



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
 DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DR. LLC/LMB/JUR/JAC/JBS/MVZ/RQP/yka

**CONVENIO DE EJECUCIÓN
 “PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS 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 la ciudad de Iquique, representado por su Director (T y P) Dr. **LUIS LÓPEZ CABRERA**, chileno, Cédula 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 88.017.500-8, representada por su Alcalde Don **SIXTO GARCÍA CÁCERES**, chileno, Cedula Nacional de Identidad N° 8.229.314-0 ambos domiciliados en calle Arturo Prat S/N, 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° 59 del 2011, 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, de las prioridades programáticas, enamadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el “**Programa Sembrando Sonrisas**”, en adelante el “**PROGRAMA**”.

El referido “**PROGRAMA**” ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1156 de fecha 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.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del “**SERVICIO**”, conviene en asignar a la “**MUNICIPALIDAD**” recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del “**PROGRAMA**”, que tiene por objetivo general mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia beneficiaria legal del Sistema Público de Salud, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas:

1. Componente 1: Promoción y Prevención de la Salud Bucal en Población Parvularia:

- **Estrategia:** fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral a la población parvularia vulnerable que asiste a establecimientos educacionales.
- **Producto esperado:** realización de al menos una sesión educativa junto a la entrega anual de un set de higiene oral a niñas y niños de 2 a 5 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación parvulario. El set de higiene oral incluye una pasta de dientes con concentración de

flúor efectiva para la prevención de caries de este grupo etario y dos cepillos dentales de tamaño adecuado para la edad.

2. Componente 2: Diagnóstico de Salud Bucal en Población Parvularia.

- **Estrategia:** examen de salud bucal a la población parvularia vulnerable que asiste a establecimientos educacionales.
- **Producto esperado:** realización de un examen de salud bucal por año a niñas y niños de 2 a 4 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación parvularia, previa firma del consentimiento informado.

3. Componente 3: Prevención individual específica en Población Parvularia.

- **Estrategia:** atención odontológica preventiva específica a la población parvularia vulnerable que asiste a establecimientos educacionales.
- **Producto esperado:** dos aplicaciones de flúor barniz por año a niñas y niños de 2 a 4 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación parvularia.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el **“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 **\$ 501.980 (quinientos un mil novecientos ochenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

QUINTA: 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 corresponden 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, en cada uno de los establecimientos señalados en la cláusula precedente:

COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	CAMIÑA
			META
Componente 1:			
Promoción y prevención de la salud bucal en población parvularia	Fomentar el autocuidado en salud bucal y entregar un set de higiene oral para cada niño/a de 2 a 5 años (a)	Realización sesión educativa y entrega del set de higiene oral a niños/as de 2 a 5 años	110 sesiones educativas con entrega set de higiene oral
Componente 2:			
Diagnóstico de la salud bucal en población parvularia en contexto comunitario	Realizar examen de salud bucal a la población parvularia vulnerable	Realizar examen de salud bucal anual a niños/as de 2 a 4 años	95 exámenes de salud anual
Componente 3:			
Prevención individual específica en población parvularia	Brindar atención odontológica preventiva a población parvularia	Aplicación de 2 flúor barniz anual a niños de 2 a 4 años	95 niños con doble aplicación de flúor anual
TOTAL PROGRAMA			\$ 501.980

(a): Los set de higiene oral serán entregados por el **“SERVICIO”**.

SEXTA: 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 15 de septiembre, siendo el corte al 31 de agosto del año 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 50 % de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30%
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	25%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 25,00% y 29,99%	75%
Menos de 25%	100%

- La **segunda evaluación** y final, se efectuará con fecha 20 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 los prestaciones comprometidas.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

La evaluación del cumplimiento se realizará de acuerdo a los indicadores y pesos relativos:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO EN PROGRAMA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Promoción y prevención de la salud bucal en población parvularia	Fomentar el autocuidado en salud bucal y entregar un set de higiene oral para C/ niño/a de 2 a 5 años	Nº sets de higiene oral entregados	$(\text{N}^\circ \text{ de sets de higiene oral entregados a niños y niñas de 2 a 5 años en año actual} / \text{N}^\circ \text{ de sets de higiene oral comprometidos en niños de 2 a 5 años en año actual}) \times 100$	100%	20%	REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos
Diagnóstico de la salud bucal en población parvularia en contexto comunitario	Examen de salud bucal a la población de 2 a 5 parvularia años	Nº niños/as con examen de salud bucal	$(\text{N}^\circ \text{ de niños /as con examen de salud bucal realizados} / \text{N}^\circ \text{ de niños /as 2 a 5 años con examen de salud comprometidos año actual}) \times 100$	100%	40%	REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos
Prevención individual específica en población parvularia	2 Aplicaciones de flúor barniz al año a cada niño de 2 a 5 años	Aplicación de flúor barniz	$(\text{N}^\circ \text{ de aplicaciones de flúor barniz a niños /as de 2 a 4 años año actual} / \text{N}^\circ \text{ de niños /as de 2 a 5 años con examen de salud bucal comprometidos año actual} \times 2) \times 100$	100%	40%	REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos

Los datos considerados en las evaluaciones del **"PROGRAMA"** serán recolectados a través del Departamento TIC e Información en Salud, mediante el sistema de "Registros Estadísticos mensuales" (REM), Rayen, Nómina de registro Rutificada 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.

Además, se deberá remitir Nómina de Registro Rutificada (Anexo N° 1), los primeros cinco días de cada mes al correo del asesor odontológico del **"SERVICIO"**: Rodrigo.quivira@redsalud.gov.cl

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 auditoría aceptados a través del Departamento respectivo.

SEPTIMA: Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al **"PROGRAMA"**, teniendo presente la definición de objetivos, estrategias, metas e indicadores. Los recursos se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:


- La primera cuota, correspondiente al 70% 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 30% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre 2015. Según resultados obtenidos en la segunda evaluación definida en la cláusula anterior.
- O de acuerdo a transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y, dependiendo de que se haya realizado la correspondiente rendición de gasto por parte de la **"MUNICIPALIDAD"**.

OCTAVA: 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.

NOVENA: 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 a 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 Anexos N° 2 y Anexo N° 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 N° 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: _____ : _____																			
<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> </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 \$ _____																			

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°						
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./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°						
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.

DECIMA: 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 al Departamento de Salud, la "**MUNICIPALIDAD**" deberá remitir en un periodo máximo de 15 días, al "**SERVICIO**", copia del comprobante de ingreso municipal mediante el cual la "**MUNICIPALIDAD**", recibió 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.

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**".

UNDECIMA: 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 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 en su formato original.

DUODECIMA: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio 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 N°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 TERCERA: 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 CUARTA: Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN y/o SIGGES y/o Planilla distribución de programas odontológicos, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

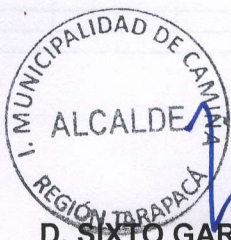
DÉCIMO QUINTA: Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

DÉCIMO SEXTA: El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al Ítem N° 24-03 298-002 Programa Reforzamiento Municipal del Presupuesto del **"SERVICIO"**.

DÉCIMO SÉPTIMA: La personería del Dr. Luis López Cabrera para representar al **"SERVICIO"**, 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 **"MUNICIPALIDAD"**, emana del Acto de proclamación del 04 de diciembre de 2012 de la I. Municipalidad de Camiña.

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

DÉCIMO OCTAVA: El presente Convenio se firma en 3 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



D. SIXTO GARCÍA CÁCERES
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA



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