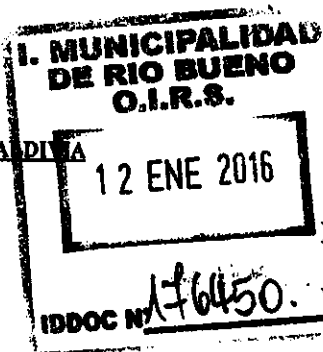




SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
 Depto. Jurídico: 3680
 CPA/DVF/CST/cst



D. Decretos Depto. Salud.
(decretar)

005584 *29.12.2015

RESOLUCION EXENTA N°

VALDIVIA,

VISTOS: estos antecedentes: Resolución Exenta N° 1182 de fecha 26 de noviembre de 2014, que aprueba Programa de Resolutividad en APS, año 2015; Resolución Exenta N° 1068 de fecha 14 de diciembre de 2015, que asigna recursos al Programa de Resolutividad en APS, año 2015; Ordinario N° 707 de fecha 17 de diciembre de 2015 de Jefe (S) Subdepartamento Recursos Financieros del Servicio de Salud, dirigido a Asesor Jurídico para solicitar la elaboración de convenios Programa Atención Primaria de Salud Municipal año 2016; Convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno; y **TENIENDO PRESENTE**: lo dispuesto en el D.L. N° 2763 de 1979; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y 01 de 2015, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1º) APRUEBASE el convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015, entre el Servicio de Salud Valdivia y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa de Resolutividad en APS, año 2016, 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 artículo 6º del Decreto Supremo 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS.

El referido Programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta N° 1182 de fecha 26 de noviembre de 2014. 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 todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Otorrinología.
- Gastroenterología
- Dermatología

2. Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá en primera instancia, la suma total de **\$87.890.665.- (ochenta y siete millones ochocientos noventa mil seiscientos sesenta y cinco pesos)**, monto que será modificado, de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud que apruebe y distribuya recursos para el año 2016. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

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.”

QUINTA:

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Comuna	Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta	Monto (\$)
					Total	Total
Rio Bueno	1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	UAPO	RRHH + Gastos Operacionales (12 meses)	Anexo...	59.445.107
				Actividad Oftalmologo		
				Nº Consultas VR	200	
				Nº Consultas Nuevas Glaucoma	100	
				Nº Controles Glaucoma	300	
				Nº Otras Consultas	100	
				Sub Total Act. Oftalmologo	700	
				Actividad Tecnologo Medico		
				Nº Consultas VR	1.300	
				Procedimientos	700	
				Sub Total Act. Téc. Médico	2.000	
				Nº Lentes	1.440	
				Nº Farmacos Glaucoma Anual	1.201	
				Nº Lubricantes Oculares	1.680	
			Dermatologia	Nº Consulta Teledermatologia	120	14.271.012
			Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringologia	126	
			Gastroenterologia	Nº Procedimientos	29	
			Total Componente 1			
	2	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Intervenciones Quirurgicas de Baja Complejidad	Nº Cirugías	560	12.160.960
			Total Componente 2			
TOTAL PROGRAMA (\$)					87.890.665	

(*) Canasta y valores referenciales en Anexo N° 1

Componente de Dermatología, el Servicio de Salud Valdivia realizará la compra de servicios de especialista dermatólogo de la red por lo que se asegura la continuidad de la atención; también proveerá de la canasta de fármacos asociados a las consultas de teledermatología, que serán traspasados a través de convenios mandato una vez gestionado por esta Dirección de Servicio.



La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- Disponibilidad de Horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de esta estrategia.
- Que el personal reciba la capacitación pertinente a la estrategia.
- Velar por el cumplimiento de la normativa técnico administrativa del programa y protocolos de referencia y contra referencia, asegurando la continuidad de la atención.
- Disminuir la lista de espera de Dermatología.
- Que los medicamentos considerados en la canasta se utilicen exclusivamente para teledermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
- Se entregue un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.
- Los establecimientos deberán enviar en forma mensual nomina rutificada de usuarios vistos a través de modalidad de tele dermatología.
- Una vez terminado o escindido el convenio se deberá devolver el remanente de fármacos según reporte mensual.
- En el caso que no sea implementada y desarrollada la estrategia la cámara fotográfica, deberá ser reintegrada a este servicio de salud.
- Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento.

SEXTA:

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.

Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

- La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial.
- Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante se debe considerar el criterio de prioridad clínica.
- En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:
 - Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
 - Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
 - Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente(Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho



Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.

- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
- Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
- Deberán ser priorizados los usuarios que cumplan los criterios de excesivamente prolongado (mayor o igual a 120 días en lista de espera).

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.

En caso de generarse recursos excedentes y posterior al cumplimiento de las metas establecidas estas podrán ser utilizadas dentro del mismo componente, ya sea para la adquisición, compra de insumos, servicios, equipos y equipamiento, previa validación de referente técnico del Servicio de Salud, de manera de dar acceso y oportunidad en la atención a los usuarios, resguardando la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas.

