



MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

APRUEBA RESOLUCION EXENTA N° 540
CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD
EN APS, DE ARICA AÑO 2019.-

EXENTO

DECRETO N° **3583** /2019.-

ARICA, 14 de marzo del 2019.-

VISTOS:

Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones; la Resolución N° 1600, del 30.10.2008, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; la Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada;

CONSIDERANDO:

- a) Que, se hace necesario proceder a la aprobación de la Resolución Exenta N° 540, de fecha 08 de marzo del 2019, que Aprueba "Convenio Programa de Resolutividad en APS., de Arica Año 2019", suscrito entre el Servicio de Salud Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica, con fecha 25 de febrero del 2019;

DECRETO:

1. APRUEBASE Res. Exenta N° 540, de fecha 08 de marzo del 2019, que Aprueba "Convenio Programa de Resolutividad en APS., de Arica Año 2019", Suscrito entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica, sobre transferencia de recursos destinados a la ejecución de dicho programa.
2. Tendrán presente este Decreto Alcaldicio la Dirección de Salud Municipal, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



SR. CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL



SR. GERARDO ESPINDOLA ROJAS
ALCALDE DE ARICA

GER/CDR/CCG/RTS/NSJA/CPA/CVC/mav.

OK-CM

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
PATRICIO LINCH N° 236 / Fono: (58)2382101



SERVICIO DE SALUD ARICA
ASESORÍA JURÍDICA
N° 162 (08-03-2019)
LAF/MRT

APRUEBA CONVENIO PROGRAMA DE
RESOLUTIVIDAD EN APS, DE ARICA AÑO 2019.

RESOLUCIÓN N°
Exenta

540

ARICA, 08 MAR 2019

VISTOS: lo dispuesto en la ley N° 19.378; la Ley N° 21.125 que establece presupuesto del sector público para el año 2019; el Reglamento N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; las facultades del Director subrogante contenidas en Decreto Exento N° 61 de 27 de marzo de 2018, del Ministerio de Salud, que establece el orden de subrogancia del cargo de Director del Servicio de Salud Arica, en caso de ausencia o impedimento del titular, de acuerdo a Resolución TRA 424/28/2017 de fecha 02 de marzo 2017, del Servicio de Salud Arica, Región de Arica y Parinacota, en el cual consta el nombramiento de don Ricardo Cerda Quisbert como Subdirector de Recursos Humanos del Servicio de Salud Arica; la Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República y, teniendo presente las facultades que me confiere el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del MINSAL.

CONSIDERANDO

1. El "**CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS, DE ARICA AÑO 2019**", de fecha 25 de febrero de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7 persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000 Edificio N 2do Piso, representado por su Directora (S) Dra. Magdalena Gardilic Franulic, RUN N° 8.186.567-1, Médico Cirujano, de ese mismo domicilio, y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9 persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde (S) Sr. Christian Díaz Ramírez, RUT N° 8.627.801-4, Ingeniero Comercial de ese mismo domicilio;
2. La Resolución Exenta N° 1284 de 28 de diciembre de 2018, del Ministerio de Salud que aprobó el Programa de Resolutividad en APS;
3. La Resolución Exenta N° 136 de 08 de febrero de 2019, del Ministerio de Salud que distribuye recursos al Convenio citado anteriormente, año 2019;
4. El Compromiso Presupuestario N° 661 de 13 de febrero de 2019, del Jefe (s) del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio;
5. Que el Convenio debidamente firmado fue recepcionado con fecha 08 de marzo de 2019 por el Departamento de Asesoría Jurídica del Servicio;
6. Que conforme a los antecedentes señalados es necesario dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN

1°.- **SE APRUEBA** el "**CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS, DE ARICA AÑO 2019**", de fecha 25 de febrero de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud Arica, representado por su Directora (S) Dra. Magdalena Gardilic Franulic, y la Ilustre Municipalidad de Arica, representada por su Alcalde (s) Christian Díaz Ramírez, ambos individualizados, instrumento que se inserta a continuación:

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS, DE ARICA AÑO 2019

En Arica a 25 de febrero de 2019, entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7 persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000 Edificio N 2do Piso, representado por su Directora (S) Dra. Magdalena Gardilic Franulic, RUN N° 8.186.567-1, Médico Cirujano, de ese mismo domicilio, en adelante "el Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9 persona jurídica de derecho

público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde (S) Sr. Christian Díaz Ramírez, RUT N° 8.627.801-4, Ingeniero Comercial 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° 876 del 2000, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1284 del 28 de diciembre de 2018** del Ministerio de Salud que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Este Convenio tiene respaldo de recursos financieros en la **Resolución Exenta N° 136 del 08 de febrero de 2019** del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, ha asignado a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Otorrinolaringología

2) Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, transferirá a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma total de **\$50.200.076 (Cincuenta millones doscientos mil setenta y seis pesos m/n.-)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior.

