



REF.: APRUEBA CONVENIO PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA, AÑO 2017, SUSCRITO CON **MUNICIPALIDAD DE TOLTEN**.

RESOLUCION EXENTA-Nº 1713

TEMUCO, 10 MAR. 2017

MMK/MPN/JCC/PBB

VISTOS; estos antecedentes:

- 1.- Resolución Exenta Nº 1208, del Ministerio de Salud, de 16 de noviembre de 2016, que aprueba Programa Resolutividad en Atención Primaria y pone Término a Resolución Exenta Nº 1232 de 2015, de ese Ministerio.
- 2.- Resolución Exenta Nº 106, del Ministerio de Salud, de 23 de enero de 2017, que distribuye recursos al Programa Resolutividad en Atención Primaria, Año 2017.
- 3.- Correo electrónico, de fecha 10 de febrero de 2017, de Jefa Depto. Atención Primaria y Red Asistencial al Jefe Depto. Jurídico, solicitando tramitar convenio que indica.
- 4.- Convenio Programa Resolutividad en Atención Primaria, Año 2017, de fecha 28 de febrero de 2017, suscrito entre el Servicio de Salud con la **Municipalidad de Tolten**.
- 5.- Memorándum Nº 39, de fecha 08 de marzo de 2017, de Jefa Depto. Atención Primaria y Red Asistencial al Jefe Depto. Jurídico, remitiendo convenio debidamente firmado por su alcalde para su tramitación correspondiente.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

- 1.- DFL Nº 1/05 del MINSAL que fija el texto refundido del D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud.
- 2.- D.S. 140/04 del M. de Salud que Reglamenta los Servicios de Salud.
- 3.- Decreto Supremo Nº 126 de fecha 09 de septiembre de 2015, del Ministerio de Salud, que designa Director Suplente del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 4.- Ley Nº 19.886 y D. S. Nº 250/2004, del M. de Hacienda, Reglamento de la Ley Nº 19.886.
- 5.- Resolución 1600/2008 de Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESUELVO

1.- APRUÉBESE CONVENIO PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA, AÑO 2017, de fecha 28 de febrero de 2017, cuyo tenor es el que se transcribe a continuación:

En Temuco a 28 de Febrero de 2017, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona Jurídica de Derecho Público, domiciliada en calle Prat Nº 969, Temuco, representado por su Director (T. y P.) **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TOLTEN**, Persona Jurídica de Derecho Público, domiciliada en calle O'Higgins Nº 410, representada por su Alcalde **GUILLERMO MARTÍNEZ SOTO**, 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 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".

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 de Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1208 de 16 de Noviembre de 2016, del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es Mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral. Programa que no se anexa por ser conocido por las partes. Asignándole recursos para el año 2017 a través de resolución N° 106 de fecha 23 de Enero de 2017.

TERCERA: Los componentes de este Programa son:

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias. Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.

ESTRATEGIAS:

Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:

- **Médico Gestor de la Demanda.** Su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales
- **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 en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso y 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.

- **Gastroenterología.** Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico.
- **Dermatología.** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad. Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

CUARTA: El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. COMPONENTE 1: ESPECIALIDADES AMBULATORIAS:

- 1.1. Oftalmología.** La canasta integral a ejecutar 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 el RNLE.
- 1.2. Otorrinolaringología.** La canasta integral a ejecutar incluye: consulta médica, audiometría y entrega de lentes 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 entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.
- 1.3. Gastroenterología.** La canasta integral a ejecutar incluye: examen endoscópico digestivo alto con biopsia y test de ureasa.

2. COMPONENTE 2: 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. La estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. 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

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de Atención Primaria u otros, con entrenamiento adecuado, aumentando de esta manera su resolutividad.

El Municipio se compromete a **coordinar la definición de coberturas** en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

La lista de espera usada como línea de base corresponde a la existente al corte de 31 de Octubre de 2016. La antigüedad a resolver por el programa se establecerá de la existente en cada comuna y establecimiento APS dependientes del servicio de salud, cuya fecha de ingreso deberá ser igual o anterior al año 2015. Solo en caso de no tener lista de dicha antigüedad podrá abordar la lista más reciente. La validación de los egresos requerirá cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el RNLE. Los medios de verificación podrán ser auditados.

