

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

**APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ
FONDO FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES EN APS(FOFAR)
DECRETO ALCALDICIO N° 2019
DALCAHUE, 13 de agosto de 2024**

VISTOS: La Resolución Exenta N° 5179 del 29 de mayo de 2024, del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 524 del 3 de marzo de 2022, que Aprueba Convenio; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR basado en la sentencia firme y ejecutoriada Rol 1459-2021; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el *“Convenio Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS(FOFAR)”* suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé, representado por su Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann, mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir la suma anual y única de \$70.833.388.-(setenta millones ochocientos treinta y tres mil trescientos ochenta y ocho pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota del 70% del valor total ascendiente a \$49.583.372.-(cuarenta y nueve millones quinientos ochenta y tres mil trescientos setenta y dos pesos) que se transfiere al momento de la firma del convenio.



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ

SECRETARIA MUNICIPAL

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

RESOLUCION EXENTA N° 5179

CASTRO, 29 MAYO 2024

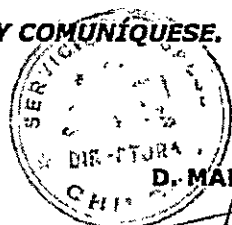
VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Convenio

Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR), suscrito con fecha 8 de abril de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 1015 del 28 de diciembre de 2023, que aprueba el Programa **Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR)**, Resolución Exenta N° 77 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 77 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR) 2024, cuyo propósito es Disponer de los recursos y procesos que permitan que las personas con enfermedades crónicas accedan oportunamente a medicamentos e insumos para el tratamiento de esas enfermedades, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud. 3.- Que, El Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR)**" suscrito con fecha 8 de abril de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 77 del 26 de enero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 680 del 07 de febrero de 2022 y Resolución Exenta N° 1626 del 06 de marzo de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUEBASE**, "CONVENIO FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN APS (FOFAR)" suscrito con fecha 8 de abril de 2024, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 77 del 26 de enero de 2024, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarlos que ascienden la suma anual y única de **\$70.833.388.- (Setenta millones ochocientos treinta y tres mil trescientos ochenta y ocho pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.
2. **DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 680 del 07 de febrero de 2022 que aprueba convenio suscrito del 19 de enero de 2022 y Resolución Exenta N° 1626 del 06 de marzo de 2023 que aprueba Addendum del 1 de marzo de 2023, ambas del Servicio de Salud Chiloé.
3. **TRANSFIERASE**, primera cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$49.583.372.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
4. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
5. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2024.
6. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. MARCELA CÁRCAMO-HEMMELMANN

DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/S&O/cmv

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Claudia Arias Carrasco
- Of. Partes, S.S. Chiloé





CONVENIO
PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN APS (FOFAR)

ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 8 de abril de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N° 105, de la comuna de Dalcahue, representada por su **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la "Municipalidad", su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 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 dictará la correspondiente resolución".

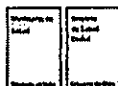
Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa:

Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR) aprobado por Resolución Exenta N° 1015 del 28 de diciembre de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 77 del 26 de enero de 2024, del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschl.redsalud.gob.cl/>).

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



DIAGNÓSTICO

En fiscalización realizada por la Superintendencia de Salud a los establecimientos de Atención Primaria, en el año 2014, se informó que había una disponibilidad de 53,8% de los medicamentos asociados al Programa de Salud Cardiovascular ⁽¹⁾, originada principalmente por no contar con un presupuesto marcado para la adquisición de estos medicamentos, deficiente o nula gestión de abastecimiento oportuno de los medicamentos y/o por no contar con los espacios para el almacenamiento de un stock crítico de estos medicamentos, que permita asegurar una continuidad en la entrega de medicamentos a las personas que se atienden en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Se entenderá como acceso oportuno al tratamiento farmacológico, a la entrega de todos los medicamentos prescritos en una receta (en cantidad y el total de medicamentos detallados en receta), al momento en que el usuario asista a retirarlos al botiquín/farmacia de su centro de salud o cuando ante imposibilidad para acceder en forma presencial al establecimiento es entregada en domicilio.

Son múltiples los estudios que señalan que la no entrega oportuna de los tratamientos farmacológicos tiene implicancias en la salud de las personas, incrementando los costos para el sistema por complicaciones que requieren de atenciones en niveles de mayor complejidad y/o generando un mayor gasto de bolsillo para la población ⁽²⁾. Chile es uno de los países con el mayor gasto de bolsillo en salud de la OCDE (4,6% versus el 3% de promedio OCDE). Los medicamentos constituyen el principal componente de este gasto, afectando en mayor medida a los hogares pertenecientes a los quintiles de más bajos ingresos ⁽²⁾.

