



**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE ASOCIADOS DEL SISOL**

**1.1 ANTECEDENTES**

El Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) es un Organismo Público Descentralizado de la Municipalidad Metropolitana de Lima creado con Ordenanza N° 683 (publicada en el Diario Oficial El Peruano el 9 de setiembre del 2004). Su objetivo general es *brindar servicios integrales de salud que demanden los usuarios de sus establecimientos de salud*. En concordancia con su naturaleza de Entidad Pública con Tratamiento Empresarial (ETE), el SISOL puede contratar servicios para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, asociándose con personas jurídicas o naturales, mediante la modalidad de Contratos de Asociación en Participación (Ley N° 26887, Ley General de Sociedades).

**1.2 FINALIDAD PÚBLICA**

Asociarse con personas naturales y/o jurídicas, a través de Contrato de Asociación en Participación, para brindar servicios integrales de salud en su red de establecimientos, de acuerdo a las especificaciones detalladas en los presentes términos de referencia.

**1.3 OBJETO Y MODALIDAD DE LA CONTRATACION**

1. ESTABLECIMIENTO	1.1. NOMBRE: SISOL SALUD CARABAYLLO	
	1.2. DIRECCION: AV. SAN MARTIN CDRA. 2 S/N URB. SANTA ISABEL	
	1.3. CATEGORIA IPRESS: I-3	
2. MODALIDAD	2.1 CODIGO IPRESS DE ESPECIALIDAD	DESCRIPCION (A)
CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS	LVC111	DERMATOLOGÍA

**1.4 CONDICIONES REQUERIDAS POR SISOL**

**1.4.1 ALCANCE DE LOS SERVICIOS**

- Garantizar la atención a los pacientes que acuden al establecimiento de salud de acuerdo al horario establecido en el presente documento, con personal que cumpla el perfil profesional que demanda la especialidad.
- Atención exclusiva dentro del consultorio de la especialidad de Dermatología
- Orientación al paciente para su tratamiento a seguir.
- Participar de las actividades de atención primaria propios de la especialidad.
- Asumir el deterioro y/o destrucción, pérdida o sustracción de bienes o valores de cualquier índole de su propiedad
- Respetar el tarifario SISOL para su pago mensual
- Brindar una óptima atención al paciente, entregar oportunamente los resultados de los exámenes realizados
- No derivar, recomendar o transferir usuarios y/o pacientes a servicios distintos del Sistema Metropolitano de la Solidaridad, salvo autorización.
- No hacer uso de las instalaciones para la venta de medicamentos y/o insumos médicos que no hayan sido aprobados
- Utilizar los formatos de recetas médicas, formularios y otras formaterías para la atención de salud (consultas médicas, servicios de apoyo al diagnóstico y procedimientos médicos quirúrgicos), los cuales serán diseñados por el asociado.



✖



- No efectuar acto publicitario propio o de terceros dentro del establecimiento de salud, ni utilizar el logo, imagen y nombre de la institución (SISOL) sin autorización.
- Cumplir estrictamente con las normas técnicas y sanitarias de nuestro ordenamiento legal vigente y las directivas aprobadas.
- Efectuar el pago de los tributos producto de los servicios y/o ventas, bajo su exclusiva responsabilidad.
- El Asociado está obligado a brindar todo tipo de facilidades para que el SISOL, cuantas veces lo considere necesario por sí o por terceros, efectúe inspecciones (físicas o documentarias) de sus instalaciones, donde puede verificar el cumplimiento del compromiso adquirido para la prestación del servicio.
- El servicio se prestará bajo estricta responsabilidad de la empresa adjudicada y deberá ser realizado en su totalidad en las mismas instalaciones del establecimiento de salud, por ningún motivo el paciente podrá ser desplazado a otro centro asistencial sin conocimiento de la Dirección Médica del establecimiento de salud de SISOL.

#### 1.4.2 HORARIOS

De lunes a sábado en el horario de 08:00 am hasta las 07:00 pm. El asociado deberá cumplir el requerimiento mínimo de turnos descritos en las Bases del proceso de convocatoria.

El Asociado se compromete a cumplir estrictamente la programación mensual de turnos aprobada por el Director Médico del establecimiento de salud.

**NOTA:** Los horarios podrán ser modificados previo acuerdo con la Dirección Médica del establecimiento de salud. El incumplimiento de la programación mensual de turnos podrá ser considerado como falta muy grave.

#### 1.4.3 PRODUCTOS Y TARIFAS

De acuerdo al Tarifario SISOL, para la especialidad objeto de la convocatoria se tienen los siguientes productos y sus respectivas tarifas:

IPRESS	TIPO TARIFARIO	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PRECIO PACIENTE
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	ACNE ACTIVO	261.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CAMARA DE FOTOTERAPIA	42.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ TRIA, AREA GRANDE	504.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ TRIA, AREA MEDIANA	350.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ TRIA, AREA PEQUEC	252.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ QUELOIDE, GRANDE	350.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ QUELOIDE, MEDIANA	288.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CICATRIZ QUELOIDE, PEQUEC	187.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CONSULTA EN DERMATOLOGIA	16.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CRIOTERAPIA PARA ACNE	81.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CRIOTERAPIA PARA LENTIGO SOLAR	89.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CRIOTERAPIA PARA VERRUGA MULTIPLE	122.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CRIOTERAPIA PARA VERRUGA UNICA	71.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CUERPO COMPLETO	1010.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	CURETAJE, MOLUSCO CONTAGIOSO	95.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION CARA COMPLETA	420.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION DE ANTEBRAZO (AMBOS)	420.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION DE AXILA (AMBAS)	216.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION FACIAL BOZO	150.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION FACIAL MENTON	216.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION PIERNAS LASER (AMBAS)	506.50





DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	DEPILACION PIERNAS MUSLO (AMBAS)	741.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	ELECTROCAUTERIZACION DERMICA MULTIP.	108.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	ELECTROCAUTERIZACION DERMICA UNICA	57.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	EXERESIS DE GRANULOMA PIOGENO	134.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	EXERESIS DE LUNAR UNICO	81.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	EXTRACCION, QUISTE SEBACEO	86.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	FENOLIZACION DE Ucs	50.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	HIDRATACION PROFUNDA	254.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	HYDRAFACIAL	254.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	INFILTRACION DERMICA MULTIPLE	62.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	INFILTRACION DERMICA UNICA	29.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	INFORME MEDICO	26.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	INTERCONSULTA SALUD OCUPACIONAL	66.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LIMPIEZA FACIAL	134.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LIMPIEZA FACIAL ACNE	192.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LIMPIEZA FACIAL MEDICA	192.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LINEA BIKINI AMPLIADO	271.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LINEA BIKINI EXTENSO	338.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	LINEA BIKINI SIMPLE	204.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	MASCARILLAS DESCONGESTIVAS	68.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	MASCARILLAS HIDRATANTES	134.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	MICROEXFOLIACION	134.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	PEELING MEDIANO CARA	506.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	PEELING QUIMICO	121.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	PEQUEÑAS LESIONES ABLATIVAS	194.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	PLASMA RICO EN PLAQUETAS	444.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	QUIMIOCAUTERIZACION	38.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE ABDOMEN MODO LP	350.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE ABDOMEN MODO SMOOTH	674.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE CUELLO SMOOTH	405.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE GLUTEOS MODO LP	338.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE GLUTEOS MODO SMOOTH	674.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE LABIOS	237.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REAFIRMACION DE MAMAS	350.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REJUVENECIMIENTO CUELLO	182.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REJUVENECIMIENTO ESCOTE	350.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REJUVENECIMIENTO FACIAL	182.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	REJUVENECIMIENTO FACIAL TOTAL	523.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TELANGIECTASIAS CARA	204.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TELANGIECTASIAS MMII	261.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TOMA DE MUESTRA EXCISION, LOSANGE	108.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TOMA DE MUESTRA PARA BIOPSIA PUNCH	69.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TRATAMIENTO MICOSIS, Ucs DE MANOS	204.00
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	TRATAMIENTO MICOSIS, Ucs DE PIES	218.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	VELO DE NOVIA CARA	170.50
DERMATOLOGIA	SISOL	DERMATOLOGIA	VELO DE NOVIA, CARA, CUELLO Y ESCOTE	271.00

#### 1.4.4 RESPONSABILIDADES ANTE SISOL

El Asociado será el único responsable civil y penal frente a los pacientes que intervengan en su área y/o ante terceros, así como también frente a sus trabajadores por obligaciones laborales, seguros y ante los organismos de regulación y fiscalización del Estado.

El SISOL se exime de toda responsabilidad, obligación, directa o solidaria, administrativa, judicial o de cualquier naturaleza, sin reserva ni limitación alguna.

El Asociado autoriza a SISOL a retener el íntegro del valor de las multas y/o sanciones administrativas dinerarias que deriven de actos propios del Asociado.

Dentro de la estrategia de proyección a la comunidad del SISOL, el Asociado deberá tener disponibilidad para realizar acciones de atención integral de salud a título gratuito.



Handwritten signature or mark in the bottom right corner.



Estas acciones se realizarán a solicitud de SISOL, de manera mensual, siendo un máximo de 5 atenciones, no acumulables.

El asociado deberá garantizar la instalación de 01 puntos de venta dentro de la IPRESS SISOL LA VICTORIA los espacios y ubicaciones del punto de venta requerido se encuentran señalado en el plano adjunto.

## 1.5 CONDICIONES OFRECIDAS POR SISOL

### 1.5.1 MARCA

El SISOL tiene un conjunto de signos distintivos que lo hacen identificable y que le ha permitido posicionamiento como un agente reconocido de servicios de salud.

### 1.5.2 CUMPLIMIENTO DE REGULACIONES RELACIONADAS A LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El SISOL gestiona los aspectos regulatorios relacionados al licenciamiento municipal e inspección técnica de seguridad de edificaciones, así como el proceso de categorización/recategorización del establecimiento de salud y el registro RENIPRESS correspondiente. La autorización para el funcionamiento de UPSS tercerizadas es responsabilidad del Asociante.

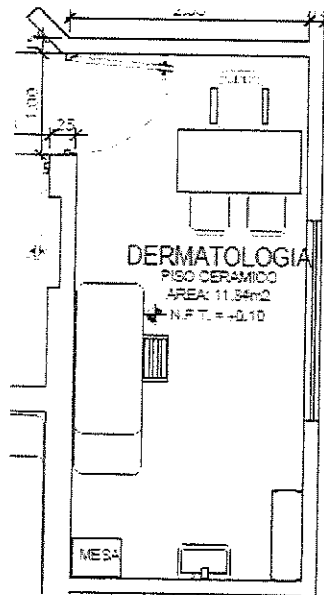
### 1.5.3 ADMISIÓN, EMISIÓN DE TICKETS Y RECAUDACIÓN

Una vez suscrito el contrato, SISOL brindará el servicio de emisión de tickets y recaudación de las atenciones del servicio, de acuerdo al Tarifario SISOL.

**NOTA:** la atención de usuarios por fuera de los procesos de admisión, emisión de tickets y recaudación establecida por el SISOL será considerada como falta muy grave.

### 1.5.4 ESPACIO OFRECIDO

- **Consultorio:** Un (01) ambiente
- **Metraje:** 11.84 m<sup>2</sup>
- **Adicionales:** Cuenta con punto de agua para lavado de manos.
- **Observación:** El ambiente está predispuesto para consulta ambulatoria por especialista. Asimismo, anteriormente el servicio ha sido brindado en el ambiente descrito.





En caso el ASOCIADO requiera realizar mayores acondicionamientos (según lo indique la normativa vigente del MINSA) a fin de garantizar la protección del personal asistencial y pacientes, así como para el buen funcionamiento del servicio objeto de la presente convocatoria, deberá presentar el expediente correspondiente para la aprobación de la Unidad de Infraestructura del SISOL, el cual deberá ejecutarse en un plazo máximo de diez (10) días calendarios posteriores a su aprobación.

**1.5.5 SERVICIOS:**

Los establecimientos de salud del SISOL ponen a disposición de los asociados lo siguiente:

- a. Servicios generales: seguridad interna y servicios básicos (agua, alcantarillado y luz)
- b. Servicio de gestión documentaria relacionado a la prestación de salud de la IPRESS.
- c. Servicio de gestión de residuos sólidos biocontaminados y comunes.

**1.5.6 SERVICIO DE AMBULANCIA PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:**

Si  No  No Aplica

**1.5.7 OTRAS FACILIDADES OFRECIDAS POR EL SISOL**

Se podrán realizar campañas y paquetes de atención, previa aprobación de la Gerencia de Servicios de Salud, y que posterior a su ejecución deberán presentar un Informe Detallado que analice los resultados (beneficios o no) de dicha campaña ante la Gerencia de Servicios de Salud y a la Gerencia de Comercialización.

Cualquier acto publicitario propio o de terceros dentro del establecimiento, en especial el uso de la marca, logo, imagen y nombre de la Institución requerirá autorización del SISOL.

