

**ORIGINAL**  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1767

LA SERENA, 10 ABR. 2025

D/T / MOC / PGG / MFG / ctz

N° Int.: 48

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N° 30/2015, y N°36/2024, ambas de la Contraloría General de la República; el Decreto Afecto N°16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**.
2. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 31 de marzo del 2025, el Servicio de Salud Coquimbo y la I. Municipalidad de Salamanca suscribieron un convenio relativo al Programa de Resolutividad en APS.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.-**APRUEBESE** el convenio de fecha 31.03.2025 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, representada por su alcalde **D. CARLOS LILLO ALAMOS** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en APS.

**CONVENIO  
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2025  
SALAMANCA**

En La Serena a.....31.03.2025..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Exento N°16 del 04 de septiembre de 2024, del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Bulnes N°599, Salamanca, representada por su Alcalde **CARLOS LILLO ALAMOS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°8138/2024 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 4° del Decreto Supremo N° 35 del 22 de diciembre de 2023, 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria:**

**Objetivos específicos**

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.



- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

**CUARTA** 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 **\$59.319.582 (cincuenta y nueve millones trescientos diecinueve mil quinientos ochenta y dos pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 sus establecimientos y aquellas usuarias del Hospital de Salamanca, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 6).

N°	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	N° ACTIVIDADES META ANUAL	DE O	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	N° CESFAM de 5 horas Rural	1		795.362
	COMPONENTE 1.2 UAPO	Operación 12 meses UAPO Continuidad	44 horas Tecnólogo Médico		56.529.220
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	40		
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	30		
		Controles oftalmólogo Glaucoma	65		
		Otras consultas oftalmólogo	240		
		<b>Total actividad oftalmólogo*</b>	<b>375</b>		
		N° Lentes UAPO	900		
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	780		
		N° Lubricantes oculares Anual	700		
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	700		
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.000		
		N° Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico (cobertura provincial)	1.900		
		<b>Total actividad Tecnólogo Médico</b>	<b>3.600</b>		
		Capacitación TMO y Oftalmólogo UAPO (viático y traslado \$280.000)	2		
COMPONENTE 1.5 Tele-Dermatología	Canasta Tele-dermatología (Anexo N° 5)	83		1.995.000	
		50			
<b>TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)</b>					<b>\$59.319.582</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>					<b>\$59.319.582</b>

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos convenios sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del convenio. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los convenios ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

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

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año, considerando que se encuentren egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento global es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el 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 de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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 con 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 de salud, 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 de salud, quién determinará en última instancia 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.

Finalmente, 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 de salud.

#### Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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 de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia	Fuente
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	§ Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud § Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.	80%	REM A29 Programación convenida
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	§ Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29

		§ Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.		§ Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29
		§ Denominador: N° de procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología		§ Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología	0%	REM A29
		§ Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología programadas.		Programación convenida
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.		§ Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	20%	REM A29
		§ Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación convenida
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	2. Cumplimiento de la actividad programada.	§ Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	0%	REM A29
		§ Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación convenida
3. Climaterio	3. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	§ Numerador: N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29
		§ Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud		Programación convenida

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 6; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N° 6.

**SÉPTIMA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el Municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**OCTAVA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**NOVENA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**DÉCIMA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente.

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

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.



**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

#### Firmas Ilegibles

\_\_\_\_\_  
CARLOS LILLO ALAMOS  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA

\_\_\_\_\_  
ERNESTO JORQUERA FLORES  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**2°.- IMPÚTESE,** el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N° 24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2025.



\_\_\_\_\_  
ERNESTO JORQUERA FLORES  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

#### DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Gestion de la Demanda  
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Teléfono : (51) 2333756-513756 (Red Salud)





**CONVENIO  
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2025  
SALAMANCA**

**31 MAR 2025**

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Exento N°16 del 04 de septiembre de 2024, del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Bulnes N°599, Salamanca, representada por su Alcalde **CARLOS LILLO ALAMOS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°8138/2024 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 4° del Decreto Supremo N° 35 del 22 de diciembre de 2023, 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria:**

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**



**CUARTA** 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 **\$59.319.582 (cincuenta y nueve millones trescientos diecinueve mil quinientos ochenta y dos pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 sus establecimientos y aquellas usuarias del Hospital de Salamanca, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 6).

N°	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	N° DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtítulo 24	
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	N° CESFAM de 5 horas Rural	1	795.362	
	COMPONENTE 1.2 UAPO	Operación 12 meses UAPO Continuidad	44 horas Tecnólogo Médico		56.529.220
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	40		
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	30		
		Controles oftalmólogo Glaucoma	65		
		Otras consultas oftalmólogo	240		
		<b>Total actividad oftalmólogo*</b>	<b>375</b>		
		N° Lentes UAPO	900		
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	780		
		N° Lubricantes oculares Anual	700		
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	700		
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.000		
		N° Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico (cobertura provincial)	1.900		
		<b>Total actividad Tecnólogo Médico</b>	<b>3.600</b>		
	Capacitación TMO y Oftalmólogo UAPO (viático y traslado \$280.000)	2			
COMPONENTE 1.5 Tele-Dermatología	Canasta Tele-dermatología (Anexo N° 5)	83	1.995.000		
		50			
TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)				<b>\$59.319.582</b>	
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>\$59.319.582</b>	

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos convenios sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del convenio. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los convenios ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

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

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopía Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año, considerando que se encuentren egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento global es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

<b>PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>	<b>PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%</b>
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el 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 de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.



- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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 con 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 de salud, 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 de salud, quién determinará en última instancia 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.

Finalmente, 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 de salud.

#### Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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 de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia	Fuente
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	§ <i>Numerador:</i> N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud	80%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	§ <i>Numerador:</i> N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	§ <i>Numerador:</i> N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29

		§ <i>Denominador:</i> N° de procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología	0%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología programadas.		Programación convenida
	1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	20%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación convenida
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	2. Cumplimiento de la actividad programada.	§ <i>Numerador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	0%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación convenida
3. Climaterio	3. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	§ <i>Numerador:</i> N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud	0%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud		Programación convenida

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 6; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N° 6.

**SÉPTIMA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el Municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**OCTAVA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**NOVENA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**DÉCIMA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente.

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

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio,

atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

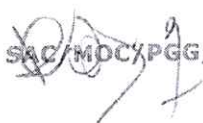
**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.



  
CARLOS LILLO ALAMOS  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA



  
ERNESTO JORQUERA FLORES  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

  
SAC/MDC/PGG/CLG/MFG

**ANEXO 1: INFORMACIÓN DE CONTRATACIONES DE PERSONAL**

<b>Nombre Funcionario</b>	<b>Rut</b>	<b>Componente</b>	<b>Estamento</b>	<b>Calidad Contractual</b>	<b>Horas contratadas</b>

**ANEXO N° 2: Canasta Tele dermatología**

Diagnósticos	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACEUTICA
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Vaselina salicilada	5%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzoilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel tópico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
ONICOMICOSIS	Fluconazol	150 mg	Comprimido
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
MICOSIS PIEL LAMPIÑA Y RESTO DEL CUERPO	ketoconazol	2%	Shampoo
	Ciclopiroxolamina	1%	Crema
	Terbinafina	1%	Crema
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
ROSACEA	Metronidazol	0,75%	Crema y/o gel
	Ivermectina 1%	1%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
DERMATITIS AGUDAS, CRONICAS Y SEBORREICAS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Loción
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketoconazol	2%	Champu
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento	
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCABIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTINICAS, DAÑO SOLAR CRÓNICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS, XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 5%	Crema
	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante líquida	variable	Loción
A DEFINIR DENTRO DE LAS ANTERIORES	Recetario magistral	variable	Formulación a definir. Para el tratamiento de patologías del listado, cuando no es posible adquirir fármaco listado, la formulación tiene mejor resultado y/o es menos costoso.

**ANEXO N° 3: TIPOS DE PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD**

16-02-201	Biopsia de piel y/o mucosa por curetaje o sección tangencial c/s electro por 1 lesión
16-02-203	<b>Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones</b>
16-02-205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
16-02-206	<b>Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje, y/o fulguración hasta 15 lesiones</b>
16-02-222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. de largo total que comprometa solo la piel)
16-02-223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
16-02-224	<b>Resto del cuerpo( que no sea cabeza, cuello, genitales) menores a 5 cm de diámetro: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión</b>
16-02-225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos
16-02-231	Onicectomía total o parcial simple
16-02-232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio



## **ANEXO N° 4: Universo de usuarios a atender**

### **4.1 OFTALMOLOGÍA – UAPO**

SIGTE_ID					
17873269	27620215	29014017	30023048	33357005	33357195
18428471	27620508	29013944	30024740	33043898	33578094
18910757	27620125	29013984	30233329	33043894	33577952
18910381	27812553	29013961	30448475	33044149	33551662
18910450	27812448	29013947	30469826	33352964	33578092
19105799	27812581	29014056	30469777	33357085	33551664
19856206	28039674	29013973	30655649	33357205	33577947
21026274	27813011	29013983	30655409	33356983	33663421
21338599	28039371	29013971	30655503	33357167	33578049
21981567	28039367	29013980	30655623	33551851	33577974
22442410	28240211	29013982	30655614	33356974	33578082
23020437	28704766	29014002	31233180	33357015	33578039
23235264	28704774	29014049	31233273	33357291	33578024
24597461	28705723	29013922	31233597	33356978	33577905
24597034	28705653	29013954	31233553	33357055	33577944
24596668	28705406	29013937	31524300	33357096	33578066
24902769	28705629	29013938	31524022	33356987	33577902
24901919	28705811	29013964	31525137	33357143	33577936
24902676	29013977	29013943	31787343	33357086	33578080
25573301	29014014	29013948	31787036	33357160	33663372
26389146	29013975	29013996	31787099	33356980	33663296
26538538	29013986	29341273	31787040	33357101	33663305
27075064	29014001	29380345	31975495	33357000	33663317
27076188	29014022	29380351	31975574	33357017	33663328
27215590	29014048	29379953	31975183	33357162	33663367
27215586	29013993	29380035	32168509	33357241	33663369
27215232	29013933	29380095	32168525	33357089	33663322
27215283	29013965	29701784	32168616	33356989	33873725
27215325	29013981	29857506	32168249	33357072	33663398
27414018	29013946	29857582	32439826	33551657	33663404
27413861	29013951	29857985	32439669	33356994	33934260
27413888	29014025	29857715	32593196	33577945	33873834
27620383	29014032	30023000	32578146	33357109	33873807
27620303	29014033	30027265	32578345	33356995	34055530
27620568	29014035	30023193	32593133	33357098	33874322

33873877	33873877	34323676	34639773	35230852	36376832
33578094	33873863	34273760	34639741	35230919	36378287
33577952	34055262	34633372	34639568	35230477	36565490
33551662	34055393	34273662	34639788	35230793	36803704
33578092	34055859	34633456	34639778	35230527	36803849
33551664	34055808	34633412	34639707	35225604	36803893
33577947	34055909	34633523	34639756	35417789	36803609
33663421	34055828	34633543	34639699	35417519	36803524
33578049	34055843	34633249	34639490	35417509	37110497
33577974	34055841	34639596	34639585	35417684	37110646
33578082	34055919	34639690	34639614	35417795	37110347
33578039	34055857	34639784	34639665	35417758	37061200
33578024	34055896	34639566	34639753	35417792	37463289
33577905	34056049	34639562	34639764	35417739	37463335
33577944	34055831	34639531	34639792	35417572	37463415
33578066	34055816	34639560	34639776	35417863	37463140
33577902	34055872	34639605	34639639	35749887	37472983
33577936	34055878	34639550	34639618	35750191	37463202
33578080	34055902	34639538	34639693	35749725	37463182
33663372	34055911	34639612	34639719	35749903	37463103
33663296	34055898	34639624	34639716	35749788	37473144
33663305	34055886	34639557	34639622	35749832	37473079
33663317	34055464	34639754	34639534	36152022	37463028
33663328	34273670	34639595	34639488	36151995	37819217
33663367	34273756	34639645	34639540	36152125	37819241
33663369	34323735	34639768	34639761	36158557	37472859
33663322	34323683	34639789	34639740	36151900	37819229
33873725	34323818	34639757	34639631	36152339	37815049
33663398	34323860	34639590	34639597	36151754	37815154
33663404	34323865	34639630	34938864	36152068	37815109
33934260	34323754	34633038	34639546	36376752	
33873834	34323807	34632871	34938957	36376758	
33873807	34323828	34639718	35230873	36376848	
34055530	34273602	34639680	34879296	36376909	
33874322	34323640	34639713	35230878	36158675	

