

DECRETO EXENTO N° 849 / 11  
ID DOC N° 48346P  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
APRUEBA PROGRAMA MODELO DE  
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
FAMILIAR – AÑO 2023

Río Bueno, 08 de marzo de 2023

VISTOS:

1. Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
2. Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.
3. Las facultades conferidas a la Srta. Alcaldesa en los Artículos 56, 58, 63, 83 y siguientes de la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.
4. La Sentencia de Calificación y proclamación de Alcaldesa de la Comuna de Río Bueno de fecha 08 de junio de 2021 del Tribunal Electoral Regional de la XIV Región de Los Ríos, Rol N°3669-2021 que declara electa como Alcaldesa de la Municipalidad de Río Bueno a doña Carolina Andrea Silva Pérez.
5. El Acta de Sesión de Instalación del Concejo Municipal de Río Bueno, período 2021-2024, de fecha 28 de junio de 2021.
6. Decreto Alcaldicio N°232, de fecha 29 de junio de 2021 que deja constancia que la Alcaldesa de la comuna de Río Bueno asume sus funciones el 28 de junio de 2021 y, por el periodo establecido por la normativa legal y vigente.
7. Y demás normativa legal pertinente

**TENIENDO PRESENTE:**

La Resolución Exenta 5140 del 30 de Diciembre de 2022, del Servicio de Salud Valdivia, que aprueba convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2023" de fecha 30 de diciembre de 2022, celebrado entre el Servicio de Salud Valdivia, representado por su Directora Marianela Rubilar Gómez y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez.

**DECRETO:**

1.- APRUEBASE, el convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2023" de fecha 30 de diciembre de 2022, suscrito entre el Servicio de Salud Valdivia, representado por su Directora Marianela Rubilar Gómez y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez.

ANOTESE, COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHIVASE SEGÚN CORRESPONDA.



ANA MARIA REBOLLEDO PINCHEIRA  
SECRETARIA MUNICIPAL

CSP/AMRP/RTH/kbf

Distribución:

- Alcaldía
- Secretaría Municipal
- Archivo Interno



CAROLINA ANDREA SILVA PEREZ  
ALCALDESA

1949262

I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

OFICINA DE PARTES - Salud

JJ 479894



Depto. Asesoría Jurídica: 4103  
MRL/DVF/CST/est



RESOLUCION EXENTA N° 05140 \* 30.12.2022

VALDIVIA,

**VISTOS:** estos antecedentes: Ordinario C52 N° 4530 de fecha 20 de diciembre de 2022 de Subsecretario de Redes Asistenciales, dirigido a Servicios de Salud del País, que informa continuidad Programas de Reforzamiento (PRAPS) año 2023; Ordinario N° 469 de fecha 29 de diciembre de 2022 de Jefa Subdirección de Gestión Asistencial, dirigido a Jefe Depto. Asesoría Jurídica para solicitar la elaboración de convenios de enlace año 2023, relativo al Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2023, con las I. Municipalidades de la Región de Los Ríos, los que serán modificados una vez recibidas las Resoluciones de Recursos y Orientaciones Técnicas correspondientes al año 2023, desde el Ministerio de Salud; Convenio de enlace suscrito con fecha 30 de diciembre de 2022, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno; y **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; la Ley N°19.880 Sobre Bases de los Procedimiento Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y Afecto N° 46 de 2022, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

1°) **APRUÉBASE** el convenio de Enlace suscrito con fecha 30 de diciembre de 2022, entre el Servicio de Salud Valdivia y la Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2023**, el cual es del siguiente tenor:

**PRIMERA:**

Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el Decreto Supremo N° 37 del 23 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

**SEGUNDA:**

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 del 04 de Enero 2021 del Ministerio de Salud. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del Referente Técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

**TERCERA:**

El Ministerio de Salud a través del servicio conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar estrategias que contribuyan a consolidar el Programa **"Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria"** de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

**CUARTA:**

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 11.044.000.-(once millones cuarenta y cuatro mil pesos), para financiar exclusivamente las

actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, para el logro de los siguientes productos esperados:

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

#### Componente 1:

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que quieran incorporar nuevos centros de evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que quieran repetir la evaluación realizada el año anterior de sus centros de salud.

