

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA(MAIS)”

DECRETO ALCALDICIO N° 2025

DALCAHUE, 13 de agosto de 2024

VISTOS: La Resolución Exenta N° 4608 del 15 de mayo de 2024 del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR basado en la sentencia firme y ejecutoriada Causa Rol 1459-2021; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUEBASE: En todos sus puntos el “*Convenio Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS)*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé y mediante el cual se transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma total de \$49.560.122.- (cuarenta y nueve millones quinientos sesenta mil ciento veintidos pesos), en dos cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$34.692.085.- (treinta y cuatro millones seiscientos noventa y dos mil ochenta y cinco pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ

SECRETARIA MUNICIPAL



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

RESOLUCION EXENTA N°

4608 ✓

CASTRO, 15 MAYO 2024

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS)**, suscrito con fecha 18 de marzo de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 02 del 04 de enero de 2021, que aprueba el Programa **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS)**, Resolución Exenta N° 108 del 01 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 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 N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 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 Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 108 del 01 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS) 2024, cuyo propósito es Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de 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. 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 "**Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS)**" suscrito con fecha 18 de marzo de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 108 del 01 de febrero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 1533 del 16 de marzo de 2022 y Resolución Exenta N° 2019 del 16 de marzo de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- 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

CONVENIO

**PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO EN
ATENCIÓN PRIMARIA (MAIS)**

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 18 de marzo de 2024 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 Director **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, 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 **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, 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 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS) aprobado por Resolución Exenta N° 02 del 04 de enero de 2021, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 108 del 01 de febrero de 2024, del Ministerio de Salud.

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://sschl.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:

A. OBJETIVO GENERAL

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de 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.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria detectada mediante "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
2. Realizar mejoras **en base a las brechas** identificadas y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.
3. Implementar el cuidado integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

C. COMPONENTE Y PRODUCTOS

COMPONENTE Nº 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

La aplicación del instrumento podrá realizarse cada 2 años, pudiendo efectuarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación cada 1 año.

1. Estrategias:

Elaboración de un plan de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación del Instrumento de evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por MINSAL para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.

En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (auto evaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

En el caso de comunas con certificación vigente deberán aplicar la auto evaluación 1 vez al año con el fin de monitorear el avance alcanzado, de tal manera que podrán solicitar la certificación anual o cada 3 años según lo estime conveniente. El Centro de Salud y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a tres años para la implementación del modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

Las evaluaciones y pre evaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa

COMPONENTE Nº2 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 de salud.

1. Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud)

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

2. Planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
3. Los Planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

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, será solicitada anualmente con el fin de actualizar la implementación del plan elaborado el año anterior.

COMPONENTE N° 3

Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 años y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención

Estrategias.

Estratificación según riesgo de la población de 15 años y más beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición de crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones.

En los CESFAM definidos se incorporan la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de casos entre otros.

En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de casos mediante un profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, plan de cuidado colaborativos. Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.

Durante el año 2022 deberán iniciar la oferta diferencia según estratificación para los usuarios y familias estratificadas en G1 y G2 a través de la programación de actividades de apoyo al automanejo.

Para la población sin condición crónica o aún no diagnosticadas, se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

Se asignan los recursos para los siguientes productos

Productos esperados

Componente 1

- ✓ Convenios elaborados y firmados con la comuna e incorporado en la plataforma de Finanzas.
- ✓ Certificación de la evolución del modelo de salud integral de salud familiar y comunitaria en el establecimiento conforme a porcentaje logrado en diversos ámbitos del instrumento definido por MINSAL
- ✓ Determinar de brechas de instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Componente 2.

- ✓ Plan (es) de mejora implementado (os) conforme las brechas de cumplimiento definidas según Instrumentos de evaluación y los principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el o los establecimientos de atención primaria de salud.
- ✓ Evaluación de avances planificados

Componente 3.

- ✓ Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.
- ✓ Población estratificada según riesgo.
- ✓ Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.
- ✓ Equipo actualizado de conocimientos comunas definidas (solo comunas con Financiamiento componente 3)
- ✓ Incorporación de recursos humano que apoye la gestión y cuidado Integral centrado en las personas

D. MONITOREO Y EVALUACIÓN

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 3 evaluaciones del programa durante la ejecución de este, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- ✓ **La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril del año en curso:** El informe deberá ser remitido por la comuna participante del programa al Servicio de Salud, donde se indique los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el servicio de salud y la comuna correspondientes. El informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año en curso.
 - ✓ **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al **31 de agosto del año en curso.** De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en las orientaciones técnicas del programa adjuntas.
 - ✓ El informe debe estar acompañado de los respectivos verificadores de cumplimiento de los indicadores
 - ✓ El informe deberá ser remitido por la comuna participante del programa al Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre.
- 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.
- ✓ Los recursos de las comunas que no cumplan con los indicadores de reliquidación, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a otras comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.
 - ✓ **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.
 - ✓ **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**

