

## 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 **Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS)**.
2. Que por resolución Exenta N°68, de 13 de enero de 2026 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio programa Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) 2026.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2025 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 256 del 26 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 25 de marzo de 2026, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de Ovalle suscribieron un convenio programa Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) 2026.
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° 68/2026 del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUEBESE** el Convenio de fecha 25-03-2026 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 Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) 2026.

#### CONVENIO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS) 2026 OVALLE

En La Serena a.....25-03-2026..... 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/VZVNBD-960>

**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 **Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS)** con el objetivo de consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 del 15 de enero de 2026, y modificada, por la Resolución Exenta N° 265 del 02 de marzo de 2026, ambas 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° 256 del 26 de febrero de 2026.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS):**

#### Objetivos específicos

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
2. Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
3. Implementar el cuidado integral centrado en la persona según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

#### Componentes

**Componente 1:** Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

- 1.1 Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- 1.2 Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en cada establecimiento de salud, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos evaluados a través del "instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria", la cual deberá realizarse cada 3 años; no obstante, la auto aplicación de este instrumento deberá realizarse en la plataforma web anualmente.
- 1.3 Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

**Componente 2:** Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

- 2.1 Planes de Mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud, subidos a la plataforma web del programa.
- 2.2 Evaluación de los avances planificados en plataforma.

**Componente 3:** Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles.

- 3.1 Implementar el cuidado integral centrado en las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles.
- 3.2 Población estratificada según riesgo.
- 3.3 Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.
- 3.4 Equipo de salud con actualización de conocimientos.
- 3.5 Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.

**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 **\$75.945.217.- (Setenta y cinco millones novecientos cuarenta y cinco mil doscientos diecisiete 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	Actividades Componente 1 y 2	Actividades Componente 3	MONTO TOTAL (\$)
OVALLE	\$29.776.621.-	\$46.168.596	<b>\$75.945.217.-</b>

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.



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/VZVNBD-960>

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.

**SIXTA:** 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 agosto 2026:**

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
1. Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo, dictado por el MINSAL	<b>Numerador:</b> Nº de centros de salud autoevaluados conforme instrumento definido  <b>Denominador:</b> Nº total de Centros de Salud.	100% de los centros de salud con autoevaluación vigente	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita anualmente  <b>20%</b>
	Comunas con resolución dictada en Abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de Convenios	<b>15%</b>
2. Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador:</b> Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador:</b> Nº actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	<b>25%</b>
3. Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones de crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles	Agendamiento según nivel de estratificación	<b>Numerador:</b> Nº de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación  <b>Denominador:</b> Nº total de establecimientos comprometidos	100% de establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	<b>20%</b>
	Ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado consensuado	<b>Numerador:</b> Nº de ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado consensuado  <b>Denominador:</b> Nº total de ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral	REM A05	<b>20%</b>



**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 rectificada, 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 re liquidará 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.



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/VZVNBD-960>



**TRABAJANDO  
PARA USTED**

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

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

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

**Firmas Ilegibles**

\_\_\_\_\_  
**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](mailto: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/VZVNBD-960>



## CONVENIO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS) 2026 OVALLE

25 MAR 2026

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **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 **Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS)** con el objetivo de consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 del 15 de enero de 2026, y modificada, por la Resolución Exenta N° 265 del 02 de marzo de 2026, ambas 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° 256 del 26 de febrero de 2026.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS)**:

### Objetivos específicos

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
2. Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
3. Implementar el cuidado integral centrado en la persona según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

### Componentes

**Componente 1:** Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

- 1.1 Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- 1.2 Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en cada establecimiento de salud, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos evaluados a través del "Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria", la cual deberá realizarse cada 3 años; no obstante, la auto aplicación de este instrumento deberá realizarse en la plataforma web anualmente.



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/VZVNBD-960>

1.3 Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

**Componente 2:** Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

2.1 Planes de Mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud, subidos a la plataforma web del programa.

2.2 Evaluación de los avances planificados en plataforma.

**Componente 3:** Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles.

3.1 Implementar el cuidado integral centrado en las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles.

3.2 Población estratificada según riesgo.

3.3 Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.

3.4 Equipo de salud con actualización de conocimientos.

3.5 Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.

**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 **\$75.945.217.- (Setenta y cinco millones novecientos cuarenta y cinco mil doscientos diecisiete 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	Actividades Componente 1 y 2	Actividades Componente 3	MONTO TOTAL (\$)
OVALLE	\$29.776.621.-	\$46.168.596	<b>\$75.945.217.-</b>

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.



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/VZVNBD-960>

**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 agosto 2026:**

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
1. Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo, dictado por el MINSAL	<b>Numerador:</b> Nº de centros de salud autoevaluados conforme instrumento definido  <b>Denominador:</b> Nº total de Centros de Salud.	100% de los centros de salud con autoevaluación vigente	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita anualmente  <b>20%</b>
	Comunas con resolución dictada en Abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de Convenios	<b>15%</b>
2. Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador:</b> Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador:</b> Nº actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	<b>25%</b>
3. Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones de crónicas según su estrato de riesgo en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles	Agendamiento según nivel de estratificación	<b>Numerador:</b> Nº de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación  <b>Denominador:</b> Nº total de establecimientos comprometidos	100% de establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	<b>20%</b>
	Ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado consensuado	<b>Numerador:</b> Nº de ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado consensuado  <b>Denominador:</b> Nº total de ingresos a cuidados integrales centrados en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral	REM A05	<b>20%</b>



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/VZVNBD-960>

**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 re liquidará 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.



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/VZVNB-960>

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.

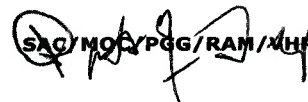
La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá 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:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

  
  
D. ERNESTO VEGA CAMPUSANO  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE OVALLE

  
  
D. ERNESTO JORQUERA FLORES  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

  
SAG/MOC/PPG/RAM/4HP



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/VZVNBD-960>

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

<b>PROFESIÓN</b>	<b>CALIDAD CONTRACTUAL</b>	<b>HORAS</b>
Nutricionista	Plazo fijo	22 hrs
Nutricionista	Plazo fijo	44 hrs
TENS	Honorarios	44 hrs
Q farmacéutico	Honorarios	11 hrs
Trabajadora Social	Honorarios	22 hrs



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/VZVNBD-960>



# Certificado de inscripción

## Registro de personas jurídicas receptoras de fondos públicos

El presente certificado acredita que la institución MUNICIPALIDAD DE OVALLE, RUT 69.040.700-0, 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

<b>Nombre del representante legal</b>	HECTOR ALBERTO VEGA CAMPUSANO
<b>RUT del representante legal</b>	16.578.974-1
<b>Nombre de la institución</b>	MUNICIPALIDAD DE OVALLE
<b>RUT de la institución</b>	69.040.700-0
<b>Fecha de emisión del certificado</b>	27/03/2026

