

DECRETO ALCALDICIO N° \_\_\_\_\_ /

**APROBACIÓN DE CONVENIO**

**“PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”**

**REQUINOA,**

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

**VISTOS** :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2006 y sus posteriores modificaciones.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre procedimientos administrativos.

**CONSIDERANDO:**

La Resolución Exenta N°1989 del 31.03.2026, del Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, que aprueba Convenio denominado **“PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”** suscrito con la I. Municipalidad de Requinoa con fecha 05.03.2026, por un monto de \$ 38.263.886., con vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2026.

**DECRETO:**

**APRUEBASE** Convenio denominado **‘PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES’**, por un monto de \$ 38.263.886, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa, rige desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2026.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.**

**LEYLA GONZALEZ ESPINOZA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

**WALDO VALDIVIA MONTECINOS**  
**ALCALDE**

WVM / LGE / GVB / epc

**DISTRIBUCION:**  
Secretaría Municipal  
Salud





DIRECCION ATENCION PRIMARIA  
MYB/GCS/NMR/COC/CLS/EGQ

**CONVENIO “PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”  
SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS  
E  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA**

En Rancagua, a 12 Marzo de 2026, entre el **Servicio de Salud O´Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Directora (s) doña **Margarita Yercic Bravo**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante “**El Servicio**”; y la **Ilustre Municipalidad de Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N.º 69.081.300-9, representada por su Alcalde don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, ambos domiciliados en Comercio N° 121 Requínoa, quien en adelante se denominará “**La Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERO:** 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° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar “para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la Republica de Chile, se instauro el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

**SEGUNDO:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el denominado “**PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**”.

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°296, de fecha 05 de marzo de 2026 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°193, del 13 de febrero del 2026, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que “**La Municipalidad**” se compromete a ejecutar.

**TERCERO: De las orientaciones técnicas.** El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, ha relevado la necesidad de fortalecer la



capacidad funcional de las personas mayores, promoviendo intervenciones integrales, preventivas y centradas en las personas, que permitan enfrentar los desafíos asociados al aumento sostenido de la longevidad. Estas directrices internacionales orientan a los países a desarrollar estrategias que favorezcan la autonomía, la participación social y la articulación comunitaria como ejes del envejecimiento saludable.

En este contexto, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la Atención Primaria de Salud desde el año 2015, constituye una estrategia promocional y preventiva orientada a personas mayores autovalentes. El programa pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de las personas mayores, junto con el fortalecimiento de la red comunitaria y sociosanitaria para enfrentar el envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad, posicionándose como una intervención de carácter sociosanitario con implementación territorial en la red de APS.

La transición demográfica que experimenta el país, junto con las proyecciones de envejecimiento acelerado de la población (INE, CEPAL), refuerzan la necesidad de fortalecer intervenciones preventivas orientadas a retrasar la pérdida de capacidad funcional y la instalación de la dependencia. A 2024, las personas de 60 años y más representan el 19,6% de la población nacional, proyectándose que este grupo supere el 35% al año 2060, lo que plantea desafíos relevantes para la sostenibilidad del sistema de salud y el bienestar de las personas mayores.

La Evaluación de Programas Gubernamentales realizada por la Dirección de Presupuestos el año 2020 analizó el desempeño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, identificando avances en resultados asociados a la funcionalidad, los estilos de vida saludables y la calidad de vida de las personas mayores participantes, así como la necesidad de fortalecer la focalización de la población objetivo, la articulación territorial e intersectorial y los mecanismos de seguimiento de resultados. En atención a estas recomendaciones, el presente diseño programático refuerza el enfoque preventivo, la conexión social y el posicionamiento de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la promoción del autocuidado, la mantención de la funcionalidad y la integración comunitaria, orientando la intervención hacia una estrategia de mejora continua e impacto territorial.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1 Problema Principal que el programa intenta resolver:**

Pérdida progresiva de la capacidad funcional en personas mayores autovalentes, asociada a la interacción de factores individuales, sociales, ambientales y territoriales, que incrementa el riesgo de dependencia, deteriora la calidad de vida y genera una mayor demanda futura de cuidados de mayor complejidad.

### **2.2. Justificación de la necesidad del programa:**

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos clave para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos principios forman parte del diseño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y, considerando su trayectoria de implementación y el contexto demográfico y social actual del país, requieren ser fortalecidos y actualizados para su adecuado abordaje por parte de los equipos de Atención Primaria de Salud y los gestores de la red asistencial.

La evidencia disponible ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque



preventivo y comunitario resultan efectivos para aumentar la longevidad, mejorar el control de condiciones crónicas, prevenir la dependencia y fortalecer la funcionalidad, los estados cognitivos y la autoestima de las personas mayores, contribuyendo a una mejor calidad de vida y permitiendo al sistema de salud actuar de manera preventiva y costo-efectiva. En particular, los programas de ejercicios aeróbicos dirigidos a personas mayores han mostrado efectos positivos en la fuerza y flexibilidad de los miembros superiores, la capacidad aeróbica, el equilibrio y la autoconfianza para la marcha y la movilidad en el entorno comunitario. De forma complementaria, las intervenciones de estimulación cognitiva que integran actividades corporales con componentes lúdicos y sociales han demostrado fortalecer las capacidades psicosociales de las personas participantes, presentando adecuados niveles de aceptación y adherencia (Fuentes M. et al., 2009; Vidarte J. et al., 2012; Rey A. et al., 2011).

Desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, la población de personas mayores presenta un mayor riesgo de disminución de la capacidad funcional, asociado a condiciones individuales, sociales, ambientales y territoriales. A ello se suma la creciente diversidad y complejidad de las necesidades vinculadas al proceso de envejecimiento, lo que exige respuestas diferenciadas, integrales y complementarias por parte del sistema de salud. Este enfoque resulta coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas orientadas a ampliar la integración y participación de las personas mayores, promovidas por los convenios internacionales suscritos por el país (DIPRES, Informe Final EPG, 2020).

Asimismo, el Programa reconoce que el debilitamiento de la conexión social constituye un factor relevante en la pérdida de capacidad funcional y en el aumento del riesgo de dependencia en las personas mayores, particularmente cuando se asocia a baja participación comunitaria, menor acceso a redes de apoyo y desvinculación del entorno territorial. En este sentido, resulta necesario relevar la importancia de que las personas mayores se relacionen e interactúen entre sí y con su entorno, incorporando acciones orientadas a fortalecer la vinculación social, la participación comunitaria y el acceso a recursos y activos locales, como parte de una respuesta integral a los factores que inciden en la autonomía y el bienestar en esta etapa del curso de vida. Este abordaje distingue la conexión social de la soledad, entendida como una experiencia subjetiva dolorosa derivada de la brecha entre las conexiones sociales deseadas y las reales, y del aislamiento social, definido como la condición objetiva de contar con relaciones o contactos sociales insuficientes.

Desde una perspectiva de salud pública, el aislamiento social y la soledad han sido caracterizados como riesgos relevantes para la salud de las personas mayores, lo que refuerza la necesidad de fortalecer respuestas desde el sistema sanitario. En coherencia con la agenda internacional de envejecimiento saludable impulsada por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, el Ministerio de Salud ha reforzado el rol de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la visibilización y abordaje de esta problemática, integrando la conexión social como un componente del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, orientado a la prevención de la dependencia y a la promoción de un envejecimiento saludable, con personas mayores más vinculadas y conectadas con su entorno.

### **3. OBJETIVO**

Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias desde la Atención Primaria de Salud para enfrentar el envejecimiento.



## 4. POBLACIÓN

### 4.1 Población potencial del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud del país, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, conforme a la clasificación funcional vigente, y que presentan necesidades susceptibles de abordaje mediante intervenciones promocionales y preventivas orientadas a la mantención de la capacidad funcional y la prevención de la dependencia.

### 4.2. Población objetivo del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud en los que se ejecuta el programa, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, y que son priorizadas para su ingreso efectivo de acuerdo con los criterios técnicos, sanitarios y territoriales definidos en la Orientación Técnica vigente, considerando la capacidad operativa del programa y el enfoque preventivo de la intervención.

### 4.3 Cobertura del programa

Año	Población potencial	Población objetivo	Cobertura estimada
2026	2.794.626	200.000	7,1%

## 5. ESTRATEGIA

### 5.1 Componentes

Componente	Descripción
1. Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la capacidad funcional	<p>Este componente tiene por objetivo contribuir a la mantención y/o mejora de la capacidad funcional de las personas mayores mediante intervenciones grupales de carácter promocional y preventivo, orientadas a la estimulación funcional motora y cognitiva, así como al fortalecimiento de habilidades de autocuidado en salud. Está dirigido a personas mayores derivadas desde los establecimientos de Atención Primaria de Salud, servicios locales, organizaciones sociales de personas mayores, formales e informales, y desde la propia comunidad, priorizando a quienes no han participado previamente en el programa.</p> <p>La intervención se desarrolla a través de talleres grupales facilitados por una dupla profesional, con apoyo del equipo de salud y actores locales según las necesidades identificadas, integrando de manera articulada componentes físicos, cognitivos y de autocuidado. El componente considera evaluaciones de ingreso y egreso, mecanismos de seguimiento y una evaluación participativa, y contempla modalidades de implementación flexibles en contextos rurales o zonas aisladas, resguardando el acceso, la pertinencia territorial y la centralidad del cuidado en las personas mayores.</p>



<p>2. Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales para el Envejecimiento Saludable</p>	<p>Apunta a reconocer necesidades y capacidades locales mediante un proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Envejecimiento Saludable. Es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del intersector local. Incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios en el marco de los diagnósticos y planes de salud comunitaria vigentes en los establecimientos de APS.</p> <p>Además, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, en coherencias con los planes de salud comunitaria, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores, líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.</p>
<p>3. Conexión social de personas mayores en los territorios</p>	<p>Este componente tiene por objetivo fortalecer la conexión y cohesión social de las personas mayores en los territorios, promoviendo tanto la vinculación entre personas mayores (redes de pares y apoyo mutuo) como su articulación efectiva con recursos, activos comunitarios y redes locales, como parte del cuidado integral y continuo en la Atención Primaria de Salud. Se orienta a favorecer la integración social, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios, contribuyendo a la mantención y sostenibilidad de los aprendizajes fortalecidos en los componentes anteriores.</p> <p>Para ello, se promueve la identificación, articulación y recomendación social de activos comunitarios disponibles en los territorios, tales como organizaciones sociales, espacios comunitarios, iniciativas locales y servicios intersectoriales relevantes para las personas mayores, así como el desarrollo y fortalecimiento de espacios grupales y comunitarios que favorezcan la interacción, el apoyo entre pares y el sentido de pertenencia, integrándolos de manera habitual en las estrategias de promoción y participación en la Atención Primaria de Salud.</p>

## 5.2. Estrategias de Intervención

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva dirigida a personas de 60 años y más, implementada mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y las redes de servicios locales. La estrategia aborda de manera integral los distintos aspectos involucrados en la capacidad funcional, tales como la práctica de actividad física, la prevención de caídas, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la conexión social, tanto a través de la vinculación entre personas mayores como mediante el acceso a estrategias y recursos locales. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las capacidades individuales, organizacionales e



intersectoriales para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada territorio y los intereses de las personas participantes.

Asimismo, el programa contempla el trabajo articulado con organizaciones sociales, servicios locales y la comunidad en general para la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo la inserción territorial de las personas mayores y su participación en espacios colectivos significativos. Este enfoque contribuye a la generación y sostenibilidad de vínculos sociales, al sentido de pertenencia y a la continuidad del cuidado, reforzando el rol de la Atención Primaria de Salud como articuladora del cuidado integral en el territorio.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, el cual contempla la incorporación de una dupla profesional destinada al trabajo promocional y preventivo con personas mayores en los equipos de salud de atención primaria. Se recomienda que dicha dupla esté conformada por un/a Kinesiólogo/a y un/a Terapeuta Ocupacional, ambos en jornada de 44 horas semanales. En aquellos casos en que no exista disponibilidad del recurso humano señalado, se podrá solicitar al Servicio de Salud correspondiente que la dupla será conformada por otro profesional de la salud, siempre que cuente con formación de pregrado y formación afín o acorde a las funciones a desarrollar en el programa, particularmente en ámbitos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la pérdida de capacidad funcional, el trabajo comunitario y el envejecimiento saludable.

En este marco, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, como parte de la Atención Primaria de Salud, contribuye a facilitar la vinculación de las personas mayores con su establecimiento de APS, apoyando el acceso oportuno a controles, prestaciones y rutas de cuidado según las necesidades identificadas durante el proceso de intervención. A través del acompañamiento de las duplas ejecutoras, el programa favorece la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención, especialmente en aquellos casos en que existía una desvinculación previa o ausencia de contacto regular con el sistema.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro del equipo y la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

Para favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención (incluyendo criterios de ingreso y egreso, ciclos de ejecución, articulación intersectorial, etc.), la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

## 6. COMPLEMENTARIEDADES

### 6.1 Complementariedades internas

**MAIS/ECICEP:** La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA se complementa con el MAIS/ECICEP tanto desde la contribución a la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuados, como en el fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y automanejo, y además en lo que respecta a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a la ECICEP. Todos estos elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente

**Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS):** Considerando que existen cuidadores que no pueden participar por su rol en los



talleres presenciales del Programa en forma continua, se implementarán las medidas para adaptar la intervención en complementariedad con el programa PADDs.

**Medicinas Complementarias y Prácticas para el Bienestar de la Salud:** De acuerdo con el nivel de desarrollo de este ámbito en cada territorio, se podrán complementar las acciones para la educación y acercamiento de las personas mayores y los equipos del programa en prácticas de bienestar para la salud, según disponibilidad a nivel local e intereses de las personas mayores.

## 6.2. Complementariedades externas

**Programa Vínculos Subsistema Seguridad y Oportunidades:** De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud que formaliza este convenio, se debe coordinar y optimizar acciones entre ambas instituciones, facilitando el acceso preferente de personas mayores del Subsistema Seguridades y Oportunidades a seis Programas de Refuerzo a la Salud Primaria (PRAPS), incluido el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Para el desarrollo de este convenio se considera el liderazgo y asistencia técnica de encargados de ambas estrategias en los diferentes niveles: central, regional, de Servicios de Salud y comunal. Las medidas a desarrollar se encuentran contenidas en la Orientación Técnica de coordinación Más AMA- Vínculos, comunicada a la red mediante el Ordinario C 51 N° 517/2025 y sus posteriores actualizaciones.

**Sistema Elige Vivir Sano:** Este sistema intersectorial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia promueve hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, a través de iniciativas que fomentan la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia e incluye al Programa Más Adultos Mayores dentro de la oferta programática. La complementariedad se asocia a las acciones de difusión, educación y participación de las personas mayores.

**Servicios Locales:** A nivel local y en el marco de mejorar la integración entre servicios destinados a personas mayores se requiere promover procesos de coordinación e integración, entre los que destacan la formulación de Planes Intersectoriales con Oficina de Personas Mayores, Centros Diurnos, ELEAM donde residen personas mayores autovalentes, estrategias deportivas, recreativas, entre otras.

## 7. INDICADORES

### 7.1. Indicadores de propósito

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su capacidad funcional.	$(N.º \text{ de personas egresadas del programa que completan ciclo de intervención y que mantienen o mejoran su capacidad funcional según (TUG) / } N.º \text{ de total personas que egresan que completan ciclo de intervención del programa}) \times 100$	70% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25



## 7.2. Indicadores por componentes

Componentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
1	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados que completan ciclo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(N.º \text{ de personas que egresan completando ciclo del programa}) / (N.º \text{ de personas definidas por meta del programa para el año}) \times 100$	50% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25
2	Porcentaje de Servicios Locales que desarrollan Planes Intersectoriales con el Programa Más AMA	$(N.º \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100$	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
2	Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Más AMA	$(N.º \text{ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) \times 100$	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
1	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	$(N.º \text{ de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 o encuesta DIVAP post intervención/ N.º total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa}) \times 100$	Línea Base	Reporte Local (diferenciado por sexo, género y edad)	5
2 y 3	Porcentaje de personas mayores	$(N.º \text{ de personas participantes del})$	Línea Base	Reporte Local-	5



	que quedan vinculadas a activos u organizaciones comunitarios posterior al egreso del programa	programa que, a los 3 meses o posterior al egreso, participan de activos u organizaciones comunitarias / Total de personas mayores egresadas del programa en el período) x 100		Reporte Servicio de Salud (diferenciado por sexo, género y edad)	
--	--	--	--	--	--

## 8. MONITOREO Y EVALUACION:

El seguimiento y evaluación del Programa tiene por objetivo garantizar la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, así como el cumplimiento de las metas comprometidas y la calidad de las intervenciones desarrolladas en los territorios. El proceso de monitoreo se orienta a promover la mejora continua, la transparencia en la gestión y la rendición de cuentas entre los distintos niveles de implementación: comunal, Servicio de Salud y Ministerio de Salud.

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de agosto y 31 de diciembre, emitiendo informes de avance técnico y financiero. Cada comuna deberá enviar sus reportes al Servicio de Salud respectivo, el cual consolidará la información y la remitirá al Ministerio de Salud antes del 15 de agosto de cada año y del 15 de enero del año siguiente.

Los informes deberán incluir el estado de ejecución física y financiera del programa, el avance en el cumplimiento de los componentes, productos, metas e indicadores, las principales acciones de articulación territorial e intersectorial desarrolladas y las observaciones de la comunidad.

El proceso de evaluación se efectuará en dos etapas anuales, considerando tanto el avance técnico como el cumplimiento financiero:

### Primera evaluación (corte al 31 de agosto):

Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas.

Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (20%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud.

Porcentaje de cumplimiento de metas	Porcentaje de descuento de recursos 2º cuota del 20%
60% o más	0%
Entre 50% y 59,9%	25%
Entre 40% y 49,9%	50%
Entre 30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%

**El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.**



Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento. El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de septiembre.

#### **Segunda evaluación (corte al 31 de diciembre):**

Los Servicios de Salud deberán realizar la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

Las comunas deberán presentar la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de enero del año siguiente.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

**CUARTO: De los recursos financieros.** El Ministerio de Salud, a través de “El Servicio”, conviene en asignar a “La Municipalidad”, una vez recibidos los recursos, la suma de **\$38,263,886. - (Treinta ocho millones doscientos sesenta tres mil ochocientos ochenta seis pesos)**, para los Depto. De Salud de la comuna de Requínoa para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.



**Detalle financiero:**

**Tabla N° 1:**

REQUERIMIENTOS	MONTO	DESCRIPCIÓN Y DETALLE	MEDIOS VERIFICADORES
<b>Recurso Humano</b>	<b>\$ 31,107,725 . -</b>	-Contratación de 1 duplas profesionales (kinesiólogo/terapeuta ocupacional) en calidad contractual de honorario, contrata, indefinido y/o reemplazo por 12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato del Profesional o Nombramiento.</li> <li>• Liquidaciones de sueldo o boletas de honorarios.</li> <li>• Informe de Actividades Mensuales.</li> </ul>
<b>Insumos</b>	<b>\$ 700,000.-</b>	Material para las actividades de los talleres de estimulación funcional, tanto para función motora y prevención de caídas, estimulación cognitiva y autocuidado y estilos de vida saludables. Incluye material para ejercicios físicos, cognitivos, entrenamiento y adquisición de habilidades de autocuidado, elementos tecnológicos y no tecnológicos para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres. Los medios verificadores para la rendición de este ítem serán boletas, facturas, órdenes de compra y actas de recepción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boleta o factura</li> <li>• Órdenes de compra cuando corresponda</li> <li>• Actas de recepción</li> </ul>



<p align="center"><b>Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial</b></p>	<p align="center"><b>\$ 900,000. -</b></p>	<p>Elementos para facilitar la comodidad de los talleres y capacitaciones de líderes (alimentos saludables, hervidor, bolsos, polera, impresora, termo laminadora, anilladora, etc.). Costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de talleres, con el intersector y actividades de acompañamiento a los líderes comunitarios como materiales de difusión impreso, manuales para líderes, elementos de identificación, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Boletas, facturas.</li> <li>-Órdenes de compra,</li> <li>-Actas de recepción,</li> <li>-Listas de asistencias,</li> <li>-Registros fotográficos.</li> <li>-Plan de formación y capacitación de líderes comunitarios.</li> <li>-Plan de acompañamiento de organizaciones capacitadas.</li> </ul>
<p align="center"><b>Movilización</b></p>	<p align="center"><b>\$ 4,443,905. -</b></p>	<p>Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno, el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa, además de financiamiento en movilización para asistir a jornadas regionales, macrozonales, nacionales y/u otras instancias en materia del Programa según sea requerimiento y aprobación del Servicio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bitácoras del móvil.</li> <li>-Junto a esto, se deberá completar la hoja de ruta adjunta en anexo N° 1.</li> <li>-Boletas de factura (compra de pasajes terrestres, aéreos u otros, esto en el caso de jornadas explicadas en la descripción y detalle).</li> </ul>
<p><b>Actividad masiva con los usuarios del programa</b></p>	<p align="center"><b>\$1,112,256. -</b></p>		
<p><b>Monto Total Convenio</b></p>	<p align="center"><b>\$38,263,886. -</b></p>		

Por su parte, “**La Municipalidad**” se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud.



**QUINTO:** Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **“El Servicio”**, en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud, la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, **“En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior”**. En consecuencia, **“El Servicio”** no otorgará nuevos recursos mientras **“La Municipalidad”** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

**SEXTO:** **“El Servicio”** podrá requerir a **“La Municipalidad”**, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, **“la Municipalidad”** deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que **“Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas”**. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°26 inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **“La Municipalidad”**, está obligado a enviar a **“El Servicio”** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la norma aludida.

A raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **“La Municipalidad”**, quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, **“El Servicio”** solo revisara rendiciones a través de SISREC.
- b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
- c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en



- papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
  - e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
  - f. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, **“El Servicio”** quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. **“El Servicio”** estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al ultimo día del mes de marzo del año siguiente.  
La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando **“La Municipalidad”** ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso **“La Municipalidad”**, deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

La Municipalidad deberá rendir cuenta documentada y detallada del uso de los recursos transferidos, en la forma, plazos y condiciones establecidos en el presente convenio y en la normativa vigente, especialmente aquella impartida por la Contraloría General de la República.

Con todo, el proceso de rendición de cuentas no podrá extenderse por un plazo superior a seis meses, contado desde la fecha de término de la ejecución del convenio.

En caso que, una vez concluido el proceso de rendición de cuentas, existan saldos no ejecutados, recursos observados, rechazados o que deban ser restituidos por cualquier causa, La Municipalidad deberá reintegrarlos a Rentas Generales de la Nación, a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas respectiva, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2026.

El reintegro señalado deberá acreditarse mediante el comprobante correspondiente, el cual deberá ser acompañado a la rendición final del convenio, para todos los efectos administrativos y de control.



**SÉPTIMO:** “El Servicio” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si “La Municipalidad” se excede de los fondos destinados por “El Servicio” para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de “La Municipalidad” velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los dos establecimientos de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**OCTAVO:** Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, “El Servicio”, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnicos y supervisor del Programa a los funcionarios doña Elizabeth González Quinteros, de la Dirección de Atención Primaria;, y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos. **No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto “La Municipalidad” se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.**

**NOVENO:** Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, “El Servicio” conjuntamente con “La Municipalidad”, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que “**Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas**”, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, “El Servicio” podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

**DÉCIMO:** El presente convenio de transferencia de recursos, tendrá una vigencia, a partir del 1 de enero del presente año 2026, hasta la aprobación del informe final o, en caso de rechazo de éste, hasta la restitución de los saldos observados, no rendidos y/o no ejecutados.



Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros.

No obstante, lo anterior "**El Servicio**" podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de "**La Municipalidad**" de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a "**La Municipalidad**", otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, "**La Municipalidad**" deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "**anualidad presupuestaria**".

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, al tenor de lo señalado en la Resolución Exenta N°296 de fecha 05 de marzo 2026 del Ministerio de Salud que Aprueba el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

Prorrogado el presente convenio, "**El Servicio**", deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

***Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298.002 del Presupuesto vigente 2026 del Servicio de Salud O'Higgins.***

**UNDÉCIMO:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, "**La Municipalidad**" deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos, observados y /o remantes, cualquiera sea su causa, los que deberán ser reintegrados a rentas generales de la nación, a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas del respectivo convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N° 21.796.

El proceso de rendición de cuentas y restitución de recursos no podrá extenderse por un plazo superior a seis meses, contado desde la fecha de término de la ejecución del convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N°21.796.

Para estos efectos, las actuaciones administrativas asociadas a la rendición, revisión y restitución de fondos deberán ajustarse a los principios de eficiencia, eficacia, celeridad y simplificación procedimental, consagrados en el artículo 8 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, debiendo los órganos intervinientes actuar de oficio y adoptar las medidas necesarias para asegurar un trámite



ágil y oportuno, sin más formalidades que aquellas estrictamente exigidas por la ley y los reglamentos.

A su vez, “**El Servicio**” realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

**DUODÉCIMO:** Conforme el inciso quinto del artículo 26 de la Ley de Presupuestos del sector público correspondiente al año 2026, y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

ESTABLECIMIENTO	Profesión	Calidad contractual
Depto de Salud	KINESIOLOGO	Plazo fijo
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	Plazo fijo

Asimismo, o sin perjuicio de lo establecido precedentemente, y para el adecuado cumplimiento del objeto del presente convenio, las partes dejan constancia que, en observancia de los principios de continuidad del servicio público, servicialidad y celeridad, consagrados en la Ley N°18.575, y de conformidad con lo dispuesto en el inciso quinto de la Ley N°21.796, ambas partes, de común acuerdo, facultan a la Municipalidad para redefinir la calidad contractual del personal convenido y necesario para la ejecución de las actividades comprometidas en el presente instrumento, cuando la modificación sea imperiosa a fin de asegurar la prestación de forma ininterrumpida, regular y oportuna de las prestaciones de salud asociadas al convenio, así como la satisfacción efectiva de las necesidades de la comunidad beneficiaria.

Dicha facultad permitirá contratar personal conforme a la normativa establecida en la Ley 19.378, calidad contractual modalidad de plazo fijo, indefinido o a honorarios de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4° de la citada preceptiva manteniendo en todo caso, la tipología del recurso humano que el programa establece

**DÉCIMO TERCERO:** Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que **“Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas”**, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: **“ Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos”**, ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a “**El Servicio**” , y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes,



solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de **“La Municipalidad”**, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites. Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos.

**DÉCIMO CUARTO:** La Personería de doña Margarita Yecic Bravo, para representar al Servicio de Salud O’Higgins, en su calidad de directora (s), consta en el Decreto Exento N° 02, de fecha 7 de enero de 2026, del Ministerio de Salud. La personería de don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de alcalde, Decreto Alcaldicio N.º 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.

**DÉCIMO QUINTO:** Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

**DÉCIMO SEXTO:** El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **“La Municipalidad”**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **“El Servicio”**.

**MARGARITA YERCIC BRAVO  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO SALUD O’HIGGINS**

**WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA**



GVB

Firmado electrónicamente  
WALDO VALDIVIA MONTECINOS  
Alcalde

URL Verificación: <https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/tSUdtSgfhvuCpW3>  
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.





**DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA**  
MYB/GCS/GSP/COE/CLS/ECQ

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 1989**

**RANCAGUA,**

**31 MAR 2026**

**VISTOS:**

Estos antecedentes; Resolución Exenta N°296 de 05 de marzo de 2026, aprueba el **"Programa Más Adultos Mayores Autovalentes"**, Resolución Exenta N° 193, de fecha 13 de febrero de 2026, que aprueba su marco presupuestario para la anualidad 2026, ambas del Ministerio de Salud, Convenios suscritos con fecha 12-19 de marzo de 2026, entre este Servicio de Salud O'Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado **"Programa Más Adultos Mayores autovalentes"** y teniendo presente lo dispuesto en las Resolución 36 de la Contraloría General de la República de 2024 y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, Decreto Exento N°2, de fecha 7 de enero de 2026, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN:**


**1.-APRUÉBASE,** convenios **"Programa Más Adultos Mayores Autovalentes"**, de fecha 12-19 de marzo de 2026, suscrito entre el Servicio de Salud O'Higgins y las I. Municipalidades que se indican:

Municipalidad	RUT	Alcalde
COLTAUCO	69.080.700-9	FELIX SANCHEZ VERGARA
DOÑIHUE	69.080.600-2	BORIS ACUÑA GONZÁLEZ
LAS CABRAS	69.080.800-5	JUAN PABLO FLORES ASTORGA
MACHALI	69.080.200-7	JUAN CARLOS ABUS PARRA
MALLOA	69.081.500-1	LUIS MANUEL BARRA VILLANUEVA
MOSTAZAL	69.080.500-6	VERÓNICA ARROYO ARANCIBIA
PERALILLO	69.091.500-6	CLAUDIO ABRAHAM CUMSILLE CHOMALÍ
RANCAGUA	69.080.100-0	RAIMUNDO AGLIATI MARCHANT
RENGO	69.081.200-2	ENRIQUE DEL BARRIO HERNÁNDEZ
REQUINOA	69.081.300-9	WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS
SAN VICENTE	69.081.000-K	GUIDO CARREÑO REYES
PICHIDEGUA	69.081.100-6	RUBÉN ADOLFO CERÓN GONZÁLEZ
OLIVAR	69.081.400-5	MARÍA ESTRELLA MONTERO CARRASCO
NANCAGUA	69.090.400-4	GABRIEL AHUMADA DIAZ
CHIMBARONGO	69.090.300-8	MARCO CONTRERAS JORQUERA
QUINTA DE TILCOCO	69.081.700-4	SEBASTIAN ALONSO RODRIGUEZ FUENZALIDA
PALMILLA	69.091.000-4	CARLOS CARRERO PÉREZ
PLACILLA	69.090.200-1	MARCELO GONZÁLEZ FARÍAS
PAREDONES	69.090.900-6	MOISÉS ANTONIO CARVACHO VARGAS
PICHILEMU	69.091.200-7	ROBERTO CÓRDOVA CARREÑO

**2.- DEJASE ESTABLECIDO** que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes.

**3.- IMPÚTESE** el gasto que representen los mencionados convenios, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O'Higgins, **"Programa Más Adultos Mayores Autovalentes"**.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,**

  
**MARGARITA YERCIC BRAVO**  
**DIRECTORA (S)**  
**SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**



**DISTRIBUCIÓN**

- Mun. Indicadas.
- Dirección APS
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.



DIRECCION ATENCION PRIMARIA  
MYB/GCS/NMR/COI/CLS/ESQ

**CONVENIO "PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"**  
**SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**  
**E**  
**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA**

En Rancagua, a 12 Marzo de 2026, entre el **Servicio de Salud O'Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Directora (s) doña **Margarita Yercic Bravo**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante "**El Servicio**"; y la **Ilustre Municipalidad de Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N.º 69.081.300-9, representada por su Alcalde don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, ambos domiciliados en Comercio N° 121 Requínoa, quien en adelante se denominará "**La Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERO:** 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° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la Republica de Chile, se instaure el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

**SEGUNDO:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el denominado "**PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**".

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°296, de fecha 05 de marzo de 2026 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°193, del 13 de febrero del 2026, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que "**La Municipalidad**" se compromete a ejecutar.

**TERCERO: De las orientaciones técnicas.** El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, ha relevado la necesidad de fortalecer la

gVB



capacidad funcional de las personas mayores, promoviendo intervenciones integrales, preventivas y centradas en las personas, que permitan enfrentar los desafíos asociados al aumento sostenido de la longevidad. Estas directrices internacionales orientan a los países a desarrollar estrategias que favorezcan la autonomía, la participación social y la articulación comunitaria como ejes del envejecimiento saludable.

En este contexto, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la Atención Primaria de Salud desde el año 2015, constituye una estrategia promocional y preventiva orientada a personas mayores autovalentes. El programa pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de las personas mayores, junto con el fortalecimiento de la red comunitaria y sociosanitaria para enfrentar el envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad, posicionándose como una intervención de carácter sociosanitario con implementación territorial en la red de APS.

La transición demográfica que experimenta el país, junto con las proyecciones de envejecimiento acelerado de la población (INE, CEPAL), refuerzan la necesidad de fortalecer intervenciones preventivas orientadas a retrasar la pérdida de capacidad funcional y la instalación de la dependencia. A 2024, las personas de 60 años y más representan el 19,6% de la población nacional, proyectándose que este grupo supere el 35% al año 2060, lo que plantea desafíos relevantes para la sostenibilidad del sistema de salud y el bienestar de las personas mayores.

La Evaluación de Programas Gubernamentales realizada por la Dirección de Presupuestos el año 2020 analizó el desempeño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, identificando avances en resultados asociados a la funcionalidad, los estilos de vida saludables y la calidad de vida de las personas mayores participantes, así como la necesidad de fortalecer la focalización de la población objetivo, la articulación territorial e intersectorial y los mecanismos de seguimiento de resultados. En atención a estas recomendaciones, el presente diseño programático refuerza el enfoque preventivo, la conexión social y el posicionamiento de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la promoción del autocuidado, la mantención de la funcionalidad y la integración comunitaria, orientando la intervención hacia una estrategia de mejora continua e impacto territorial.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1 Problema Principal que el programa intenta resolver:**

Pérdida progresiva de la capacidad funcional en personas mayores autovalentes, asociada a la interacción de factores individuales, sociales, ambientales y territoriales, que incrementa el riesgo de dependencia, deteriora la calidad de vida y genera una mayor demanda futura de cuidados de mayor complejidad.

### **2.2. Justificación de la necesidad del programa:**

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos clave para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos principios forman parte del diseño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y, considerando su trayectoria de implementación y el contexto demográfico y social actual del país, requieren ser fortalecidos y actualizados para su adecuado abordaje por parte de los equipos de Atención Primaria de Salud y los gestores de la red asistencial.

La evidencia disponible ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque



preventivo y comunitario resultan efectivos para aumentar la longevidad, mejorar el control de condiciones crónicas, prevenir la dependencia y fortalecer la funcionalidad, los estados cognitivos y la autoestima de las personas mayores, contribuyendo a una mejor calidad de vida y permitiendo al sistema de salud actuar de manera preventiva y costo-efectiva. En particular, los programas de ejercicios aeróbicos dirigidos a personas mayores han mostrado efectos positivos en la fuerza y flexibilidad de los miembros superiores, la capacidad aeróbica, el equilibrio y la autoconfianza para la marcha y la movilidad en el entorno comunitario. De forma complementaria, las intervenciones de estimulación cognitiva que integran actividades corporales con componentes lúdicos y sociales han demostrado fortalecer las capacidades psicosociales de las personas participantes, presentando adecuados niveles de aceptación y adherencia (Fuentes M. et al., 2009; Vidarte J. et al., 2012; Rey A. et al., 2011).

Desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, la población de personas mayores presenta un mayor riesgo de disminución de la capacidad funcional, asociado a condiciones individuales, sociales, ambientales y territoriales. A ello se suma la creciente diversidad y complejidad de las necesidades vinculadas al proceso de envejecimiento, lo que exige respuestas diferenciadas, integrales y complementarias por parte del sistema de salud. Este enfoque resulta coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas orientadas a ampliar la integración y participación de las personas mayores, promovidas por los convenios internacionales suscritos por el país (DIPRES, Informe Final EPG, 2020).