El Servicio de Salud podrá incorporar otras prestaciones GES y NO GES no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, siempre y cuando cumpla los siguientes criterios:

- Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (Lista de espera) y se encuentren en el RNLE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.

QUINTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$11.732.986**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS	MONTO (\$)	
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 11 Hrs.	0	0	
	Oftalmología	Nº consultas	46	2.146.038	
	Otorrinolaringología	Nº consultas	42	5.204.388	
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	49	4.382.560	
	UAPO	Nº consulta vicio		0	0
		Nº consultas glaucoma nuevo		0	0
		Nº glaucoma en control		0	0
		Nº otras consultas		0	0
		Nº Consultas T. Médico		0	0
		Gasto operacional		0	0
		Nº lentes Uapo		0	0
	Nº fármacos glaucoma anual		0	0	

	Nº lubricante Oculares anual	0	0
subtotal			0
Total Estrategia			11.732.986

TOTAL PROGRAMA			11.732.986
-----------------------	--	--	-------------------

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

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento de gastroenterología.	Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa. Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidas en el Programa.	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad Teie Oftalmología y Tele dermatología	Numerador: N° de Informes y consultas comprometidas. Denominador: N° de Informes y consultas programadas.	100%	20%	
	% Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el Convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 de la LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el Convenio. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el servicio de salud.	100%	30%	
	% Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el Convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el Convenio. Denominador: N° de procedimientos Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de programadas	100%	20%	

	dependientes del Servicio de Salud.	como oferta de especialidad de Oftalmología, y Gastroenterología según convenio vigente con el servicio de salud.			
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Numerador: Número de Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: Número de Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos	100%	50%	10%
	% Cumplimiento de la programación del año 2017 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 RNLE y acordada en el Convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el Convenio. Denominador: N° de procedimientos procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad según convenio vigente con el servicio de salud.	100%	50%	

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

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

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

- El Servicio de Salud podrá establecer pautas a considerar como instrumento base, en los procesos de licitación que realicen las comunas, para la adquisición de prestaciones.
- Realizar auditorías técnicas.

Sistema de registro de este Programa:

El Servicio de Salud estará encargado de:

- La adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Realizar inducción a las comunas en la utilización de plataforma informática y registro de documentación.
- Monitorear registro de casos GES en sistema SIGGES:
- Monitorear en forma periódica el registro y ejecución de las prestaciones realizadas a través de la plataforma informática definida por el Servicio de Salud.

La Municipalidad estará encargado de:

- Velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa.
- Trabajar con las listas oficiales que emitirá el Servicio de Salud Araucanía Sur, y sobre la cual deberá gestionar conforme a los procedimientos y sistemas de registro actuales o futuros que este Servicio determine.
- Asegurar que las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador entregue un informe de atención al paciente y al departamento de salud, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, definidos en el anexo N° 1 del Convenio.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 Abril y envió de informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá él envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas y tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

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

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

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 obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de Agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.”

OCTAVA: El Servicio ejecutara el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS desde la página www.ssasur.cl. De acuerdo a lo anterior la Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud.

NOVENA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula séptima del convenio.

DECIMA: 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.

Para el componente de cirugía menor ambulatoria se deberá observar las normas básicas de aseo y desinfección, como a su vez, el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de atención abierta para salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.

DECIMA PRIMERA: La Municipalidad deberá informar mensualmente a este Servicio de Salud los ingresos y gastos generados por concepto de las estrategias indicadas en la cláusula cuarta del convenio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 de 2015**, de la Contraloría General de la República.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

DECIMA SEGUNDA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante, lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. de Auditoria.

DECIMA TERCERA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

Salud Araucanía Sur la licitación, adjudicación y celebración de los contratos y demás actos administrativos que procedan, para la compra de acciones y otros insumos necesarios para el cumplimiento del **Componente N° 1** señalados en la cláusula cuarta y sexta del presente convenio.

Los contratistas o proveedores deberán emitir su factura a nombre de la Municipalidad. Estas serán recepcionadas en el Depto. de Abastecimiento para VB y verificación de conformidad de las prestaciones realizadas, para luego remitirla al Depto. de Finanzas que las cancelarán con los fondos asignados por medio de este convenio, y administrados en la cuenta de administración de fondos complementaria.

El Servicio de salud se obliga a:

1. En el caso de tener que llamarse a licitación, adoptar en las bases administrativas todas las garantías tendientes a la adecuada ejecución de lo mandado, en particular multas por atrasos, boletas bancarias de garantías por la correcta ejecución de la obra y seriedad de la oferta, terminación anticipada por incumplimiento y anticipados debidamente garantizados en caso de considerarse ello necesario. Además, actuará en todo momento con estricta sujeción a las Bases y con pleno respeto al principio de igualdad de los oferentes.
2. En las Bases se dejará constancia que la documentación y eventual facturación del contratista se efectuará a nombre del Mandante.
3. Pagar directamente y en el plazo de 30 días la factura presentada por el contratista.
4. Realizar todas las gestiones Técnicas y administrativas necesarias para la materialización del mandato, lo que comprende desde la elaboración de estudios, expediente técnico, bases administrativas, especificaciones técnicas, llamado, apertura y adjudicación de las propuestas, celebración del contrato correspondiente, con el contratista favorecido, y demás roles de la ejecución de este.
5. Obtener del contratista seleccionado, las garantías estipuladas en las bases administrativas.
6. Rechazar o aprobar los documentos de pago del contratista y remitir oportunamente estos al Mandante, una vez efectuado el pago con cargo a la cuenta de administración de fondos de terceros.
7. Velar porque el contratista de cumplimiento a la normativa laboral y provisional.
8. Remitir al Mandante un informe y liquidación final de lo obrado.
9. Responder las consultas y solicitud de informes del Mandante y facilitar la inspección y revisión por parte de este de las rendiciones y cuentas, y aceptar sus sugerencias y recomendaciones.
10. Se faculta además al Servicio para redistribuir entre los diversos ítems descritos en la cláusula sexta de este convenio los recursos que resulten de excedentes producto del menor precio que se pague en ciertas prestaciones, sin perjuicio de mantener el monto total del convenio en los valores totales asignados al Municipio. De la misma forma se valida desde ya que se dé circunstancialmente más prestaciones de las consignadas en dicho convenio por el mismo efecto de obtener un mejor precio de una prestación en particular.
11. De existir excedentes en los fondos estos serán devueltos al Municipio o serán destinados a los fines que este determine en relación al objeto de este convenio. Si las ofertas exceden el presupuesto estimado, podrá ser declarada desierta la propuesta, salvo que se obtenga una eventual suplementación de fondos.

La Municipalidad será responsable:

- Colaborar en la citación de los pacientes para los operativos ejecutados tanto en dependencias de los establecimientos de la comuna como en instalaciones del proveedor, utilizando para ello los sistemas informáticos indicados por el Servicio de Salud en nóminas

derivadas por el SSAS. Además, de colaborar en el traslado de aquellos usuarios que viven en sectores rurales de difícil acceso.

- De ejecutarse las prestaciones sanitarias objeto de este convenio en la comuna respectiva, la Municipalidad deberá proveer las instalaciones necesarias que cumplan con los requerimientos sanitarios para la ejecución de la actividad.
- Nombrar a un funcionario responsable de la coordinación y supervisión de las prestaciones sanitarias, que se ejecuten en dependencias de los establecimientos de salud de la comuna.
- Generar los egresos administrativos de las prestaciones ejecutadas, en los sistemas informáticos señalados por el por el Servicio de Salud.
- De ser necesario

DÉCIMA SEXTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal del Sr. **Alcalde de la Municipalidad** la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud”.

Ahora bien, conforme al dictamen N° 16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189 de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2017**, no obstante, el pago estará condicionado a la total tramitación de la resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.

Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA SEPTIMA: El presente convenio se firma en 9 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria) y las restantes en poder del Servicio.

2.- IMPÚTESE, el gasto que irroga el presente Convenio, al Subt. 24, Ítem 03, Asig. 298, del Presupuesto del Servicio de Salud Araucanía Sur.

3.- NOTIFIQUESE, la presente Resolución, a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR (T. y P.)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

RES.N°386/08.03.2017

Distribución:

Municipalidad (2)

MINSAL (2)

Depto. Atención Primaria y Red Asistencial

Depto. Jurídico

Depto. Finanzas

Depto. Auditoría

Of. de Partes