Desde el año 2014, el gasto en medicamentos corresponde, promedio, al 35% del gasto de bolsillo en salud, pero si se toma solo a los hogares que gastan en fármacos (el 53,4% del total), esta proporción alcanza el 55,3% del gasto de bolsillo en salud, o más del 60% según los casos. El fenómeno es, además, regresivo, y particularmente inhumano en los sectores más pobres, al menos en ciertas hipótesis ⁽³⁾.

Dado la prevalencia de estas patologías en nuestro país y la carga que impone la no compensación de estas al sistema de salud, que es demasiado onerosa para ignorarse, (se estima que los costos del sistema sanitario totales para la Hipertensión en 28 millones de USD en 2015 ⁽⁴⁾), se hace prioritaria la mantención de una estrategia que pueda asegurar el acceso a tratamiento farmacológico e insumos a las personas con enfermedad cardiovascular y que ha resultado exitosa desde su instalación en el año 2014.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

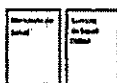
a. Problema principal que el programa intenta resolver:

Personas presentan dificultad en el acceso oportuno a medicamentos e insumos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas en Atención Primaria de Salud.

a. Justificación de la necesidad del programa:

El programa se justifica en la necesidad de mantener la disponibilidad de los recursos farmacológicos para el manejo de enfermedades crónicas en beneficiarios del sistema público de salud y que de lo contrario no contarían con los recursos financieros suficientes (gasto de bolsillo) para disponer de esos medicamentos, esenciales para contribuir a la compensación de su patología.

El Programa FOFAR centraliza en un solo programa la adquisición de los medicamentos de las tres patologías crónicas, con mayor índice de mortalidad a nivel nacional, asegurando la disponibilidad, mediante la entrega de recursos para la adquisición a estos y ha permitido un ahorro significativo, al consolidar la demanda de estos productos a nivel nacional a través de la adquisición vía Central de Abastecimientos de los Servicios (CENABAST).



El programa, desde su inicio, ha permitido asegurar la disponibilidad de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos en los centros de salud, mediante la entrega de recursos para la adquisición de estos y ha permitido un ahorro significativo, al consolidar la demanda de estos productos a nivel nacional a través de la adquisición vía Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

OBJETIVO

Disponer de los recursos y procesos que permitan que las personas con enfermedades crónicas accedan oportunamente a medicamentos e insumos para el tratamiento de esas enfermedades, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

a. Propósito:

Contribuir al control de las personas con enfermedades crónicas que se atienden en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

POBLACIÓN

a. Población objetivo:

Personas de 15 años y más que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), que se atienden en Atención Primaria de Salud y que presentan al menos uno de los siguientes diagnósticos: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia.

Cuantificación de la población objetivo: 2.631.571.

Fuente de Información: Para el año 2024 se proyecta una población objetivo con base al crecimiento anual presentado por el Programa de Salud Cardiovascular, bajo la premisa de la recuperación de actividades postergadas. Fuente de datos: REM P04, sección A, diciembre 2022.

b. Cobertura del programa:

	2021	2022	2023	2024
POBLACIÓN OBJETIVO	2.577.500	2.577.500	2.636.083	2.694.666
BENEFICIARIOS EFECTIVOS	2.195.744	2.196.554	2.264.152	2.309.607
COBERTURA	85,19%	85,22%	85,89%	85,71%

Para el año 2024 se proyecta una población objetivo con base al crecimiento anual presentado por el Programa de Salud Cardiovascular, bajo la premisa de la recuperación de actividades postergadas. Fuente de datos: REM P04, sección A, junio 2023.

ESTRATEGIA

a. Componentes:

NOMBRE COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de	Objetivo del componente: Entrega de medicamentos e insumos de manera oportuna a personas bajo control con diagnóstico de Hipertensión Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia.

Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.	Especifique la causa que atiende: Baja disponibilidad de medicamentos. Describa el bien o servicio provisto: Entrega de medicamentos e insumos para el tratamiento de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia. Identifique la población a la que se le entrega el bien o servicio: Personas de 15 años y más que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), que se atienden en Atención Primaria con al menos uno de los siguientes diagnósticos: Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia y con indicación de tratamiento farmacológico. Señale la forma en que se produce y/o entrega el bien o servicio: Una vez que la persona es diagnosticada con al menos una de las tres patologías que abarca este Programa y se le indique inicio de un tratamiento farmacológico, la persona deberá dirigirse a retirar sus medicamentos al botiquín/farmacia del establecimiento de salud, se le deberá hacer entrega de todos los medicamentos señalados en la receta y en las dosis prescritas. En caso de no estar disponibles los medicamentos, la persona puede generar un reclamo en Salud Responde y estos deberán ser entregados en su domicilio en un plazo no superior a 24 horas. En caso de requerir curaciones de pie diabético o úlceras venosas, estarán disponibles en su centro de salud los insumos necesarios para realizar una curación avanzada. Debido a la naturaleza crónica de las patologías que abarca este programa la persona será beneficiaria durante toda su vida, la entrega de estos medicamentos será realizada de manera mensual de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica N°12 sobre la Organización y Funcionamiento de la Atención Farmacéutica en la Atención Primaria de Salud (5).
---	---

b. Estrategia de intervención del Programa:

El programa asegura a las personas bajo control en establecimientos de Atención Primaria de Salud, con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia, el acceso oportuno a los medicamentos que son prescritos por su médico en su establecimiento de salud y apoya con insumos para la curación avanzada de heridas.

Se entenderá como establecimientos de Atención Primaria de Salud, a los siguientes:

- Establecimientos de salud de administración municipal (Postas, Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Centros de Salud Familiar (CESFAM).
- Establecimientos de salud de dependencia de los Servicios de Salud, (Centros de Salud Familiar (CESFAM) dependientes y Hospitales de Baja complejidad, que otorgan prestaciones de Atención Primaria de Salud).
- Establecimientos de salud enmarcados en DFL N°36 del año 1980, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que realizan prestaciones de Atención Primaria de Salud, actualmente son 8 los establecimientos a nivel nacional que forman parte de la red de Atención Primaria de Salud).

Flujo de intervención:

➤ Ingreso al Programa:



Cuando una persona concurre a un control médico en un establecimiento de Atención Primaria y a través de los resultados de exámenes, el médico realiza confirmación diagnóstica de al menos uno de los siguientes diagnósticos: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia, e indica un tratamiento farmacológico, luego de esta atención, la persona deberá concurrir a retirar sus medicamentos al botiquín/farmacia del establecimiento de Atención Primaria, donde al momento de realizar la entrega de fármacos por primera vez, la persona ingresará a la población beneficiaria del programa.

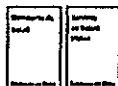
Atendido que este programa abordará enfermedades crónicas, se considera que una vez que la persona ingrese, será beneficiario durante toda su vida; pudiendo haber egresos por causas administrativas (cambio de previsión de salud) o que la persona no concorra a sus controles médicos en el establecimiento de Atención Primaria de Salud.

➤ Disponibilidad del medicamento:

Los medicamentos que forman parte del listado farmacológico de este Programa deberán estar disponibles en forma permanente, en botiquines/farmacias de los establecimientos de Atención Primaria de Salud, a lo menos, en un 20% del stock requerido de manera mensual, de manera que cuando la persona concorra a retirar sus medicamentos estos puedan ser entregados.

Para asegurar la disponibilidad de estos medicamentos, se interviene en los siguientes procesos:

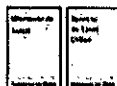
- Entrega de recursos para la adquisición de estos medicamentos: Se entregan recursos para la adquisición directa de los medicamentos del listado definido en las Orientaciones Técnicas del FOFAR, a las comunas adheridas al mismo o por parte de los Servicios de Salud directamente, de acuerdo con las estrategias de implementación a nivel local. Dada la gran dispersión geográfica que presentan algunos Servicios de Salud, sumado a los problemas de conectividad y logística de distribución, el Servicio de Salud decide centralizar la adquisición de estos medicamentos en los Servicios de Salud y luego abastecer a los centros de Atención Primaria de su jurisdicción.
 - o Los medicamentos deberán ser adquiridos principalmente vía Central de Abastecimiento de los Servicios de Salud (CENABAST), ya que, de esta manera, por concentración de la demanda nacional, se logran precios más competitivos, que en los procesos de licitación a nivel local.
- Implementación de un stock de seguridad en los Servicios de Salud: Inicialmente a través de este Programa se entregaron recursos a los Servicios de Salud, para la implementación de un stock de seguridad de los medicamentos de este programa, los cuales, ante un problema de abastecimiento, puedan apoyar a los establecimientos de salud de su red, con el fin de evitar quiebres de stock y que las personas pierdan el acceso oportuno a sus medicamentos. El establecimiento una vez normalizado el abastecimiento de los medicamentos, deberá devolver las cantidades que fueron entregadas por el Servicio de Salud, de manera de resguardar la mantención de este stock de seguridad. El Servicio de Salud también deberá gestionar cambios de stock de estos medicamentos con los establecimientos/droguerías comunales, por motivo de pronto vencimiento, de manera de evitar la pérdida.
- Incorporación de Químico Farmacéutico en los Servicios de Salud: Como referente de este Programa, deberán velar por la implementación de este y supervisar su funcionamiento en los establecimientos de salud, deberá supervisar la existencia de un stock mínimo de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.



- Implementación de Servicios Farmacéuticos en los establecimientos (CESFAM, CECOSF y Postas) y en las entidades administradoras de APS, a través de la incorporación de Químicos Farmacéuticos, lo que ha permitido la incorporación de las siguientes estrategias:

- o Organización, implementación, desarrollo, control y evaluación de un sistema de suministro de medicamentos e insumos terapéuticos, oportunos, expeditos, eficientes y accesibles, que permita dar cumplimiento a las acciones de salud (selección de medicamentos, programación de necesidades y su financiamiento, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución).
 - o Información y educación al equipo de salud y pacientes sobre los medicamentos y algunos usos y prácticas de la medicina tradicional.
 - o Estimulación de la participación comunitaria promoviendo la responsabilidad del individuo en el uso racional de los fármacos y de la familia en el cuidado del enfermo.
 - o Incorporación de Técnicos de nivel superior en enfermería o farmacia: se busca apoyar el funcionamiento de las unidades de botiquín y farmacia de los centros de salud, para la dispensación de medicamentos a las personas con celeridad y oportunidad requerida.
 - o Fortalecer la infraestructura y equipamiento de Botiquines/Farmacias/Bodegas/Droguerías comunales: Entrega de recursos para el mejoramiento infraestructura y equipamiento en Botiquines/Farmacias, permite asegurar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, velando por cumplir con la normativa vigente y mejorar la calidad de atención brindada a las personas beneficiarios. Entrega de recursos para implementar o habilitar Bodegas/Droguerías comunales, que permita el almacenamiento del stock necesaria de estos medicamentos, de manera de garantizar la entrega oportuna de estos medicamentos a las personas beneficiarias del programa.
 - o Poner a disposición insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de úlceras venosas y de pie diabético: Esto permitirá que cuando una persona beneficiaria del Programa FOFAR, requiera de una curación avanzada de pie diabético, estos insumos estén disponibles en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, esto se logra por:
 - o Entrega de recursos para la adquisición de insumos para la curación avanzada de heridas.
 - o Contratación de profesional de enfermera, lo cual tiene como objeto realizar las curaciones avanzadas de úlcera de pie diabético.
- Apoyo al acceso a dispositivos médicos que permitan realizar curaciones avanzadas en úlcera de extremidades inferiores, las cuales generalmente ocurren como consecuencia de la Diabetes mellitus tipo 2.
- o La implementación de esta estrategia permite evitar complicaciones tan severas como las amputaciones. Este tipo de intervenciones impactan en el aumento y prolongación de la calidad de vida de las personas diabéticas.
 - o Implementación de la estrategia "Entrega de medicamentos a domicilio": con la cual se facilita el acceso a los fármacos para el tratamiento de patologías crónicas a personas que presentan dificultad para acceder al establecimiento de salud (para el retiro de estos), se considera para esta estrategia a:
- o Personas con dependencia severa y a sus cuidadores.
 - o Personas de centros diurnos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Personas de establecimientos de larga estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).



Dado que el programa abarca patologías crónicas, las personas serán beneficiarios durante toda su vida. La entrega de estos medicamentos será realizada de manera mensual de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica N°12 sobre la organización y funcionamiento de la Atención Farmacéutica en la Atención Primaria de Salud ⁽⁶⁾.

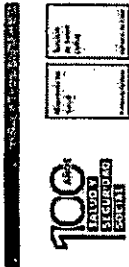
COMPLEMENTARIEDADES

a. Complementariedad a nivel interno:

PROGRAMA CON QUE SE COMPLEMENTA	SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Programa de Salud Cardiovascular	Subsecretaría de Redes Asistenciales	En cuanto las personas ingresan al Programa Salud Cardiovascular, se les indica tratamiento farmacológico, el cual es entregado a través del Programa Fondo de Farmacia.

b. Complementariedad a nivel externo:

PROGRAMA CON QUE SE COMPLEMENTA	SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Atención domiciliar a personas con dependencia severa	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Las personas beneficiarias de este programa son personas a las que el Programa Fondo de Farmacia, les hará entrega de sus fármacos en domicilio
Fondo Subsidio ELEM	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Las personas residentes en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, a través del Programa Fondo de Farmacia reciben sus medicamentos directamente en estos establecimientos.
Centros diurnos del Adulto Mayor (SENAMA)	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Las personas que asisten en los Centros diurnos del Adulto Mayor (SENAMA), a través del Programa Fondo de Farmacia reciben sus medicamentos directamente en estos establecimientos.



INDICADORES

a. Indicadores de Propósito:

NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	METODOLOGÍA Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	INFORMACIÓN ADICIONAL	2023 (SITUACIÓN ACTUAL)	2024 (CON PROGRAM A)	2025 (CON PROGRAM A)
Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año t.	$\frac{\text{Número de recetas con despacho total y oportuno a crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año t}}{\text{Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año t}} \times 100$	Se entiende por receta despachada de forma completa y oportuna, a las recetas que son solicitadas por las personas pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, y que son despachadas en todas sus prescripciones, dosis y cantidades indicadas y al momento en que fueron solicitadas por la persona beneficiaria en el botiquín/farmacia. Número total de recetas: corresponde a la totalidad de las recetas asociadas al Programa de Salud Cardiovascular que fueron solicitadas para su despacho (ya sea que hayan sido despachadas en forma total y oportuna o que hayan sido despachadas de manera parcial). Mensualmente un profesional de botiquín/farmacia extrae la información del sistema informático e informa al estadístico del centro de salud, el número de recetas que fueron entregadas de manera completa y oportuna y el número total de recetas (asociadas al Programa de Salud Cardiovascular), que fueron dispensadas en el mes anterior. Esta información se va consolidando, de manera de poder obtener la información a nivel de comuna/servicio de salud de manera anual.	Dimensión Eficacia Periodicidad Anual Lectura Ascendente Unidad de medida Porcentual	95%	95%	95%
	Medio de verificación: REM A04 Sección J Despacho de					

Porcentaje de personas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular con despachos de medicamentos en los establecimientos	recetas del Programa de Salud Cardiovascular.	Mensualmente las distintas soluciones informáticas de ficha clínica electrónica (Rayen, OMI, desarrollos propios) que se han implementado en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, envían la información de las recetas y prescripciones que fueron despachadas en botiquines/farmacias, asociadas al Programa de Salud Cardiovascular, el Depto. TIC MINSAL recepciona esta información y actualmente se encuentra trabajando en la implementación de un Tablero de Mando FOFA, mediante el cual se podrá monitorizar estas recetas y evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores. Durante los últimos años, del total de recetas asociadas al Programa de Salud Cardiovascular, a lo menos un 95% de recetas han sido entregadas de manera total y oportuna al momento que fueron solicitadas por el usuario en botiquín/farmacia del centro de salud. En el 5% restante que no se despacha se deberían poder activar otros canales como el de reclamos en que se deben entregar los medicamentos en un plazo no mayor a 24 horas hábiles.	Peso relativo 40%		
Número de personas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el mes / Número de personas bajo control del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención	Se debe considerar, que la entrega de los medicamentos a personas beneficiarias será realizada de manera mensual de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica N°12 sobre la organización y funcionamiento de la Atención Farmacéutica en la Atención Primaria de Salud. Se debe considerar que la Población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular, se informa en el REM P04 sección A, en los meses de junio y diciembre de cada año.	Dimensión Eficacia Periodicidad Anual	70%	75%	80%

de Atención Primaria de Salud en el año t.	Primaria de Salud en el año t) x 100. Medio de verificación: REM A04 Sección J Despacho de recetas del Programa de Salud Cardiovascular y REM P04 sección A, Población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular.	A través de este indicador se espera evaluar el porcentaje de personas pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular que retiran medicamentos en establecimientos de Atención Primaria. El indicador anterior mide el porcentaje de recetas asociadas al Programa de Salud Cardiovascular que fueron despachadas de manera total y oportuna, mientras que este indicador evalúa el porcentaje de personas pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular que retira medicamentos en Atención Primaria de Salud Cardiovascular.	Lectura Ascendente Unidad de medida Porcentual Peso relativo 20%			
--	--	--	--	--	--	--

b. Indicadores Complementarios (por componente):

NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	METODOLOGÍA Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	INFORMACIÓN ADICIONAL	2023 (SITUACIÓN ACTUAL)	2024 (CON PROGRAMA)	2025 (CON PROGRAM A)
----------------------	--------------------	---	-----------------------	-------------------------	----------------------	----------------------

Porcentaje de cumplimiento de establecimientos que cumplen con el stock mínimo, en el año t.	(Nº de establecimientos que cumplen con el stock mínimo del listado de medicamentos definido por el Programa en el año t / Nº Total de establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año t) * 100. Medio de verificación: Pauta de evaluación de disponibilidad de medicamentos del Programa Fondo de Farmacia.	Los Servicios de Salud realizarán a lo menos una visita por establecimiento de Atención Primaria de Salud al año, para evaluar la existencia de stock mínimo disponible, de a lo menos un 20%, del listado de medicamentos definidos por el Programa. Dicha evaluación quedará registrada mediante la aplicación de una Pauta que evidencie la existencia del stock mínimo, la cual será consolidada en Informe anual remitido por el Servicio de Salud a referente técnico del Programa. La Pauta de evaluación estará contenida en las Orientaciones Técnicas del Programa.	Dimensión Calidad Periodicidad Anual Lectura Ascendente Unidad de medida Porcentual Peso relativo 20%	-	70%	70%
Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas	(Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el semestre/Total de actividades programadas durante el año evaluado) * 100. Medio de verificación: REM A04 Sección I, Servicios Farmacéuticos.	Se debe considerar, que los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas que reciben recursos del Programa FOFAR y que cuentan con profesional Químico Farmacéutico (44 horas) deberán destinar al menos 11 horas semanales, para actividades farmacéuticas o en su efecto un proporcional respecto de las horas contratadas (33 hrs, 22 hrs u 11 hrs.). En el caso de que la comuna, no cuente con horas de Químico Farmacéutico, el peso relativo de este indicador se le sumará al del Indicador N° 1. Quedan excluidos de este indicador, aquellos profesionales Químicos Farmacéuticos con dedicación exclusiva en Droguería.	Dimensión Calidad Periodicidad Anual Lectura Ascendente Unidad de medida Porcentual Peso relativo 20%	70%	75%	80%

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará dos veces en el año, emitiendo informes al 30 de junio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 31 de julio de cada año, y 31 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de junio de cada año, se deberá informar en informe modelo que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 70%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30%
70%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
< a 40,00%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

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

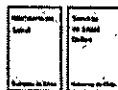
Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

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.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera



necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

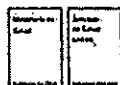
Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, Indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera:

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$70.833.388.- Setenta millones ochocientos treinta y tres mil trescientos ochenta y ocho	Primera cuota	\$49.583.372.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$21.250.016.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.				
e Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo por cada componente				



Detalle Financiero:

ESTRATEGIAS	MONTO
FÁRMACOS	\$40.040.034.-
RR.HH.QUÍMICO FARMACÉUTICO	\$25.000.000.-
INSUMOS CURACIÓN PIE DIABÉTICO	\$4.293.354.-
MEJORAMIENTO BODEGAS	\$1.500.000.-
TOTAL PROGRAMA	\$70.833.388.-

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el 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, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

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° 20 "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."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

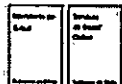
a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará 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 el SISREC.

c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién 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, sólo 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 éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

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 del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

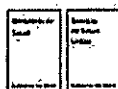
c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún 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 su 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.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes 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.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2025 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.



El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la "Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos:

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la Información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se

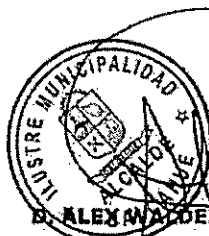


El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

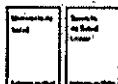
DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N° 548 del 7 de marzo de 2022.


D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE


D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

 Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv



ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.