



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPTO. ASESORÍA JURIDICA
DEPTO. FINANZAS
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
DR.LLC/Dr. JBS / LMB/ JUR/ JAC/ MPW/ YZN

CONVENIO DE EJECUCIÓN
"PROGRAMA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS, 2015"
ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA

En Iquique a 02 de enero de 2015, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Director T y P Dr. Luis López Cabrera, chileno, Cedula Nacional de Identidad N° 9.202.553-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA**, persona jurídica de derecho público, RUT: 69.251.100-k, representada por su Alcalde Don **SIXTO GARCIA CACERES**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 8.229.314-0, ambos domiciliados en calle Arturo Prat s/n de Camiña, en adelante la "**MUNICIPALIDAD**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 118 del 2007, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma en que se materializa al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria de Salud como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el "**PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS**" en adelante el "**PROGRAMA**".

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1153 de 19 de noviembre de 2014, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la "**MUNICIPALIDAD**" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para lo fines del presente convenio, la "**MUNICIPALIDAD**" administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: Consultorio General Rural de Camiña y todas sus Postas.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la "**MUNICIPALIDAD**" recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del "**PROGRAMA**".

1. Componente 1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II.
2. Componente 2: Detección precoz y oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.
3. Componente 3: Detección precoz y oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la "**MUNICIPALIDAD**", desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de \$ **1.793.397 (un millón setecientos noventa y tres mil trescientos noventa y siete pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, financiamiento que será proporcionado por el Ministerio de Salud.

QUINTA: La "**MUNICIPALIDAD**" mandata al "**SERVICIO**", para que utilice la suma total y única de \$ **1.793.397 (un millón setecientos noventa y tres mil trescientos noventa y siete pesos)**, consistente en fondos que el Ministerio de Salud envía a las Municipalidades. El "**SERVICIO**" en virtud del presente mandato empleará dicha suma de dinero que llega al "**MUNICIPIO**" a través del "**SERVICIO**", para el cumplimiento de los componentes detallados en cláusula tercera.

SEXTA: La "**MUNICIPALIDAD**" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "**PROGRAMA**", para las personas válidamente inscritas en la comuna.

- En el caso que el cumplimiento sea menor al 30%, la "MUNICIPALIDAD", deberá enviar un plan de trabajo pertinente que asegure el cumplimiento de los indicadores, el que será evaluado por el "SERVICIO" para su correspondiente aprobación o rechazo.
- La **tercera evaluación** y final, se efectuará con fecha 15 de enero de 2016, siendo el corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

La **evaluación del cumplimiento** se realizará en forma global para el "PROGRAMA", por tanto, todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda, según el siguiente detalle:

Componente	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Meta cumplimiento	Ponderación
Componente Nº 1 Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ I y II	Cumplimiento de la actividad programada en mamografía	Nº de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades en el programa	Nº Total de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades en el programa *100	100 %	50 %
	Cumplimiento de la actividad programada en ecotomografía mamaria	Nº de ecotomografía mamaria realizadas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades en el programa	Nº Total de ecotomografía mamaria comprometidas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades en el programa *100	100 %	50 %
Componente Nº 2 Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.	Cumplimiento de la actividad programada en radiografía de caderas	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografía y/o ecotomografía de cadera realizada	Nº Total de niños y niñas de 3 meses con radiografía de cadera realizada el programa *100	100 %	50 %
Componente Nº 3 Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Cumplimiento de la actividad programada en ecotomografía abdominal	Nº de ecotomografía abdominal realizadas en el programa, a personas de 35 y más años .	Nº Total de ecotomografía abdominal comprometidas a personas de 35 y más años * 100	100 %	50 %

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:
CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1**

MAMOGRAFÍA REALIZADA A MUJERES DE 50 a 54 AÑOS Y 55 A 59 AÑOS Y OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO				
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Demanda de mamografía resuelta por el Programa	Nº de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa	SIGGES: 04-01-010 REM: BM 18, Sección: K Celdas: F89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: F183	(Nº de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa) *100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: F88 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: F182
	Nº de mamografías realizadas a mujeres de 55 a 59 años en el programa	SIGGES: 04-01-010 REM: BM 18, Sección: K Celdas: G89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: G183	(Nº de mamografías Solicitadas a mujeres de 55 a 59 años en el programa) *100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: G88 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: G182
	(Nº de mamografías realizadas a mujeres de otras edades , en el programa)	SIGGES: 04-01-010, REM: BM 18, Sección: K Celdas: D89+E89+H89+I89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D184+E184+H184+I184	(Nº de mamografías solicitadas a mujeres de otras edades en el programa)	REM: BM 18, Sección: K Celdas: D88+E88+H88+I88 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D183+E183+H183+I183

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas:

COMPONENTE	OBJETIVOS ESPECIFICOS	Nº	ACTIVIDAD	META (Nº DE EXAMENES)
Componente Nº 1 Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ I y II	Otorgar prestaciones de detección precoz, apoyo diagnóstico con mamografía y ecotomografía mamaria que permitan en grupos poblacionales de riesgo apoyar la pesquisa de cánceres en etapas In Situ I y II en forma oportuna disminuyendo la Mortalidad por cáncer de mama.	1.1	Realización de Mamografía a mujeres de 50 a 54 años (1)	10
			Realización de Mamografía a mujeres de 55 a 59 años (1)	14
			Realización de Mamografía a mujeres de otras edades con factores de riesgo.(1)	15
		1.2	Realización de Proyección complementaria en el mismo examen.(2)	Línea base
		1.3	Realización de ecotomografía mamaria a mujeres de 50 a 59 años y a pacientes de otros grupos etarios con factores de riesgo.	8
Componente Nº 2 Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.	Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de radiografía de caderas que permitan detectar en forma oportuna en los niños y niñas de 3 meses de edad la displasia del desarrollo de caderas	1.1	Realización de radiografía y/o ecotomografía de Pelvis en niños y niñas de 3 meses.(3)	10
Componente Nº 3 Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con ecotomografía abdominal que permita detectar en grupos de riesgo y derivar en forma oportuna patología biliar y eventual cáncer de vesícula	1.1	Realización de Ecotomografía abdominal a pacientes de 35 y más años. (4)	25
Monto Total Programa (\$) 1.793.397				

Dichas actividades se ejecutarán en los establecimientos dependientes de la "MUNICIPALIDAD", individualizados en la cláusula segunda.

SEPTIMA: El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se realizará tres veces en el año según el siguiente detalle:

- Para cada corte se deberá remitir al "SERVICIO" a través de correo electrónico yazmin.zagal@redsalud.gov.cl, Planilla de Registro Rutificado de Prestaciones (Anexo Nº 3 de este Convenio).
- La **primera evaluación**, se efectuará con fecha 15 de mayo, siendo el corte el día 30 de abril. Esta evaluación debe incluir un **Informe de Implementación del "PROGRAMA"** el cual debe ser enviado al "SERVICIO".
- La **segunda evaluación**, se efectuará con fecha 15 de septiembre, siendo el corte el día 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la transferencia de la segunda cuota en el mes de octubre si es que su cumplimiento es inferior al 60 % de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 40%
60,00 %	0 %
Entre 59,99 % y 50,00 %	25 %
Entre 49,99 % y 40,00 %	50 %
Entre 30 y 39,99%	75 %
Menos del 30,00 %	100 %

2. % de Cumplimiento de la actividad programada	Nº de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa	SIGGES: 04-01-010 REM: BM 18, Sección: K Celdas: F89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: F183	(Nº de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 54 años en el programa) *100	Registro del programa
	Nº de mamografías realizadas a mujeres de 55 a 59 años en el programa	SIGGES: 04-01-010 REM: BM 18, Sección: K Celdas: G89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: G183	(Nº de mamografías comprometidas a mujeres de 55 a 59 años en el programa) *100	Registro del programa
	(Nº de mamografías realizadas a mujeres de otras edades en el programa)	SIGGES: 04-01-010, REM: BM 18, Sección: K Celdas: D89+E89+H89+I89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D184+E184+H184+I184	(Nº de mamografías comprometidas a mujeres de otras edades en el programa)	Registro del programa
3. % de Mujeres con mamografías informadas como BIRADS 0, 1 o 2, 4, 5 o 6 en el programa.	Nº de mujeres con informe de mamografía como BIRADS 0 en el programa.	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 90 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: C 184	(Nº Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: 183
	Nº de mujeres con informe de mamografía como BIRADS 1 o 2 en el programa.	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 91 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: C 185	(Nº Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: 183
	Nº de mujeres con informe de mamografía como BIRADS 3 en el programa.	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 92 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: C 186	(Nº Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: 183
	Nº de mujeres con informe de mamografía como BIRADS 4, 5 o 6 en el programa.	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 93 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: C 187	(Nº Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 89 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: 183
4. % de mujeres con BIRADS 0, con mamografía y proyección complementaria en el mismo examen	Nº de mujeres con informe de mamografía como BIRADS 0, con Proyección complementaria.	Registro Local	(Nº Total de mujeres con mamografías informadas como BIRADS 0 en el Programa) * 100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: C 90 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: C 184
5. % Cobertura de mujeres, con mamografía vigente ⁽¹⁾ , de 50 - 54 años 55 - 59 años otras edades	Nº de mujeres, con mamografía vigente, de: 50 - 54 años 55 - 59 años otras edades	REM: P 12 Sección: C Celdas: 50 - 54 años: B44 55 - 59 años: B45 Otras edades: B42, B43, B46, B47, B48, B49, B50	(Nº total de mujeres inscritas o beneficiarias validadas por FONASA de: 50 - 54 años 55 - 59 años otras edades) *100	Registro Población Inscrita Validada o beneficiaria para el año en curso

ECOTOMOGRAFÍA MAMARIA BILATERAL COMPLEMENTARIA				
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Demanda de ecotomografía mamaria resuelta por el Programa	Nº de ecotomografía mamaria realizadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa	SIGGES: 04-04-012, REM: BM 18, Sección: K Celdas: F96 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: F190	(Nº de ecotomografía mamaria solicitadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa) *100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: F95 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: F189
	Nº de ecotomografía mamaria realizadas a mujeres de 55 a 59 años en el programa	SIGGES: 04-04-012, REM: BM 18, Sección: K Celdas: G96 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: G190	(Nº de ecotomografía mamaria solicitadas a mujeres de 55 a 59 años en el programa) *100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: G95 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: G189
	Nº de ecotomografía mamaria realizadas a mujeres de otras edades en el programa	SIGGES: 04-04-012, REM: BM 18, Sección: K Celdas: D96+E96+H96+I96 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D190+E190+H190+I190	(Nº de ecotomografía mamaria solicitadas a mujeres de otras edades años en el programa) *100	REM: BM 18, Sección: K Celdas: D95+E95+H95+I95 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D189+E189+H189+I189
2. % de Cumplimiento de la Actividad Programada	Nº de ecotomografía mamaria realizadas a mujeres de otras edades + 50 a 54 + 55 a 59 en el programa	SIGGES: 04-04-012, REM: BM 18, Sección: K Celdas: D96+E96+F96+G96+H96+I96 REM: BS 17, Sección: P1 Celdas: D190+E190+F190+G190+H190+I190	(Nº total de ecotomografía mamaria comprometidas en el programa)	Registro del programa

CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2

RADIOGRAFÍA Y/O ECOTOMOGRAFÍA DE CADERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 MESES				
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Detección de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografía y/o ecotomografía de cadera realizada, con diagnóstico de displasia.	SIGGES: Registrar orden de atención y prestación con código 04-01-052 REGISTRO LOCAL	(Nº total de radiografía y/o ecotomografía de cadera realizada en el programa)	REM: BM 18 A Sección: E Celdas: C 608
2. Cobertura de radiografía de cadera realizada a niños y niñas de 3 meses.	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografía y/o ecotomografía de cadera realizada	REM: BM 18 A Sección: E Celdas: C 608	(Población de 3 meses inscrita validada por FONASA) * 100	Registro Población Inscrita Validada o beneficiaria para el año en curso
3. Cumplimiento de la Actividad Programada.	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografía y/o ecotomografía de cadera realizada	REM: BM 18 A Sección: E Celdas: C 608	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografía y/o ecotomografía de cadera comprometidas)	Registro del programa

CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD DEL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3

ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL				
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Demanda de ecotomografía resuelta por el Programa	Nº de ecotomografía abdominal realizadas en el programa, a personas de 35 y más años.	SIGGES: Registrar prestación con código: 04-04-003 , REM: BM 18 , Sección: K Celdas: E99+F99+G99+H99+I99 REM: BS 17 , Sección: P1 Celdas: E193+F193+G193+H193	(Nº total de ecotomografía abdominal solicitadas a personas de 35 y más años) * 100	REM: BM 18 , Sección: K Celdas: E98+F98+G98+H98+I98 REM: BS 17 , Sección: P1 Celdas: E192+F192+G192+H192
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida.	Nº de ecotomografía abdominal realizadas en el programa, a personas de 35 y más años.	SIGGES: Registrar prestación con código: 04-04-003 , REM: BM 18 , Sección: K Celdas: E99+F99+G99+H99+I99 REM: BS 17 , Sección: P1 Celdas: E193+F193+G193+H193	(Nº total de ecotomografía abdominal comprometidas a personas de 35 y más años) * 100	Registro del programa
3. Ecotomografía abdominal con resultado de litiasis biliar.	Nº de ecotomografía abdominal realizadas en el programa, a personas de 35 y más años , con resultado de litiasis biliar.	REM: BM 18 , Sección: K Celdas: E100+F100+G100+H100+I100 REM: BS 17 , Sección: P1 Celdas: E194+F194+G194+H194	(Nº de ecotomografía abdominal realizadas en el programa, a personas de 35 y más años) * 100	REM: BM 18 , Sección: K Celdas: E99+F99+G99+H99+I99 REM: BS 17 , Sección: P1 Celdas: E193+F193+G193+H193

Los datos considerados en ambas evaluaciones del "PROGRAMA" serán recolectados por el Departamento TIC e Información en Salud mediante el sistema de "Registros Estadísticos Mensuales" (REM), RAYEN, SIGGES y visitas inspectivas por parte de referentes técnicos del "SERVICIO", cuando correspondiere. Por lo anterior, la "MUNICIPALIDAD" deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información ingresada al REM y/o SIGGES y/o RAYEN según corresponda.

Deberá existir consistencia entre los diferentes medios de verificación, requisito fundamental para el cumplimiento del "PROGRAMA", de presentar incongruencia entre los registros se procederá a realizar un descuento del 10% en la transferencia de la segunda cuota.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del "PROGRAMA", según los plazos establecidos se considerarán con cumplimiento mínimo.

El "SERVICIO" evaluará el cumplimiento de las actividades del "PROGRAMA" y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Podrá realizar, asimismo, la fiscalización de recursos, mediante, visitas inspectivas, recepción de informes, y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría aceptados a través del Departamento respectivo.

OCTAVA: Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA", se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:


- La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y en la medida que el Ministerio de salud haya transferido los recursos al "SERVICIO".
- La segunda cuota, corresponderá al 40% restante del total de recursos y se transferirá en el mes de octubre. Según resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior.

NOVENA: El "SERVICIO" 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 fondos destinados por el "SERVICIO" para los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA: El "SERVICIO", requerirá a la "MUNICIPALIDAD" el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido el día hábil del mes siguiente al Departamento de Finanzas del "SERVICIO". Así mismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá preparar un informe financiero final en la siguiente fecha:

- Informe final: Fecha límite 30 de enero de 2016, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 15 de enero de 2016, y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario, se transcriben ambos anexos:

	ANEXO N° 1 INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA PROGRAMA: _____																		
SERVICIO DE SALUD: _____ COMUNA O ESTABLEC. : _____ PERIODO INFORMADO: _____																			
I.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD																			
A) INSTITUCIÓN OTORGANTE : MINISTERIO DE SALUD B) FINALIDAD DE LOS FONDOS : FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS: :																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">RESOLUCION N°</th> <th style="width: 33%;">FECHA</th> <th style="width: 33%;">MONTO (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		RESOLUCION N°	FECHA	MONTO (\$)															
RESOLUCION N°	FECHA	MONTO (\$)																	
II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO																			
A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO</th> <th style="width: 20%;">FECHA</th> <th style="width: 40%;">MONTO (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOTAL TRANSFERENCIAS</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)													TOTAL TRANSFERENCIAS		\$
NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)																	
TOTAL TRANSFERENCIAS		\$																	
B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR	\$ _____																		
C) TOTAL A RENDIR CUENTA (A + B)	\$ _____																		
III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA																			
RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO N° 2	\$ _____																		
IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE (II - III)																			
SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE	\$ _____																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>CARGO:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DEPENDENCIA:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>FIRMA Y TIMBRE:</td> <td> </td> </tr> </table>		NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:		CARGO:		DEPENDENCIA:		FIRMA Y TIMBRE:											
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:																			
CARGO:																			
DEPENDENCIA:																			
FIRMA Y TIMBRE:																			



**ANEXO Nº 2
RENDICION DE CUENTA**

PROGRAMA: _____

SERVICIO DE SALUD : _____
 COMUNA O ESTABLEC. : _____
 RESOLUCIÓN Y CONVENIO Nº : _____
 FECHA : _____
 PERIODO : _____

PRESTADORES

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./C ONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
Nº	Nº						
SUBTOTAL GASTOS (A)							\$

*Ingresar en orden cronológico, prestadores con cargo a la glosa.

**Luego ingresar en orden cronológico, prestadores cuyos servicios son pagados con cargo al Subtítulo 22 (bienes y servicios)

PROVEEDORES

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./C ONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
Nº	Nº						
SUBTOTAL GASTOS (B)							\$

*La información se ingresa en orden cronológico

TOTAL RENDICION CUENTA (A+B)	\$
-------------------------------------	----

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:	
CARGO:	
DEPENDENCIA:	
FIRMA Y TIMBRE:	

Ambos anexos deberán remitirse al Departamento de Finanzas del "SERVICIO", en las fechas definidas en el párrafo anterior.

UNDÉCIMA: La "MUNICIPALIDAD" deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución Nº 759 del 23 de diciembre de 2003, que rige las transferencias de recursos, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente"; y en su numeral 5.4: "los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la "MUNICIPALIDAD" la cual deberá remitir en un periodo máximo de 15 días, al "SERVICIO", copia del comprobante de ingreso municipal mediante el cual la "MUNICIPALIDAD", recepcionó la transferencia de fondos, materia de este convenio.

ANEXO Nº 1
INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA

Además, deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

El Departamento de Auditoría y/o la Subdirección Administrativa del "SERVICIO", validará en terreno las rendiciones financieras para lo cual, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a tener documentación original que respalde su gasto en función del "PROGRAMA".

DUODÉCIMA: Será responsabilidad de la "MUNICIPALIDAD", velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al "SERVICIO", en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría y/o Subdirección Administrativa del "SERVICIO".

Por su parte, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a proporcionar al "SERVICIO" todas las facilidades, informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos.

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 30 de enero de 2016, fecha límite para la entrega del informe final.

Sin perjuicio de lo anterior y considerando la necesidad de asegurar de la continuidad de la atención y prestaciones de salud, las partes dejan constancia que por tratarse de un "PROGRAMA" ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero de 2015, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se detalla en la Ley de Bases Nº 19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la "MUNICIPALIDAD", en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMO CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD" deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA" objeto de este instrumento.

DÉCIMO QUINTA: Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en RAYEN, SIGGES, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

DÉCIMO SEXTA: Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

DÉCIMO SEPTIMA: El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al ítem Nº 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique".

DÉCIMO OCTAVA: La personería del señor Luis López Cabrera para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud Nº 142 del 9 de septiembre de 2014. La representación de Don Sixto García Cáceres para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Camiña, emana del Acto de proclamación del 04 de diciembre de 2012.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

DÉCIMO NOVENA: El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO" y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud



SIXTO GARCÍA CÁCERES
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD CAMIÑA



DR. LUIS LOPEZ CABRERA
DIRECTOR (TYP)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE