MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

**N°: 1530**

**MIÉRCOLES 3 JUNIO DE 2026**

APRUEBA CIERRE CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE INDICA.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

**V I S T O S:**

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior año 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos.

**CONSIDERANDO:**

La resolución Exenta N° 2438 de fecha 13.06.2025 del Servicio de Salud de la Región O´Higgins, que aprueba convenio denominado "**PROGRAMA CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", de fecha 09.06.2025 suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins.

**D E C R E T O:**

**APRUÉBASE,** cierre de Convenio denominado "**PROGRAMA CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", por un monto de $9.000.000.- debido a su término en la ejecución administrativa, técnica y financiera del año 2025.

**REINTÉGRESE,** a la Tesorería General de la República, la suma de **$0.-** (cero pesos), por concepto de saldos no utilizados en el convenio "**PROGRAMA CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", código de proyecto en plataforma SISREC **17061-2025.**

**PUBLIQUESE**, el presente decreto en el portal de la Ilustre Municipalidad de Requínoa www.requinoa.cl, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 20.285 sobre "Transparencia y Acceso a la información Pública".

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

CAB/LGE/MMN/MSB/cvtm

**DISTRIBUCION:**

Secretaria Municipal (1)
Dpto. Finanzas Salud (1)
Archivo (1)

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

MSB

MMMN

Firmado electrónicamente
CARLOS EDUARDO ARRIAGADA BLANCO
Alcalde (S)

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretario Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/TrE933XYOOJZMEV
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**

JGB/CSG/ CSP/CAP/FAR

**RESOLUCIÓN EXENTA N°** 2438

**RANCAGUA,** 13 JUN 2025

**VISTOS:**

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 09 de junio de 2025, entre este Servicio de Salud O" Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado ***"Programa Cuidados Comunitarios en la atención primaria de salud"*** aprobado mediante Resolución Exenta N°944 de fecha 11 de diciembre de 2024, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 112 del 05 de febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio ***"Programa Cuidados Comunitarios en la atención primaria de salud",*** y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, 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, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

**RESOLUCION:**

**1.-APRUÉBASE,** Convenios **"Programa Cuidados Comunitarios en la atención primaria de salud",** de fechas 09 de junio de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O´Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

| MUNICIPALIDAD | RUT | REPRESENTANTE |
|---|---|---|
| Ilustre Municipalidad de Lolol | 69.090.500-0 | JOSÉ ALFREDO ROMÁN CHÁVEZ |
| Ilustre Municipalidad de Santa Cruz | 69.090.600-7 | YAMIL ETHIT ROMERO |
| Ilustre Municipalidad de Paredones | 69.090.900-6 | MOISÉS CARVACHO VARGAS |
| Ilustre Municipalidad de Chepica | 69.090.700-3 | FABIAN SOTO GONZÁLEZ |
| Ilustre Municipalidad de Coltauco | 69.080.700-9 | FELIX SANCHEZ VERGARA |
| Ilustre Municipalidad de Rancagua | 69.080.100-0 | RAIMUNDO AGLIATI MARCHANT |
| Ilustre Municipalidad de Requinoa | 69.081.300-9 | WALDO VALDIVIA MONTECINOS |
| Ilustre Municipalidad de Placilla | 69.090.200-1 | MARCELO GONZÁLEZ FARÍAS |

**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.- IMPUTESE** el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O´Higgins, **"Programa Cuidados Comunitarios en atención primaria de salud"**

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,**

**JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ**
**DIRECTOR**
**SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**TRANSCRITO FIELMENTE**

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS MINISTRO DE FE

**MINISTRO DE FE**

DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaria Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.

DIRECCION ATENCION PRIMARIA

JGB/CSG/DSP/CAP/FAR

**CONVENIO "PROGRAMA CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD"**

**SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**E**

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA**

En Rancagua, a 22 de mayo de 2025, entre el **Servicio de Salud O´Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante **"El Servicio"**; y la **Ilustre Municipalidad de Requinoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don Waldo Valdivia Montecinos, ambos domiciliados en calle Comercio N°121, Requinoa, 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 articulo 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 instaura 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 Cuidados Comunitarios en la Atención Primaria de Salud"***.

