



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA  
DEPTO. FINANZAS  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA  
DR. LLC/DR. JBS/ LMB/ JUR/ JAC/ MVZ/ AML

#### CONVENIO DE EJECUCIÓN

### "PROGRAMA DE APOYO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)" 2015 ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA

En Iquique a 29 de Diciembre de 2014, 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 Iquique, representado por su Director (TyP) **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, Cedula 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 Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC); en adelante el "**PROGRAMA**".

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1154 de 19 de Noviembre del 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.

**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: Acceso a Radiografía de Tórax ante sospecha clínica de neumonía.**

*Estrategias:*

- a) Implementación comunal o compra de servicio para acceso a radiografía de tórax privilegiando centros dentro de la misma comuna o Servicio de Salud.

2) **Componente 2: Apoyar el financiamiento de capacitación a los profesionales de las salas IRA y ERA, en espirometría (profesional programa ERA que realiza el examen) e interpretación de Radiografía de Tórax (médicos APS).**

*Estrategias:*

- a) Servicio de Salud gestiona capacitación en espirometría (profesional programa ERA que realiza el examen) o radiografía de tórax (médicos APS) para profesionales que se desempeñen en los programas IRA – ERA.

**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 \$ 600.000 (Seiscientos mil 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 \$ 600.000 (Seiscientos mil 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 a la "MUNICIPALIDAD" 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.

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

NOMBRE COMPONENTE	OBJETIVO	PRODUCTOS	META Nº	MONTO (\$)
Componente Nº 1	Reducir la proporción de pacientes que se derivan a atención secundaria por sospecha de NAC	100% de las radiografías comprometidas por convenio	30	600.000
Componente Nº 2	Apoyar el financiamiento de capacitación a los profesionales de las salas IRA y ERA, en espirometría (profesional programa ERA que realiza el examen) e interpretación de Radiografía de Tórax (médicos APS).	Disminuir la brecha de profesionales de los programas IRA – ERA en espirometría e interpretación de Rx de Tórax.		
Total Programa (\$)				600.000

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

- La primera evaluación, se efectuará con fecha 10 de septiembre 2015, siendo el corte al 31 de agosto de 2015. 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 30%
60,00% y más	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
Sin envío de informe en la fecha indicada por el "PROGRAMA"	100%

- En el caso que el cumplimiento sea menor al 40%, 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 segunda evaluación y final, se efectuará con fecha 10 de enero de 2016, siendo el corte al 31 de diciembre del año 2015, 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:

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

NOMBRE DEL INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Cobertura Rx de tórax en paciente con sospecha clínica de NAC	REM BM 18ª Celda F 421	100%
Nº de profesionales Salas IRA ERA capacitados por SSI	Informe de Nº de Profesionales capacitados por la comuna y establecimientos dependientes del Servicio.	Disminuir brecha de capacitación

La Planilla Rutificada de Pacientes 2015 utilizada como medio de verificación administrativo de los indicadores, así como su instructivo, forman parte del Anexo Nº 1 de este Convenio. Esta debe ser enviada al "SERVICIO" (Referente Técnico

Ana Mujica López: ana.mujica@redsalud.gov.cl), según las siguientes fechas establecida y estar disponible en las supervisiones en terreno del "PROGRAMA":

- Todos los días 10 de los meses de Enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre.

REGISTRO DE RADIOGRAFIAS DE TORAX / PROGRAMA IRA / ERA (Ver instructivo en hoja 2)											
SERVICIO DE SALUD	FECHA (MES DEL INFORME)	NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, Nombre)	RUT DEL PACIENTE	EDAD PACIENTE		NOMBRE MEDICO SOLICITANTE (Apellido, Nombre)	DIAGNOSTICO MEDICO FINAL (Ver instructivo)	FECHA RADIOGRAFIA		Establecimiento que solicita (Sala IRA o ERA)	Institución que hizo la RX (Público o Privado)
				Años	Meses			SOLICITADA	REALIZADA		

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.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del "PROGRAMA", según los plazos establecidos se consideraran 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 auditoria aceptados a través del Departamento respectivo.

**OCTAVA:** Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA", se entregarán en dos cuotas, de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:


- 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 trasferido 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.

**DECIMO:** El "SERVICIO", requerirá a la "MUNICIPALIDAD" el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido 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 31 de diciembre de 2015, 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 que se adjuntan en los Anexo Nº 2 y Anexo Nº 3, 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 Nº 2**

**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: :

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

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 \$

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



ANEXO N° 3  
RENDICION DE CUENTA

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SALUD : \_\_\_\_\_  
COMUNA O ESTABLEC. : \_\_\_\_\_  
RESOLUCIÓN Y CONVENIO N° : \_\_\_\_\_  
FECHA : \_\_\_\_\_  
PERIODO : \_\_\_\_\_

PRESTADORES

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						
<b>SUBTOTAL GASTOS (A)</b>							\$

\*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./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						
<b>SUBTOTAL GASTOS (B)</b>							\$

\*La información se ingresa en orden cronológico

<b>TOTAL RENDICION CUENTA (A+B)</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.

**UNDÉCIMO:** La "MUNICIPALIDAD" deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 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.

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".

**DUODÉCIMO:** 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 31 Enero del 2016.

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 N°19.880 artículo 52.

**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 y Planilla Rutificada según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

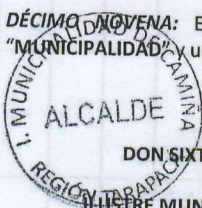
**DÉCIMO SEXTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SEPTIMA:** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al Ítem N° 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique".

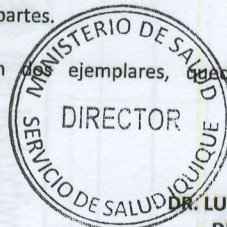
**DÉCIMO OCTAVA:** La personería del Sr. Luis López Cabrera para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 142 del 09 de Septiembre de 2014. La representación de Don Sixto García Cáceres para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Camiña, emana del Acto de Proclamación del 04 de diciembre de 2012 de la Ilustre Municipalidad de Camiña.

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

**DÉCIMO NOVENA:** El presente Convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD" y uno en poder del "SERVICIO".



DON SIXTO GARCIA CACERES  
ALCALDE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA



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