El monto para financiar este convenio será imputado al Item Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica, 2019.

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1° cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2° cuota contra el grado de cumplimiento del programa, de acuerdo a la segunda evaluación, indicada en la Décima Primera.

Una vez recibidos los recursos, la Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, el comprobante de ingreso contable.

La Municipalidad se obliga a cumplir las acciones y estrategias específicas señaladas por el Servicio y se obliga a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el

Programa para las personas válidamente inscritas en los establecimientos de su jurisdicción.

SEXTA: La Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META (canastas integrales)	MONTO (\$)
	ESPECIALIDAD AMBULATORIA	OFTALMOLOGIA	940	\$ 37.348.080.-
	ESPECIALIDAD AMBULATORIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	50	\$ 6.547.500.-
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$ 43.895.580.-
2	PROCEDIMIENTOS CUTANEOS DE BAJA COMPLEJIDAD	P. CUTANEOS	251	\$ 6.304.496.-
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				\$ 6.304.496.-
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$ 50.200.076.-

En caso de que la Municipalidad lograse el 100% una de las metas, con una ejecución menor de recursos, la comuna podrá utilizar los recursos excedentes en la realización de más de las mismas prestaciones e incluso de los otros subcomponentes, dentro de los lineamientos del convenio, previa autorización del Servicio de Salud mediante un ordinario.

Las Patologías por componentes asociadas a este convenio corresponden a la siguiente nomina:

Oftalmología: Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y Atención Integral del paciente con Diabetes.

Otorrinolaringología: Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia hasta los 64 años, Síndrome vertiginoso, Epistaxis, Otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad: En general pueden abordarse en Atención Primaria lesiones benignas menores de 3 cm. de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al Especialista.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía, Fibromas e inserción de implante pellet La realización de biopsias diagnósticas, deberán ser efectuadas por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Cada canasta integral incluye las siguientes prestaciones:

La canasta integral de Oftalmología incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

La canasta integral de Otorrinolaringología incluye: Consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregaran fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.

La canasta integral de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad incluye: Procedimiento quirúrgico realizado por un Médico de APS con entrenamiento adecuado (capacitación pertinente de dos semanas como mínimo) o Médico especialista, insumos y copago de las muestras de biopsia tramo C y D FONASA. A su vez se debe considerar las siguientes responsabilidades:

Nivel Primario	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de la lesión. • Uso adecuado de criterios de derivación. • Procedimiento técnico, según estándares establecidos. • Envío de muestras de biopsias, para cuando esté indicado. • Manejo adecuado de las complicaciones. • Derivación de pacientes complicados cuando corresponda. • Recepción de resultado de biopsias y acción acorde a ellos.
Anatomía Patológica, según gestión de la DISAM	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico anatomopatológico de las muestras enviadas desde el Nivel Primario. • Envío de resultados con plazos o mecanismos establecidos para determinar el alta de los pacientes.

SEPTIMA: Una vez firmado el presente convenio, será la APS quien enviará al SSA, a la referente del programa, el primer lunes de cada mes, planilla electrónica (validada por el Servicio de Salud), que dé cuenta de la lista de espera la especialidad de Oftalmología y Procedimientos Cutáneos de baja complejidad, la cual cumplirá la finalidad de evidenciar en Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), la existencia de su Lista de Espera.

Finalmente, el último día hábil de cada mes serán enviados, en el mismo formato de planilla, los egresos correspondientes (atenciones realizadas por el convenio).

En la especialidad de Otorrinolaringología, será el Servicio de Salud quien enviará a APS, el primer lunes de cada mes, una planilla con los pacientes que serán resueltos por el convenio de Resolutividad en APS, siendo remitida, el último día hábil de mes, por Atención Primaria con la completitud de datos de las atenciones realizadas.