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°944, de fecha 11 de diciembre de 2024 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°112, del 05 de febrero del 2025, 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:

## ANTECEDENTES

En Chile el Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, involucra un acceso al cuidado y promoción de la salud integral, continua y resolutiva a lo largo del curso de vida, con equipos de salud responsables del acompañamiento a las familias y comunidades en la red asistencial. Su implementación ha sido un desafío organizacional, programático y de gestión, orientado a poner en el centro del sistema de salud el rol de la Atención Primaria; sustentado en la evidencia que a nivel internacional existe acerca de la necesidad e importancia de este viraje, pues las acciones son más costo-efectivas, integrales, e involucran respuestas sociales a los problemas de salud, con participación de la comunidad y acciones intersectoriales que apunten al origen de ellos considerando los determinantes sociales de la salud.

Dentro de los ejes del modelo de atención integral, la participación, promoción y prevención de la salud, son funciones y estrategias esenciales de salud pública y forman parte de las bases de la atención primaria de salud. Su desarrollo se materializa en la eficiencia con que se reduce la carga de morbilidad, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades. La participación ciudadana constituye un proceso político y social que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, mejorar los sistemas de gobernanza local en salud mediante el trabajo colaborativo entre las instituciones y las comunidades locales.

En esa perspectiva, la participación forma parte esencial de la obligación del Estado para promover y asegurar la participación de la ciudadanía en la administración pública. En el caso del Ministerio de Salud se dispone de una norma general de participación ciudadana que la define como "la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud ya sea en el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso de inversión de recursos públicos".

El desafío de los equipos de salud y de la misma comunidad se orienta a enfocarse en los procesos de salud y bienestar integral a partir de un enfoque salutogénico resaltando los recursos del territorio para los cuidados de salud de las personas y comunidades, especialmente identificando los activos comunitarios que pueden contribuir a un cambio en la percepción de la necesidad de incluir la recomendación social como herramienta para abordar lo promocional y preventivo en la experiencia de atención de salud. Desde esa perspectiva, resulta fundamental que las iniciativas de cuidados comunitarios sean el resultado de un trabajo integrado y de colaboración entre la comunidad y el equipo de salud, teniendo como objetivo fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, especialmente aportando al desarrollo del componente comunitario de éste.

## OBJETIVO

Contribuir a los cuidados comunitarios de la salud de las personas y familias en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, mediante el financiamiento de iniciativas comunitarias que adicionen valor al trabajo de los equipos de salud e incrementen la participación de la comunidad sobre la base del enfoque intersectorial y territorial.

## PROPOSITO

Fortalecer la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la implementación de iniciativas que resulten beneficiosas para la promoción y fortalecimiento de los cuidados comunitarios de su salud en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en el trabajo intersectorial y territorial basado en la intervención de determinantes sociales de la salud.

**COMPONENTES:**

Vale destacar que, los componentes del programa deben responder a las necesidades objetivadas en el "diagnóstico de salud comunitario" y/o enmarcarse en el "plan de trabajo de salud comunitaria" que realizan realizar los establecimientos de APS en el marco del MAIS. De este modo, los componentes son los siguientes:

| Nombre Componente | Descripción |
|---|---|
| **Educación y capacitación comunitaria** | Proceso de educación orientado a líderes/as y dirigentes/as de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil vinculados a los establecimientos de salud destinado a la transferencia de metodologías y técnicas básicas para la formulación y gestión de iniciativas de cuidados comunitarios. |
| **Fondo concursable** | Proceso de evaluación y selección de iniciativas de cuidados comunitarios presentadas por las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil por parte de panel evaluador constituido en el Servicio de Salud por representantes de la comunidad y de la red asistencial de salud. Proceso de postulación a fondo se encuentra definido en la Orientaciones Técnicas del Programa. |
| **Jornada de Intercambio de Experiencias** | Jornada de presentación de aprendizajes por parte de las organizaciones comunitarias y equipos de APS a partir de las iniciativas ejecutadas. Incluye sistematización escrita o sistematización audiovisual de las iniciativas seleccionadas para su difusión entre los Servicios de Salud del país y con la comunidad en el territorio. |

La asignación de recursos se hará sobre la base de las propuestas e iniciativas que presenten los Municipios y que hayan sido seleccionadas por Panel Evaluador constituido para ese efecto en el Servicio de Salud respectivo según pauta de evaluación proporcionada por el Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria (DIVAP). Esta disposición técnica y otras vinculadas a la ejecución del PRAPS será normada mediante de Orientaciones Técnicas que serán entregadas a los Servicios de Salud.