**La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada uno, dos ó excepcionalmente cada tres años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita.**

#### Estrategias:

- ✓ Elaboración de un cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud) del trabajo.
- ✓ En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su pre evaluación (autoevaluación), mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- ✓ El CESFAM y Comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora entre uno o tres años para la implementación del modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del servicio de Salud.

#### Productos esperados:

- ✓ Convenios elaborados y firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- ✓ Certificación de la evolución del modelo de Atención integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, de instrumentos definidos por el MINSAL.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los centros de Salud.

#### Componente 2:

Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario en los establecimientos de Atención Primaria de salud. Considerar durante el presente año, la emergencia sanitaria del COVID-19, favoreciendo la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad

#### Estrategias:

- ✓ Elaboración participativa de cronograma (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).  
Los planes de mejora, en contexto de emergencia sanitaria COVID-19 favorecerán la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad, con un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro y que deben ser subidos a la plataforma web del programa.
- ✓ Estratificación según riesgo de la población de 15 y más años beneficiaria de APS, en los siguientes estratos: G0: población sana o sin condición crónica identificada; G1: con una condición crónica; G2: 2 a 4 condiciones crónicas; G3: con 5 o más condiciones.

#### Productos esperados:

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme a las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación, los principios que sustentan el modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de Atención primaria de Salud en el contexto de la emergencia sanitaria COVID-19 favoreciendo la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad.
- ✓ Contar con diagnóstico de estratificación de la población, según comuna y/o Centro, según corresponda.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que se debe seguir implementando el

plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

**QUINTA:**

El Servicio de Salud evaluará el grado de cumplimiento del programa, conforme al objetivo definido en la cláusula precedente

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos. Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejora a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo del año.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

**La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril:** consistirá en un informe que deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, donde indiquen los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo, el informe consolidado, respecto de los convenios firmados por las comunas participantes del programa.

**La segunda evaluación con corte al 31 de agosto del año en curso:**

De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

**La tercera evaluación y final se efectuará al 31 de diciembre del año en curso,** fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

En relación al cumplimiento de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

*El Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, cuenta con orientaciones técnicas en las cuales se encuentra el formato a utilizar en los informes y plan de mejora respectivo.*

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio de verificación	Peso relativo
------------	-----------	---------	------	-----------------------	---------------



<p><b>Componente 1</b> Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria</p>	<p>Porcentaje de centros de salud evaluados conforme instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el MINSAL. Este indicador es solo para nuevos CESFAM incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar</p>	<p><b>Numerador:</b> Nº de centros de salud evaluados conforme instrumento definido</p> <p><b>Denominador:</b> Nº de centros de salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar</p>	<p>100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido</p>	<p>Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria aplicado al CESFAM</p>	<p>Este indicador se solicita cada 2 años.</p> <p>En el caso que aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Este indicador se solicita cada 2 años.</p> <p>En el caso que aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>
	<p>Comunas con resolución dictada en abril del año en curso.</p>		<p>Comuna con convenio o firmado</p>	<p>Plataforma de convenios</p>	<p>15%</p>	<p>25%</p>	<p>15%</p>	<p>30%</p>
<p><b>Componente 2</b> Implementar un Plan de Mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria</p>	<p>Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria conforme a cronograma</p>	<p><b>Numerador:</b> Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.</p> <p><b>Denominador:</b> Nº actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora</p>	<p>100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora</p>	<p>Informe de avance cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por servicio de Salud</p>	<p>25%</p>	<p>35%</p>	<p>65%</p>	<p>70%</p>
<p><b>Componente 3</b> Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de APS en coordinación con otros niveles de atención.</p>	<p>Agendamiento según nivel de estratificación</p>	<p><b>Numerador:</b> Nº de establecimientos con agendamiento según estratificación.</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de establecimientos comprometidos</p>	<p>100% de los establecimientos comprometidos con agenda según estratificación</p>	<p>Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por SS.</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>
	<p>Ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con Plan de cuidado integral consensuado.</p>	<p><b>Numerador:</b> Nº de ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado.</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de ingresos cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.</p>	<p>100% de los ingresos con Plan de cuidado integral.</p>	<p>REM A 05</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medos de verificación.

**Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado, el cual podría presentar**

**modificaciones de acuerdo a las Orientaciones establecidas en el Programa para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.**

**SEXTA:**

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2023:**

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$7.730.800.- (siete millones setecientos treinta mil ochocientos pesos)**, una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, además cuota estará supeditada a la recepción de la documentación y solicitud por parte de la autoridad comunal de la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario de sus establecimientos de Atención Primaria, según lo especificado en las orientaciones técnicas del programa.