Asimismo, el Programa reconoce que el debilitamiento de la conexión social constituye un factor relevante en la pérdida de capacidad funcional y en el aumento del riesgo de dependencia en las personas mayores, particularmente cuando se asocia a baja participación comunitaria, menor acceso a redes de apoyo y desvinculación del entorno territorial. En este sentido, resulta necesario relevar la importancia de que las personas mayores se relacionen e interactúen entre sí y con su entorno, incorporando acciones orientadas a fortalecer la vinculación social, la participación comunitaria y el acceso a recursos y activos locales, como parte de una respuesta integral a los factores que inciden en la autonomía y el bienestar en esta etapa del curso de vida. Este abordaje distingue la conexión social de la soledad, entendida como una experiencia subjetiva dolorosa derivada de la brecha entre las conexiones sociales deseadas y las reales, y del aislamiento social, definido como la condición objetiva de contar con relaciones o contactos sociales insuficientes.

Desde una perspectiva de salud pública, el aislamiento social y la soledad han sido caracterizados como riesgos relevantes para la salud de las personas mayores, lo que refuerza la necesidad de fortalecer respuestas desde el sistema sanitario. En coherencia con la agenda internacional de envejecimiento saludable impulsada por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, el Ministerio de Salud ha reforzado el rol de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la visibilización y abordaje de esta problemática, integrando la conexión social como un componente del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, orientado a la prevención de la dependencia y a la promoción de un envejecimiento saludable, con personas mayores más vinculadas y conectadas con su entorno.

### 3. OBJETIVO

Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias desde la Atención Primaria de Salud para enfrentar el envejecimiento.



## 4. POBLACIÓN

### 4.1 Población potencial del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud del país, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, conforme a la clasificación funcional vigente, y que presentan necesidades susceptibles de abordaje mediante intervenciones promocionales y preventivas orientadas a la mantención de la capacidad funcional y la prevención de la dependencia.

### 4.2. Población objetivo del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud en los que se ejecuta el programa, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, y que son priorizadas para su ingreso efectivo de acuerdo con los criterios técnicos, sanitarios y territoriales definidos en la Orientación Técnica vigente, considerando la capacidad operativa del programa y el enfoque preventivo de la intervención.

### 4.3 Cobertura del programa

Año	Población potencial	Población objetivo	Cobertura estimada
2026	2.794.626	200.000	7,1%

## 5. ESTRATEGIA

### 5.1 Componentes

Componente	Descripción
1. Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la capacidad funcional	<p>Este componente tiene por objetivo contribuir a la mantención y/o mejora de la capacidad funcional de las personas mayores mediante intervenciones grupales de carácter promocional y preventivo, orientadas a la estimulación funcional motora y cognitiva, así como al fortalecimiento de habilidades de autocuidado en salud. Está dirigido a personas mayores derivadas desde los establecimientos de Atención Primaria de Salud, servicios locales, organizaciones sociales de personas mayores, formales e informales, y desde la propia comunidad, priorizando a quienes no han participado previamente en el programa.</p> <p>La intervención se desarrolla a través de talleres grupales facilitados por una dupla profesional, con apoyo del equipo de salud y actores locales según las necesidades identificadas, integrando de manera articulada componentes físicos, cognitivos y de autocuidado. El componente considera evaluaciones de ingreso y egreso, mecanismos de seguimiento y una evaluación participativa, y contempla modalidades de implementación flexibles en contextos rurales o zonas aisladas, resguardando el acceso, la pertinencia territorial y la centralidad del cuidado en las personas mayores.</p>



GVB



<p>2. Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales para el Envejecimiento Saludable</p>	<p>Apunta a reconocer necesidades y capacidades locales mediante un proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Envejecimiento Saludable. Es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del intersector local. Incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios en el marco de los diagnósticos y planes de salud comunitaria vigentes en los establecimientos de APS.</p> <p>Además, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, en coherencias con los planes de salud comunitaria, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores, líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.</p>
<p>3. Conexión social de personas mayores en los territorios</p>	<p>Este componente tiene por objetivo fortalecer la conexión y cohesión social de las personas mayores en los territorios, promoviendo tanto la vinculación entre personas mayores (redes de pares y apoyo mutuo) como su articulación efectiva con recursos, activos comunitarios y redes locales, como parte del cuidado integral y continuo en la Atención Primaria de Salud. Se orienta a favorecer la integración social, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios, contribuyendo a la mantención y sostenibilidad de los aprendizajes fortalecidos en los componentes anteriores.</p> <p>Para ello, se promueve la identificación, articulación y recomendación social de activos comunitarios disponibles en los territorios, tales como organizaciones sociales, espacios comunitarios, iniciativas locales y servicios intersectoriales relevantes para las personas mayores, así como el desarrollo y fortalecimiento de espacios grupales y comunitarios que favorezcan la interacción, el apoyo entre pares y el sentido de pertenencia, integrándolos de manera habitual en las estrategias de promoción y participación en la Atención Primaria de Salud.</p>

## 5.2. Estrategias de Intervención

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva dirigida a personas de 60 años y más, implementada mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y las redes de servicios locales. La estrategia aborda de manera integral los distintos aspectos involucrados en la capacidad funcional, tales como la práctica de actividad física, la prevención de caídas, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la conexión social, tanto a través de la vinculación entre personas mayores como mediante el acceso a estrategias y recursos locales. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las capacidades individuales, organizacionales e



intersectoriales para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada territorio y los intereses de las personas participantes.

Asimismo, el programa contempla el trabajo articulado con organizaciones sociales, servicios locales y la comunidad en general para la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo la inserción territorial de las personas mayores y su participación en espacios colectivos significativos. Este enfoque contribuye a la generación y sostenibilidad de vínculos sociales, al sentido de pertenencia y a la continuidad del cuidado, reforzando el rol de la Atención Primaria de Salud como articuladora del cuidado integral en el territorio.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, el cual contempla la incorporación de una dupla profesional destinada al trabajo promocional y preventivo con personas mayores en los equipos de salud de atención primaria. Se recomienda que dicha dupla esté conformada por un/a Kinesiólogo/a y un/a Terapeuta Ocupacional, ambos en jornada de 44 horas semanales. En aquellos casos en que no exista disponibilidad del recurso humano señalado, se podrá solicitar al Servicio de Salud correspondiente que la dupla será conformada por otro profesional de la salud, siempre que cuente con formación de pregrado y formación afín o acorde a las funciones a desarrollar en el programa, particularmente en ámbitos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la pérdida de capacidad funcional, el trabajo comunitario y el envejecimiento saludable.

En este marco, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, como parte de la Atención Primaria de Salud, contribuye a facilitar la vinculación de las personas mayores con su establecimiento de APS, apoyando el acceso oportuno a controles, prestaciones y rutas de cuidado según las necesidades identificadas durante el proceso de intervención. A través del acompañamiento de las duplas ejecutoras, el programa favorece la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención, especialmente en aquellos casos en que existía una desvinculación previa o ausencia de contacto regular con el sistema.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro del equipo y la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

Para favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención (incluyendo criterios de ingreso y egreso, ciclos de ejecución, articulación intersectorial, etc.), la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

## 6. COMPLEMENTARIEDADES

### 6.1 Complementariedades internas

**MAIS/ECICEP:** La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA se complementa con el MAIS/ECICEP tanto desde la contribución a la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuados, como en el fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y automanejo, y además en lo que respecta a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a la ECICEP. Todos estos elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente

**Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS):** Considerando que existen cuidadores que no pueden participar por su rol en los



talleres presenciales del Programa en forma continua, se implementarán las medidas para adaptar la intervención en complementariedad con el programa PADDs.