Los recursos financieros del PRAPS destinados al financiamiento de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud en APS se dividirán en 3 (tres) tipos de fondos concursables según resolución de distribución de recursos conforme a subtítulo 22 y subtítulo 24 respectivamente. En base a lo precedente, se elaborará Orientación Técnica del PRAPS que definirá la asignación de la cantidad de iniciativas que serán financiadas por los Servicios de Salud para establecimientos de APS y Establecimientos dependientes.

| Tipo de Fondo | Monto máximo a asignar | Requisitos que debe cumplir la iniciativa comunitaria |
|---|---|---|
| A | $18.000.000 | Debe involucrar a toda la población de la comuna, priorizándose de manera especial, a aquellas comunas que no se hayan adjudicados recursos en versiones anteriores del PRAPS y que se encuentren categorizadas preliminarmente como zonas de desarrollo según estudio realizado por la Subsecretaria de Desarrollo Regional (Subdere), según Decreto N° 90 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública que Aprueba el reglamento que fija la política nacional sobre zonas rezagadas en materia social. |

| | | |
|---|---|---|
| B | $6.000.000 | Debe involucrar a la población inscrita a un Centro de Salud Familiar, Hospital Comunitario, Centro Comunitario de Salud u otro dispositivo, excluyendo las Postas de Salud Rural (PSR). |
| C | $3.000.000 | La iniciativa involucra a la población y comunidad adscrita a una Posta de Salud Rural (PSR), Estaciones Médicos Rurales (EMR) u otro dispositivo de atención con dependencia de un establecimiento de salud. |

## ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

El Programa de Cuidados Comunitarios es una estrategia que contribuye a la profundización del Modelo de Atención en Salud mediante el financiamiento de acciones, estrategias y actividades que, coordinadas y articuladas entre los equipos de salud, las organizaciones y las comunidades locales, fomenten la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y familias en su territorio.

El Programa aborda diversas líneas estratégicas de financiamiento de iniciativas promovidas por las organizaciones comunitarias vinculadas a los establecimientos de salud en Atención Primaria. Estas iniciativas deben ser el resultado del trabajo colaborativo entre comunidad y equipos de salud, enfocadas en fortalecer acciones y actividades de cuidados de la población arraigadas en los activos comunitarios que actúan como un factor protector de su salud basadas en el trabajo territorial e intersectorial de las instituciones dedicadas a la intervención de inequidades en la salud.

Como marco orientador complementario, basado en el enfoque de curso de vida, las organizaciones vinculadas a los establecimientos de salud deberán postular iniciativas de cuidados comunitarios considerando alguna o varias de las siguientes líneas de intervención técnica.

**Líneas de Intervención**

| Líneas de intervención |
|---|
| Trabajo intersectorial para abordaje de vulnerabilidades y desigualdades sociales que influyen en las condiciones de equidad en la salud la comunidad. |
| Intervenciones sociosanitarias en el manejo y autocuidado de la salud de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con foco en los objetivos y alcances de la iniciativa HEARTS (MINSAL-OPS). |
| Promoción de Estilos de Vida Saludables en las comunidades locales, enfocándose en iniciativas que incluyan intervenciones sociosanitarias basadas en situación epidemiológica especifica con énfasis en enfoque de curso de vida. |
| Fortalecimiento de instancias y mecanismos de participación social que se orienten a mejorar la experiencia usuaria de las personas y organizaciones en el acceso a la atención en salud, involucrando activamente a la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación del proceso. |
| Estrategias que potencien la prevención y promoción de la Salud Mental en las personas y comunidad basadas en un concepto de bienestar integral que incluyan la participación de organismo públicos y privados. |
| Iniciativas de protección del medio ambiente y de entorno saludables para las personas y comunidades a través de educación social e intervenciones para la prevención y control de enfermedades zoonóticas. |
| Estrategias de cooperación y educación en salud entre las comunidades indígenas y los equipos APS destinadas a intervenir condiciones de salud específicas en las localidades. |
| Gestión participativa entre comunidades y equipos de salud destinadas a fortalecer la gestión de emergencias y desastres con las personas. |
| Estrategias y/o iniciativas comunitarias contenidas en los Planes de Participación Social de los Establecimientos de Salud en el marco del MAIS y de la Estrategia de Cuidados Integrales Centradas en las Personas (ECICEP). |
| Iniciativas de educación destinadas al fortalecimiento de habilidades y competencias en la comunidad para avanzar en procesos de gestión participativos en la red asistencial de salud. |
| Estrategias de Cuidados Comunitarios en salud para cuidadores y personas en situación de discapacidad en la comunidad. |
| Iniciativas que fomenten estrategias destinadas a potenciar la humanización del trato entre la |

| |
|---|
| comunidad y los funcionarios(as) de los establecimientos de salud, incluyendo campañas de educación en la comunidad orientadas a eliminar conductas y comportamiento violentos que afecten la atención en salud. |
| Iniciativas que desde la perspectiva de género entreguen herramientas para la participación social de mujeres y diversidades sexogenéricas. |

## INDICADORES.

**Indicadores de Propósito:**

| Nombre del indicador | Fórmula de cálculo |
|---|---|
| Porcentaje de comunas elaboran participativamente con las organizaciones sociales iniciativas comunitarias de cuidados de la salud en el marco del MAIS. | (Número de comunas del país que formulan iniciativas comunitarias de cuidados de la salud participativamente en el marco del MAIS en el período t/N° total de comunas) X 100. |
| Porcentaje de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial destinadas a fortalecer intervenciones sociosanitarias en Postas de Salud de Rural. | (Número de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial en las Postas de Salud Rural en el período t/N° total de comunas con PSR) X 100 |

**Indicadores Complementarios (por componente):**

| COMPONENTE | OBJETIVO ESPECIFICO | INDICADOR | FORMULA | META | PESO RELA-TIVO | MEDIO VERIFICACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Educación y capacitación comunitaria | Fortalecer competencias en líderes y dirigentes de la comunidad para la formulación de iniciativas comunitarias de salud. | Porcentaje de dirigentes capacitados en formulación y gestión de iniciativas de cuidados comunitarios de la salud. | (Número de dirigentes capacitados elaboran, al menos, una iniciativa de cuidados comunitarios de la salud / Número de dirigentes que participan de la capacitación) X100. | 100% | 35% | -Registro de asistencia<br>-Reporte técnico.<br>-Rem A 19B sección B |
| Fondo Concursable | Ejecutar iniciativas presentadas por las organizaciones sociales y de la sociedad civil de cuidados comunitarios de la salud que cumplen con disposiciones técnicas del | Porcentaje de comunas que ejecutan iniciativas ciudadanas de Cuidados Comunitarios de salud. | (Número de comunas que ejecutan, al menos, 1 iniciativa ciudadana de cuidados comunitarios en salud en el periodo t / Número total de comunas del país) X100 | 100% | 35% | -Acta Constitución de Panel Evaluador de iniciativas con resolución.<br>-Acta de selección de iniciativas seleccionadas por panel evaluador<br>-Ingreso de Convenios y resoluciones a |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Minsal. | | | | | plataforma financiera de APS. |
| Jornadas de intercambio de experiencias | Fortalecer el intercambio de experiencias y aprendizajes locales en cuidados comunitarios de la salud | Porcentaje de servicios de salud que ejecutan jornadas de intercambios de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud. | (Número de servicios de salud que ejecutan al menos 1 jornada de intercambio de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud en el periodo t / Número total de servicios de salud) X100 | 100% | 30% | -Registro de asistencia<br>-Informe de Sistematización de iniciativas comunitarias.<br>-REM A19B sección B. |

## CONVOCATORIA Y DIFUSIÓN

La convocatoria la realizará cada Servicio de Salud mediante los medios de información y comunicación usuales con los establecimientos y equipos de APS, proceso que deberá ser formalizado mediante el envío oficial de la convocatoria a los municipios y establecimientos de salud. Esta medida se complementará con una presentación formal que deberá realizarse al Consejo de la Sociedad Civil del Servicio de Salud.

Las iniciativas de cuidados comunitario en salud serán elaboradas en conjunto entre las organizaciones sociales u otras organizaciones de la sociedad civil y los establecimientos de salud contemplados en este Programa.
Posteriormente, será el municipio quién envíe y presente las iniciativas al Servicio de Salud correspondiente. Es fundamental que en proceso de elaboración de las iniciativas por la comunidad se encuadren en los objetivos y alcances del Modelo de Atención Integral en Salud.

Los Servicios de salud deben cautelar la realización de un proceso de capacitación y formación para la ciudadanía y comunidades locales, a través de los encargados de participación local. Estas capacitaciones deben formar parte del "plan de trabajo de salud comunitaria", y deben registrarse de manera adecuada en el REM 19 a y b según corresponda.

Para la formulación de las iniciativas se deberá obligatoriamente utilizar formato tipo proporcionado por la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP), incluidas como anexos en estas orientaciones técnicas. Los Servicios de Salud, atendiendo estas orientaciones técnicas, deberán cautelar la realización de un proceso de capacitación y formación para la ciudadanía y comunidades locales a fin de colaborar en la gestión participativa del proceso de elaboración de las iniciativas.

Se debe considerar que, toda iniciativa debe considerar al menos una de las líneas de intervención. De este modo, la sola compra de un insumo o la sola habilitación material de algo, no constituye una iniciativa, si no va acompañada del abordaje de una línea de intervención.

Las organizaciones que resultasen seleccionadas con financiamiento para la ejecución de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud, deberán expresar y dar a conocer públicamente a

los beneficiarios(as), que éste ha sido financiado por el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para dicha acción, es obligación considerar dentro del presupuesto de las iniciativas el material de difusión con los logos institucionales de los patrocinadores, tales como pendones y/o volantes; y todo material gráfico que se utilice durante y en la iniciativa. Además, se requerirá como medio de prueba, un informe fotográfico y/o video que corrobore esta exigencia, mediante la utilización de la gráfica institucional, la cual se encuentra disponible para su descarga en http://kitdigital.gob.cl/.

## PROCESO DE PRESENTACION DE INICIATIVAS

**Requerimientos para postulación.**

1. La iniciativa comunitaria debe ser elaborado participativamente entre las organizaciones sociales y el establecimiento de salud de atención Primaria, ya sea CES/CESFAM, Posta de Salud Rural, CECOSF u Hospital Comunitario. Sin embargo, considerando la necesidad de reforzar el trabajo con enfoque salutogénico en las comunidades locales, en el caso de aquellos grupos y colectivos de la comunidad (no constituidos formalmente) que se vinculan con el establecimiento de salud a través de algún programa lo podrán realizar con el respaldo del Director(a) del Establecimiento de Salud.
2. La postulación de la iniciativa debe ir acompañada de una Carta Compromiso entre las organizaciones y las autoridades municipales, según corresponda (ANEXO N° 1).
3. Se debe adjuntar el "formulario de postulación para el financiamiento de la iniciativa al Programa de Cuidados Comunitarios en APS" (ANEXO N° 2).

4. Considerar entre las actividades de la iniciativa, la aplicación de exámenes de medicina preventiva (EMP, EMPAM) o cualquier otra actividad de salud que contribuyan a potenciar la prevención, promoción y trabajo intersectorial, como así también, aquellas que se orienten a la habilitación de competencias y habilidades para la gestión sociosanitarias en el marco del fortalecimiento del MAIS.

5. La ejecución de actividades contenidas en las iniciativas deberán priorizar su implementación en horarios que permitan la participación e involucramiento de la comunidad ( 70% extramurales) y en establecimiento de salud ( 30% intramurales).

6. La iniciativa debe considerar una carta Gantt de actividades (mínimo 4 etapas: planificación; ejecución; evaluación; sistematización).

7. Para los efectos de población se considera la validada por FONASA para el año 2024.

8. Incluir solo RRHH temporales (que no impliquen continuidad de contrato, que no superen el 20% del costo total del financiamiento aprobado por panel evaluador del Servicio de Salud).

9. No podrán participar organizaciones con fines de lucro.10. No podrán participar organizaciones, que tengan proyectos sin cerrar financieramente y con antecedentes "por no cumplimiento financieros."

11. Los establecimientos de salud de atención Primaria, ya sea CES/CESFAM, Posta de Salud Rural, CECOSF u Hospital Comunitario, no podrán participar si aún a las fechas de postulación, se encuentran sin cerrar financieramente las iniciativas comunitarias de años anteriores.

**Participantes:**

Los establecimientos de atención primaria deben diseñar, presentar y ejecutar las iniciativas en conjunto con organizaciones sociales (funcionales, territoriales y sociedad civil) constituidas de conformidad a las leyes N$^{os}$ 19.418, 19.253 y 20.500, incluyendo aquellas regidas por leyes especiales, registradas como de interés público y que estén desarrollando acciones en beneficio de los usuarios. Sin embargo, considerando la necesidad de reforzar el trabajo con enfoque salutogénico en las comunidades locales, en el caso de aquellos grupos y colectivos de la comunidad (no constituidos formalmente) que se vinculan con el establecimiento de salud a través de algún programa lo podrán realizar con el respaldo del Director del Establecimiento de Salud.

