

RESOLUCIÓN EXENTA N°

N° INT.:

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, Resolución N°36/2024, de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N° 16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO:

1. Que, en 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 programa "**PROGRAMA UNIVERSALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**".
2. Que por resolución Exenta N°327, de 19 de enero de 2026 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio programa Universalización de Atención Primaria de Salud.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2026 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 249 del 24 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 26 de marzo del 2026, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de Canela suscribieron un convenio programa Universalización de Atención Primaria de Salud.
5. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.-**DÉJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N° 327 de fecha 19 de Enero del 2026 del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUEBESE** el Convenio de fecha 26-03-2026 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE CANELA**, representada por su Alcalde **D. WALDO CONTRERAS CORTES** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Universalización de Atención Primaria de Salud.

CONVENIO CONVENIO PROGRAMA UNIVERSALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2026 - CANELA

En La Serena a.....26-03-2026..... 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 **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CANELA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Luis Infante N°520, Canela Baja, representada por su Alcalde **D. WALDO CONTRERAS CORTES** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1608/2024, 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 18 de abril de 2024 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".



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

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 programa "**PROGRAMA UNIVERSALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**" con el objetivo de garantizar la cobertura universal a la atención primaria de salud, o también denominada Universalización de la Atención Primaria de Salud o Atención Primaria Universal (APS-U), que es el corazón de la Reforma, pues a partir de ésta se espera transformar el sistema de salud en su conjunto y, así, mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, contemplando sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades en salud.

El referido **Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 152 del 19 Febrero 2024** del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 249 del 24 de febrero de 2026**.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes:

1) Componente 1: Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria:

- Inscripción universal.
- Utilización de los servicios.
- Extensión horaria.
- Optimización de los procesos administrativos.
- Gestión de citas

2) Componente 2: Habilitadores para facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS:

- Atenciones extramuro.
- Sistema de gestión remota de la demanda.
- Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Personas (ECICEP)
 - Rediseño de la atención de salud mental en APS
 - Cuidado integral de las personas con diabetes mellitus descompensadas: tratamiento odontológico periodontal en atención primaria
 - Estrategias de resolutiveidad en APS

3) Componente 3: Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS:

- Diálogos Ciudadanos.
- Gestión de experiencia usuaria
- Cartografía de recursos comunitarios para la salud.

CUARTA Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$237.206.865 (doscientos treinta y siete millones doscientos seis mil ochocientos sesenta y cinco pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes.

La información de las contrataciones de personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento del presente convenio, así como su calidad jurídica (titular/contrata/honorario/código del trabajo), se indican en el *Anexo N°1: Información de contrataciones de personal para el cumplimiento del convenio*.

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 entregara 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.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

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: 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. Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 31 de Agosto.
- La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre.

La evaluación se realizará considerando el porcentaje de cumplimiento global, en el cual cada estrategia pondera de forma independiente, con metas progresivas para cada corte evaluativo. Las metas asociadas a cada estrategia y su ponderación en el porcentaje de cumplimiento global para las comunas cuyo año de implementación del programa es 2023 o 2024, se corresponden con los siguientes cuadros:

PRIMERA EVALUACIÓN:

Estrategia	Meta de Cumplimiento	Peso Relativo
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada igual o mayor al 60%.	0,08
Utilización de los servicios	Mantener o aumentar el porcentaje de personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario igual, respecto al año anterior	0,12
Extensión horaria	Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual, ya sea en el horario habitual o en otros horarios	0,12
Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo firmado por autoridad comunal, Servicio de Salud y SEREMI de Salud, que incluya la planificación de actividades para dar cumplimiento a los ámbitos contenidos en el acuerdo	0,04
Acciones extramuro	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades extramurales planificadas	0,04
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): ingresos	Ingreso igual o mayor al 20% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo alto (G3) e igual o mayor al 10% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo G1 y/o G2	0,25
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Rediseño de la atención de salud mental en APS	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades programadas para la implementación del proceso de rediseño de la atención de salud mental	0,05
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda mayor o igual al 2% de la población inscrita validada	0,25
Cartografía de activos comunitarios para la salud	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades programadas para la actualización de los activos comunitarios comunales y su prescripción	0,05
Diálogos ciudadanos: experiencia usuaria	No aplica para comunas primer año de implementación 2023	



