

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 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 **Equidad en salud rural**.
2. Que por resolución Exenta N°196, de 16 de enero de 2026 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio programa Equidad en Salud Rural 2026.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2025 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 146 del 09 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 10 de marzo de 2026, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de Ovalle suscribieron un convenio programa Equidad en Salud Rural 2026, aprobado mediante Resolución Exenta N° 1268/2026 del Servicio de Salud Coquimbo.
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° 196/2026 y la Resolución Exenta N° 1268/2026, ambas del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUÉBESE** el Convenio de fecha 10-03-2026 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Equidad en Salud Rural 2026.

CONVENIO EQUIDAD EN SALUD RURAL 2026 OVALLE

En La Serena a.....10-03-2026..... 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 OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ariztia Poniente N° 7, Ovalle, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°7816/2024**, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:



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/VMXYAG-815>

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 4º 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 el **Equidad en salud rural** con el objetivo de mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, sistemas de comunicación, y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario, que favorezcan el desarrollo local.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1033 del 30 de diciembre de 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° 146 del 09 de febrero de 2026.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Equidad en salud rural:**

Objetivos específicos

1. Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
2. Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
3. Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas.

Componente

1. Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.
 - Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica. Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención.
 - a) Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales en Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultades en el acceso. Para ello, se debe cada año revisar los
 - b) lineamientos de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red, elaborada por el Ministerio de Salud.

Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, sin disminuir la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad.

Se considera recursos para refuerzo de profesionales de salud 44 hrs. y conductor 44 hrs., lo cual deberá responder a la realidad de cada territorio, previa negociación y autorización del Servicio de Salud.
 - Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante). Está relacionado con la contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.

Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los siguientes criterios conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 211 para Postas de Salud Rural, aprobada por la Decreto Exento N° 28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud:

 - a) Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas.



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/VMXYAG-815>

- b) Dispersión geográfica.
- c) Vulnerabilidad social de la población.
- d) Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR.

Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.

2. Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.

- Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros. Según las condiciones locales, a las PSR de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.

Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.

- Reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros. De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos.

Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrógenos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las PSR.

3. Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.

- 3.1. Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario. Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud.

Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos locales, en concordancia con la pertinencia cultural, el enfoque territorial y el de participación comunitaria, priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas mayores.
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud.
- c) Participación comunitaria.
- d) Acciones de salud indígena.
- e) Acciones de promoción en Salud mental.
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente.

- 3.2. Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales. La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.



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, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$56.757.073.- (Cincuenta y seis millones setecientos cincuenta y siete mil setenta y tres pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

COMUNA	Componente 1	Componente 2	Componente 3	MONTO TOTAL (\$)
OVALLE	\$44.279.073	\$9.478.000	\$3.000.000	\$56.757.073

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:

- 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.

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:

Indicadores evaluados corte 31 de julio 2026:

	ESTRATEGIA	NOMBRE INDICADOR	FORMULA (Numerador/Denominador)	MEDIO VERIFICACION	Reliquidación
1	Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en PSR de la comuna.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso} / \text{N}^\circ \text{ de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior} * 100}{100}$	REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B.	NO



				+ REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)	
Valor esperado: mayor o igual a 100					
		Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. N° de familias con plan de intervención. N° de familias sin plan de intervención.	SI
Valor esperado: 30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto) 60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre					
		Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. N° de familias con plan de intervención. N° de familias sin plan de intervención.	SI
Valor esperado: 10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto). 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.					



2	Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, equipamiento clínico y de apoyo de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.	Porcentaje de ejecución de recursos (Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos).	Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100	Listado comprometido Orden de compra	NO
		Valor esperado: Según línea de base y listado comprometido			
3	Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas, que contribuyan al desarrollo local de los territorios rurales.	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte	Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.	NO
		Valor esperado: A lo menos 60% a agosto			
		Realización Jornada de Salud Rural	Dicotómico se realiza Jornada de Salud (SI/NO)	Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad. Lista de asistencia Fotografías Rendiciones	NO
Valor Esperado: 100% a diciembre					

La segunda cuota del restante del total de recursos estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de la meta de los indicadores que indican la reliquidación del convenio, estos deberán ser informados oportunamente en forma consolidada por el servicio de salud, al ministerio de salud a través de la subsecretaría de redes asistenciales.

La tabla para aplicar la definición de los porcentajes de cumplimiento es la siguiente:

Resultado de la evaluación : Porcentaje de cumplimiento de Metas	Porcentaje de descuento de recursos 2° cuota
Cumplimiento mayor o igual al 30%	0%
Cumplimiento menor al 30%	Entrega de recursos proporcional al cumplimiento

SÉPTIMA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30 del 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.



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/VMXYAG-815>

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. Las metas y recursos de la prórroga estarán sujetos a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud, conforme lo prescrito en la glosa 02 de la partida 16, capítulo 02, programa 02, "Programa de Atención Primaria", de la ley N° 21.796.

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.