**1.6 PROPUESTA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

El Comité evaluará los siguientes aspectos de la propuesta:

**a. Evaluación técnica**

- Perfil del equipo de salud: Se tomará en cuenta el perfil curricular del equipo de salud propuesto por el Asociado, de acuerdo a los criterios detallados en el presente Término de Referencia. El perfil del equipo de salud debe guardar coherencia con la propuesta de cartera de procedimientos.
- Procedimientos: Valoración de la cartera de procedimientos médicos y de salud (incluye pruebas de apoyo al diagnóstico y servicios complementarios) ofrecidos por el Asociado para el consultorio o servicio. (En caso el presente término de referencia no demande procedimientos, se considerará puntaje completo).
- Equipamiento: Valoración de las características de los equipos médicos y no médicos propuestos por el Asociado para la operación del consultorio o servicio.

Para la valoración del equipamiento, el Comité tomará en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Especificaciones técnicas (de todos los equipos).
2. Funcionalidades y características
3. Certificado de mantenimiento y calibración (de corresponder).

**b. Evaluación económica**

- Valoración comparativa de manera proporcional a las condiciones comerciales de participación.



**c. Entrevista**

- Los postores que cuenten con sus respectivas calificaciones podrán acceder a la entrevista.

Mediante acta de evaluación y calificación suscrita por los miembros de la Comisión de Evaluación de propuestas se determinará al postor ganador.

**1.6.1 PERFIL DEL EQUIPO DE SALUD DEBE ACREDITAR:**

**a.1 Un (01) Médico especializado en Dermatología**

- El profesional médico deberá entregar su constancia del término de SERUMS/SECIGRA.
- Deberá incluir el Certificado de Habilidad vigente expedido por el colegio profesional peruano correspondiente.
- Título profesional de médico especialista en Dermatología. Deberá incluir copia del Registro Nacional de Especialidad (RNE) vigente.
- Para la valoración del perfil del profesional, el Comité tomará en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos de cada uno de sus miembros:
  1. Formación Académica.
  2. Experiencia Profesional/Laboral no menor de un (01) año mínimo (incluido SERUMS), en establecimientos de salud públicos, privados y/o mixtos, según nivel de atención y capacidad resolutive.
  3. Competencias objetivas para el desarrollo de los procedimientos propuestos.

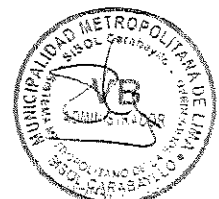
**a.2 Un (01) Personal Técnico en Enfermería**

- Profesional Técnico en Enfermería, deberá incluir Diploma de Egresado de Instituto Superior Tecnológico.
- Para la valoración del perfil del profesional, el Comité tomará en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos de cada uno de sus miembros:
  1. Formación Académica.
  2. Experiencia Profesional/Laboral como prestador de servicios no menor de un (01) año, materia de contratación en establecimientos de salud públicos, privados y/o mixtos, según nivel de atención y capacidad resolutive.
  3. Competencias objetivas para el desarrollo de los procedimientos propuestos.
- El Asociado deberá indicar puestos y cantidad mínima de profesionales competentes para el servicio ofrecido.
- El Asociado presentará el curriculum no documentado de todos los miembros del equipo en el formato que descargará de la plataforma de convocatorias de la página web del SISOL.
- El Asociado deberá señalar explícitamente quién será el responsable del consultorio o servicio.
- El Asociado presentará Declaración Jurada donde se garantice que los profesionales (en caso de resultar postulante ganador) contarán con seguro complementario de trabajo y riesgo.

**NOTA:** El incumplimiento alguno de los puntos arriba señalados podría llevar a la desestimación de la propuesta.

**1.6.2 PROCEDIMIENTOS (SOLO SI APLICARA)**

- Corresponde al Listado de los Procedimientos Médicos y de Salud propuestos por el Asociado para la operación del consultorio o servicio.





• Para la valoración de la Cartera de Procedimientos, el Comité tomará en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

- a. Cumplimiento de los procedimientos requeridos por el establecimiento de salud (Ver 1.3 OBJETO Y MODALIDAD DE LA CONTRATACIÓN).
- b. Pertinencia de los procedimientos médicos y de salud propuestos por el Asociado y no requeridos por el establecimiento de salud
- c. Competencias objetivas del equipo del Asociado para el desarrollo de los procedimientos propuestos.

### 1.6.3 EQUIPAMIENTO

• Equipamiento mínimo: Deberá cumplir las características de acuerdo a las Especificaciones Técnicas establecidas.

• El Asociado presentará el listado de todos los equipos médicos y no médicos propuestos para la operación del consultorio o servicio en el formato que descargará de la plataforma de convocatorias de la página web del SISOL.

• El Asociado contará con una póliza de seguros multiriesgo, de corresponder.