SEGUNDA EVALUACIÓN:

Estrategia	Meta de cumplimiento	Ponderación
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada igual o mayor al 60%.	0,06
Utilización de los servicios	Mantener o aumentar el porcentaje de personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario igual, respecto al año anterior	0,09
Extensión horaria	Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual, ya sea en el horario habitual o en otros horarios	0,09
Optimización de los procesos administrativos	Cumplimiento mayor o igual al 80% de las actividades planificadas para el cumplimiento de los ámbitos comprometidos en el acuerdo administrativo	0,056
Acciones extramuro	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades extramurales planificadas	0,03
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): ingresos	Ingreso igual o mayor al 25% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo alto (G3) e igual o mayor al 15% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo G1 y/o G2	0,15
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Rediseño de la atención de salud mental en APS	Cumplimiento mayor o igual al 90% de la programación de tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	0,1
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Ingresos a atención periodontal de personas entre 35 a 54 años con diabetes mellitus descompensadas	Cumplimiento mayor o igual al 90% de los ingresos programados a atención periodontal por odontólogo o periodoncista en APS	0,05
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): acceso a especialistas para personas mayores de 65 años para diagnóstico de hipoacusia	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las interconsultas programadas a Hospital Digital, que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años	0,1
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda mayor o igual al 2% de la población inscrita validada	0,15
Diálogos Ciudadanos: abordaje de emergencias en salud pública y desastres	Que el 100% de los establecimientos de atención primaria (CESFAM u Hospital comunitario) cuenten con un plan de abordaje de emergencias de salud pública y desastres adaptados a nivel territorial	0,15
Gestión de experiencia usuaria	No aplica para comunas primer año de implementación 2023	

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

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, de acuerdo al siguiente cuadro:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

Porcentaje de cumplimiento del Programa	Porcentaje de descuento de recursos de la segunda cuota del 30%
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que las comunas respectivas entreguen un informe de cumplimiento para cada corte evaluativo, que guarde relación con el cumplimiento de los indicadores establecidos en el Programa. Para las comunas cuyo año de implementación del programa es 2023, estos son:

Componente:	Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria		
Objetivo	Ampliar la disponibilidad de servicios para la cobertura universal de la cartera completa de prestaciones de APS en las comunas pioneras.		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada	$(\text{Número de personas inscritas o registradas en la comuna} / \text{Población potencial en la comuna}) * 100$	Plataforma de reporte de inscripción FONASA
Utilización de servicios	Personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario	$(\text{Personas inscritas o registradas que recibieron alguna prestación en APS} / \text{población inscrita validada de la comuna}) * 100$	Sistema de registro clínico electrónico Ministerio de Salud
Extensión horaria	Continuidad de la atención según programación	No aplica	Formulario de visita de supervisión indicador de continuidad de la atención Informe de programación de extensión horaria
Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo firmado	No aplica	Acuerdo administrativo y anexos
	Informe de cumplimiento de actividades contenidas en el acuerdo administrativo	$(\text{Número de actividades realizadas} / \text{Número de actividades programadas}) * 100$	Informe de cumplimiento validado por Servicio de Salud y SEREMI de Salud



