutora, considerando IPRESS con categorías del 1-4 hacia adelante, de las diferentes UPSS; 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. Esta evaluación se realizará de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Gerencia del Asegurado.			
2. De identificarse inconsistencias en el control posterior, la Unidad Ejecutora involucrada será objeto de un descuento porcentual, calculado en base al número total de prestaciones considerados en la acción de verificación.			
3. La evaluación del indicador se realizará a nivel de Unidad Ejecutora (UE) indistintamente del mecanismo de pago.			
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición	
Unidad Ejecutora		Única	
3. Fuente de datos y flujo de información			
Fuente de datos			
Historia Clínica del asegurado, base de datos de la farmacia del IPRESS y los 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			
Período de Evaluación del Indicador:			
Se considerará las prestaciones reportadas durante el periodo de enero a diciembre del año anterior y que hayan superado las reglas de consistencia. Los resultados saldrán en el mes de julio del año que corresponda.			
Responsable de los datos e información			
Recopilación de datos			
Personal de las GMR y UDR de la jurisdicción a evaluar.			
Procesamiento de Datos			
Gerencia del Asegurado del 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.			



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 06: INDICADOR OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN

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		Numerador
$\frac{\sum_{i=1}^n (\text{FechaRecepción} - \text{FechaAtención}_i)}{n}$		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 julio considerando los FUAs de los meses de producción de enero a junio.		
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.		
4. La evaluación del indicador se realizará a nivel de Unidad Ejecutora.		
5. La meta de cumplimiento del Indicador para el periodo del año 2025 se establece en los Compromisos suscritos por las partes.		
6. Para casos excepcionales debidamente justificados atribuidos a inconvenientes informáticos en el servicio de carga de paquetes del Seguro Integral de Salud, el SIS proporcionará un servicio de contingencia para la carga de paquetes de FUAs las cuales una vez superen las validaciones correspondientes mantendrán la fecha de carga del paquete como fecha de recepción. No aplica para mantenimientos de los servicios informáticos del SIS debidamente comunicados con antelación.		
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidad Ejecutora		Única y Cancelatoria al término de junio del año fiscal que corresponda
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
Base de datos de prestaciones de salud del Seguro Integral de Salud.		
Periodo de Evaluación del Indicador:		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Centros de digitación de las IPRESS Públicas de las Unidades Ejecutoras e IPRESS que mantienen Convenio vigente con el SIS.		
Procesamiento de Datos		
Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del SIS.		
* La Unidad Ejecutora que no alcance la meta será considerada como indicador no cumplido.		
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.		
3. DL 1412, Ley de Gobierno Digital y normas expresas dispuestas por el SIS		

ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 07: INDICADORES IAFAS FISSAL

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		
CÓDIGO	IF 01 SC 01	Nombre del indicador
PORCENTAJE DE INCORPORACION DE SALDO DE BALANCE EN LA FUENTE DYT		
Definición del indicador		
Mide el porcentaje de la incorporación de la transferencia financiera (TF) del marco presupuestal de la UE 002 FISSAL por fuente DyT		
Objetivo		
Contribuir a mejorar oportunamente la incorporación de la transferencia financiera (TF) del marco presupuestal de la UE 002 FISSAL por fuente DyT		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Monto a nivel certificado	X 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
Monto del TF		
Monto a nivel Compromiso anual	X 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
Monto del TF		
Monto a nivel Devengado	X 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
Monto del TF		
Precisiones		Denominador
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total del TF prestaciones de salud por la UE 002 FISSAL por fuente DyT, del marco presupuestal. Al 31 de julio (evaluación cierre).
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Jul-26
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 31 de julio del presente año fiscal.		
Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas, según corresponda, 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 de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026		
3. "Directiva para la Ejecución Presupuestaria" aplicable al año fiscal 2026.		
4. "Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria", aplicable al año fiscal 2026.		
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.		



ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IF1, SC 02, PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT-PRIMER ORDEN

FICHA TÉCNICA		Área Responsable	
		Fondo Intangible Solidario de Salud	
		Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo	
1. Datos de identificación del indicador			
CÓDIGO	IF 01	Nombre del indicador	
	SC 02	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN	
Definición del indicador			
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado de la transferencia financiera (TF) del marco presupuestal por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN.			
Objetivo			
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado de la transferencia financiera (TF) del marco presupuestal por los recursos del FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN.			
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del Indicador		Numerador	
Monto a nivel certificado	X 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 en subcomponente PRIMER ORDEN.	
Monto del TF			
Monto a nivel Compromiso anual	X 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 en subcomponente PRIMER ORDEN.	
Monto del TF			
Monto a nivel Devengado	X 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 en subcomponente PRIMER ORDEN	
Monto del TF			
Precisiones		Denominador	
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total del TF prestaciones de salud por la UE 002 FISSAL por fuente DyT, del marco presupuestal. En subcomponente PRIMER ORDEN al 31 de julio (evaluación cierre).	
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)		Jul-26	
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 31 de julio del presente año fiscal.			
Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas según corresponda, 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 de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026			
3. "Directiva para la Ejecución Presupuestaria" aplicable al año fiscal 2026.			
4. "Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria", aplicable al año fiscal 2026.			
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 02: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN del IF 01.			
Para considerar haber superado la evaluación del IF 01 deben haber alcanzado las metas del subcomponente 01 y 02.			
La IAFAS FISSAL financia a través de fuente DyT prioritariamente los siguientes clasificadores:			
2.3.1.8.1.2 - Medicamentos			
2.3.1.8.2.1-Material, Insumos, Instrumental y Accesorios médicos, Quirúrgicos, Odontológicos y de Laboratorio			
2.3.1.8.1.99 - Otros productos similares			
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de Unidad Ejecutora			



**ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****IP1, SC-IP-FISSAL 02, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL**

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-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		
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
$\frac{[(N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL}) + (N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública})] \text{ que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública, que pasaron a DP}}{[(N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL}) + (N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública})] \text{ que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública}} \times 100$		— 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. — 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 31.08.2025, que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción setiembre 2025 - agosto 2026.
		Denominador
		— El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD es elaborado por el FISSAL en base a información del SAIRC con corte al 31.08.2025, para cada una de las IPRESS públicas con oferta de diálisis peritoneal. — 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 31.08.2025, deberá ser remitido por la misma IPRESS a través de un oficio al FISSAL, antes del 01.09.2026, caso contrario, no será tomado en cuenta en el cálculo del indicador. — El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma del N° de asegurados de ambos padrones.
Precisiones		
— El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD, puede ser descargado por las IPRESS con oferta de diálisis peritoneal, a través de la descarga del archivo excel que se encuentra en el siguiente enlace: https://bit.ly/DELTA_2026 — Las IPRESS con oferta de diálisis peritoneal que no asignaron pacientes a IPRESS contratadas por el FISSAL al 31.08.2025, no aplican para la medición del indicador SC-IP-FISSAL-02.		
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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026.		
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 2026, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2025 - agosto de 2026).		
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)		
Bibliografía		
Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.		
Comentarios Técnicos		





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- 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 Ministerial N° 862-2022/MINSA.
- 3.- El estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC - 5 que tienen un año o menos en HD) y la meta para el año 2026 es el 7%.
- 4.- La ficha técnica correspondiente al año 2027 será publicada en la sección "Informes y Publicaciones" del portal web del FISSAL al que puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/fissal/informes-publicaciones>





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP1, SC-IP-FISSAL 04, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A DIÁLISIS PERITONEAL COMO PRIMERA TERAPIA DIALÍTICA

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-04	Nombre del indicador
TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A DIÁLISIS PERITONEAL COMO PRIMERA TERAPIA DIALÍTICA		
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) que ingresan a diálisis peritoneal (DP), como primer tratamiento dialítico en la IPRESS Pública con oferta de diálisis peritoneal.		
Objetivos		
I. Facilitar el acceso del asegurado con enfermedad renal crónica etapa 5 (ERC 5) que inicia tratamiento dialítico, a diálisis peritoneal (DP), como tratamiento predominantemente domiciliario.		
II. Incrementar el número de asegurados que inician terapia de reemplazo renal con DP, con lo cual se contribuye a la reducción de la morbilidad y mejora de calidad de vida en este grupo de pacientes.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de asegurados con ERC-5 que inician DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública		X 100
N° de asegurados con ERC-5 procedentes de la IPRESS pública que inician primer tratamiento dialítico		
		Denominador
		— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico 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
		— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico, pueden haberse realizado sesiones de hemodiálisis de EMERGENCIA o durante el INTERNAMIENTO, antes de iniciar la DP.
		— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico no pueden ser los mismos que se cuentan en el numerador del indicador SC-IP-FISSAL-02 "TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL"
		— El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma de (1) + (2) + (3) (1) N° acumulado de asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública. (2) N° acumulado de asegurados que inician hemodiálisis (HD) como primer tratamiento dialítico crónico en la IPRESS Pública. (3) 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 DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública: Es igual al numerador del SC-IP-FISSAL-04. (2) 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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026. - 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 2025. - 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. - Las IPRESS Públicas que registran 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. (3) N° acumulado de asegurados procedentes 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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026. - 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 2025. — Para el caso de las IPRESS públicas con oferta de diálisis peritoneal que iniciaron atenciones de manera posterior al 01.09.2025, se realizará el ajuste de la temporalidad para el cálculo del denominador, a partir de la fecha de inicio de atenciones. — Las IPRESS públicas con oferta de diálisis peritoneal que iniciaron atenciones de manera posterior al 29.02.2026, no aplican para la medición del indicador.		
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Anual
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		



**ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

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 jurisdicción 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.