## PANEL Y CRITERIOS DE EVALUACION:

## PANEL DE EVALUACION:

En cada Servicio de Salud se conformará un panel evaluador que estará presidido y conformado por el Jefe(a) o Director(a) de Atención Primaria del Servicio de Salud o a quien delegue esa función, un representante del Departamento de Participación Ciudadana del mismo Servicio de Salud, un representante de organizaciones comunitarias a nivel del Servicio de Salud según corresponda, un representante de las entidades administradoras de salud municipal, un representante de los gremios de la salud y representante de la SEREMI de salud (Promoción y/o Participación). En el caso de los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud, se considerará la participación de a lo menos un director/a de estos establecimientos.

Será responsabilidad del Panel de Evaluación realizar el análisis de admisibilidad, la evaluación y selección de las iniciativas seleccionadas, debiendo para ese efecto, levantar un acta de las iniciativas seleccionadas con sus respectivos puntajes y firmado por el Director(a) de Servicio para ser remitidos a la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud.

Los resultados del proceso de selección deberán ser difundidos a través de las páginas web institucionales, siendo recomendable que finalizada la ejecución de las iniciativas comunitarias sean compartidos los principales resultados para la población mediante distintas vías de comunicación oficial del Servicio de Salud (RRSS institucionales como: Instagram, Facebook, X, TikTok, entre otros).

Para poder sesionar, el panel evaluador debe contar con la representación de al menos el 50%+1 de los miembros que la conforman.

La evaluación considerará los antecedentes presentados en el formulario de postulación (Anexos N°1 y N°2) con lo que se realizará una pre selección, determinándose una nómina de postulaciones que sean admisibles (Anexo N°3).

El Panel Evaluador, como criterios prioritarios de la evaluación, debe tener especial consideración en que se cautele el cumplimiento de las siguientes medidas:

Medidas técnicas:

1. Los recursos solicitados deben ser coherentes con los objetivos, actividades y resultados esperados presentados en el Formulario de Postulación.
2. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que, deben ser planificadas considerando metodologías participativas, estrategias de educación popular, educación para adultos, entre otros.
3. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que se debe asegurar el rol preponderante de las organizaciones sociales en la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades, dejando respaldo ("evidencias") de esta participación.
4. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que al menos el 70% de las actividades a realizar deben ser extramurales (fuera del establecimiento de salud).

7

5. Todas las iniciativas deben incorporar acciones sanitarias tales como: exámenes de medicina preventiva, test de screening, etc., u otras de acuerdo a la propuesta de trabajo presentadas.
6. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que no pueden ir orientadas a la adquisición de equipamientos y/o bienes inventariables para el centro de salud.

Medidas administrativas:

7. Todas las actividades que impliquen gastos deben ser ejecutadas completamente a diciembre 2025.
8. No se puede destinar más del 20% del monto concursado a contratación de recurso humano, teniendo siempre en consideración los principios administrativos de transparencia, probidad y eficiencia en el uso de los recursos financieros.
9. No se financiará recurso humano para la gestión y/o coordinación de las iniciativas.
10. No se puede arrendar inmuebles ni invertir en infraestructura.
11. La compra de recursos operacionales debe ser respaldada y acorde con las actividades planificadas.
12. Si, previa justificación para la implementación de actividades de educación para la salud, se adquirieran bienes inventariables (equipos o equipamiento menor), acorde a las necesidades de la iniciativa y de la comunidad, estos deberán ser debidamente inventariados de acuerdo a normativas locales.
13. Si los bienes serán traspasados a las organizaciones comunitarias, debe existir un acto administrativo que respalde dicho traspaso, acorde a las normativas locales (Comodato).
14. Desde la postulación de la iniciativa se debe coordinar con las unidades de finanzas del Departamento de Salud y/o del municipio, a fin de conocer los requerimientos administrativos y contables que las entidades contraloras internas exigen para la ejecución y rendiciones de todos los gastos asociados al proyecto.