Indicadores y medios verificadores

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto, todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	1.1 Porcentaje de Centros de Salud evaluados /autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el MINSAL. Este indicador es solo para nuevos establecimientos incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar	Numerador: Nº de centros de salud evaluados o autoevaluados conforme instrumento definido Denominador: Nº 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 establecimiento	En el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: Indicadores: 20% Cuando no aplique el indicador 0%
	1.2 Comunas con resolución dictada en abril del año en curso y con recursos traspasados	Numerador: Nº Comunas con resolución dictada en abril del año en curso y con recursos traspasados. Denominador: Nº de comunas comprometidas en programa	Comuna con traspaso de 1ª cuota de recursos traspasados	Plataforma de convenios.	- 15% Cuando aplique el indicador 1.1 y desarrolle el componente 3. - 25% Si no aplica el indicador 1.1 y desarrolla el componente 3 - 15% Cuando aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3. - 30% cuando no aplique el indicador 1.1 y no desarrolle e componente 3.
Componente 2 Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: Nº actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	- 25% cuando aplique el indicador 1.1 y desarrolle el componente 3. - 35% si no aplica el indicador 1.1 y desarrolla el componente 3 - 65% Cuando aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3. - 70% cuando no aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.					
Componente 3 Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador: N° de establecimiento con agendamiento según nivel de estratificación Denominador: N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avances cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	- 20% cuando aplique el indicador 1.1 y desarrolle el componente 3. - 20% si no aplica el indicador 1.1 y desarrolla el componente 3 - 0% Cuando aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3. - 0% cuando no aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3.
	Ingresos a cuidados integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado.	Numerador: N° de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado Denominador: N° total de ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto establecimientos comprometidos	100% de los ingresos con plan de cuidado Integral	REM 05	- 20% cuando aplique el indicador 1.1 y desarrolle el componente 3. - 20% si no aplica el indicador 1.1 y desarrolla el componente 3 - 0% Cuando aplique el Indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3. - 0% cuando no aplique el indicador 1.1 y no desarrolle el componente 3.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

Durante el año 2024 las comunas con financiamiento deberán mantener y/o aumentar la oferta diferenciada según estratificación para los usuarios estratificados en G1, G2, G3 a través de la programación de Ingresos y controles integrales, así como de apoyo al automanejo.

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 el 30 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.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la 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.

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

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$49.560.122.- (Cuarenta y nueve millones quinientos sesenta mil ciento veintidós pesos)	Primera cuota	\$34.692.085.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$14.868.037.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, <i>no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 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.</i> Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo				

Cuadro financiero:

Componentes Nº1 y Nº 2 (Continuidad)	Monto
Plan de mejora nuevo y/o de continuidad	\$5.713.306.-

Componente Nº 3 Cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad				
ITEM	Nº funcionarios	Nº meses	Hora a contratar	COSTO TOTAL
Profesional Coordinador (a) *	1	12	22 Hrs	\$43.216.037.-
Profesional por establecimiento (Para dupla gestora)	1	12	44 Hrs	
TENS por establecimiento (Para dupla gestora)	1	12	44 Hrs	
Refuerzo horas médicas o QF	1	12	11 Hrs	
Otros insumos o equipamientos				\$630.779.-
Equipos electrónicos o telefónicos				
Materiales, insumos y servicios de apoyo al seguimiento (debe estar especificado en plan de mejora)				
Total Comuna				\$43.846.816.-

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

Resumen:

COMUNA	Componente 1 y 2 Continuidad	Componente 3 Multimorbilidad	Total Comuna
Dalcahue	\$5.713.306.-	\$43.846.816.-	\$49.560.122.-

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.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

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) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

Presentados estos nuevos 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 período 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) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

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 período 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 2025 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 incluidas 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.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

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 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 al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso 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.

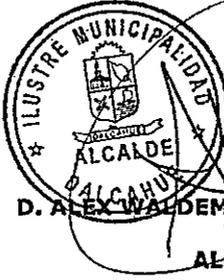
El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

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.

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

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N° 548 del 7 de marzo de 2022.



[Handwritten signature]
D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE



[Handwritten signature]
D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE **SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

[Handwritten signature]
Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SJO/cmv

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.