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Única evaluación en setiembre 2026, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2025 - agosto de 2026).

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)

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 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.

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 (OES) - 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.

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 2026 es el 5%.

4.- La ficha técnica correspondiente al año 2027 será publicada en la sección "Informes y Publicaciones" del portal web del FISSAL al que puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/fissal/informes-publicaciones>



**ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****IP1, SC-IP-FISSAL 05, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A HEMODIÁLISIS CRÓNICA 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 HEMODIÁLISIS CRÓNICA CON FÍSTULA 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 morbilidad de este grupo de pacientes.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica con una FAV creada en IPRESS pública	X 100	— 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.
N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica en IPRESS pública o privada		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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026. - 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 2025. - 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 2025 - agosto 2026. (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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026. - 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 2025.		
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 01.09.2025 hasta el 31.08.2026. Producción registrada en el SAIRC desde el 01.09.2025 hasta el 31.08.2026 (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.		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Única evaluación en setiembre 2026, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2025 - agosto de 2026).		
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)		
Bibliografía		
Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.		
Comentarios Técnicos		





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE
SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO
DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- 1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 05 - Acceso del asegurado a la creación de un acceso vascular definitivo para hemodiálisis, 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 (OES) - 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.
- 3.- El estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC-5 que inician hemodiálisis crónica) y la meta para el año 2026 es el 20%.
- 4.- La ficha técnica correspondiente al año 2027 será publicada en la sección "Informes y Publicaciones" del portal web del FISSAL al que puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/fissal/informes-publicaciones>





ACTA DE COMPROMISOS PARA LA ADENDA 2026 EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL Y LA DIRIS LIMA CENTRO PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP1, SC-IP-FISSAL 06, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

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-06	Nombre del indicador
TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO		
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) en diálisis peritoneal (DP) que reciben visitas domiciliarias de seguimiento por parte de las IPRESS del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.		
Objetivos		
I. Verificar las condiciones de los ambientes donde se realiza la DP y donde se almacenan los insumos. II. Recuento del stock de insumos para la DP.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS que reciben bimestralmente visitas de seguimiento por parte de las IPRESS del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS}} \times 100$	— Cada asegurado con ERC-5 en DP de la región/DIRIS deberá tener una visita domiciliaria bimestral (cada dos meses) por parte de las IPRESS del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita, que registre (A) y (B): (A) FUA que tenga, por lo menos, los siguientes datos: (1) Código de servicio: 060 - Visita domiciliaria en zona urbana o periurbana ó 075 - Visita domiciliaria en zona rural, según corresponda. (2) Diagnóstico: N18.5 - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 5. (B) Ficha de Visita Domiciliaria de Personal Sanitario a Paciente en Diálisis Peritoneal — El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados ERC-5 en DP de la región/DIRIS, que registren al menos dos atenciones con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero 2026 - agosto 2026.	
	Denominador — El valor del denominador se calcula en base a la cantidad de pacientes que se encuentran en el padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS con corte al 31/12/2025.	
Precisiones		
— El padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS es elaborado en base al reporte de pacientes que las unidades de Diálisis Peritoneal de los hospitales registran en el aplicativo "Diálisis Peritoneal" de la plataforma SAIRC. — La DIRIS/GERESA/DIRESA podrá acceder al padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS a través de la descarga del archivo excel que se encuentra en el siguiente enlace: https://bit.ly/EPSILON_2026 o a través del aplicativo informático que implemente el FISSAL para tal fin. — El responsable de realizar la visita domiciliaria es el personal de salud no médico, que haya recibido una inducción o capacitación para el seguimiento de paciente en DP. Además del llenado del FUA, deberá llenar la Ficha de Visita Domiciliaria de Personal Sanitario a Paciente en Diálisis Peritoneal a través del siguiente enlace: https://bit.ly/FICHA_VISITA_DP o a través del aplicativo informático que implemente el FISSAL para tal fin. — El valor del denominador se mantiene gracias a la reposición de los pacientes que egresan por pacientes nuevos. Para que esta dinámica no perjudique el cumplimiento de la meta, el valor del numerador al momento de la evaluación incluirá también el N° de asegurados ERC-5 en DP de la región/DIRIS, que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero 2026 - agosto 2026, en fecha anterior al egreso del programa de DP, a la fecha de fallecimiento o al cambio de región/DIRIS.		
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 01.01.2026 hasta el 31.08.2026. Información registrada en la Ficha de Visita Domiciliaria de Personal Sanitario a Paciente en Diálisis Peritoneal, que correspondan a visitas realizadas desde el 01.01.2026 hasta el 31.08.2026.		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Única evaluación en setiembre 2026.		
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)		
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 centro, y se considera de utilidad. Peritoneal Dialysis 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. 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 2026 es el 80%.		