OCTAVA: El prestador medico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud. Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador medico deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

NOVENA: En el caso que en la evaluación integral del profesional se produzca el hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha o confirmación diagnóstica con las garantías asociadas. Asimismo se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo a los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía

DECIMA: La Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, a más tardar el 30 de noviembre de 2019, la programación de cupos del año siguiente, necesarios en cada estrategia, con corte al 31 de octubre de 2019.

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

En el proceso de monitoreo y evaluación la Municipalidad se obliga a incorporar las actividades del Programa a la planificación de sus establecimientos, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad se obliga a:

- Enviar el registro de planillas de atenciones en las fechas correspondientes y con completitud de datos. (Según cláusula séptima)
- Disponer de los comprobantes contables de la compra de servicios, ya sea facturas o boletas de honorarios, que avalen la ejecución presupuestaria.
- Mejorar los registros de demanda de exámenes y procedimientos.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa deberán ser registradas en los registros estadísticos mensuales REM oficiales correspondientes al año 2019.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, esta se realizara en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado en el programa.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 de Abril de 2019, donde deberá enviar la información solicitada en el Anexo N° 1
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto de 2019. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta anual	Peso relativo estrategia	Peso relativo componente
Especialidades Ambulatorias	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica y Otorrinolaringológica	Numerador: N° de Consultas realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa	100 %	30%	90%
	% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100 %	70%	
Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad	Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos	100 %	50%	

% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud	100 %	50%	10%
Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud				

- El medio verificador de las atenciones realizadas corresponde a los informes de atención de los pacientes registrado en su ficha clínica, de lo cual si el 50 % de la muestra no se encuentra con registro en ficha se consideraran como no atendidas.
- De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación del 31 de agosto de 2019, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, de acuerdo a:

- I. En el caso que el cumplimiento sea inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre de 2019, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

El Servicio deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes mediante la información de prestaciones realizadas que la Municipalidad se Obliga a ingresar mensualmente en el REM.

Indicadores:

▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:**

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en **Oftalmología y Otorrinolaringología**

Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$

Medio de verificación: Medio de verificación: $(\text{REM} / \text{Programa})$

2. Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por **causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica** de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmológica y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

Medio de verificación: (SIGTE)

▪ **Cumplimiento del objetivo específico N°2**

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo: $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$

Medio de verificación: $(\text{REM} / \text{Programa})$

2. Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

Medio de verificación: (SIGTE)

La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

DECIMA SEGUNDA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DECIMA TERCERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepartamento de Recursos Financieros y el encargado técnico del Programa Resolutividad en APS del Servicio.

Para los efectos de la administración de fondos que serán transferidos, la Municipalidad se obliga a utilizar las normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, dictada por la Contraloría General de la República mediante Res. N° 30 del 11 de marzo de 2015.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá observar lo siguiente:

a) Retirar en su oportunidad el cheque de transferencia de fondos o solicitar la transferencia electrónica de ellos y remitir al Servicio el comprobante de ingreso en la cuenta de terceros de la Municipalidad a más tardar dentro del plazo de diez días hábiles contados desde la transferencia de los recursos.

b) Rendir cuenta mensualizada de los ingresos y gastos del periodo, a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles siguientes al mes informado.

c) Rendir cuenta final de la inversión de los recursos transferidos dentro del periodo de 15 días hábiles de finalizada la vigencia del Convenio.

d) La Municipalidad tendrá la obligación de mantener a disposición de la Contraloría General de la República, toda la documentación que da cuenta de los gastos realizados en los términos establecidos en la referida Res. N° 30 de 2015.

En caso que los costos de ejecución sean menores a los señalados en el respectivo convenio, la entidad ejecutora estará obligada a la devolución de los recursos restantes, rindiendo cuenta de acuerdo a lo prescrito en el inciso segundo de la presente cláusula

DÉCIMA CUARTA: Las partes convienen en fijar la vigencia del presente convenio desde la **notificación de la resolución aprobatoria del presente convenio hasta el 31 de Diciembre de 2019.**

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados.

Además, las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad deberá restituir los fondos conforme al artículo 9° la ley de Presupuesto del año 2019 de aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este convenio, previo informe del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio enviado a la Municipalidad, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la notificación de dicho informe.