Medidas financieras:

15. Los gastos deben ser adecuadamente respaldados con las actividades que se realizarán (No se consideran actividades las compras o el financiamiento de algo en particular)
16. Se sugiere digitalizar todas las boletas y/o facturas que respalden las compras realizadas.
17. Se sugiere realizar un registro de las acciones a fin de que estos se puedan consolidar como buenas prácticas, y fomentar la sostenibilidad en el tiempo, más allá de la asignación de recursos extraordinarios.
18. El plan de gastos debe ser visado y autorizado por el Servicio de Salud previo a su ejecución.
19. Para la rendición técnica, deben considerar los verificadores dispuestos en componentes del programa.
20. En caso de reasignación y distribución de recursos por gastos asociados a las actividades reprogramadas, estás deben ser autorizadas y visadas por el referente técnico del Servicio de Salud, previo informe de solicitud con la justificación pertinente.

Rendición

a. Como medio verificador, los registros de asistencias deben estar correctamente elaborados, considerando al menos: fecha de la actividad, nombre de la actividad, nombre y firma del responsable de la actividad, nombre completo de los participantes, RUT, organización comunitaria a la que pertenece, firma del participante.

b. Como medio verificador, las fotografías de las actividades deben ser acompañadas de registro de asistencia. No sirve la fotografía sola.

c. Como medio verificador de las actividades pueden utilizar, además: Sistematización de conversatorios, diálogos, etc.

## CRITERIOS DE EVALUACION

La realización del proceso de evaluación de las iniciativas presentadas se realizará sobre la base de cuatro (4) criterios. Según el logro de cada uno de ellos, el panel deberá otorgar un puntaje entre uno (1) y siete (7), a cada iniciativa presentada.

| CRITERIO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| **Participación de la comunidad** | La participación social se comprende como el proceso destinado a fomentar el involucramiento de las personas y comunidades en las decisiones relacionadas con su estado de salud y bienestar. Se puede expresar de múltiples formas en los territorios según características culturales, sociales, religiosas, entre otras. La participación involucra diversos mecanismos de inclusión de la ciudadanía, grupos organizados y sociedad civil en las decisiones públicas vinculadas a sus condiciones de vida. De igual forma, se relaciona con procesos participativos y/o dinámicas sociales relacionadas con formas "espontaneas" en que las personas y comunidades se organizan para enfrentar una problemática de naturaleza colectiva. En el caso de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud, la participación social debe visualizarse como una acción continua y permanente de la comunidad que, vinculada a los establecimientos de salud, manifiesta un claro interés y preocupación por mejorar su situación de salud y de vulnerabilidad social. |
| **Innovación** | Se entenderá innovación, como una acción, metodología, técnica o introducción de elementos nuevos, para la solución de problemáticas territoriales y/o comunitarias vinculadas al bienestar de las personas, familias y comunidad en los cuidados de su salud. El principal elemento a evaluar es el tipo de solución que se formula desde la comunidad apartándose de las alternativas institucionales y/o convencionales. Se trata de acciones y estrategias basadas en un enfoque salutogénico con énfasis en la identificación y caracterización de activos comunitarios para la salud. La innovación se puede expresar en iniciativas comunitarias de salud que expresan un acuerdo de cooperación y colaboración entre las comunidades, establecimientos de salud e intersector en el marco de intervenir las determinantes sociales de la salud que afectan el estado de bienestar de la población con una visión de salud pública. |
| **Sostenibilidad** | Se refiere a la capacidad que la experiencia perdure en el tiempo y otorgarle continuidad basada en la construcción de alianzas de colaboración con el municipio, con el intersector u otras comunidades locales vinculadas a la promoción de procesos de bienestar integral. Se reconoce su relación con otras iniciativas del intersector contenidas en algunos instrumentos de planificación, como, por ejemplo, el Plan Comunal de Salud. La sostenibilidad de una iniciativa se condiciona al involucramiento de la comunidad y a la capacidad de comprometer respaldo técnico-político con todas las instituciones públicas y privadas vinculadas con el territorio. |
| **Replica/escalabilidad** | La experiencia permite la recuperación de aprendizajes valiosos en base a resultados evidenciables (procesos, recursos, herramientas, métodos, entre otros) que pueden expandirse, transferirse, escalar y ser aplicadas, en contextos similares o en contextos distintos con la misma problemática, impactando en el ecosistema social e institucional, relacionados con la equidad y los determinantes sociales de la salud. |

El panel evaluador deberá cautelar, como criterio general, que las iniciativas presentadas por la comunidad se orienten en términos transversales a incorporar los siguientes enfoques transversales:

**Género**: La incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida (Orientaciones Programáticas en Red, Minsal, 2022)

**Equidad en Salud**: Según la OMS, equidad puede ser definida como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente". Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura. (Orientaciones Programáticas en red, Minsal, 2022).

## DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

**Establecimientos de Dependencia Municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 7 de este Programa.

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

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

**La tabla de descuento es la siguiente:**

| **Porcentaje de cumplimiento** | **Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%** |
|---|---|
| 40,00% | 0% |
| Entre 30,00% y 39,99% | 50% |
| Entre 20,00% y 29,99% | 75% |
| Menos del 20% | 100% |

Estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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

Este programa se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

**CUARTO: De los recursos financieros.** El Ministerio de Salud, a través de **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"**, la suma de **$ 9.000.000.-** (Nueve millones de pesos), para el centro detallado de la comuna de Requinoa, con el objeto de financiar recurso humano y otros gastos de actividades comunitaria, en base a las iniciativas presentadas, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.

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, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

| Comuna | Establecimiento | Iniciativa Local | Total Recursos año 2025 |
|---|---|---|---|
| Requinoa | CESFAM Requinoa | "Ecos de Bienestar: Comunicación Comunitaria en Salud" | $6.000.000 |
| | CECOSF Chumaquito | "Te cuidamos porque entregas lo mejor de ti: Por un mayor bienestar para cuidadoras y cuidadores de personas con demencia" | $3.000.000 |

**Detalle financiero:**

| **I)- TECNOLOGIA** (Computador, Notebook, data, Tablet, Impresora, Parlantes, Celular, otro) | | |
|---|---|---|
| **ESTABLECIMIENTO** | **INSUMO** | |
| CECOSF Chumaquito | Celular, disco duro externo, micrófonos inalámbricos | **$1.800.000** |
| **II) MATERIALES E INSUMOS DE APOYO:** (Mesas, sillas, toldos, resmas, materiales, pendón, alimentos, otros) | | |
| **ESTABLECIMIENTO** | **MATERIAL / INSUMO** | |
| **Cesfam Requinoa** | kit de terapia floral (mediterraneo, australianas o chamánicas)<br>frascos.<br>Materiales para masoterapia (aceites y esencias)<br>Materiales de recuerdo tipo merchandising<br>Pendón<br>Logo | **$2.000.000** |
| **CECOSF Chumaquito** | Trípode, telón fotográfico, porta telón<br>Encuesta de salud: alimentación | |

| III) SERVICIOS: (Cafetería, traslados, arriendos, otros) | | |
|---|---|---|
| **ESTABLECIMIENTO** | **SERVICIO** | |
| **Cesfam Requinoa** | Coffee<br>Acceso a piscina<br>Traslado | **$5.200.000** |
| **CECOSF Chumaquito** | Servicio de Capacitaciones<br>Elaboración de material educativo<br>Revista de Salud<br>Encuesta de Salud | |
| **TOTAL COSTO ANUAL APS MUNICIPAL** | | **9.000.000** |

**QUINTO:** Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **"El Servicio"**, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto admirativo respectivo, equivalente **a $ 6.300.000 (Seis millones trecientos mil pesos)** y el 30% restante en octubre, equivalente a **$2.700.000 (Dos millones, setecientos mil pesos)**, dejándose expresamente establecido que, atendido que estos recursos asignados a **"La Municipalidad"** se encuentran destinados para la ejecución del Programa de Cuidados Comunitarios en Atención Primaria de Salud en la comuna.

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 Republica que *"Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas"*. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que *"Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple*". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su 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 Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

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 Republica. 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"** quedará 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 último 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.

**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 del establecimiento 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 responsables técnicos y supervisores del Programa a los funcionarios doña Cecilia Aravena Pereira, y don Felix Arevalo Reyes 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, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por **"La Municipalidad"**, y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. 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, **las prestaciones efectuadas por los Centros Comunitarios de salud Familiar referidos en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

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 cumplimento 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.**

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 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O´Higgins.*

**UNDÉCIMO:** Finalizado el período de vigencia **"La Municipalidad"** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. 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:** 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 TERCERO:** La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O´Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requinoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio N°4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requinoa.

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

**DÉCIMO QUINTO:** El presente convenio se firma en dos 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" en copias digitalizadas.**

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS
DIRECTOR

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA
ALCALDE

**JAIME GUTIERREZ BOCAZ**
**DIRECTOR**
**SERVICIO SALUD O'HIGGINS**

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