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

Componente:	Habilitadores para facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS		
Objetivo	Facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS reduciendo barreras geográficas y organizacionales en las comunas pioneras		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador
Acciones extramuro	Cumplimiento de planificación de acciones extramurales	(Acciones extramurales realizadas/ Acciones extramurales programadas) *100	Informe de planificación y cumplimiento a la fecha, que incluya el cálculo de la línea base de acciones extramurales del año anterior Registro estadístico mensual
Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado En las Personas (ECICEP)	Ingresos a ECICEP de población estratificada como G3 y G2 y/o G1	$\left(\frac{\text{Personas estratificadas como G3 ingresadas a ECICEP}}{\text{Total de personas estratificadas como G3}} \right) * 100 * 0,6$ $+$ $\left(\frac{\text{Personas estratificadas como G2 y/o G1 ingresadas a ECICEP}}{\text{Total de personas estratificadas como G2 y/o G1}} \right) * 100 * 0,4$	REM A05 Sección V Sistema de registro clínico electrónico (reporte de estratificación)
	Planificación del rediseño de la atención de salud mental	(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) * 100	Informe de cumplimiento
	Tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	(Número de tamizajes realizados/ Número de tamizajes programados) * 100	
	Ingresos a atención periodontal de población entre 35 a 54 años con diabetes mellitus (DM) descompensadas	(Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensadas ingresadas a tratamiento periodontal por odontólogo o periodoncista en APS / Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensada estimadas para ingreso a la estrategia) * 100	Registro clínico electrónico
	Personas mayores de 65 años que acceden a especialista en otorrinolaringología mediante estrategia de salud digital para diagnóstico de hipoacusia	(Número de interconsultas a Hospital Digital que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años enviadas / Número de interconsultas a Hospital Digital que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años programadas) * 100	
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda	(Número de solicitudes ingresadas por plataforma de gestión remota de la demanda / Número de personas inscritas validadas (PIV) por FONASA) * 100	Sistema de reporte de la plataforma PIV FONASA
Componente:	Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS		
Objetivo	Aumentar la aceptabilidad de los servicios de APS mediante la identificación de barreras sociales y culturales para la utilización de éstos en las comunas pioneras		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

<p>Diálogos Ciudadanos: abordaje de emergencias en salud pública y desastres</p>	<p>Planes de abordaje de emergencias de salud pública y desastres derivados adaptados a nivel territorial</p>	<p>(Número de establecimientos de atención primaria (CESFAM u HFC) que cuentan con planes de abordaje de emergencias de salud pública y desastres adaptados a nivel territorial en la comuna pionera / Número total de establecimientos de atención primaria (CESFAM u HFC) existentes en la comuna pionera) * 100</p>	<p>Planes de abordaje validados por SEREMI de Salud y Servicio de Salud</p>
<p>Cartografía de recursos comunitarios para la salud:</p>	<p>Actualización del mapeo de activos comunitarios e indicación de uso</p>	<p>(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) * 100</p>	<p>Informe de cumplimiento</p>

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 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.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>

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 2026 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 2026 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 causas 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: Considerando que el Programa de Universalización de Atención Primaria de Salud puede financiarse en parte con recursos provenientes del Contrato de Préstamo entre la República de Chile y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), de fecha 10 de mayo de 2024 (Préstamo No. 9621-CL). El Servicio y la municipalidad se comprometen a dar cumplimiento a lo establecido en el Manual Operativo del programa, así como a las Directrices del BIRF sobre la Prevención y la Lucha contra el Fraude y la Corrupción en el Financiamiento del Programa de Resultados, documentos definidos en el Contrato de Préstamo referido.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

Firmas Ilegibles

D. WALDO CONTRERAS CORTES

ALCALDE

I. MUNICIPALIDAD DE CANELA

ERNESTO JORQUERA FLORES

DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

3°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irroque el presente convenio Subt. N°24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2026.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

DISTRIBUCION:

Secretaría Subdirección Atención Primaria angel.flores@redsalud.gob.cl |



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>



**CONVENIO
CONVENIO PROGRAMA UNIVERSALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
2026 - CANELA**

En La Serena a..... **26 MAR 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 **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CANELA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Luis Infante N°520, Canela Baja, representada por su Alcalde **D. WALDO CONTRERAS CORTES** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1608/2024, 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 18 de abril de 2024 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 programa "**PROGRAMA UNIVERSALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**" con el objetivo de garantizar la cobertura universal a la atención primaria de salud, o también denominada Universalización de la Atención Primaria de Salud o Atención Primaria Universal (APS-U), que es el corazón de la Reforma, pues a partir de ésta se espera transformar el sistema de salud en su conjunto y, así, mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, contemplando sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades en salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 152 del 19 Febrero 2024 del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 249 del 24 de febrero de 2026.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes:

1) Componente 1: Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria:

- Inscripción universal.
- Utilización de los servicios.
- Extensión horaria.
- Optimización de los procesos administrativos.
- Gestión de citas

2) Componente 2: Habilitadores para facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS:

- Atenciones extramuro.
- Sistema de gestión remota de la demanda.
- Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Personas (ECICEP)



- Rediseño de la atención de salud mental en APS
- Cuidado integral de las personas con diabetes mellitus descompensadas: tratamiento odontológico periodontal en atención primaria
- Estrategias de resolutiveidad en APS

3) Componente 3: Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS:

- Diálogos Ciudadanos.
- Gestión de experiencia usuaria
- Cartografía de recursos comunitarios para la salud.

CUARTA Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$237.206.865 (doscientos treinta y siete millones doscientos seis mil ochocientos sesenta y cinco pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes.

La información de las contrataciones de personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento del presente convenio, así como su calidad jurídica (titular/contrata/honorario/código del trabajo), se indican en el *Anexo N°1: Información de contrataciones de personal para el cumplimiento del convenio.*

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: 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. Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 31 de Agosto.
- La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre.



La evaluación se realizará considerando el porcentaje de cumplimiento global, en el cual cada estrategia pondera de forma independiente, con metas progresivas para cada corte evaluativo. Las metas asociadas a cada estrategia y su ponderación en el porcentaje de cumplimiento global para las comunas cuyo año de implementación del programa es 2023 o 2024, se corresponden con los siguientes cuadros:

PRIMERA EVALUACIÓN:

Estrategia	Meta de Cumplimiento	Peso Relativo
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada igual o mayor al 60%.	0,08
Utilización de los servicios	Mantener o aumentar el porcentaje de personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario igual, respecto al año anterior	0,12
Extensión horaria	Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual, ya sea en el horario habitual o en otros horarios	0,12
Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo firmado por autoridad comunal, Servicio de Salud y SEREMI de Salud, que incluya la planificación de actividades para dar cumplimiento a los ámbitos contenidos en el acuerdo	0,04
Acciones extramuro	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades extramurales planificadas	0,04
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): ingresos	Ingreso igual o mayor al 20% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo alto (G3) e igual o mayor al 10% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo G1 y/o G2	0,25
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Rediseño de la atención de salud mental en APS	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades programadas para la implementación del proceso de rediseño de la atención de salud mental	0,05
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda mayor o igual al 2% de la población inscrita validada	0,25
Cartografía de activos comunitarios para la salud	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades programadas para la actualización de los activos comunitarios comunales y su prescripción	0,05
Diálogos ciudadanos: experiencia usuaria	No aplica para comunas primer año de implementación 2023	



SEGUNDA EVALUACIÓN:

Estrategia	Meta de cumplimiento	Ponderación
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada igual o mayor al 60%.	0,06
Utilización de los servicios	Mantener o aumentar el porcentaje de personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario igual, respecto al año anterior	0,09
Extensión horaria	Disponer de agenda igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual, ya sea en el horario habitual o en otros horarios	0,09
Optimización de los procesos administrativos	Cumplimiento mayor o igual al 80% de las actividades planificadas para el cumplimiento de los ámbitos comprometidos en el acuerdo administrativo	0,056
Acciones extramuro	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las actividades extramurales planificadas	0,03
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): ingresos	Ingreso igual o mayor al 25% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo alto (G3) e igual o mayor al 15% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo G1 y/o G2	0,15
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Rediseño de la atención de salud mental en APS	Cumplimiento mayor o igual al 90% de la programación de tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	0,1
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): Ingresos a atención periodontal de personas entre 35 a 54 años con diabetes mellitus descompensadas	Cumplimiento mayor o igual al 90% de los ingresos programados a atención periodontal por odontólogo o periodoncista en APS	0,05
Fortalecimiento de la estrategia de Cuidado Integral Central en las personas (ECICEP): acceso a especialistas para personas mayores de 65 años para	Cumplimiento mayor o igual al 90% de las interconsultas programadas a Hospital Digital, que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años	0,1



diagnóstico de hipoacusia		
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda mayor o igual al 2% de la población inscrita validada	0,15
Diálogos Ciudadanos: abordaje de emergencias en salud pública y desastres	Que el 100% de los establecimientos de atención primaria (CESFAM u Hospital comunitario) cuenten con un plan de abordaje de emergencias de salud pública y desastres adaptados a nivel territorial	0,15
Gestión de experiencia usuaria	No aplica para comunas primer año de implementación 2023	

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

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento del Programa	Porcentaje de descuento de recursos de la segunda cuota del 30%
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%



Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que las comunas respectivas entreguen un informe de cumplimiento para cada corte evaluativo, que guarde relación con el cumplimiento de los indicadores establecidos en el Programa. Para las comunas cuyo año de implementación del programa es 2023, estos son:

Componente:	Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria		
Objetivo	Ampliar la disponibilidad de servicios para la cobertura universal de la cartera completa de prestaciones de APS en las comunas pioneras.		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador
Inscripción universal	Porcentaje de personas inscritas o registradas en la comuna, independiente de su previsión de salud, respecto a la población potencial calculada	(Número de personas inscritas o registradas en la comuna / Población potencial en la comuna) * 100	Plataforma de reporte de inscripción FONASA
Utilización de servicios	Personas inscritas o registradas en los establecimientos de atención primaria que cuentan con al menos una atención de salud en el año calendario	(Personas inscritas o registradas que recibieron alguna prestación en APS/población inscrita validada de la comuna) * 100	Sistema de registro clínico electrónico Ministerio de Salud
Extensión horaria	Continuidad de la atención según programación	No aplica	Formulario de visita de supervisión indicador de continuidad de la atención Informe de programación de extensión horaria
Optimización de los procesos administrativos	Acuerdo administrativo firmado	No aplica	Acuerdo administrativo y anexos
	Informe de cumplimiento de actividades contenidas en el acuerdo administrativo	(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) * 100	Informe de cumplimiento validado por Servicio de Salud y SEREMI de Salud



Componente:	Habilitadores para facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS		
Objetivo	Facilitar el acceso a cuidados esenciales de APS reduciendo barreras geográficas y organizacionales en las comunas pioneras		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador
Acciones extramuro	Cumplimiento de planificación de acciones extramurales	(Acciones extramurales realizadas/ Acciones extramurales programadas) *100	Informe de planificación y cumplimiento a la fecha, que incluya el cálculo de la línea base de acciones extramurales del año anterior Registro estadístico mensual
Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado En las Personas (ECICEP)	Ingresos a ECICEP de población estratificada como G3 y G2 y/o G1	((Personas estratificadas como G3 ingresadas a ECICEP/ Total de personas estratificadas como G3) *100) *0,6 + ((Personas estratificadas como G2 y/o G1 ingresadas a ECICEP/ Total de personas estratificadas como G2 y/o G1) *100) * 0,4	REM A05 Sección V Sistema de registro clínico electrónico (reporte de estratificación)
	Planificación del rediseño de la atención de salud mental	(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) * 100	Informe de cumplimiento
	Tamizajes de detección temprana de problemas o trastornos de salud mental	(Número de tamizajes realizados/ Número de tamizajes programados) * 100	
	Ingresos a atención periodontal de población entre 35 a 54 años con diabetes mellitus (DM) descompensadas	(Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensadas ingresadas a tratamiento periodontal por odontólogo o periodoncista en APS / Número de personas entre 35 a 54 años con DM descompensada estimadas para ingreso a la estrategia) * 100	Registro clínico electrónico
Personas mayores de 65 años que acceden a especialista en otorrinolaringología mediante estrategia de salud digital para diagnóstico de hipoacusia	(Número de interconsultas a Hospital Digital que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años enviadas / Número de interconsultas		



		a Hospital Digital que cuentan con resultados de exámenes para el diagnóstico de hipoacusia en mayores de 65 años programadas) * 100	
Sistema de gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota de la demanda	(Número de solicitudes ingresadas por plataforma de gestión remota de la demanda / Número de personas inscritas validadas (PIV) por FONASA) * 100	Sistema de reporte de la plataforma PIV FONASA
Componente:	Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS		
Objetivo	Aumentar la aceptabilidad de los servicios de APS mediante la identificación de barreras sociales y culturales para la utilización de éstos en las comunas pioneras		
Actividad	Indicador	Fórmula	Verificador
Diálogos Ciudadanos: abordaje de emergencias de salud pública y desastres	Planes de abordaje de emergencias de salud pública y desastres derivados adaptados a nivel territorial	(Número de establecimientos de atención primaria (CESFAM u HFC) que cuentan con planes de abordaje de emergencias de salud pública y desastres adaptados a nivel territorial en la comuna pionera / Número total de establecimientos de atención primaria (CESFAM u HFC) existentes en la comuna pionera) * 100	Planes de abordaje validados por SEREMI de Salud y Servicio de Salud
Cartografía de recursos comunitarios para la salud:	Actualización del mapeo de activos comunitarios e indicación de uso	(Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas) * 100	Informe de cumplimiento

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 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 2026 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 2026 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: Considerando que el Programa de Universalización de Atención Primaria de Salud puede financiarse en parte con recursos provenientes del Contrato de Préstamo entre la República de Chile y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), de fecha 10 de mayo de 2024 (Préstamo No. 9621-CL). El Servicio y la municipalidad se comprometen a dar cumplimiento a lo establecido en el Manual Operativo del programa, así como a las Directrices del BIRF sobre la Prevención y la Lucha contra el Fraude y la Corrupción en el Financiamiento del Programa de Resultados, documentos definidos en el Contrato de Préstamo referido.



DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



[Handwritten signature]
D. WALDO CONTRERAS CORTES
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CANELA



[Handwritten signature]
D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

[Handwritten signature]
SAC/MCC/PGG/RAM/END



ANEXO 1

Profesión	Calidad Contractual	Horas/Smna
Medico	Honorario	22 Horas
Enfermero	Honorario	44 Horas
Enfermero	Honorario	44 Horas
Psicologo	Honorario	44 Horas
Psicologo	Honorario	44 Horas
Tens	Honorario	44 Horas
Tens	Honorario	44 Horas



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YBLUCE-934>



Certificado de inscripción

Registro de personas jurídicas receptoras de fondos públicos

El presente certificado acredita que la institución MUNICIPALIDAD DE CANELA, RUT 69.041.300-0, se ha inscrito en el Registro de Colaboradores del Estado y Municipalidades, con fecha 23/06/2005, como persona jurídica receptora de fondos públicos, dando así cumplimiento a lo establecido en el Artículo 6° de la Ley 19862.

La inscripción en este registro electrónico no sustituye la obligación de la persona jurídica de presentar los antecedentes de respaldo de la información (originales) en los registros institucionales de quienes le transfieren fondos al momento de realizar las transferencias.

Datos

Nombre del representante legal	WALDO ENRIQUE CONTRERAS CORTES
RUT del representante legal	12.946.249-3
Nombre de la institución	MUNICIPALIDAD DE CANELA
RUT de la institución	69.041.300-0
Fecha de emisión del certificado	27/03/2026

