



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “EQUIDAD EN SALUD RURAL”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.431.-

DALCAHUE, 20 de mayo del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 3042 del 16 de marzo de 2026, del Servicio de Salud Chiloé; La sentencia de proclamación en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el **“CONVENIO EQUIDAD EN SALUD RURAL”** suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director Subrogante don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$184.550.320.- (ciento ochenta y cuatro millones quinientos cincuenta mil trescientos veinte pesos) en dos cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$129.185.224.- (ciento veintinueve millones ciento ochenta y cinco mil doscientos veinticuatro pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



Acceder al documento en línea



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



3042

RESOLUCION EXENTA Nº**CASTRO, 16 MAR. 2026****VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** El **Convenio**

Equidad en Salud Rural, suscrito con fecha 18 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 1033 del 30 de diciembre de 2024, que aprueba el Programa **Equidad en Salud Rural**, Resolución Exenta Nº 146 del 09 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL Nº 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo Nº 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. Nº 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la lo previsto en la Resolución Nº 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E Nº 1 del 07 de enero de 2026.

CONSIDERANDO: 1.- Resolución Exenta Nº 146 del 09 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2026, para financiar el Programa de Reforzamiento Equidad en Salud Rural, cuyo propósito es 3.- Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de Los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Equidad en Salud Rural**" suscrito con fecha 18 de febrero de 2026 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta Nº 146 del 09 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud 5.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. APRUÉBASE, "CONVENIO EQUIDAD EN SALUD RURAL" suscrito con fecha 18 de febrero de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta Nº 146 del 09 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de \$ **184.550.320.- (Ciento ochenta y cuatro millones quinientos cincuenta mil trescientos veinte pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$ **129.185.224.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026.
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES

Director (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Karen Carcamo Alvarado
- Of. Partes, S.S. Chiloé

**Firma Por Poder en su calidad de
Director/a Subrogante según
Decreto Exento N° 1 / 2026 /
del Ministerio de Salud.**


Vº Bº Ministro de Fé



CONVENIO
PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL
ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 18 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Germán Lopez Alvarez**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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 artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, 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".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

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:

Programa Equidad en Salud Rural aprobado por Resolución Exenta N° 1033 del 30 de diciembre de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 146 del 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenio y aprueba transferencia de recursos de Programa de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente Instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:





I. OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, sistemas de comunicación, y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario, que favorezcan el desarrollo local.

I. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
1. Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
2. Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas.

II. COMPONENTES

1. Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.

1.1 Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.

Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención.

Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, con refuerzo de al menos 44 horas disponibles de profesionales y 44 horas de conductor, lo cual, como indica el cuadro del ítem 5.1 de la Resolución Exenta N°1033 de fecha 30 de diciembre de 2024 que aprueba el programa, debe responder a la realidad de cada territorio.

Para ello al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales de la Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultad en el acceso.

1.2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante).

Está relacionado con la Contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural, con 44 horas semanales de contrato. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.

Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los criterios conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma técnica vigente N°211 para postas de salud rural, aprobada con documento exento N°28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud:

- Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas.
- Dispersión geográfica.
- Vulnerabilidad social de la población.
- Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR.

Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.



1. Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.

2.1 Mantenimiento, reposición y/o adquisición sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.

Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.

De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos.

Se espera que la comuna implemente plan de mejora que contribuya a mejorar los sistemas de comunicaciones, evaluando la adquisición, habilitación y mantenimiento de recursos en esta área.

2. Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.

3.1 Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.

Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud.

3.2 Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales.

La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y Estaciones Médico Rural y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.

III. Metas esperadas

El Programa se orienta a fortalecer y mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención en el marco del modelo de atención integral, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, equipamiento clínico y de apoyo para las atenciones, sistemas de comunicación, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario que favorecen el desarrollo local de las áreas rurales donde están insertos los establecimientos de salud (tabla 1).