**Medicinas Complementarias y Prácticas para el Bienestar de la Salud:** De acuerdo con el nivel de desarrollo de este ámbito en cada territorio, se podrán complementar las acciones para la educación y acercamiento de las personas mayores y los equipos del programa en prácticas de bienestar para la salud, según disponibilidad a nivel local e intereses de las personas mayores.

## 6.2. Complementariedades externas

**Programa Vínculos Subsistema Seguridad y Oportunidades:** De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud que formaliza este convenio, se debe coordinar y optimizar acciones entre ambas instituciones, facilitando el acceso preferente de personas mayores del Subsistema Seguridades y Oportunidades a seis Programas de Refuerzo a la Salud Primaria (PRAPS), incluido el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Para el desarrollo de este convenio se considera el liderazgo y asistencia técnica de encargados de ambas estrategias en los diferentes niveles: central, regional, de Servicios de Salud y comunal. Las medidas a desarrollar se encuentran contenidas en la Orientación Técnica de coordinación Más AMA- Vínculos, comunicada a la red mediante el Ordinario C 51 N° 517/2025 y sus posteriores actualizaciones.

**Sistema Elige Vivir Sano:** Este sistema intersectorial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia promueve hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, a través de iniciativas que fomentan la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia e incluye al Programa Más Adultos Mayores dentro de la oferta programática. La complementariedad se asocia a las acciones de difusión, educación y participación de las personas mayores.

**Servicios Locales:** A nivel local y en el marco de mejorar la integración entre servicios destinados a personas mayores se requiere promover procesos de coordinación e integración, entre los que destacan la formulación de Planes Intersectoriales con Oficina de Personas Mayores, Centros Diurnos, ELEM donde residan personas mayores autovalentes, estrategias deportivas, recreativas, entre otras.

## 7. INDICADORES

### 7.1. Indicadores de propósito

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su capacidad funcional.	$(N.^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que completan ciclo de intervención y que mantienen o mejoran su capacidad funcional según (TUG) / } N.^{\circ} \text{ de total personas que egresan que completan ciclo de intervención del programa}) \times 100$	70% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25



## 7.2. Indicadores por componentes

Componentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
1	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados que completan ciclo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(N.º \text{ de personas que egresan completando ciclo del programa}) / (N.º \text{ de personas definidas por meta del programa para el año}) \times 100$	50% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25
2	Porcentaje de Servicios Locales que desarrollan Planes Intersectoriales con el Programa Más AMA	$(N.º \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período}) / (\text{Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100$	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
2	Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Más AMA	$(N.º \text{ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) / (\text{Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) \times 100$	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
1	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	$(N.º \text{ de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 o encuesta DIVAP post intervención}) / (N.º \text{ total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa}) \times 100$	Línea Base	Reporte Local (diferenciado por sexo, género y edad)	5
2 y 3	Porcentaje de personas mayores	$(N.º \text{ de personas participantes del})$	Línea Base	Reporte Local-	5



	que quedan vinculadas a activos u organizaciones comunitarios posterior al egreso del programa	programa que, a los 3 meses o posterior al egreso, participan de activos u organizaciones comunitarias / Total de personas mayores egresadas del programa en el período) x 100		Reporte Servicio de Salud (diferenciado por sexo, género y edad)	
--	--	--	--	--	--

## 8. MONITOREO Y EVALUACION:

El seguimiento y evaluación del Programa tiene por objetivo garantizar la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, así como el cumplimiento de las metas comprometidas y la calidad de las intervenciones desarrolladas en los territorios. El proceso de monitoreo se orienta a promover la mejora continua, la transparencia en la gestión y la rendición de cuentas entre los distintos niveles de implementación: comunal, Servicio de Salud y Ministerio de Salud.

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de agosto y 31 de diciembre, emitiendo informes de avance técnico y financiero. Cada comuna deberá enviar sus reportes al Servicio de Salud respectivo, el cual consolidará la información y la remitirá al Ministerio de Salud antes del 15 de agosto de cada año y del 15 de enero del año siguiente.

Los informes deberán incluir el estado de ejecución física y financiera del programa, el avance en el cumplimiento de los componentes, productos, metas e indicadores, las principales acciones de articulación territorial e intersectorial desarrolladas y las observaciones de la comunidad.

El proceso de evaluación se efectuará en dos etapas anuales, considerando tanto el avance técnico como el cumplimiento financiero:

### Primera evaluación (corte al 31 de agosto):

Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas.

Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (20%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud.

Porcentaje de cumplimiento de metas	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 20%
60% o más	0%
Entre 50% y 59,9%	25%
Entre 40% y 49,9%	50%
Entre 30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%

**El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.**



Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento. El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de septiembre.

#### **Segunda evaluación (corte al 31 de diciembre):**

Los Servicios de Salud deberán realizar la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

Las comunas deberán presentar la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de enero del año siguiente.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

**CUARTO: De los recursos financieros.** El Ministerio de Salud, a través de “El Servicio”, conviene en asignar a “La Municipalidad”, una vez recibidos los recursos, la suma de **\$38,263,886. - (Treinta ocho millones doscientos sesenta tres mil ochocientos ochenta seis pesos)**, para los Depto. De Salud de la comuna de Requínoa para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.



Detalle financiero:

Tabla N° 1:

REQUERIMIENTOS	MONTO	DESCRIPCIÓN Y DETALLE	MEDIOS VERIFICADORES
Recurso Humano	\$ 31,107,725 .-	-Contratación de 1 duplas profesionales (kinesiólogo/terapeuta ocupacional) en calidad contractual de honorario, contrata, indefinido y/o reemplazo por 12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato del Profesional o Nombramiento.</li> <li>• Liquidaciones de sueldo o boletas de honorarios.</li> <li>• Informe de Actividades Mensuales.</li> </ul>
Insumos	\$ 700,000.-	Material para las actividades de los talleres de estimulación funcional, tanto para función motora y prevención de caídas, estimulación cognitiva y autocuidado y estilos de vida saludables. Incluye material para ejercicios físicos, cognitivos, entrenamiento y adquisición de habilidades de autocuidado, elementos tecnológicos y no tecnológicos para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres. Los medios verificadores para la rendición de este ítem serán boletas, facturas, órdenes de compra y actas de recepción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boleta o factura</li> <li>• Órdenes de compra cuando corresponda</li> <li>• Actas de recepción</li> </ul>



<p align="center"><b>Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial</b></p>	<p align="center"><b>\$ 900,000. -</b></p>	<p>Elementos para facilitar la comodidad de los talleres y capacitaciones de líderes (alimentos saludables, hervidor, bolsos, polera, impresora, termo laminadora, anilladora, etc.). Costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de talleres, con el intersector y actividades de acompañamiento a los líderes comunitarios como materiales de difusión impreso, manuales para líderes, elementos de identificación, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Boletas, facturas.</li> <li>-Órdenes de compra,</li> <li>-Actas de recepción,</li> <li>-Listas de asistencias,</li> <li>-Registros fotográficos.</li> <li>-Plan de formación y capacitación de líderes comunitarios.</li> <li>-Plan de acompañamiento de organizaciones capacitadas.</li> </ul>
<p align="center"><b>Movilización</b></p>	<p align="center"><b>\$ 4,443,905. -</b></p>	<p>Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno, el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa, además de financiamiento en movilización para asistir a jornadas regionales, macrozonales, nacionales y/u otras instancias en materia del Programa según sea requerimiento y aprobación del Servicio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bitácoras del móvil.</li> <li>-Junto a esto, se deberá completar la hoja de ruta adjunta en anexo N° 1.</li> <li>-Boletas de factura (compra de pasajes terrestres, aéreos u otros, esto en el caso de jornadas explicadas en la descripción y detalle).</li> </ul>
<p><b>Actividad masiva con los usuarios del programa</b></p>	<p align="center"><b>\$1,112,256. -</b></p>		
<p><b>Monto Total Convenio</b></p>	<p align="center"><b>\$38,263,886. -</b></p>		

Por su parte, **“La Municipalidad”** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud.



**QUINTO:** Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **"El Servicio"**, en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud, la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, **"En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior"**. En consecuencia, **"El Servicio"** no otorgará nuevos recursos mientras **"La Municipalidad"** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

**SEXTO:** **"El Servicio"** podrá requerir a **"La Municipalidad"**, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, **"la Municipalidad"** deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que **"Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas"**. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°26 inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **"La Municipalidad"**, está obligado a enviar a **"El Servicio"** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la norma aludida.

A raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **"La Municipalidad"**, quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, **"El Servicio"** solo revisara rendiciones a través de SISREC.
- b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
- c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en



GVB



- papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
  - e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
  - f. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, **“El Servicio”** quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. **“El Servicio”** estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al ultimo día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando **“La Municipalidad”** ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso **“La Municipalidad”**, deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

La Municipalidad deberá rendir cuenta documentada y detallada del uso de los recursos transferidos, en la forma, plazos y condiciones establecidos en el presente convenio y en la normativa vigente, especialmente aquella impartida por la Contraloría General de la República.

Con todo, el proceso de rendición de cuentas no podrá extenderse por un plazo superior a seis meses, contado desde la fecha de término de la ejecución del convenio.

En caso que, una vez concluido el proceso de rendición de cuentas, existan saldos no ejecutados, recursos observados, rechazados o que deban ser restituidos por cualquier causa, La Municipalidad deberá reintegrarlos a Rentas Generales de la Nación, a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas respectiva, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2026.

El reintegro señalado deberá acreditarse mediante el comprobante correspondiente, el cual deberá ser acompañado a la rendición final del convenio, para todos los efectos administrativos y de control.



**SÉPTIMO:** “El Servicio” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si “La Municipalidad” se excede de los fondos destinados por “El Servicio” para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de “La Municipalidad” velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los dos establecimientos de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**OCTAVO:** Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, “El Servicio”, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnico y supervisor del Programa a los funcionarios doña Elizabeth González Quinteros, de la Dirección de Atención Primaria, y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quienes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos. **No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto “La Municipalidad” se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.**

**NOVENO:** Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, “El Servicio” conjuntamente con “La Municipalidad”, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que **“Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas”**, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, “El Servicio” podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

**DÉCIMO:** El presente convenio de transferencia de recursos, tendrá una vigencia, a partir del 1 de enero del presente año 2026, hasta la aprobación del informe final o, en caso de rechazo de éste, hasta la restitución de los saldos observados, no rendidos y/o no ejecutados.



GVB



Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros.

No obstante, lo anterior "**El Servicio**" podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de "**La Municipalidad**" de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a "**La Municipalidad**", otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, "**La Municipalidad**" deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "anualidad presupuestaria".

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, al tenor de lo señalado en la Resolución Exenta N°296 de fecha 05 de marzo 2026 del Ministerio de Salud que Aprueba el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

Prorrogado el presente convenio, "**El Servicio**", deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

***Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298.002 del Presupuesto vigente 2026 del Servicio de Salud O'Higgins.***

**UNDÉCIMO:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, "**La Municipalidad**" deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos, observados y /o remantes, cualquiera sea su causa, los que deberán ser reintegrados a rentas generales de la nación, a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas del respectivo convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N° 21.796.

El proceso de rendición de cuentas y restitución de recursos no podrá extenderse por un plazo superior a seis meses, contado desde la fecha de término de la ejecución del convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N°21.796.

Para estos efectos, las actuaciones administrativas asociadas a la rendición, revisión y restitución de fondos deberán ajustarse a los principios de eficiencia, eficacia, celeridad y simplificación procedimental, consagrados en el artículo 8 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, debiendo los órganos intervinientes actuar de oficio y adoptar las medidas necesarias para asegurar un trámite



ágil y oportuno, sin más formalidades que aquellas estrictamente exigidas por la ley y los reglamentos.

A su vez, "El Servicio" realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

**DUODÉCIMO:** Conforme el inciso quinto del artículo 26 de la Ley de Presupuestos del sector público correspondiente al año 2026, y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

ESTABLECIMIENTO	Profesión	Calidad contractual
Depto de Salud	KINESIOLOGO	Plazo fijo
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	Plazo fijo

Asimismo, o sin perjuicio de lo establecido precedentemente, y para el adecuado cumplimiento del objeto del presente convenio, las partes dejan constancia que, en observancia de los principios de continuidad del servicio público, servicialidad y celeridad, consagrados en la Ley N°18.575, y de conformidad con lo dispuesto en el inciso quinto de la Ley N°21.796, ambas partes, de común acuerdo, facultan a la Municipalidad para redefinir la calidad contractual del personal convenido y necesario para la ejecución de las actividades comprometidas en el presente instrumento, cuando la modificación sea imperiosa a fin de asegurar la prestación de forma ininterrumpida, regular y oportuna de las prestaciones de salud asociadas al convenio, así como la satisfacción efectiva de las necesidades de la comunidad beneficiaria.

Dicha facultad permitirá contratar personal conforme a la normativa establecida en la Ley 19.378, calidad contractual modalidad de plazo fijo, indefinido o a honorarios de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4° de la citada preceptiva manteniendo en todo caso, la tipología del recurso humano que el programa establece

**DÉCIMO TERCERO:** Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "**Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas**", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: "**Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos**", ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a "El Servicio", y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes,



GVB



solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de "La Municipalidad", agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites. Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos.

**DÉCIMO CUARTO:** La Personería de doña Margarita Yeric Bravo, para representar al Servicio de Salud O'Higgins, en su calidad de directora (s), consta en el Decreto Exento N° 02, de fecha 7 de enero de 2026, del Ministerio de Salud. La personería de don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de alcalde, Decreto Alcaldicio N.º 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.

**DÉCIMO QUINTO:** Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

**DÉCIMO SEXTO:** El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "La Municipalidad"; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de "El Servicio".

  
  
**MARGARITA YERIC BRAVO**  
**DIRECTORA (S)**  
**SERVICIO SALUD O'HIGGINS**

  
  
**WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA**



GVB

Firmado electrónicamente  
WALDO VALDIVIA MONTECINOS  
Alcalde

URL Verificación: <https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/tSUdtSgfhvuCpW3>  
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

