



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Departamento de Salud Litueche



DECRETO ALCALDICIO N° 001470
LITUECHE, 30 de agosto de 2024

CONSIDERANDO:

- La Resolución Exenta N°1781 de fecha 12 de abril de 2024, que Aprueba convenio "Programa Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria".
- Que dichos convenios han sido suscritos entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins y la Ilustre Municipalidad de Litueche.

VISTOS:

La Ley N° 19.378, Atención Primaria de Salud Municipal. Lo dispuesto en el artículo 4º, letra b), artículo 8º, Artículo 65º de la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y las facultades que me confiere la misma Ley. Decreto Alcaldicio N° 732 de fecha 30 de junio de 2021, que asume al Cargo de Alcalde de la Municipalidad de Litueche don Rene Acuña Echeverría. Decreto Alcaldicio N°88 de fecha 24 de enero de 2024, que subroga al Cargo de Unidad de Control.

DECRETO:

- 1.- **Aprueba** en todas sus partes el "Programa Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria". Suscritos entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins y la Ilustre Municipalidad de Litueche.
- 2.- **Transcribese** Convenio al Presente Decreto Alcaldicio:

CONVENIO

**"PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
EN ATENCIÓN PRIMARIA"**

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

En Rancagua, a 04 de marzo de 2024, entre el Servicio de Salud O'Higgins, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don Jaime Gutiérrez Bocaz, ambos con domicilio en Alameda N°609, de Rancagua, en adelante "El Servicio"; y la Ilustre Municipalidad de Litueche, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.091.100-0, representada por su Alcalde don René Acuña Echeverría, ambos domiciliados en Cardenal Caro N° 796 Litueche, quien en adelante se denominará "La Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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

gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49”.

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, que estableció como uno de sus principales objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), en ese contexto, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar a través de “**El Servicio**”, el denominado “**Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria**”, el que fue debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta N° 02, de fecha 04 de enero de 2021 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N° 108, del 01 de febrero del 2024, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden formar parte integrante del mismo, y que “**La Municipalidad**” se compromete a ejecutar.

TERCERO: El objetivo general del Programa 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.

Sus objetivos específicos son:

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con “Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitaria”.
1. 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.
2. Implementar el cuidado integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

Componentes

Componente N°

1:

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

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

Estrategias:

- Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que 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 (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

(de acuerdo a lo que dure la vigencia de certificación) 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 N° 2:

Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Estrategias:

- Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/Comunidad).
- Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

Componente N° 3:

Implementar el cuidado Integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estado 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 y más años beneficiaria de Atención Primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición 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 incorpora 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 caso entre otros.
- En los Cesfam definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante 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 colaborativo, Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.
- Para la población sin condición crónica o aún no diagnosticada se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatoria al daño.

Se asignan recursos a los Servicios de salud para la implementación.

CUARTO: Consecuente con lo expuesto anteriormente “El Servicio”, conviene en asignar a “La Municipalidad”, los recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias e incluye como productos esperados:

Componente 1:

- Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme al porcentaje logrado en

Componente 2:

- Planes de mejora implementados, conforme a las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los Establecimientos de Atención primaria de Salud.
- Evaluación de los 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 otros niveles de atención.
- Población estratificada según riesgo.
- Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.
- Equipo de salud con actualización de conocimientos.
- Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.

QUINTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, "El Servicio", traspasará a "La Municipalidad", una vez afinada la Resolución aprobatoria de este convenio, y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de \$ 2.656.095 (dos millones seiscientos cincuenta y seis mil noventa y cinco pesos), conforme consta al tenor de la distribución de recursos presupuestarios efectuado por el Ministerio de Salud, en su Resolución Exenta N° 108, de fecha 01 de febrero del 2024. Lo anterior, con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio.

Realizar distribución proporcional de recursos entre los establecimientos de la comuna. Esta distribución debe estar plasmada en el plan de mejora, lo que se revisará en plataforma (más familiar y comunitario) y con los referentes de los establecimientos.

Por su parte, "La Municipalidad" se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de salud del sector público de Atención Primaria.

SEXTO: Los recursos presupuestarios aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por "El Servicio" a "La Municipalidad" en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en el mes de octubre del presente año 2024, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en clausulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por "La Municipalidad".

De no haberse realizado dicha rendición o sea recepcionada de manera insatisfactoria por "El Servicio", no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016.

SÉPTIMO: "La Municipalidad" se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar exclusivamente los componentes y productos del Programa, que se presentan a continuación:

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3	Peso relativo SIN componente 3
------------	-----------	---------	------	--------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento	CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
<p>Componente 1</p> <p>Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario</p>	<p>Porcentaje de Centros de Salud evaluados y / o autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.</p> <p>Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFA M, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran</p>	<p>Numerador: Nº de centros de salud evaluados y / o autoevaluados conforme instrumentos definidos</p> <p>Denominador: Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar y / o autoevaluar</p>	<p>100% de los centros de salud y comprometedos con aplicación de instrumento definido</p>	<p>“Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” aplicado al centro de salud</p>	<p>Este indicador se solicita cada 3 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente:</p> <p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Este indicador se solicita cada 3 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente:</p> <p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>

Comunas con resolución dictada en abril de l año e n curso		Comuna con convenio o firmado	Plataforma de convenios.	15%	25%	15%	30%
---	--	-------------------------------	--------------------------	-----	-----	-----	-----

<p>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 en coordinación con los otros niveles de atención.</p>	<p>Agendamiento según nivel de estratificación</p>	<p>Numerador N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación</p> <p>Denominador N° total de establecimientos comprometidos</p>	<p>100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación</p>	<p>Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>
	<p>Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado</p>	<p>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</p> <p>Denominador</p>	<p>100% de los ingresos con plan de cuidado integral</p>	<p>REM A05</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>	<p>Cuando no aplique este indicador</p>
		<p>N° total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto</p>						

OCTAVO: El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia, por ello, **“El Servicio”** evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los puntos señalados a continuación:

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 su eficiencia y efectividad.

La evaluación se realizará conforme a la programación anual de las actividades para cada componente que el Servicio de Salud, de acuerdo con las Orientaciones Técnicas del Programa. Dicha programación debe correlacionarse con los convenios suscritos con las comunas y/o establecimientos dependientes y se debe completar en un archivo Excel enviado desde la División de Atención Primaria. Las actividades programadas constituirán el denominador para la evaluación, con Corte 31 de agosto.

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 30 de abril y tendrá relación con la verificación de convenios firmados. Para esto, cada encargado de Programa en el Servicio de Salud deberá informar, a más tardar el 17 de mayo del año en evaluación, el número y porcentaje de los convenios firmados que están en la plataforma web de finanzas, registrando número de resolución y fecha y especificar las razones cuando el porcentaje sea menor al 100%.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del año en curso**. De acuerdo con los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 13 de septiembre, el informe consolidado de cumplimiento por componente, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del programa

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

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

Con relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fe.

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. Los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 15 de febrero del año siguiente, el informe consolidado, respecto de

- ✓ Cumplimiento a diciembre por componente y global
- ✓ Síntesis cualitativa del desarrollo del programa a nivel local, con los principales resultados del proceso, conclusiones y principales desafíos

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas para recibir el total de recursos anuales del presente programa, se entiende que el no cumplimiento a la fecha de corte definido conlleva la reliquidación del programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna o establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo. El Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podrá solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

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

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

El siguiente cuadro indica el porcentaje de descuento en relación al cumplimiento de las Metas:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
>60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

De acuerdo al cuadro anterior, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la segunda evaluación (corte al 31 de agosto del año correspondiente), podrán optar a la reasignación de recursos.

El excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con el total de prestaciones comprometidas en el corte evaluado.

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 ejecutar dichos recursos.

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del programa y de cada uno de sus componentes, en las fechas establecidas para ello, usando los registros regulares existentes.

NOVENO: “El Servicio” podrá requerir en cualquier oportunidad, a “La Municipalidad”, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, y sus componentes específicos con los detalles, y especificaciones que estime del caso.

DÉCIMO: “El Servicio” no asumirá ninguna responsabilidad financiera mayor que la comprometida en este convenio. Por ello, para el caso que “La Municipalidad” se acuerde

UNDÉCIMO: Para dar estricto cumplimiento a todas y cada una de las estipulaciones reguladas en el presente convenio, y demás políticas de Auditoría, y otras determinadas por **"El Servicio"**, se designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnico y supervisor del Programa al funcionario de la Dirección Atención Primaria, a Cecilia Aravena Pereira y Lorena Labraña Cabalín; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo, a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa y que para cuyo efecto "La Municipalidad", se obliga, desde luego, a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende.

DUODÉCIMO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios, objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en este instrumento, **"El Servicio"** conjuntamente con **"La Municipalidad"**, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que **"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"**, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, los comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos, reproducidos y pasan a formar parte integrante del presente convenio para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, **"El Servicio"** podrá además, a través de su Departamento de Auditoría, efectuar los procesos inherentes con la misma.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio rige a partir del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre del año 2024, debiendo considerarse extendido, dicho término de la vigencia, solo hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, por **"La Municipalidad"**, en concordancia con lo que establece el Dictamen N° 92.578 de 2016.

Si alguna de las partes manifiesta su intención de terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo a la otra, mediante carta certificada, en un plazo no superior a 30 días corridos, previos a su término. No obstante, lo anterior **"El Servicio"** podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada, previo informe, que para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta de algún incumplimiento por parte de **"La Municipalidad"** de los objetivos propios del Programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a **"La Municipalidad"**, en el mismo plazo y forma antes aludida.

Sin perjuicio de lo anterior, **"La Municipalidad"** deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la **"anualidad presupuestaria"**.

No obstante, lo anterior el presente convenio se entiende prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año

prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración podrá extenderse hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, ello en armonía con lo solicitado por el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, mediante su Ordinario C73 N° 2509, de fecha 19 de agosto de 2021, instrumento que los comparecientes dan por reconocido, y pasa a formar parte integrante del presente convenio.

Prorrogado el presente convenio, "El Servicio", deberá dictar en su oportunidad, una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras obligaciones que fueren inherentes al Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestar **Los recursos disponibles y presentes deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298.02 del Presupuesto vigente 2024 del Servicio de Salud O'Higgins.**

DÉCIMO CUARTO: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, "La Municipalidad" deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de este año presupuestario correspondiente al año 2024, dentro del plazo de 15 días hábiles. Sin perjuicio de lo anterior, "El Servicio" realizará informe de evaluación técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N° 92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DÉCIMO QUINTO: Complementario a lo expuesto en la cláusula duodécima, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo 13, de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "**Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas**", dictada por la Contraloría General de la República, que establece: "**Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos**", ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a "El Servicio", y este a su vez hace lo propio con los diferentes Municipios, tal como en el caso de este convenio.

Respecto de la rendición de cuentas por gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia, sólo se podrán incluir en el caso que se presenten dificultades administrativas o de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, con el fin de mantener su continuidad y no perjudicar o entorpecer las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de "La Municipalidad", funciones que los comparecientes deben procurar y velar en conformidad a lo dispuesto en la Ley N°18.575, procurando la simplificación de sus trámites en pos del principio de servicialidad que rige como norte a los organismos de la administración del estado.

DÉCIMO SEXTO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O'Higgins, en su calidad de Director, consta en el D.S. N°140/04 y Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud. La personería de René Acuña Echeverría, para representar a la Ilustre Municipalidad de Litueche, en su calidad de Alcalde, consta del Decreto Alcaldicio N° 732 de fecha 28 de junio de 2021, del referido Municipio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO OCTAVO: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "La Municipalidad", uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de "El Servicio".

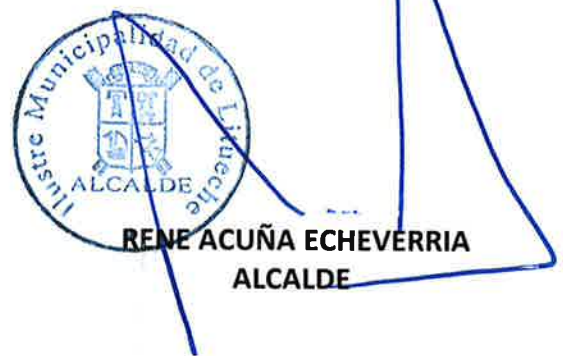
JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS

RENE ACUÑA ECHEVERRIA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

ANOTESE, COMUNIQUESE, ARCHIVASE Y REGISTRESE



LAURA URIBE SILVA
SECRETARIA MUNICIPAL



RENE ACUÑA ECHEVERRIA
ALCALDE

RAE/LUS/PVV/EBV/all

Distribución:

- Archivo Oficina
- Archivo de Convenios
- Oficina de partes





ASESORÍA JURÍDICA
JGB / CSG/ CSP /CAP/ LLC

03/04/24

RESOLUCIÓN EXENTA N° **1781**

RANCAGUA, 12 ABR 2024

VISTOS:

Estos antecedentes; Cadena de Custodia Folio N°15, de fecha 17 de enero de 2024, emanada de la Dirección Atención Primaria; Resolución Exenta N°02, del 04 de enero de 2021, que aprueba el denominado "*Programa Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria*"; y N°108, del 01 de febrero de 2024, que distribuye los recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido, ambas del Ministerio de Salud; Convenios "*Programa Modelo Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria*", de fecha 04 de marzo de 2024 y teniendo presente lo dispuesto en las Resoluciones N°s7 de 2019 y 14 de 2023, ambas de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, y dicto la siguiente;

RESOLUCION:

1.- APRUEBASE, Convenios "*Programa Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria*", de fecha 04 de marzo de 2024, suscritos entre el Servicio de Salud O'Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, según fechas y términos que en ellos se establecen, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
I. MUNICIPAL. DE LITUECHE	69.091.100-0	RENE ACUÑA ECHEVERRÍA
I. MUNICIPAL. DE DOÑIHUE	69.080.600-2	PABLA PONCE VALLE
I. MUNICIPAL. DE MOSTAZAL	69.080.500-6	SANTIAGO GARATE ESPINOZA
I. MUNICIPAL. DE MACHALI	69.080.200-7	CARLOS ABUD PARRA
I. MUNICIPAL. DE OLIVAR	69.081.400-5	MARIA ESTRELLA MONTERO CARRASCO
I. MUNICIPAL. DE CHIMBARONGO	69.090.300-8	MARCO CONTRERAS JORQUERA
I. MUNICIPAL. DE LA ESTRELLA	69.091.400-K	MARIA SILVA ARRUÉ
I. MUNICIPAL. DE RANCAGUA	69.080.100-0	JUAN GODOY MUÑOZ
I. MUNICIPAL. DE REQUINOA	69.081.300-9	WALDO VALDIVIA MONTECINOS
I. MUNICIPAL. DE SANTA CRUZ	69.090.600-7	GUSTAVO ARÉVALO CORNEJO

2.- **DEJASE ESTABLECIDO** que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes

3.- **IMPUTESE** el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O'Higgins, "*Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria*"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,



**JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**

DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.