Tabla 1: Metas esperadas conforme a Indicadores y los respectivos componentes del programa:

Componente	Productos esperados	Indicadores	Meta
Componente 1: Continuidad y calidad de atención en población rural	Segundos equipos de ronda contratados, funcionando y con impacto en el acceso a la salud de los usuarios de PSR.	1. Incremento de atenciones de ronda (Controles, consultas y EMP).	Incremento de atenciones de profesionales en cada una de las postas de la comuna. (REM A01+A02+A04)
		1. Calendario de ronda informado de cada establecimiento de la comuna.	Comuna informa rondas efectuadas en cada una de las PSR. (evaluación Abril, Agosto y Diciembre)
	Se garantiza la continuidad de la atención en la PSR, el acceso a la atención de urgencia y se	2. Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	- 30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio



	refuerza el trabajo Familiar y Comunitario, al contar con un refuerzo de recurso humano TENS (permanente o volante).		(informado en agosto). - 60% de familias evaluadas con cartola o encuesta (informado en diciembre). Fuente: REM P07.
		3. Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	- 10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto). - 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención (informado en diciembre). Fuente: REM P07.
		4. Plan de trabajo comunitario en cada una de las PSR de la comuna, que incluya al menos 1 actividad de educación para la salud por semestre con la participación de los TENS de cada una de las PSR.	- Plan de trabajo comunitario de cada una de las PSR (informado primera semana julio 2026). - Informe de ejecución técnica de Plan de trabajo comunitario de cada una de sus PSR a cargo de la comuna (informado 31 de diciembre)
Componente 2: Sistemas de equipamiento y comunicación de postas rurales.	Mantención del servicio de telefonía celular o de red fija e internet. Equipamiento clínico e instrumental menor. Equipos de apoyo	5. Plan de mejora componente 2.	- Comuna presenta Plan de mejora (primera semana mayo). - Comuna informa ejecución técnica (agosto y diciembre).
		6. Porcentaje de ejecución de recursos financieros componente 2.	- 60% de los recursos ejecutados en el mes de agosto. - 100% de los recursos ejecutados en el mes de diciembre.



Componente 3: Innovaciones en el modelo Integral de atención de las poblaciones rurales	Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de Trabajos Comunitarios.	7. Postulación proyecto comunitarios	- Comuna presenta propuesta de proyecto comunitario según plazo establecido en bases del concurso.
		8. Porcentaje de ejecución del proyecto comunitario según cronograma del mismo.	- 60% de ejecución del proyecto adjudicado a agosto. - 100% de ejecución al 31 de diciembre.
	Realización y participación de Jornada de Salud Rural.	9. Jornada de Salud Rural realizada.	Jornada de salud Rural realizada.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales asociados al presente programa, entendido que el no cumplimiento de algunos indicadores a la fecha de corte definido, resulta en la reliquidación del mismo, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud Chiloé, previo al corte y acompañando al Informe de corte, un Plan de Trabajo que incluya un 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 la comuna mantiene en toda circunstancia la obligación de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

IV. Monitoreo y Evaluación

El programa ha priorizado el cumplimiento de indicadores orientados a lo siguiente:

- Asegurar la continuidad, calidad y seguridad de la atención de las personas en las Postas de Salud Rural, evaluando el número de atenciones realizadas por el equipo de ronda, cobertura de familias y planes de intervención a las familias en riesgo, entre otros.
- Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, evaluando la adquisición, habilitación y mantenimiento de recursos en esta área.
- Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque territorial y modelo de atención Integral.

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.

Cabe mencionar además que, desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información a las comunas, sobre el desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud:

- Primera Evaluación mes de agosto del año respectivo:** Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe consolidado de las comunas en convenio, el cual será enviado al Ministerio de Salud.
- Segunda Evaluación mes de diciembre del año respectivo:** Se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que las comunas tener implementadas el 100% de las acciones comprometidas por componente.

Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de la continuidad del Programa en lugares con ejecución deficitaria (tabla 2).



Tabla 2: Monitoreo y evaluación del Programa Equidad en Salud Rural

Indicadores	Monitoreo y Evaluación
1. Incremento de atenciones de ronda (Controles, consultas y EMP).	- Se evaluará meses Abril, Agosto y Diciembre.
1. Calendario de ronda informado de cada establecimiento de la comuna.	- Se evaluará meses Abril, Agosto y Diciembre.
2. Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	- Será evaluado los meses de Agosto y diciembre
3. Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	- Será evaluado los meses de Agosto y diciembre
4. Plan de trabajo comunitario en cada una de las PSR de la comuna.	- Plan de trabajo comunitario de cada una de las PSR de la comuna debe ser enviado como plazo máximo por la comuna la primera semana julio 2025. - Informe de ejecución de Plan de trabajo comunitario del año en curso de cada una de sus PSR a cargo debe ser enviado en mes de diciembre.
5. Implementación plan de mejora componente 2.	- Comuna debe informar Plan de mejora con plazo máximo primera semana mayo. - Se evaluará Ejecución del plan de mejora en los meses de agosto y diciembre.
6. Porcentaje de ejecución de recursos plan de mejora componente 2.	- Se evaluará en agosto y diciembre
7. Postulación proyecto comunitarios	- Se evaluará en el mes de julio
8. Porcentaje de ejecución del proyecto comunitario según cronograma del mismo.	- Se evaluará en los meses de agosto y diciembre
9. Jornada de Salud Rural realizada.	- Se evaluará en el mes de diciembre

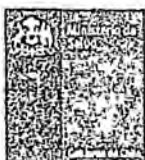
Finalmente, el no cumplimiento de alguna de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos a la comuna en situación de incumplimiento, para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa..

V. Indicadores y medios de verificación

Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente, mediante los indicadores establecidos (tabla 3).

Tabla 3: Indicadores y sus medios de verificación

Indicadores	Medio de Verificación
1. Incremento de atenciones de ronda (Controles, consultas y EMP).	Fórmula: $\text{Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso} / \text{Nº de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior} * 100$. Valor esperado: ≥ 100 Fuente: REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educativos (los controles individuales se registran en sección B). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B. + REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red.



	Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda). Corte: Abril, agosto y diciembre.
1 Calendario de ronda informado de cada establecimiento de la comuna.	Fórmula: Rondas informadas en cada una de las PSR de la comuna. Valor esperado: 2 o más rondas por cada profesional de equipo de cabecera que asiste a ronda en cada una de las PSR de la comuna. Fuente: Calendario informado por la comuna, Rem A04 (sección J: rondas por tipo y profesional) u otros medios de constatación que el referente pueda solicitar. Corte: Abril, agosto y diciembre.
2 Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	Fórmula: N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100. Valor esperado: 30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto) y 60% de familias evaluadas con cartola o encuesta (informado en diciembre). Fuente: En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. Indicador Reliquidador. Corte: Agosto y diciembre.
3 Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	Fórmula: N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención / Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo) Valor esperado: 10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto) y 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre (informado en diciembre). Fuente: En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. Indicador reliquidador. Corte: Agosto y diciembre.
4 Existencia de Plan de trabajo comunitario en cada una de las PSR de la comuna.	Fórmula: Plan de trabajo comunitario en cada una de las PSR de la comuna. Indicador dicotómico: SI -No. Valor esperado: 100% de las PSR con plan de trabajo comunitario con planificación anual, formulado participativamente y en ejecución acorde a su cronograma, y que incluya al menos 2 actividades de educación y/o promoción de la salud donde participe activamente el o la TENS de la PSR. (informado primera semana de julio) e informe de ejecución de plan de trabajo de cada una de las PSR en diciembre del año en curso. Fuente: Informe de comuna, más reporte en Rem serie A19a sección B: Actividades de Promoción y/o REM Serie A-27 sección B: Actividades de educación para la salud según personal que las realiza (sesiones) u otros medios de constatación que el referente pueda solicitar. Corte: Julio y diciembre.
5 Implementación plan de mejora componente 2.	Fórmula: Plan de mejora componente 2 del programa presentado y aprobado por referente. Indicador dicotómico: SI -No. Valor esperado: Presentación de plan de mejora primera semana de mayo. Ejecución de al menos 60% en agosto, y 100% de ejecución diciembre. Fuente: Según informe de elaboración y ejecución parcial y final ajustados a la fecha de corte del plan de mejora, con verificadores como listado comprometido y Orden de compra u otros medios de constatación que el referente pueda solicitar. Corte: Mayo, Agosto y diciembre.
6 Porcentaje de ejecución de recursos componente 2.	Fórmula: Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, Instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100.



	Fuente: Informe Listado comprometido y Orden de compra, SISREC u otros medios de constatación que el referente pueda solicitar. Corte: Agosto y diciembre.
7 Postulación proyecto comunitarios	Fórmula: Presentación Propuesta Proyecto Comunitario de al menos 1 Posta de Salud Rural de la comuna. Indicador dicotómico: Sí -No. Valor esperado: Comuna refuerza estrategias innovadoras en salud rural, a través de la presentación de al menos una propuesta de Proyecto Comunitario, formulado participativamente con la comunidad. Fuente: Según informe de proceso de concurso de proyecto comunitario del programa Equidad en Salud Rural. Corte: Julio.
8 Porcentaje de ejecución del proyecto comunitario según cronograma del mismo.	Fórmula: Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte. Valor esperado: Al menos 60% de los recursos financieros ejecutado y rendido sin observaciones a agosto y 100% a diciembre. Fuente: Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte. Corte: Agosto y diciembre.
9 Jornada de Salud Rural realizada.	Fórmula: Jornada de Salud Realizada para los equipos de salud rural que se desempeñan en las Postas de Salud Rural y Estaciones Médico Rural. Indicador dicotómico: Sí -No. Fuente: Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad. - Lista de asistencia - Fotografías - Rendiciones

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.



La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias, leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarios bajo Ley N° 18.883.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente Instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transparencia
Convenio	\$ 184.550.320.- Ciento ochenta y cuatro millones quinientos cincuenta mil trescientos veinte pesos.	Primera cuota	\$ 129.185.224.-	70%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución
		Segunda cuota	\$ 55.365.096.-	30%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio
Fecha Inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1° de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.				
Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.				



Detalle Financiero:

Item	Detalle	Marco presupuestario
Componente 1	Profesional	\$ 160.563.593
	6 TENS	
	Conductor	
Componente 2	\$ 8.986.727	
Componente 3: Jornada de Salud Rural	\$15.000.000	
Total	\$184.550.320	

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al Inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior;". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción Impartida en el Artículo Nro.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2025 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio estable la posibilidad de prórroga automática.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.

b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.

c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.

e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.



f) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES. Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento,



deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la "Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluídas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 días hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad Incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá



ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso. Un Addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

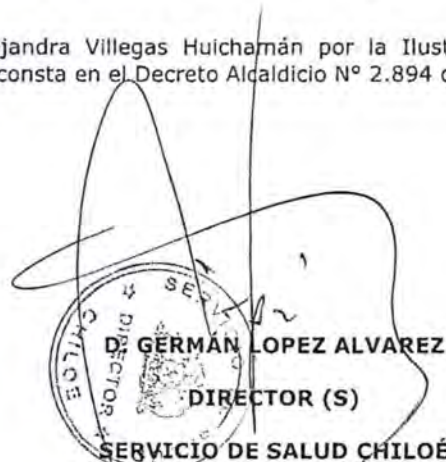
DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.



D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. GERMÁN LOPEZ ALVAREZ

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv



