



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
DIRECCION ATENCION PRIMARIA
Int. N°230 de fecha 17.02.2022

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTO:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N° 118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N° 07/2019 y 16/2020, de Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que a la suscrita otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N° 18.469, conjuntamente con el Decreto Supremo N° 140/2004 Y 26/2020, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

- 1.- La necesidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, de dar cumplimiento a los objetivos que ha implicado la Reforma del sector salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios.
- 2.- Que dentro de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, éste la impulsado el Programa de "**Detección Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas**", cuyo propósito es contribuir a la disminución de los factores de riesgos y consecuencias sociales y sanitarias derivadas del consumo de alcohol en Chile, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados.
- 3.- Que, el referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 992 del 19/12/19, y los recursos asignados en Resolución Exenta N°135 del 26/01/2022 ambas del Ministerio de Salud.
- 4.- Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de Quintero**, como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a financiar componentes del Programa de "**Detección Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas**".

- 5.- El Convenio suscrito con fecha 01 de enero del 2022, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quintero**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el Programa de “Detección Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas”

RESUELVO:

- 1.- **APRÚEBESE** el convenio celebrado con fecha 01 de enero de 2022, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quintero**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el Programa de “Detección Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas.”
- 2.- **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 07/2019 Y 16/2020, ambas de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar a 01 de Enero 2022 entre el **Servicio de Salud Viña del Mar Quillota**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Von Shröeders 392, representado por su Director **D. ALFREDO MOLINA NAVES**, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la **Ilustre Municipalidad de Quintero**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Normandía N° 1916, comuna Quintero, representada por su Alcalde **D. MAURICIO CARRASCO PARDO**, de ese mismo domicilio, 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° 132 de diciembre de 2010, 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 las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, que relevan a la Atención Primaria como área y pilar relevante de la salud pública, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el “Programa de Detección, Intervención y Referencia (DIR) Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas”. Su Propósito es Implementar acciones sanitarias de refuerzo a las prestaciones regulares de salud de los establecimientos de atención primaria que contribuyan a reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas de las personas, esto es, intervenciones de carácter preventivo, oportunas y eficaces dirigidas a las/os adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores.

Por otro lado, se hace hincapié en la atención a población indígena con miras a disminuir las brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la generación de estrategias de coordinación, y planes de salud con enfoque intercultural. Ello significa generar acciones en el ámbito de la mejoría de acceso, de la calidad, cobertura, y efectividad de atención de los pueblos indígenas.

El programa se orienta a resolver el consumo de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, entendido como un patrón de consumo que aumenta los riesgos y posibles daños, a corto y largo plazo, sobre la salud física, mental y social, en población de 10 años y más.

Para ello, el programa realiza un tamizaje (screening) de consumo de sustancias, en población de 10 años en adelante, inscrita en los Centros de Salud. Según los resultados del tamizaje se establecen patrones de consumo y se define el tipo de intervención a realizar.

En los consumos de bajo riesgo se realiza intervención mínima, en los consumos de riesgo se realiza intervención breve y en el posible consumo perjudicial o dependencia se realiza una derivación asistida, dentro del establecimiento de salud, refiriendo al consultante a una evaluación y confirmación diagnóstica

La Población objetivo es usuarios y usuarias desde los 10 años en adelante, inscrita y validada FONASA.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 992 del 19/12/19, y los recursos asignados en Resolución Exenta N°135 del 26/01/2022 ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, la suma anual y única de **\$6.457.335.- (Seis millones, cuatrocientos cincuenta y siete mil, trescientos treinta y cinco pesos)**, para realizar las siguientes acciones de salud:

Componente 1: Aplicación de tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol y/o otras drogas.

Objetivo Específico Número 1: Aplicar tamizaje para la detección de riesgos por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población de 10 años y más.

Los tamizajes a utilizar para evaluar el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población mayor de 10 años son los siguientes:

- CRAFFT para población entre 10 y 19 años.
- AUDIT (C) para población mayor de 20 años.
- AUDIT (Tamizaje completo) a población evaluada con patrón de consumo de riesgo, según tamizaje realizado con AUDIT-C.
- ASSIST para población mayor de 20 años.

Productos:

- Aplicación instrumento de tamizaje a la población desde los 10 años en adelante por los equipos de sector de los establecimientos de APS – tanto profesionales como técnicos capacitados en el modelo de intervención breve e intervención motivacional– en el marco de acciones regulares de salud, como EMP, control de salud integral del adolescente, espacios amigables, control de embarazo, control de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, etc. Los tamizajes se deben focalizar en las siguientes poblaciones:
 - Aplicación de instrumento de tamizajes a población de 10 a 19 años.
 - Aplicación de instrumento de tamizajes a población de 20 a 44 años.
 - Aplicación de instrumento de tamizajes a población de 45 años y más.

Componente 2: Intervenciones de carácter preventivo, Breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes, para reducir el consumo de alcohol, y otras drogas, conforme a resultados de evaluación de patrón de riesgo previo.

Objetivo Específico Número 2: Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en aquellas personas mayores de 10 años que obtuvieron como resultado en tamizaje previo, consumo de riesgo. Esto es intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.

Producto:

Intervenciones de carácter preventivo efectuadas para población evaluada con consumo de riesgo. Esto es intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.

Si bien el Programa define como producto (y evalúa) sólo la realización de intervenciones para reducir el consumo de riesgo en consultantes que hayan sido evaluados con consumo de riesgo en el tamizaje definido, el modelo técnico incluye la realización de “intervenciones mínimas”, consejo educativo y preventivo dirigido a consultantes con consumo de bajo riesgo.

Las intervenciones breves o motivacionales se espera que sean realizadas por el mismo profesional/técnico que aplicó el instrumento de tamizaje

Componente 3: Referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia).

Objetivo Específico Número 3: Referencia asistida de personas detectadas en tamizaje previo con consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, esto es: consumo perjudicial o dependencia. La referencia asistida se realiza a un nivel superior de resolución dentro del mismo establecimiento de salud, específicamente a programa de salud mental integral.

Producto:

Realizar una referencia asistida efectiva de las personas detectadas con consumo de alto riesgo de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas (consumo perjudicial o dependencia), por ello se espera que el mismo funcionario/a que aplicó tamizaje, informa los resultados de la evaluación al consultante, realiza una intervención breve o motivacional que lo estimule a buscar tratamiento adicional, animarlos y darles confianza con respecto a la eficacia del tratamiento, asimismo se debe asegurar que la persona cuente con una cita para la confirmación y evaluación diagnóstica.

Para la adecuada implementación de los objetivos del programa se deben resguardar las acciones y recursos necesarios para la ejecución y planificación de jornadas de actualización y capacitación del equipo de salud APS (profesionales y técnicos). **Asimismo, se debe asegurar la continuidad del cuidado por parte de la oferta programática existente en la APS y en la red asistencial sectorial e intersectorial, Intervención Terapéutica en Alcohol y Drogas, GES Alcohol y Drogas para menores de 20 años, Programas de Tratamiento en convenios SENDA, principalmente)**

Resumen Metas:

| COMUNA | POB.10 AÑOS | META INSTRUMENTOS | META CONVENIO INTERVENCIONES BREVES - 2022 | META CONVENIO REFERENCIA ASISTIDA - 2022 |
|--------|-------------|-------------------|--|--|
|--------|-------------|-------------------|--|--|

| | Y MAS | DE TAMIZAJE 2022 (8%) | Poblacion Estimada 10% de Pob. Con instrumento de tamizaje aplicado | META COMPROMETIDA DEL 90% | Poblacion Estimada 5% de Pob. Con instrumento de tamizaje aplicado | META COMPROMETIDA DEL 80% |
|----------|----------|-----------------------|---|---------------------------|--|---------------------------|
| QUINTERO | 9632 | 771 | 77 | 69 | 39 | 31 |
| | 10-19 | 1485 - 119 | 13 | 12 | 6 | 5 |
| | 20-44 | 4059 - 325 | 32 | 29 | 16 | 13 |
| | 45 y más | 4088 -327 | 33 | 29 | 16 | 13 |

CUARTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos en la cláusula precedente, a través de la siguiente tabla resumen:

| Cumplimiento del componente N°1 | | | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------|------------------------|----------------------|--|
| OBJETIVO | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | META GLOBAL DEL INDICADOR | PONDERACIÓN ESPECIFICA | IMPORTANCIA RELATIVA | FUENTES |
| Aplicar tamizajes para evaluar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, a adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores | Porcentaje de personas evaluadas con instrumento de tamizaje por uso de sustancias | Número de personas de 10 a 19 años, con instrumentos de tamizaje aplicados | Población de 10 a 19 años, inscrita y validada FONASA | 8% | 35% | 30% | REM/Población inscrita y validada FONASA |
| | | Número de personas de 20 a 44 años, con instrumentos de tamizaje aplicados | Población de 20 a 44 años, inscrita y validada FONASA | 8% | 35% | | |
| | | Número de personas de 45 años en adelante, con instrumentos de tamizaje aplicados | Población de 45 años y más, inscrita y validada FONASA | 8% | 30% | | |
| Cumplimiento del componente N°2 | | | | | | | |
| Realizar intervenciones breves en adultos e intervención motivacionales en adolescentes a personas con consumo de riesgo | Porcentaje de personas que reciben intervención breve para reducir consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas | Número de Intervenciones breves o motivacionales realizadas a personas con consumo de riesgo (Consumo riesgoso o riesgo intermedio) | Personas con consumo de riesgo de alcohol, tabaco y/u otras drogas (consumo riesgoso o riesgo intermedio), evaluadas con instrumentos de tamizaje | 90% | No aplica | 40% | REM |
| Cumplimiento del componente N°3 | | | | | | | |
| Realizar referencia asistida a personas con consumo de alto riesgo (perjudicial o dependencia) de alcohol, tabaco y/u otras drogas | Porcentaje de personas con consumo de alto riesgo (perjudicial o dependencia) de alcohol, tabaco y/u otras drogas, con referencia asistida | Número de Referencias asistidas realizadas a personas con resultado de consumo de alto riesgo | Personas con consumo de alto riesgo (perjudicial o dependencia), por consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas, evaluadas con instrumentos de tamizaje | 80% | No aplica | 30% | REM |

QUINTA: 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.

Primera Evaluación: Mes de Abril

Se efectuará con corte al 30 de Abril. Las comunas y establecimientos enviarán la información al Servicio quien consolidará y enviará a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Contratación de recursos humanos para el desarrollo del programa.
2. Planificación de capacitación a los equipos de APS.
3. Planificación de reproducción de material asociado al programa.
4. Plan de acción o Mejora para la focalización en usuarios con consumo de riesgo (priorización en sectores y territorios detectados en plan de salud comunal u otras instancias locales, operativos en establecimientos laborales, educacionales, organizaciones comunitarias, catastro de población indígena, población SENAME, etc.)
5. Participación en instancias de coordinación con Comisión Mixta Salud Educación local como estrategia de trabajo con población adolescente y de los convenios EEAA y Joven Sano.

Segunda Evaluación: Mes de Julio

Se efectuará con corte al 31 de Julio del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

| Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa | Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%) |
|---|--|
| ≥50% | 0% |
| Entre 40,00% y 49,99% | 25% |
| Entre 30,00% y 39,99% | 50% |
| Entre 20,00% y 29,99% | 75% |
| Menos del 30% | 100% |

La evaluación se realizará en conjunto para todos los componentes del programa y el cumplimiento general del mismo, se calculará en base al cumplimiento individual de cada componente, productos, indicadores y metas, con sus respectivos pesos relativos. La sumatoria de dichos resultados, dará cuenta del cumplimiento total del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Finalmente, recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser

reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de Diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y comunas deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud una vez dictada la resolución aprobatoria del presente convenio; bajo la condición de que se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio de Salud.

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos a la Municipalidad en dos cuotas. La primera asciende a un 70% del total, una vez tramitada la correspondiente resolución aprobatoria de este convenio y la segunda asciende al 30% restante, una vez que se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

OCTAVA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades, objeto de este instrumento. Para estos efectos la comuna deberá enviar informe con los siguientes antecedentes:

Rendición financiera de acuerdo al Manual de Rendiciones de APS y los informes detallados en la sexta cláusula del presente convenio.

La información deberá ser remitida a la referente del Programa del Servicio de Salud, A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: marcela.montoya@redsalud.gov.cl o montoya.marcela20@gmail.com.

NOVENA: En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a , A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: marcela.montoya@redsalud.gov.cl o montoya.marcela20@gmail.com , quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. La Municipalidad notificará del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

UNDÉCIMA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en conformidad con lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del S.S. de ser requerido. Sin

prejuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría de la República, que **dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones Electrónicas de Cuentas SISREC de la Contraloría**, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2022 pudiéndose extender hasta el 31 de Marzo del año siguiente, previa autorización del referente técnico.

Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de Enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de Diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

DÉCIMA CUARTA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERIAS: La facultad y personería de **D. ALFREDO MOLINA NAVES**, Director del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 26/2020, ambos del Ministerio de Salud. La facultad de **D. MAURICIO CARRASCO PARDO**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quintero, consta en Sentencia de proclamación N°299-2021 del Tribunal electoral de Valparaíso de fecha 29/06/2021.

3.- TRANSFIÉRASE a la I. Municipalidad de Quintero, la suma de **\$6.457.335.- (Seis millones, cuatrocientos cincuenta y siete mil, trescientos treinta y cinco pesos)**.

Estos recursos serán transferidos a la Municipalidad en dos cuotas. La primera asciende a un 70% del total, una vez tramitada la correspondiente resolución aprobatoria de este convenio y la segunda asciende al 30% restante, una vez que se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

- 4.- **ESTABLÉCESE**, que el Servicio evaluará el grado de cumplimiento del programa conforme los objetivos y productos definidos en el convenio, de acuerdo al punto V. Monitoreo y Evaluación del Programa.
- 5.- **DECLÁRESE**, la vigencia del convenio que se podrá extender hasta el 31 de diciembre de 2022, sin embargo, éste se podrá prorrogar de común acuerdo entre las partes por un plazo no mayor a tres meses.
- 6.- **REQUIÉRASE** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.
- 7.- **REQUIÉRASE**, a la Municipalidad cuenta de las sumas recibidas por concepto de este Programa y su inversión, conforme a lo establecido en la **Resolución Exenta N° 30 de 2015**, de Contraloría General de la República.
- 8.- **ESTABLÉCESE**, como administradora y coordinadora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, a **D. Marcela Montoya Sanhueza**, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este Servicio de Salud, respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud, además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.
- 9.- **REQUIÉRASE** a la Municipalidad la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.
- 10.- **FISCALÍCESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados por el departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.
- 11.- **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al Subtítulo N° 24 del Presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

ANÓTESE, REGISTRESE Y COMUNÍQUESE

**D. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

EU.CHB / CA.GFT/esm.

DISTRIBUCION:

- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria. S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.
- I. Municipalidad



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

CONVENIO
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUINTERO

(Programa Elige Vida Sana)

En Viña del Mar, a 01 de enero de 2022, entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Von Schroeders N°392, Viña del Mar, representado por su Director **SR. ALFREDO MOLINA NAVES**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUINTERO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Av. Normandie N° 1916, representada por su Alcalde **D. MAURICIO CARRASCO PARDO**, de ese mismo domicilio, 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".

Asimismo, el decreto anual 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, emana 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 ELIGE VIDA SANA**, que es anual y debe ser implementado y ejecutado íntegramente dentro del periodo establecido en el presente convenio. Que tiene como propósito el "Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física en niños, niñas, adolescentes y adultos de 6 meses a 64 años que sean beneficiarios de FONASA y, específicamente, mejorar la condición nutricional y condición física de las personas. Y cuyos objetivos fijados para esta estrategia apuntan a mejorar la condición nutricional y la condición física, contribuyendo a disminuir enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo dos en la población chilena.

El programa Elige Vida Sana entrega herramientas para la sustentabilidad de los cambios en el tiempo a todo usuario/a con sobrepeso, obesidad y sedentarismo, a través de la realización de actividades de promoción y prevención en relación a actividad física y alimentación saludable. Para ello, financia la contratación de profesionales nutricionistas, psicólogos/as y profesionales universitarios de la actividad física para que, junto con reforzar las actividades preventivas y promocionales, trabajen bajo un enfoque comunitario e interdisciplinario.

Los usuarios que pueden ingresar al programa son lactantes, niños, adolescentes y adultos de 6 meses a 64 años que al menos cumplan con uno de estos criterios:

- Personas con perímetro de cintura aumentado,
- Personas con sobrepeso u obesidad,
- Mujeres embarazadas o postparto con sobrepeso u obesidad,
- Menores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión.
- Personas beneficiarias de FONASA que se hayan realizado abdominoplastia en Hospitales de la Red Pública de Salud o en establecimientos privados en convenio con instituciones públicas en el contexto de gestión de lista de espera.

Estas personas deberán ser derivadas a partir de prestaciones como control niño/a sano, control del adolescente, EMP y control del embarazo y post parto, así también las personas con discapacidad también podrán ser derivadas y las actividades tendrán que ser modificadas según su condición.

Al ingresar al programa el usuario permanecerá 6 meses en la comunidad y 8 meses en establecimientos educacionales, a cargo del equipo multidisciplinario, en el cual al ingreso deberá realizar una evaluación nutricional y una evaluación de la condición física, posteriormente participará de 5 círculos de vida sana, en 48 sesiones de actividad física y tiempo libre y podrá asistir mensualmente a una actividad recreativa familiar. Y una vez cumplido el tiempo, cada usuario intervenido deberá volver a realizar la evaluación nutricional y la evaluación de condición física, para evaluar sus mejoras.

Una vez realizadas estas evaluaciones del sexto mes y si el usuario cumplió con estas prestaciones mínimas, podrá renovar solo hasta el término del año calendario.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 86 del 02 de febrero de 2021, su Resolución Exenta Modificatoria N°45 del 07 de enero de 2022 (o aquella que la reemplace) y Resolución Financiera N° 117 del 21 de enero de 2022, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos para lograr el cumplimiento de los siguientes objetivos del “Programa Elige Vida Sana”:

Objetivo General

Disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 6 meses y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud.

Objetivos Específicos

1. Mejorar condición nutricional.
2. Mejorar condición física

Dichos recursos serán destinados a financiar los 2 componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención tanto de manera presencial como remota, que se detallan a continuación:

Componente 1: Alimentación Saludable

Este componente abarca las prestaciones realizadas por el equipo multidisciplinario compuesto por los siguientes profesionales: nutricionista, psicólogo/a y profesional universitario de actividad física que prestarán consultas individuales y, además, realizar los círculos de vida sana, con el propósito de potenciar el cambio de hábito hacia una alimentación saludable y sostenible en el tiempo.

A las prestaciones grupales (círculo de vida Sana) pueden asistir beneficiarios indirectos, entendidos como compañeros de curso, familiares, vecinos o compañeros de trabajo, que acompañen al beneficiario directo y que tienen un vínculo que permitirá contribuir a fortalecer las modificaciones en el entorno.

Estas prestaciones deben considerar disponibilidad durante los 12 meses del año y horarios acordes a las características de la población beneficiaria y propiciar estrategias de vinculación con sus lugares de estudio y trabajo según corresponda.

Las prestaciones mínimas a otorgar por este componente serán:

| Prestación | Propósito |
|---|---|
| <p>Consultas Nutricionales de ingreso y seguimiento Dentro de establecimiento educacional un mínimo 2: ingreso, 6° y/u 8° mes de intervención. En la comunidad y establecimientos de salud, un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención. Con un rendimiento para ingresos y controles: 2 por hr.</p> | <p>General: Potenciar un cambio de hábito hacia una alimentación saludable y sostenible en el tiempo.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la situación alimentaria y nutricional, generando un plan de alimentación en conjunto y realizable, respetando la pertinencia cultural. - Ajustar el plan de alimentación elaborado al ingreso y evaluar el cumplimiento de metas planteadas, fortaleciendo la adherencia al programa. - Fortalecer hábitos alimentarios saludables adquiridos durante la participación en el programa. <p>Propuesta de estructura de la consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuadre de la consulta explicando en que consiste la prestación. ▪ Realizar el Diagnostico Nutricional Integral ▪ Determinar el cálculo de requerimientos nutricionales (Ingreso) ▪ Apoyar el planteamiento de metas personales. ▪ Realizar/reforzar plan de alimentación, en base a lineamientos educativos. ▪ Hacer seguimiento motivacional y control de las metas, y el progreso en términos de estado nutricional. |
| <p>Círculos de Vida Sana estrategias motivacionales. (mínimo 5 durante el ciclo) Con rendimiento de 1 a 1.5 hr. cada sesión de hasta 15 personas.</p> | <p>Talleres desarrollados por equipo multidisciplinario, orientado a instaurar estilos de vida saludables.</p> |

| Prestación | Propósito |
|---|--|
| <p>Consultas psicológicas (mínimo 2) Dentro de establecimiento educacional un mínimo 2. En la comunidad y establecimientos de salud, un mínimo de 2. Con rendimiento para ingresos y controles: 30 a 45 Minutos por persona</p> | <p>General: Potenciar un cambio de hábito hacia una alimentación saludable y sostenible en el tiempo.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores relevantes de su historia vital, las motivaciones para participar del programa y el nivel exploratorio del niño con la comida saludable, clasificando según etapa de cambio en qué grado de motivación de encuentra. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar aspectos relevantes durante el proceso y generar estrategias de acción para favorecer la adherencia. - Identificar fortalezas y debilidades en la adquisición de hábitos saludables. - Generar estrategias de acción para incentivar conductas saludables. <p><u>Propuesta de estructura de la consulta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuadre de la consulta explicando en que consiste la prestación. ▪ Entrevista semiestructurada ▪ Aplicación de encuesta ▪ Lineamientos educativos que incluye intervención motivacional para apoyar el cambio de hábito. ▪ Apoyar el planteamiento de metas personales. ▪ Cierre ▪ Ante sospecha de trastornos de salud mental comunes en APS (depresión, consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, entre otros) y los que requieren especialidad: acompañar y monitorear la derivación a confirmación diagnóstica a profesionales de salud mental. |
|--|---|

Componente 2: Actividad física y tiempo libre.

Corresponden a las prestaciones relacionadas con las actividades físicas y familiares recreativas a cargo de profesionales de actividad física. En ese sentido, este componente entregará acceso a la práctica de actividad física y actividades de recreación en comunidad y en entornos saludables, con el propósito de potenciar el cambio de hábito hacia una vida activa. Estas actividades se podrán realizar en el centro de salud o en un espacio comunitario según espacio disponible en la comuna.

Estas prestaciones deben considerar disponibilidad durante los 12 meses del año y horarios acordes a las características de la población beneficiaria y propiciar estrategias de vinculación con sus lugares de estudio y trabajo según corresponda.

Las prestaciones mínimas a otorgar por este componente serán:

| Prestación | Propósito |
|---|---|
| <p>Evaluaciones de la actividad física, realizadas por profesional</p> <p>Dentro de establecimiento educacional, un mínimo de 2: ingreso; 6° y/u 8° mes de intervención. En la comunidad y establecimientos de salud un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención. Con rendimiento para Ingresos: 1 hr. Controles: 2 por hr.</p> | <p><u>General:</u> Potenciar el cambio de hábito hacia una vida activa.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar anamnesis para identificar nivel de actividad física y condición física de la persona y consideraciones generales. ▪ Medir capacidad física a través de la capacidad motora, funcional y fuerza muscular de acuerdo a edad. <p><u>Propuesta de estructura de la consulta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuadre de la consulta explicando en que consiste la prestación y verificando en las condiciones en que llega el usuario. ▪ Realización de test respectivos ▪ Cierre |
| <p>Círculos de actividad física. (mínimo 48 durante el ciclo)</p> <p>Sesiones con rendimiento de 45 minutos de actividad física efectiva en cada sesión, se recomienda grupos de 15 personas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programar sesiones dirigidas de actividad física y ejercicio acordes a grupos etáreos. ▪ Tener disponibilidad de horarios diarios para que los usuarios puedan asistir a clases al menos 2 veces a la semana, logrando intervenciones continuas. |
| <p>Actividades Recreativas Familiares. (Carácter mensual)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuentros, eventos, jornadas masivas o Círculos de Vida Sana adicionales, que el equipo decida implementar para reforzar el cambio de hábito. (Ej: taller de cocina, huertos, cicletadas, corridas, trekking, entre otros) |

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud y para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas sucesivas, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma total de **\$ 18.251.072.- (dieciocho millones, doscientos cincuenta y un mil, setenta y dos pesos)** dividido en los siguientes ítems:

Tabla Resumen de Recursos asignados a la comuna*:

| TOTAL, RRHH, | Movilización y Rescate | Insumos (Art. Of., insumos desarrollo círculos de actividad física y vida sana) | Marketing e impresión | TOTAL, GASTO, ST 24. |
|--------------|------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| \$17.909.472 | \$ 87.900 | \$165.700 | \$88.000 | \$ 18.251.072 |

***Según realidad local, puede mobilizarse recursos entre estos ítems, previa consulta a referente del Servicio de Salud.**

La Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las prestaciones necesarias para **100** pacientes bajo control del Programa, con la siguiente distribución:

| Rango de Edad de los beneficiarios | Mínimo % distribución de los cupos por rango de edad* |
|--|---|
| Embarazadas y mujeres post-parto hasta 8° mes. | 5-10% |
| Niños y niñas de 6 meses hasta 5 años. | 35-40% |
| Niños, niñas y adolescentes de 6 hasta 19 años, incluyendo mujeres post-parto. | 20-25% |
| Adultos de 20 hasta 64 años. | 30-35% |

* La distribución del porcentaje de cupos por rango de edad debe sumar el 100% de los cupos asignados.

*En el caso que una comuna presente condiciones excepcionales que no le permitan cubrir esta condición, se deberá fundamentar a referente, solicitando este a Minsal la adecuación a a su realidad local.

El programa considera recursos económicos para los siguientes ítems:

a) Recursos Exclusivos para la contratación de Recurso Humano, que conformará el equipo interdisciplinario, conformado por nutricionista, psicólogo(a), profesional universitario de la actividad física (profesor/a de educación física, terapeuta en actividad física o kinesiólogo/a) resguardado hasta el 31 de diciembre del año en curso, según distribución de carga horaria en planilla MINSAL, que cuenten con el perfil descrito en el Programa, para desempeñar las funciones señaladas allí.

En la distribución de horas de los profesionales es primordial considerar cargas horarias que permitan la entrega de prestaciones individuales y grupales en horarios que faciliten la asistencia de los usuarios, teniendo presente, entre otros factores, la jornada laboral, tiempos de desplazamiento y reuniones de equipo.

Se indica propuesta MINSAL en la siguiente tabla:

| EQUIPO | 100 cupos |
|--|-----------|
| Profesional categoría B nivel 10 | Jornada |
| Nutricionista | 11 hrs |
| Gestión | 5 hrs |
| Psicólogo | 11 hrs |
| Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF | 31 hrs |

b) Recursos para **insumos; Movilización y Rescate; Marketing e Impresión**: requeridos para el desarrollo exclusivo de las actividades del programa, teniendo presente objetivos, metas a lograr, indicadores y estrategias locales; dentro de estos recursos se consideran artículos de oficina, librería, alimentos saludables, traslado de profesionales en terreno, implementos deportivos, marketing, entre otros, lo que debe estar planificado e incorporado en el Plan de Trabajo Anual.

c) Recursos exclusivos para Capacitación de los profesionales contratados para el programa Elige Vida Sana, la que será gestionada y realizada de manera Macrozonal o Centralizada por los Servicios de Salud, el año en ejecución (No se transferirán estos recursos). La asistencia de los profesionales es obligatoria y se considera como día trabajado.

Los objetivos esperados por cada tramo etario son:

Niños y niñas de 6 meses a 5 años.

- Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- Niños y niñas hasta 4 años de edad mejorar zscore de peso/talla según edad y sexo.
- Niños y niñas de 5 años mejorar zscore de IMC.
- De 2 a 5 años mejorar la condición física, en términos de capacidad motora.
- Asistencia a sesiones mínimas de actividad física del menor de 2 años junto con madre, padre o cuidadora

Mujeres Embarazadas y Post parto

- Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario.
- Aumentar nivel de Actividad Física.
- En mujeres embarazadas lograr un incremento de peso adecuado durante su embarazo de acuerdo a su estado nutricional según Guía Perinatal MINSAL.
- En mujeres post parto, reducir el 5% o más del peso inicial de ingreso.
- Para mujeres post parto mejorar condición física.
- Para embarazadas asistencias a sesiones mínimas (48) de actividad física.

Niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años.

- Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- Aumentar nivel de Actividad Física
- De 6 a 19 años mejorar zscore de IMC.
- De 6 a 19 años disminuir el perímetro de cintura.
- De 6 a 19 años mejorar la condición física.
- Entre 9 y menor de 18 años con Test APALQ, y mayor de 18 años con test GPAQ.

Adultos de 20 a 64 años.

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Aumentar nivel de Actividad Física
- c) Reducir el 5% o más del peso inicial.
- d) Disminuir el perímetro de cintura.
- e) Mejorar la condición física

Beneficiarios con abdominoplastia

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Aumentar nivel de Actividad Física
- d) Disminuir el perímetro de cintura.
- e) Mejorar la condición física.

La Municipalidad se obliga al mes siguiente de la total tramitación del convenio, a presentar informe* que detalle cómo pondrá en funcionamiento localmente este Programa; indicando el personal , tipo de contrato y horas asignadas , como se implementarán las prestaciones señaladas en el Programa (ubicación geográfica donde enfocarán las actividades como Centros de Salud, Sedes Vecinales, establecimientos de educación, etc.), así como a seguir las indicaciones u orientaciones señaladas por el Servicio durante la puesta en marcha. También deberá contar con información sobre las personas válidamente inscritas en el establecimiento, y mantener los recursos transferidos por el Servicio en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de este.

* Dicho documento debe ser enviado vía correo electrónico a Referente del Programa Ana Bravo P.: ana.bravo@redsalud.gov.cl y a Encargado de Rendiciones Hernan Montiel: hernan.montiel@redsalud.gob.cl, ambos pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

QUINTA: Para la consecución de los objetivos por cada tramo etario se deberán considerar las siguientes **acciones** con sus respectivos productos:

- a) **Elaboración de un diagnóstico situacional comunal** incorporando una breve evaluación del programa de años anteriores junto a la participación de los usuarios del programa según grupo etario (MINSAL RES EX N°31, 2015). Deberá estar basado en el enfoque de determinantes sociales de salud, considerando e incorporando en el plan de trabajo anual del programa las preferencias e intereses de los participantes en torno a los hábitos y estilos saludables a trabajar dentro del programa. Deberá estar confeccionado al 30 de abril del año en curso.
- b) **Contar con Inventario de equipos y planificación de insumos**, se debe indicar el equipamiento, fecha de adquisición y estado de conservación de cada uno de los equipos con que cuenta el programa. En cuanto a la transferencia de recursos por Ítem de Insumos, debe existir una planificación de inversión de estos para el año.

- c) **Elaboración ó actualización sobre catastro y mapa de redes locales**, donde se distingan actores y espacios públicos estratégicos para la participación de los usuarios en el contexto comunal, que complementen las acciones de Vida Sana y con los cuales se establezcan alianzas estratégicas, con la finalidad de potenciar el ingreso de usuarios, la disponibilidad de espacios, optimización de los recursos, estrategias de rescate y continuidad de la oferta de actividades cuando el usuario es dado de alta, entre otros.
- d) **Canalizar y difundir buenas prácticas**, , definida como una experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria del Programa Elige Vida Sana y que se sostiene en el tiempo, donde una experiencia o intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuye al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario del programa, en los ámbitos de las prestaciones individuales y grupales, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, cuya experiencia pueden servir de modelo para otros equipos.
- e) **Formalizar alianzas intersectoriales e intrasectoriales** con instituciones y programas públicos que abordan factores de riesgo para contribuir a la sustentabilidad de los resultados y que den cuenta del proceso de articulación y trabajo colaborativo a nivel local. Dentro de estas tareas, se deberá formalizar los mecanismos de relación del Coordinación Comunal en las reuniones definidas para difundir orientaciones y favorecer alianzas estratégicas con el Centro de Salud y el intersector.
- f) **Elaborar o actualizar los flujogramas de atención para control de ingreso, derivación y emergencia (usuario y profesionales)**, los que deben estar visados por las respectivas jefaturas y ser de amplio conocimiento de todo el equipo y centro de salud local. En el caso de que el programa Elige Vida Sana se ejecute dentro de establecimientos educacionales, tener presente que estos flujogramas deben considerar los protocolos internos de cada uno de ellos.
- g) **Elaborar los flujogramas de rescate del usuario**, los cuales deben ser de amplio conocimiento de todo el equipo y centro de salud local, y hacer seguimiento de los rescates, así como también registrarlos en la plataforma.
- h) **Elaborar plan comunicacional anual**, que incluya elaboración de video, difusión redes sociales.

Todo lo anterior debe estar expresado en el **Plan de Trabajo Anual** que desarrolle el equipo.

SEXTA: El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa Elige Vida Sana con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Durante la ejecución del Programa, se realizará monitoreo en los meses de marzo, abril, junio, agosto, octubre y diciembre, más 2 evaluaciones anuales, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

La “Municipalidad” se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar el cumplimiento de los diferentes componentes del programa que a continuación se detallan:

1.a. - Monitoreo a Nivel comunal y Servicio de Salud:

| FECHA | Nº 1: 31 MARZO | Nº 2: 30 ABRIL | Nº 3: 30 JUNIO | Nº 4: 31 AGOSTO | Nº 5: 31 OCTUBRE | Nº 6: 31 DICIEMBRE |
|------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| Monitoreo | 100% Convenio firmado | Entrega Plan de Trabajo Anual de la comuna (incluye diagnóstico situacional comunal, Inventario de equipos y planificación de insumos, catastro, mapa de redes locales, flujogramas y plan anual de comunicación) | % usuarios de 6 meses a 64 años con control de ingreso realizado. | % usuarios de 6 meses a 64 años con control de ingreso realizado. | % de cupos asignados ingresados al programa. | % de cupos asignados ingresados al programa. |
| | 100% R.R.H.H contratado. | % usuarios de 6 meses a 64 años con control de ingreso realizado | % usuario de 6 meses a 19 años con primer control realizado. | % usuario de 6 meses a 19 años con primer control realizado. | % usuarios de 6 meses a 64 años con 6 meses de intervención | % usuarios de 6 meses a 64 años con 6 meses de intervención |
| | % usuarios de 6 meses a 64 años con control de ingreso realizado | | % usuario de 20 a 64 años con primer control realizado | % usuario de 20 a 64 años con primer control realizado | % usuario que mejoran condición nutricional | % usuario que mejoran condición nutricional |
| | | | % usuarios de 6 meses a 64 años con 6 meses de intervención | % usuarios de 6 meses a 64 años con 6 meses de intervención | % usuario que mejoran condición física. | % usuario que mejoran condición física. |
| | | | % usuario que mejoran condición nutricional | % usuario que mejoran condición nutricional | | |
| | | | % usuario que mejoran condición física. | % usuario que mejoran condición física. | | |
| Medio de verificación | Planilla Excel de registro (En todos los cortes descritos se podrá solicitar monitoreo de ingresos a los referentes de los servicios de salud por parte MINSAL). | | | | | |
| Plazos Envío a Minsal | 12 abril | 10 mayo | 12 julio | 10 septiembre | 10 octubre | 10 Enero |

2.a. – Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa al 31 de agosto del año en curso.

| COMPONENTES | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | Meta agosto | Peso relativo indicador | Peso relativo componente |
|---|---|---|--|-------------|-------------------------|--------------------------|
| Indicador de usuarios ingresados | Porcentaje de usuarios 6 meses a 20 años ingresados | (N° de usuarios de 6 meses a 19 años con control de ingreso realizado (Nta – PAF) | (N° de usuarios de 6 meses a 19 años comprometidos) x 100 | 80% | 34 | 70% |
| | Porcentaje de usuarios 20 a 64 años ingresados | (N° de usuarios de 20 a 64 años con control de ingreso realizado (Nta – PAF) | (N° de usuarios de 20 a 64 años comprometidos) x 100 | 60% | 33 | |
| | Embarazadas | N° de usuarias embarazadas con control de ingreso realizado (Nta – PAF) | N° de usuarias embarazadas comprometidas) x 100 | 50% | 33 | |
| Indicadores de proceso | Convenio firmado subido en plataforma al 31 de marzo | | | 100% | 50 | 25% |
| | % R.R.H.H contratado | N° de horas de gestión contratadas | (N° de horas de gestión programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas de nutricionista contratadas | (N° de horas de nutricionista programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas de psicólogo contratadas | (N° de horas de psicólogo programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas profesional de actividad física contratadas | (N° de horas de profesional de actividad física programadas) x 100 | 100% | 12.5 % | |
| Indicadores de buenas prácticas | Mínimo dos experiencias exitosas del programa subidas a plataforma. | | | 100% | 100% | 5% |

2.b.- Indicadores de gestión y de impacto para evaluación programa al 31 diciembre del año en curso.

| COMPONENTES | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | Meta Diciembre | Peso relativo indicador | Peso relativo componente |
|------------------------|---|---|---|----------------|-------------------------|--------------------------|
| Indicadores de impacto | Porcentaje de usuarios que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de usuarios que completando ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | (N° de usuarios con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 60% | 20% | 85% |
| | Porcentaje de usuarios que mejoran hábitos de actividad física. | N° de usuarios que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | (N° de usuarios con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 50% | 20% | |
| | Porcentaje de usuarios que mejoran condición nutricional al 6° mes de intervención. | (N° de usuarios de 6 meses a 4 años que mejora Zscore de peso/talla + N° de usuarios de 5 a 19 años que mejoran Zscore de IMC + N° de usuarios de 20 a 64 años que mejoran el 5% del peso + mujeres embarazadas que logran un incremento de peso adecuado según estado nutricional) | (N° de usuarios de 6 meses a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 50% | 10% | |
| | Porcentaje de usuarios que mejoran condición física al 6° mes de intervención. | (N° de usuarios de 6 meses a 5 años que mejoran capacidad motora + N° de usuarios de 6 a 64 años que mejoran capacidad funcional y muscular) | (N° de usuarios de 6 meses a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 50% | 10% | |
| | Porcentaje de usuarios que cumple a los 6 meses de intervención con los 5 círculos de vida sana | (N° de usuarios de 6 meses a 64 años que al fin de ciclo de intervención cumple con 5 círculos de vida sana) | (N° de usuarios de 6 meses a 64 con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 50% | 15% | |
| | Porcentaje de usuarios que cumple a los 6 meses de intervención con los 48 círculos de actividad física | (N° de usuarios de 6 meses a 64 años que al fin de ciclo de intervención cumple con 48 círculos de actividad física) | (N° de usuarios de 6 meses a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t) x 100 | 50% | 15% | |

| COMPONENTES | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | Meta Diciembre | Peso relativo indicador | Peso relativo componente |
|----------------------------------|--|--|--|----------------|-------------------------|--------------------------|
| Indicador de usuarios Ingresados | Porcentaje de usuarios 6 meses a 20 años ingresados | (N° de usuarios de 6 meses a 20 años con control de ingreso realizado (nutricionista – profesional actividad física) | (N° de usuarios de 6 meses a 20 años comprometidos) x 100 | 100% | 3.5% | |
| | Porcentaje de usuarios 20 a 64 años ingresados | (N° de usuarios de 20 a 64 años con control de ingreso realizado (nutricionista – profesional actividad física) | (N° de usuarios de 20 a 64 años comprometidos) x 100 | 100% | 3.5% | |
| | Embarazadas | N° de usuarias embarazadas con control de ingreso realizado (nutricionista – profesional actividad física) | N° de usuarias embarazadas comprometidas) x 100 | 100% | 3% | |
| Indicadores de proceso | Convenio firmado subido en plataforma al 31 de marzo | | | 100% | 50% | 10% |
| | % R.R.H.H contratado | N° de horas de gestión contratadas | (N° de horas de gestión programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas de nutricionista contratadas | (N° de horas de nutricionista programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas de psicólogo contratadas | (N° de horas de psicólogo programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| | | N° de horas de profesional de actividad física contratadas | (N° de horas de profesional de actividad física programadas) x 100 | 100% | 12.5% | |
| Indicadores de buenas prácticas | Mínimo dos buenas prácticas del programa subidas a plataforma. | | | 100% | 100% | 5% |

2.c.- Los Indicadores de impacto por tramo etáreo: Considerados para la evaluación son:

| 1.1 Niños, niñas y adolescentes de 6 meses a 19 años. | | |
|---|---|---|
| Indicador | Numerador | Denominador |
| % de Niños, niñas y adolescentes de 6 meses a 19 años que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de usuarios entre 6 meses y 19 años que completando ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | N° de usuarios entre 6 meses a 19 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de Niños, niñas y adolescentes de 6 meses a 19 años que mejoran hábitos de actividad física. | N° de usuarios entre 6 meses y 19 años que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | N° de usuarios entre 6 meses a 19 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de niños y niñas de 6 meses a 5 años 11 meses 29 días que mejoran 0,25 puntos zscore de peso/talla según edad y sexo. | Número niños y niñas de 6 meses a 5 años 11 meses 29 días que mejoran 0,25 puntos zscore de peso/talla según edad y sexo. | Número niños y niñas de 6 meses a 5 años 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años 11 meses 29 días que mejoran 0,2 puntos zscore de IMC. | Número niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años 11 meses 29 días que mejoran 0,2 puntos zscore de IMC. | Número niños y niñas de 5 años a 19 años 11 meses 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años 11 meses 29 días que disminuyen el perímetro de cintura. | Número niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años 11 meses 29 días que disminuyen el perímetro de cintura. | Número niños y niñas de 5 años a 19 años 11 meses 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años que asisten a las 48 sesiones de actividad física. | Número madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años que asisten a las 48 sesiones de actividad física. | Número madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t. |
| % de niños y niñas de 2 años a 5 años 11 meses 29 días que mejoran la condición física. | Número niños y niñas de 2 años a 5 años 11 meses 29 días que mejoran la condición física. | Número niños y niñas de 2 años a 5 años 11 meses 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t. |
| % de niños, niñas y adolescentes de 6 años a 19 años que mejoran la condición física. | Número niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años que mejoran la condición física. | Número niños y niñas y adolescentes de 6 a 19 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |

| 1.1 Adultos de 20 a 64 años. | | |
|---|--|---|
| Indicador | Numerador | Denominador |
| % de adultos de 20 a 64 años que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de usuarios entre 20 y 64 años que completando ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | N° de usuarios entre 20 a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de mujeres de 20 a 64 años que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de mujeres entre 20 y 64 años que completando ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | N° de mujeres entre 20 a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de adultos de 20 a 64 años que mejoran hábitos de actividad física. | N° de usuarios entre 20 y 64 años que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | N° de usuarios entre 20 a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de mujeres de 20 a 64 años que mejoran hábitos de actividad física. | N° de mujeres entre 20 y 64 años que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | N° de mujeres entre 20 a 64 años con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días que reducen el 5% o más del peso inicial. | Número adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días que reducen el 5% o más del peso inicial. | Número de adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días que disminuyen el perímetro de cintura. | Número adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días que disminuyen el perímetro de cintura. | Número de adultos de 20 a 64 años 11 meses 29 días con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |

| 1.2 Embarazadas Y Mujeres Post Parto | | |
|--|---|--|
| Indicador | Numerador | Denominador |
| % de embarazadas y mujeres post parto que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto que completado ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de embarazadas y mujeres post parto que mejoran hábitos de actividad física. | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de embarazadas y mujeres post parto que incrementan peso de acuerdo a guía perinatal | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto que logran un incremento de peso adecuado durante su embarazo de acuerdo a su estado nutricional según guía perinatal | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de Embarazadas y mujeres post parto que asisten a 48 sesiones de actividad física. | N° Embarazadas y mujeres post parto que asisten a 48 sesiones de actividad física. | N° de usuarias embarazadas y mujeres post parto con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |

| 1.2 Beneficiarios con abdominoplastia | | |
|---|--|--|
| Indicador | Numerador | Denominador |
| % de beneficiarios con abdominoplastia que modifican favorablemente 1 o más hábitos alimentarios. | N° de beneficiarios con abdominoplastia que completando ciclo de intervención del año t modifican 1 o más hábitos alimentarios | N° de beneficiarios con abdominoplastia con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de beneficiarios con abdominoplastia que mejoran hábitos de actividad física. | N° de beneficiarios con abdominoplastia que completando ciclo de intervención del año t aumentan su nivel de actividad física | N° de beneficiarios con abdominoplastia con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |
| % de beneficiarios con abdominoplastia que disminuyen el perímetro de cintura. | Número de beneficiarios con abdominoplastia que disminuyen el perímetro de cintura. | N° de beneficiarios con abdominoplastia con evaluación de fin de ciclo de intervención en el año t |

SEPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos por la División de Atención Primaria (DIVAP) y por el propio Servicio, expuestos en el artículo anterior, con las coberturas según cuadros expuestos. El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente.

OCTAVA: El Servicio a través de la referente del Programa Elige Vida Sana, evaluará el grado de cumplimiento del Programa, de manera tal de fortalecer y fomentar el cumplimiento de los objetivos establecidos, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando un seguimiento y monitoreo periódico a través de plataforma web MINSAL o localmente, de manera tal de fortalecer y fomentar el cumplimiento del Programa, con los detalles y especificaciones que estime del caso, lo anterior, sin perjuicio que “el Servicio” podrá realizar visitas técnicas de supervisión para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria del MINSAL y el propio Servicio.

NOVENA: La Municipalidad se obliga a autorizar a sus funcionarios a participar en todas las acciones de orientación y capacitación del referido Programa, definidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio.

DÉCIMA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMO PRIMERA: Los recursos asociados al presente programa, financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr, indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización de los establecimientos involucrados, que deberán estar reflejados en el Plan de Trabajo Anual.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Servicio de Salud, a través de la referente del Programa, determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará al Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa, dichos recursos serán transferidos por este Servicios de Salud, en 2 cuotas: la primera cuota, correspondiente al 70%, a la total tramitación del acto aprobatorio, previa recepción de los recursos financieros en el Servicio. y la segunda cuota equivalente al porcentaje restante, en octubre, que estará sujeta a resultados de la primera evaluación, corte 31 de agosto, señalada en el artículo Sexto 2.a.- de este Programa.

| Porcentaje cumplimiento Programa | Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del (30%) |
|---|---|
| 60% | 0% |
| Entre 50% y 59,99% | 50% |
| Entre 40% y 49,99% | 75% |
| Menos del 40% | 100% |
| 0% | Rescindir convenio |

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación del corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

El Servicio, para realizar la reasignación, deberán priorizar según el siguiente orden de criterios:

- ✓ Mejor nivel de cumplimiento de metas.
- ✓ Mejor nivel de impacto del programa en sus usuarios.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y evaluada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

La segunda evaluación y final, que se efectuará al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el **100%** de las prestaciones comprometidas siendo posible cumplir con las 5 sesiones de círculos de vida sana y los 48 círculos de actividad física, manteniendo en toda circunstancia, la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

DÉCIMO SEGUNDA: Los municipios deberán incorporar a su patrimonio estos recursos, conforme lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, orgánico de administración financiera del estado.

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del SS. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30, del 11 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente**, dicha información debe ser remitida vía correo electrónico al Encargado de Rendiciones, **don Hernan Montiel P. hernan.montiel@redsalud.gob.cl**, con copia al referente de Programa del Servicio de Salud **Nut. Ana M. Bravo Pérez, ana.bravo@redsalud.gov.cl** y vía formal por escrito.

Esto con el fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia. Considerar que **no cumplir** con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período.

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre del año 2022. Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deberán ser restituidos al Servicio, como lo indique el finiquito, lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 90 días hábiles posteriores a la emisión de la resolución del finiquito.

Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

DÉCIMO CUARTA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, 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 año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo

DÉCIMO QUINTA: Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, las partes dejan constancia de que, por tratarse de un programa ministerial de continuidad, y atendidas las razones de buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 01 de enero del presente año, pudiendo financiarse gastos operacionales de estrategias ejecutadas a partir de dicha fecha, con la finalidad de mantener la operatividad del programa. Por esta razón dichas atenciones se imputarán a los recursos que serán transferidos en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52, de la Ley N^o 19.880, de Bases de Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, que proscribe la retroactividad de los actos administrativos salvo cuando ellos produzcan consecuencias favorables para los interesados y no lesiones derechos de terceros.

DÉCIMO SEXTA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la Resolución N^o 30 del 2015 de la Contraloría de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo

DÉCIMO SEPTIMA: 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 fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMO OCTAVA: Las partes dejan establecido que, mediante acuerdos complementarios podrán introducirse modificaciones al presente convenio, siempre que se ajusten a los lineamientos técnicos y objetivos del programa, cumpliéndose a demás con los siguientes requisitos:

1. Solicitud por escrito de la Municipalidad.
2. Relación de gastos al día.
3. Evaluación técnica y financiera favorable.

DÉCIMO NOVENA: El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

DUODECIMA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **D. ALFREDO MOLINA NAVES**, Director del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005 que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933, conjuntamente, con el Decreto Supremo N° 140/2004 y 26/2020, ambas del Ministerio de Salud. La facultad de **D. MAURICIO CARRASCO PARDO**, , alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quintero, consta en Sentencia de Proclamación N°299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de Fecha 29/06/2021.



D. MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO

NTA ABP/CA.GFT/aeg.

SR. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA



INT. 230 QUINTERO

Correlativo: 1102 / 24-02-2022

Documento firmado por:

| Nombre | Establecimiento | Cargo |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------|
| Alfredo Andrés Molina Naves | DIRECCIÓN SSVQ | Director Servicio Salud |

Documento visado por:

| Nombre | Establecimiento | Cargo |
|------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Maria Constanza Harbin Barahona | DIRECCIÓN SSVQ | Enfermera |
| Graciela Del Carmen Fuentes Torres | DIRECCIÓN SSVQ | Profesional Y Técnico Universitario |



Verificar: <https://verificar.ssvq.cl/>

Folio: 1FS-MDD-JNM

Código de verificación: JUH-YY2-INN