**TRABAJANDO
PARA USTED**

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

Firmas Ilegibles

D. HECTOR VEGA CAMPUSANO

ALCALDE

I. MUNICIPALIDAD DE OVALLE

ERNESTO JORQUERA FLORES

DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

3°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue 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/VMXYAG-815>



CONVENIO EQUIDAD EN SALUD RURAL 2026 OVALLE

En La Serena a 10 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 OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en **Ariztia Poniente N° 7, Ovalle**, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°7816/2024, 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 el **Equidad en salud rural** con el objetivo de mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, sistemas de comunicación, y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario, que favorezcan el desarrollo local.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1033 del 30 de diciembre de 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° 146 del 09 de febrero de 2026.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Equidad en salud rural**:

Objetivos específicos

1. Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
2. Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
3. Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas.

Componente

1. Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.
 - Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica. Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención.
 - a) Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales en Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultades en el acceso. Para ello, se debe cada año revisar los



lineamientos de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red, elaborada por el Ministerio de Salud.

Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, sin disminuir la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad.

Se considera recursos para refuerzo de profesionales de salud 44 hrs. y conductor 44 hrs., lo cual deberá responder a la realidad de cada territorio, previa negociación y autorización del Servicio de Salud.

- Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante). Está relacionado con la contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.

Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los siguientes criterios conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 211 para Postas de Salud Rural, aprobada por la Decreto Exento N° 28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud:

- a) Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas.
- b) Dispersión geográfica.
- c) Vulnerabilidad social de la población.
- d) Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR.

Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.

2. Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.

- Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros. Según las condiciones locales, a las PSR de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.

Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.

- Reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros. De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos.

Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrógenos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las PSR.

3. Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.

- 3.1. Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario. Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud.



Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos locales, en concordancia con la pertinencia cultural, el enfoque territorial y el de participación comunitaria, priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas mayores.
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud.
- c) Participación comunitaria.
- d) Acciones de salud indígena.
- e) Acciones de promoción en Salud mental.
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente.

- 3.2. Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales. La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.

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, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$56.757.073.- (Cincuenta y seis millones setecientos cincuenta y siete mil setenta y tres pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

COMUNA	Componente 1	Componente 2	Componente 3	MONTO TOTAL (\$)
OVALLE	\$44.279.073	\$9.478.000	\$3.000.000	\$56.757.073

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:

- 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.

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:

Indicadores evaluados corte 31 de julio 2026:



	ESTRATEGIA	NOMBRE INDICADOR	FORMULA (Numerador/Denominador)	MEDIO VERIFICACION	Reliquidación	
1	Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en PSR de la comuna.	Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso / Nº de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100	REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B. + REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)	NO	
		Valor esperado: mayor o igual a 100				
		Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / Nº de Familias Inscritas * 100	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. Nº de familias con plan de intervención. Nº de familias sin plan de intervención.	SI	
Valor esperado: 30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (Informado en agosto)						
60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre						
Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	Nº de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo,	SI			



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/VMXYAG-815>

				N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. Nº de familias con plan de intervención. Nº de familias sin plan de intervención.		
		Valor esperado: 10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto).				
		20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.				
2	Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, equipamiento clínico y de apoyo de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.	Porcentaje de ejecución de recursos (Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos).	Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100	Listado comprometido Orden de compra		NO
		Valor esperado: Según línea de base y listado comprometido				
3	Cumplimiento del Objetivo Específico Nº 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas, que contribuyan al desarrollo local de los territorios rurales.	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte	Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.		NO
		Valor esperado: A lo menos 60% a agosto				
		Realización Jornada de Salud Rural	Dicotómico se realiza Jornada de Salud (SI/NO)	Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad. Lista de asistencia Fotografías Rendiciones		NO
		Valor Esperado: 100% a diciembre				

La segunda cuota del restante del total de recursos estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de la meta de los indicadores que indican la reliquidación del convenio, estos deberán ser informados oportunamente en forma consolidada por el servicio de salud, al ministerio de salud a través de la subsecretaría de redes asistenciales.

La tabla para aplicar la definición de los porcentajes de cumplimiento es la siguiente:

Resultado de la evaluación : Porcentaje de cumplimiento de Metas	Porcentaje de descuento de recursos 2º cuota
Cumplimiento mayor o igual al 30%	0%
Cumplimiento menor al 30%	Entrega de recursos proporcional al cumplimiento

SÉPTIMA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución Nº 30 del 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.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley Nº 19.799.

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

<https://doc.digital.gob.cl/validador/VMXYAG-815>

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. Las metas y recursos de la prórroga estarán sujetos a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud, conforme lo prescrito en la glosa 02 de la partida 16, capítulo 02, programa 02, "Programa de Atención Primaria", de la ley N° 21.796.

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.



D. HECTOR VEGA CAMPUSANO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE OVALLE



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

CAC/MOC/PGG/RAM/UHP/FPF/afc.



ANEXO 1: INFORMACIÓN DE CONTRATACIONES DE PERSONAL

PROFESIÓN	CALIDAD CONTRACTUAL	HORAS
TENS	PLAZO FIJO	44
TENS	PLAZO FIJO	44
TENS	PLAZO FIJO	44
ASISTENTE SOCIAL	PLAZO FIJO	44