DÉCIMA QUINTA: El Servicio 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, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEXTA: El Servicio de Salud de Arica no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, a la Municipalidad de Arica no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por la Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA SÉPTIMA: La personería de la Dra. Magdalena Gardilic Franulic para representar al Servicio de Salud Arica, emana del artículo 9 del Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Exenta N° 955 de 06 de abril de 2018, del

Servicio de Salud Arica, donde consta el nombramiento de la suscrita como Subdirectora (s) de Gestión Asistencial del Servicio.

La personería del Sr. Christian Díaz Ramírez para representar a la Ilustre Municipalidad de Arica, emana del artículo N° 62 de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

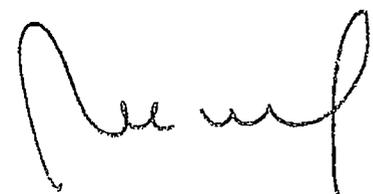
DÉCIMA OCTAVA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA NOVENA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio (Oficina de Partes) y uno (1) en el Departamento Programación Financiera de APS del Ministerio de Salud.

2°.- **IMPÚTESE** el gasto que origine la ejecución del presente Convenio que por este acto se aprueba, al Ítem Presupuestario N°541030302 de Reforzamiento Municipal, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica año 2019.

3°.- **NOTIFÍQUESE** la presente Resolución a la Ilustre Municipalidad de Arica, representada por su Alcalde Sr. Gerardo Espíndola Rojas o a quien lo represente, por funcionarios de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arica.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



SR. RICARDO CERDA QUISBERT
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD ARICA

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes.

Depto De Gestión de Recursos Financieros en APS – MINSAL
1 Municipalidad de Arica (2)
Subdirección de Gestión Asistencial SSA.
Subdepartamento de Dirección de Atención Primaria SSA.
Encargado de Programa SSA
Subdepartamento Recursos Financieros SSA
Departamento Auditoría SSA
Asesoría Jurídica SSA
Oficina de Partes



ERIKA OJEDA LINFORD
MINISTRO DE FE



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO ASesoría JURÍDICA
LA PPSIA ARTUM

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS, DE ARICA AÑO 2019

En Arica el 25 de febrero de 2019, entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61 606 000-7 persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000 Edificio N° 2do Piso, representado por su Directora (S) Dra. Magdalena Gardilic Franulic KUN N° 185 567-1, Médico Cirujano, de ese mismo domicilio en adelante "el Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69 010 100-9 persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415 representada por su Alcalde (S) Sr Christian Díaz Ramírez, RUT N° 8 627 801-4, Ingeniero Comercial 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° 876 del 2000, del Ministerio de Salud reitera dicha norma agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución"

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención el Ministerio de Salud, ha impulsado el Programa de Resolutividad en APS

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1284 del 28 de diciembre de 2018 del Ministerio de Salud que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento

Este Convenio tiene respaldo de recursos financieros en la Resolución Exenta N° 136 del 08 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud

TERCERA. El Ministerio de Salud, a través del Servicio ha asignado a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Otorrinolaringología

2) Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, transferirá a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria la suma total de \$50.200.076 (Cincuenta millones doscientos mil setenta y seis pesos m/n.-), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior

El monto para financiar este convenio será imputado al Item Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica, 2019

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1° cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2° cuota contra el grado de cumplimiento del programa, de acuerdo a la segunda evaluación, indicada en la Décima Primera

Una vez recibidos los recursos, la Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, el comprobante de ingreso contable.

La Municipalidad se obliga a cumplir las acciones y estrategias específicas señaladas por el Servicio y se obliga a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en los establecimientos de su jurisdicción.

SEXTA: La Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas

N°	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	N° DE ACTIVIDADES O META (canastas integrales)	MONTO (\$)
	ESPECIALIDAD AMBULATORIA	OFTALMOLOGIA	940	\$ 37.348.080.-
	ESPECIALIDAD AMBULATORIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	50	\$ 6.547.500.-
TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)				\$ 43.895.580.-
2	PROCEDIMIENTOS CUTANEOS DE BAJA COMPLEJIDAD	P. CUTANEOS	251	\$ 6.304.496.-
TOTAL COMPONENTE N° 2 (\$)				\$ 6.304.496.-
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$ 50.200.076.-

En caso de que la Municipalidad lograrse el 100% una de las metas, con una ejecución menor de recursos, la comuna podrá utilizar los recursos excedentes en la realización de más de las mismas prestaciones e incluso de los otros subcomponentes, dentro de los lineamientos del convenio, previa autorización del Servicio de Salud mediante un ordinario

Las Patologías por componentes asociadas a este convenio corresponden a la siguiente nomina

Oftalmología: Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y Atención Integral del paciente con Diabetes

Otorrinolaringología Esta orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia hasta los 64 años, Síndrome vertiginoso Epistaxis Otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años) Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite

Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad: En general pueden abordarse en Atención Primaria lesiones benignas menores de 3 cm. de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos descartando aquellas que por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad estos pacientes deberán ser derivados al Especialista

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomias, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Píogeno, Onicectomía, Fibromas e inserción de implante pellet. La realización de biopsias diagnósticas, deberán ser efectuadas por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Cada canasta integral incluye las siguientes prestaciones:

La canasta integral de Oftalmología incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico, evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.) entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

La canasta integral de Otorrinolaringología incluye: Consulta médica, audiometría y entrega de audifono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audifonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.

La canasta integral de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad incluye: Procedimiento quirúrgico realizado por un Médico de APS con entrenamiento adecuado (capacitación pertinente de dos semanas como mínimo) o Médico especialista, insumos y cobajo de las muestras de biopsia tramo C y D FONASA. A su vez se debe considerar las siguientes responsabilidades:

Nivel Primario	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de la lesión• Uso adecuado de criterios de derivación• Procedimiento técnico según estándares establecidos• Envío de muestras de biopsias, para cuando este indicado• Manejo adecuado de las complicaciones• Derivación de pacientes complicados cuando corresponda• <u>Recepción de resultado de biopsias y acción acorde a ellos</u>
Anatomía Patológica según gestión de la DISAM	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico anatomopatológico de las muestras enviadas desde el Nivel Primario• Envío de resultados con plazos o mecanismos establecidos para <u>determinar el alta de los pacientes</u>

SEPTIMA: Una vez firmado el presente convenio será la APS quien enviará al SSA, a la referente del programa, el primer lunes de cada mes planilla electrónica (validada por el Servicio de Salud), que de cuenta de la lista de espera la especialidad de Oftalmología y Procedimientos Cutáneos de baja complejidad, la cual cumplirá la finalidad de evidenciar en Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), la existencia de su Lista de Espera.

Finalmente el último día hábil de cada mes serán enviados, en el mismo formato de planilla los egresos correspondientes (atenciones realizadas por el convenio).

En la especialidad de Otorrinolaringología será el Servicio de Salud quien enviara a APS el primer lunes de cada mes una planilla con los pacientes que serán resueltos por el convenio de Resolutividad en APS, siendo remitida el último día hábil de mes, por Atención Primaria con la completitud de datos de las atenciones realizadas.

OCTAVA: El prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud. Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

NOVENA: En el caso que en la evaluación integral del profesional se produzca el hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES) se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha o

confirmación diagnóstica con las garantías asociadas. Asimismo se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo a los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía

DECIMA: La Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, a más tardar el 30 de noviembre de 2019, la programación de cupos del año siguiente necesarios en cada estrategia, con corte al 31 de octubre de 2019.

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

En el proceso de monitoreo y evaluación la Municipalidad se obliga a incorporar las actividades del Programa a la planificación de sus establecimientos, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones conforme demanda y oferta.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad se obliga a

- Enviar el registro de planillas de atenciones en las fechas correspondientes y con completitud de datos. (Según cláusula séptima)
- Disponer de los comprobantes contables de la compra de servicios ya sea facturas o boletas de honorarios que avalen la ejecución presupuestaria
- Mejorar los registros de demanda de exámenes y procedimientos
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa deberán ser registradas en los registros estadísticos mensuales REM oficiales correspondientes al año 2019

Evaluación

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, esta se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado en el programa

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 de Abril de 2019, donde deberá enviar la información solicitada en el Anexo N° 1
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Agosto de 2019 De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de calculo	Meta anual	Peso relativo estrategia	Peso relativo componente
Especialidades Ambulatorias	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica y Otorrinolaringológica	Numerador: N° de Consultas realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa	100%	30%	

% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causa 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio

Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud en relación a diagnósticos que abarca el programa

Numerador: N° de pacientes egresados por causa 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en convenio vigente

Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de Salud

100% 70% 30%

Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Verificador	Cumplimiento de actividad programada	Numerador: Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados	Denominador: Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad programados	100%	50%	10%
		% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en convenio vigente	Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	50%	10%

- El medio verificador de las atenciones realizadas corresponde a los informes de atención de los pacientes registrado en su ficha clínica de lo cual si el 50 % de la muestra no se encuentra con registro en ficha se consideraran como no atendidas
- De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación del 31 de agosto de 2019 se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre de acuerdo a

En el caso que el cumplimiento sea inferior al 50% se aplicará la siguiente tabla

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50.00%	0%
Entre 40.00% y 49.99%	50%
Entre 30.00% y 39.99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

- La tercera evaluación y final se efectuará al 31 de Diciembre de 2019 fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas

El grado de incumplimiento anual sera considerado en la asignacion de recursos del año siguiente

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

El Servicio deberá informar a la Subsecretaria de Redes Asistenciales acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes mediante la información

de prestaciones realizadas que la Municipalidad se Obliga a ingresar mensualmente en el REM

Indicadores

▪ **Cumplimiento del Objetivo Especifico N° 1:**

1. Indicador Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología y Otorrinolaringología

Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
Medio de verificación: Medio de verificación. (REM / Programa)

2 Indicador. % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo. $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmológica y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
Medio de verificación (SIGTE)

▪ **Cumplimiento del objetivo específico N°2**

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
Medio de verificación (REM / Programa)

2 Indicador % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio

Formula de cálculo $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
Medio de verificación: (SIGTE)

La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE los medios de verificación asociados podrán ser auditados

DECIMA SEGUNDA: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio

DECIMA TERCERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepartamento de Recursos Financieros y el encargado técnico del Programa Resolutividad en APS del Servicio.

Para los efectos de la administración de fondos que serán transferidos, la Municipalidad se obliga a utilizar las normas de procedimiento sobre rendición de cuentas dictada por la Contraloría General de la República mediante Res N° 30 del 11 de marzo de 2015.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá observar lo siguiente:

a) Retirar en su oportunidad el cheque de transferencia de fondos o solicitar la transferencia electrónica de ellos y remitir al Servicio el comprobante de ingreso en la cuenta de terceros de la Municipalidad a más tardar dentro del plazo de diez días hábiles contados desde la transferencia de los recursos.

b) Rendir cuenta mensualizada de los ingresos y gastos del periodo a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles siguientes al mes informado.

c) Rendir cuenta final de la inversión de los recursos transferidos dentro del periodo de 15 días hábiles de finalizada la vigencia del Convenio.

d) La Municipalidad tendrá la obligación de mantener a disposición de la Contraloría General de la República, toda la documentación que sea cuenta de los gastos realizados en los términos establecidos en la referida Res N° 30 de 2015.

En caso que los costos de ejecución sean menores a los señalados en el respectivo convenio, la entidad ejecutora estará obligada a la devolución de los recursos restantes rindiendo cuenta de acuerdo a lo prescrito en el inciso segundo de la presente cláusula.

DÉCIMA CUARTA: Las partes convienen en fijar la vigencia del presente convenio desde la notificación de la resolución aprobatoria del presente convenio hasta el 31 de Diciembre de 2019.

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados.

Además las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad deberá restituir los fondos conforme al artículo 9° la ley de Presupuesto del año 2019 de aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este convenio previo informe del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio enviado a la Municipalidad, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la notificación de dicho informe.

DÉCIMA QUINTA: El Servicio 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 ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEXTA: El Servicio de Salud de Arica no efectuara nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, a la Municipalidad de Arica no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente

fundados por la Unidad otorgante en estricto apego a lo dispuesto en el art 18 de la Res N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la Republica.

DÉCIMA SÉPTIMA: La personería de la Dra. Magdalena Gardilic Franulic para representar al Servicio de Salud Arica emana del artículo 9 del Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Exenta N° 955 de 06 de abril de 2018 del Servicio de Salud Arica donde consta el nombramiento de la suscrita como Subdirectora (s) de Gestión Asistencial del Servicio.

La personería del Sr Christian Díaz Ramírez para representar a la Ilustre Municipalidad de Arica, emana del artículo N° 62 de la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades

DÉCIMA OCTAVA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia

DÉCIMA NOVENA. El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio (Oficina de Partes) y uno (1) en el Departamento Programación Financiera de APS del Ministerio de Salud.

SR. CHRISTIAN DIAZ RAMIREZ
ALCALDE (S)
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA

DRA. MAGDALENA GARDILIC FRANULIC
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD ARICA