• El listado presentado por el Asociado tiene carácter de declaración jurada y será verificado durante su instalación en el establecimiento de salud.

• El listado de equipos médicos y no médicos debe guardar relación con el listado de procedimientos propuestos.

• Las computadoras deberán contar con los siguientes requerimientos mínimos:

- **SOFTWARE:** sistema operativo Windows 7 o superior, navegador/browser google chrome 81.0.4044.138.

- **HARDWARE:** Procesador core i3 5ta generación o superior, memoria RAM 8 Gb, almacenamiento (HDD) 250 Gb. Conectividad tarjeta de Red Ethernet 10/100/1000.

• La impresoras deberán contar con los siguientes requerimientos mínimos:

- **HARDWARE:** tecnología láser monocromática / impresión de tinta, manejo de soportes de impresión carta, legal, ejecutivo A4, A5, A6, lenguajes de impresión PCL&, BR-Script3, IBM Proprinter, PDF, XPS Versión, Compatibilidad del controlador de impresión Windows, Linux, interfaces estándar tarjeta de Red 10/100/1000 Base TX / LAN inalámbrica / USB 2.0.

### 1.6.4 OFERTA COMERCIAL

El Asociado, presentará su oferta comercial, la misma que será evaluada por la Comisión de Evaluación de Propuestas.

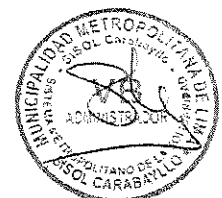
Para la valoración de la oferta comercial, la Comisión asignará el puntaje de manera inversamente proporcional a las demás propuestas

## 1.7 PLAZO DE CONTRATACIÓN Y FORMA DE PAGO

### 1.7.1 PLAZO DE EJECUCIÓN

El contrato tendrá una duración de seis (06) meses, y está sujeta a renovación automática por parte del SISOL, por periodos trimestrales.

El plazo de ejecución del servicio se contabiliza en días calendario a partir de la firma del contrato.



KA



1.7.2 PRODUCTO

El Asociado, deberá presentar un Informe de Actividades al final de cada mes, con la producción realizada en dicho periodo, detallando las atenciones realizadas según sus actividades objeto del contrato.

1.8 CONFORMIDAD CON LA PRODUCCION

Los Directores Médicos de los establecimientos de salud validarán el Informe de Producción de los Asociados, contrastándolo con el Reporte de Producción generado por el SISOL. De existir inconsistencias, el Asociado tendrá un plazo de tres (03) días útiles para subsanarlas.

El Informe de Producción validado por los Directores Médicos deberá contar con la Conformidad de la Gerencia de Servicios de Salud para iniciar el Proceso de Pago. La conformidad expresará la completa satisfacción del SISOL con los servicios prestados, el cumplimiento de las condiciones contractuales, así como de las normas sectoriales correspondientes y las directivas del SISOL.

El SISOL desarrollará acciones de supervisión, control prestacional y auditoría que garanticen la calidad y oportunidad de los servicios brindados en sus establecimientos de salud.

Toda solicitud de cambio durante la ejecución contractual por parte del Asociado deberá ser presentada oportunamente al SISOL. El SISOL verificará la pertinencia de la solicitud y la aprobará si no afecta el cumplimiento de los requerimientos mínimos establecidos.

Si el Asociado no comunica el cambio de manera oportuna, o si el cambio solicitado implica un impacto negativo sobre los servicios prestados, el SISOL podrá resolver el contrato.

1.9 PARTICIPACIÓN DE INGRESOS

Para el caso de participación por porcentajes, el desembolso del dinero correspondiente a su participación en la producción mensual se realizará posterior a la prestación de su entregable.

Una vez que cuente con la Conformidad emitida por la Dirección Médica de la IPRESS, el Asociado recién podrá emitir su factura, nunca antes.

Para el caso de participación por montos fijos, el ASOCIADO deberá cancelar al finalizar el mes el monto pactado, a la cuenta bancaria de SISOL. Asimismo, deberá reportar a la Gerencia Comercial los ingresos por ventas mensuales.

El incumplimiento de ello podrá ser causal de resolución de contrato.

Municipalidad Metropolitana de Lima  
Sistema Metropolitano de Salud  
Señor Rosado  
Rosado Rosado  
DIRECTOR

MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA  
Sistema Metropolitano de Salud  
Señor Shirley Guillén Saravia  
SHIRLEY GUILLEN SARAVIA  
ADMINISTRADORA

8  
2016