Transferencia:

Los recursos serán transferidos en dos cuotas: **70% contra resolución aprobatoria** y el **30% restante en octubre**, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

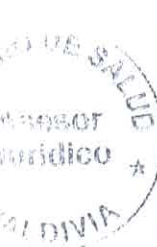
Evaluación:

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día **31 de mayo**.

La segunda evaluación, se efectuara con corte al **31 de agosto**. De acuerdo a los siguientes indicadores y peso relativos:

Componente	Estrategia	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta anual	Peso relativo estrategia	Peso relativo componente	Peso relativo programa
Especialidades Ambulatorias	Oftalmología	1. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en oftalmología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	25%	20%	
		2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO	- Fórmula de cálculo (N° de consultas médicas realizadas en UAPO/ N° de consultas médicas comprometidas en UAPO)*100	100%	25%		
		3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO	- Fórmula de cálculo (N° de consultas de tecnólogo médico realizadas en UAPO/ N° de consultas de tecnólogo médico comprometidas en UAPO)*100	100%	25%		
		1. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en tele	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas	100%	25%		



		oftalmología	comprometidas en el programa)*100				
	Otorrinolaringología	4. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en otorrinolaringología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	100%	20%	80%
	Gastroenterología	5. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en gastroenterología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	100%	20%	
	Tele dermatología	6. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en tele dermatología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	100%	20%	
	Medico Gestor de la Demanda	7. Indicador Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas	- Fórmula de cálculo (N° de SIC revisadas por medico gestor de la demanda/ N° de SIC generadas en APS y proyectadas)*100	100%	100%	20%	
Proc. Cutáneos Qx. De baja complejidad	Procedimientos cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	1. Indicador Cumplimiento de la actividad programada	- Fórmula de cálculo (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100	100%	100%	100%	20%

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre de 2014 si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

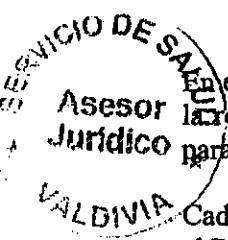
En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.



En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

En el caso del Componente Medico Gestor, se requerirá del envío, antes del día 5 de cada mes de planilla (formato anexo), con número de IC revisadas en el mes.

Componente Procedimientos Quirúrgicos cutáneos de Baja Complejidad, para los cortes evaluativos se deberá enviar en forma complementaria nomina rutificada de las Personas atendidas en formato adjunto.

Componente UAPO, se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.

Indicadores:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología

- Fórmula de cálculo: N° de Consultas realizadas por el Programa

N° de Consultas comprometidas en el Programa *100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO

- Fórmula de cálculo: N° de consultas medicas realizadas en UAPO

N° de consultas medicas comprometidas en UAPO *100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO

- Fórmula de cálculo: N° de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO

N° de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO *100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología

- Fórmula de cálculo: N° de Consultas realizadas por el Programa

N° de Consultas comprometidas en el Programa *100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología

- Fórmula de cálculo: N° de Consultas realizadas por el Programa

N° de Consultas comprometidas en el Programa *100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

6. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología

- Fórmula de cálculo: N° de Consultas realizadas por el Programa

N° de Consultas comprometidas en el Programa *100

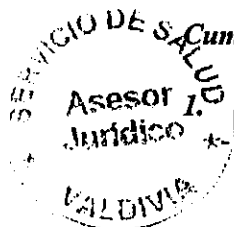
- Medio de verificación: (REM / Programa)

7. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.

- Fórmula de cálculo: N° de consultas realizadas por el programa

N° de consultas generadas y proyectadas en el programa *100

- Medio de verificación: (Registro Local)



Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo:
$$\frac{\text{N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} \times 100$$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el programa y 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 2016. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.

SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa se entregaran en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2016:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$ 61.523.466.- (sesenta y un millones quinientos veintitrés mil cuatrocientos sesenta y seis 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, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$ 26.367.199.- (veintiséis millones trescientos sesenta y siete mil ciento noventa y nueve pesos), se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta 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 novena 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.

OCTAVA:

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.

NOVENA:

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, 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 a la fecha, el monto detallado de los gastos e inversiones realizadas, y el saldo disponible a la fecha.
2. La Rendición de Cuenta Final de cada Programa deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible a la fecha de finalización del convenio. En el 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 complementario 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" que entregará el Servicio de Salud Valdivia validado por 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.

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 y podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

DÉCIMA:

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 novena.

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, esta 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, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos saldos en los términos señalados en la cláusula novena.

Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – utilizar estos saldos para dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día 31 de octubre de 2016, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

DÉCIMA TERCERA:

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2016 y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

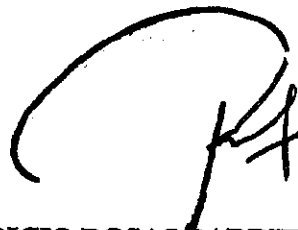
DÉCIMA CUARTA:

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

Asesor Jurídico - 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 2016 del Servicio de Salud Valdivia.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

INCL.: Antec.

DISTRIBUCIÓN:

- 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
- I. Municipalidad de Río Bueno
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros - U. Recursos Financieros de la APS, SSV. (1 copia)
- Departamento Jurídico - Convenios APS, SSV. (1 copia)
- Oficina de Partes, SSV