La segunda cuota correspondiente al **30%** de los fondos por un monto de **\$3.313.200.- (tres millones trescientos trece mil doscientos pesos)**, se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula quinta y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula octava del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud.

**Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.**

**SÉPTIMA:**

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

**OCTAVA:**

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente al de ejecución, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de los gastos e inversiones realizadas, y el saldo disponible del periodo.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio modificatorio respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Para estos efectos, la Municipalidad conforme a lo instruido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ordinario C73/1149 del 27 de abril de 2021 y lo informado por el Servicio de Salud Valdivia a la Municipalidad en el Ordinario N°783 de fecha 12 de mayo de 2021; deberá realizar dicha rendición de cuentas a través del Sistema

de Rendición de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC) en la forma establecida en los artículos 5 y 6 de la Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales deberán contemplar los doce municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

**NOVENA:**

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula octava.

**DÉCIMA:**

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

**DÉCIMA PRIMERA:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA SEGUNDA:**

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula octava.

**DÉCIMA TERCERA:**

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2023** y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

**DÉCIMA CUARTA:**

El presente convenio se firma en **tres ejemplares**, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

2º) **IMPÚTESE** el gasto que se origina del presente convenio al ítem presupuestario 24-03-298 "Atención Primaria, Ley N° 19.378" del Presupuesto de Gastos - año 2023 del Servicio de Salud Valdivia.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**

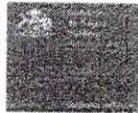
**DRA. MARIANELA BERILAL GÓMEZ**  
**DIRECTORA**  
**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**

**DISTRIBUCIÓN (4):**

- U. de Gestión de Recursos \_ Departamento de Administración y Gestión de la Información, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Departamento de APS y Redes Ambulatorias, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Municipalidad de Río Bueno
- Oficina de Partes, SSV

**DISTRIBUCIÓN POR SISTEMA (3):**

- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros – U. Recursos Financieros de la APS, SSV.
- Departamento Jurídico – Convenios APS, SSV.



476894

Depto. Asesoría Jurídica: 4091  
MRL/DVF/CST/est



CONVENIO  
PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y  
COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA - AÑO 2023

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA - I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

30 DIC. 2022

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Directora Dra. Marianela Rubilar Gómez, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, Registro Persona Jurídica N° 2, del 27 de enero de 2004, domiciliada en Comercio N° 603, Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:**

Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el Decreto Supremo N° 37 del 23 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

**SEGUNDA:**

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 del 04 de Enero 2021 del Ministerio de Salud. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del Referente Técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

**TERCERA:**

El Ministerio de Salud a través del servicio conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar estrategias que contribuyan a consolidar el Programa "Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria" de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

**CUARTA:**

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 11.044.000.-(once millones cuarenta y cuatro mil pesos), para financiar exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, para el logro de los siguientes productos esperados:

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

**Componente 1:**

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que quieran incorporar nuevos centros de evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que quieran repetir la evaluación realizada el año anterior de sus centros de salud.

La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada uno, dos ó excepcionalmente cada tres años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita.

Estrategias:

- ✓ Elaboración de un cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud) del trabajo.
- ✓ En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su pre evaluación (autoevaluación), mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- ✓ El CESFAM y Comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora entre uno o tres años para la implementación del modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del servicio de Salud.

Productos esperados:

- ✓ Convenios elaborados y firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- ✓ Certificación de la evolución del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, de instrumentos definidos por el MINSAL.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los centros de Salud.

**Componente 2:**

Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario en los establecimientos de Atención Primaria de salud. Considerar durante el presente año, la emergencia sanitaria del COVID-19, favoreciendo la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad

Estrategias:

- ✓ Elaboración participativa de cronograma (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).  
Los planes de mejora, en contexto de emergencia sanitaria COVID-19 favorecerán la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad, con un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro y que deben ser subidos a la plataforma web del programa.
- ✓ Estratificación según riesgo de la población de 15 y más años beneficiaria de APS, en los siguientes estratos: G0: población sana o sin condición crónica identificada; G1: con una condición crónica; G2: 2 a 4 condiciones crónicas; G3: con 5 o más condiciones.



Productos esperados:

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme a las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación, los principios que sustentan el modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de Atención primaria de Salud en el contexto de la emergencia sanitaria COVID-19 favoreciendo la atención integral centrada en el usuario, con enfoque en la multimorbilidad.
- ✓ Contar con diagnóstico de estratificación de la población, según comuna y/o Centro, según corresponda.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que se debe seguir implementando el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

**QUINTA:**

El Servicio de Salud evaluará el grado de cumplimiento del programa, conforme al objetivo definido en la cláusula precedente.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos. Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejora a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo del año.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

**La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril:** consistirá en un informe que deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, donde indiquen los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo, el informe consolidado, respecto de los convenios firmados por las comunas participantes del programa.

**La segunda evaluación con corte al 31 de agosto del año en curso:**

De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre. a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

**La tercera evaluación v final se efectuará al 31 de diciembre del año en curso,** fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

En relación al cumplimiento de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa.

excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

*El Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, cuenta con orientaciones técnicas en las cuales se encuentra el formato a utilizar en los informes y plan de mejora respectivo.*

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio de verificación	Peso relativo			
<b>Componente 1</b> Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	Porcentaje de centros de salud evaluados conforme instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el MINSAL. Este indicador es solo para nuevos CESFAM incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar	<b>Numerador:</b> N° de centros de salud evaluados conforme instrumento definido  <b>Denominador:</b> N° de centros de salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido	Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria aplicado al CESFAM	Este indicador se solicita cada 2 años.  En el caso que aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador	Este indicador se solicita cada 2 años.  En el caso que aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso.		Comuna con convenio o firmado	Plataforma de convenios	15%	25%	15%	30%
<b>Componente 2</b> Implementar un Plan de Mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria conforme a cronograma	<b>Numerador:</b> N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador:</b> N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de mejora	Informe de avance cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por servicio de Salud	25%	35%	65%	70%





<b>Componente 3</b> Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de APS en coordinación con otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	<b>Numerador:</b> N° de establecimientos con agendamiento según estratificación.  <b>Denominador:</b> N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según estratificación	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por SS.	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador
	Ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con Plan de cuidado integral consensuado.	<b>Numerador:</b> N° de ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado.  <b>Denominador:</b> N° total de ingresos cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.	100% de los ingresos con Plan de cuidado integral.	REMA 05		20%	20%	Cuando no aplique este indicador

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado, el cual podría presentar modificaciones de acuerdo a las Orientaciones establecidas en el Programa para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.

**SEXTA:**

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$7.730.800.- (siete millones setecientos treinta mil ochocientos pesos), una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, además cuota estará supeditada a la recepción de la documentación y solicitud por parte de la autoridad comunal de la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario de sus establecimientos de Atención Primaria, según lo especificado en las orientaciones técnicas del programa.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$3.313.200.- (tres millones trescientos trece mil doscientos pesos), se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula quinta y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula octava del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

**SÉPTIMA:**

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien, a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

**OCTAVA:**

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente al de ejecución, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de los gastos e inversiones realizadas, y el saldo disponible del periodo.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio modificatorio respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Para estos efectos, la Municipalidad conforme a lo instruido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ordinario C73/1149 del 27 de abril de 2021 y lo informado por el Servicio de Salud Valdivia a la Municipalidad en el Ordinario N°783 de fecha 12 de mayo de 2021; deberá realizar dicha rendición de cuentas a través del Sistema de Rendición de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC) en la forma establecida en los artículos 5 y 6 de la Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales deberán contemplar los doce municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.





**NOVENA:**

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula octava.

**DÉCIMA:**

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

**DÉCIMA PRIMERA:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA SEGUNDA:**

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula octava.

**DÉCIMA TERCERA:**

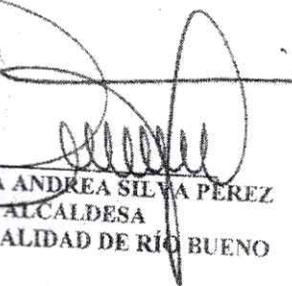
El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2023** y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

**DÉCIMA CUARTA:**

El presente convenio se firma en **tres ejemplares**, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

En comprobante firman:



  
CAROLINA ANDREA SILVA PÉREZ  
ALCALDESA  
LMUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

  
DRA. MARIANELA RUBILAR GÓMEZ  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA