



RESOLUCIÓN EXENTA N° 0765 /.

IQUIQUE, **18 FEB. 2020**

VISTOS,

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.8 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Decreto Exento N°42 del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto N° 18, de 2017, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 659 de fecha 23 de Agosto 2019, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Apoyo a la Participación Ciudadana en Atención Primaria de Salud Municipal, Año 2019, Resolución Exenta N° 712 de fecha 16 de Septiembre 2019, del Ministerio de Salud, que distribuye los recursos del citado Programa; Decreto Afecto N° 42 del 13 de Septiembre de 2019 del Ministerio de Salud; Resolución N° 007 de 2019 de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1.-Que, por resolución Exenta N° 659, de 2019, el Ministerio de Salud aprobó el **Programa de Apoyo a la Participación Ciudadana en Atención Primaria de Salud Municipal, Año 2019.**

2.- Que, por resolución Exenta N°712 de 2019, el Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **Programa de Apoyo a la Participación Ciudadana en Atención Primaria de Salud Municipal, Año 2019.**

3.- Que, mediante convenio de fecha 08 de octubre de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Ilustre Municipalidad de Alto Hospicio, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de **\$ 15.000.000 (Quince millones de pesos)** para realizar las acciones de apoyo relativas al Programa de Apoyo a la Participación Ciudadana en Atención Primaria de Salud Municipal, Año 2019.

RESUELVO:

1.- **APRUÉBASE** el Addendum del convenio de ejecución del **“Programa de Apoyo a la Participación Ciudadana en Atención Primaria de Salud Municipal Año 2019”** Comuna de Alto Hospicio, de fecha 03 de Diciembre de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud Iquique Representado por su Director D. Jorge Galleguillos Möller y la Municipalidad de Alto Hospicio, representada por su Alcalde D. Patricio Ferreira Rivera.

2.- El Addendum que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de seis páginas, cuyos ejemplares suscritos por el Director del Servicio de Salud Iquique, D. Jorge Galleguillos Moller y el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio D. Patricio Elías Ferreira Rivera, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.

Todos los ejemplares del presente Addendum deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

El texto modificado que por este acto se aprueba se entiende forma parte integrante de la presente resolución y se reproduce a continuación:

ADDENDUM

“PROGRAMA APOYO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, AÑO 2019” ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

En Iquique a 03 de diciembre de 2019, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Director D. **JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 9.381.231-K del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **“SERVICIO”**, por una parte; y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público RUT 69.265.100-6, representada por su Alcalde Don **PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 10.481.059-4, ambos domiciliados en Av. Ramón Pérez Opazo N° 3125 de la Comuna de Alto Hospicio, en adelante la **“MUNICIPALIDAD”**, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Con fecha 08 de octubre de 2019, las mismas partes comparecientes firmaron el **CONVENIO DE EJECUCIÓN “APOYO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, AÑO 2019”**, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE** y la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, aprobado por Resolución Exenta N° 4397 del 25 de octubre de 2019 del Servicio de Salud de Iquique.

SEGUNDA: Por este acto e instrumento las partes comparecientes de común acuerdo vienen en modificar las siguientes cláusulas del convenio ya individualizado quedando del siguiente tenor:

DONDE DICE:

DÉCIMA: El **“SERVICIO”**, no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos

debidamente calificados y expresamente fundados por la Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

Se transcriben a continuación ambos anexos:

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2 y Anexo N°3 adjunto, los cuales deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo, deben ser copia de los originales y deben incluir lo que señala a continuación:

- Copia de comprobantes de ingreso.
- Copia de comprobantes de Egreso
- ID de la licitación.
- Boletas de respaldo en caso de tener caja chica
- Copia facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia facturas y/o boletas compras de insumos, equipo o equipamiento destinados al programa.

Ambos anexos, con sus respectivos respaldos, deberán enviarse a través de ordinario conductor dirigido a Directora del "SERVICIO", en las fechas definidas anteriormente.

Al mismo tiempo, se debe enviar copia escaneada de estos anexos al Departamento de Atención Primaria y Departamento de finanzas del "SERVICIO", a los correos nelson.castillo@redsalud.gov.cl, fernando.arias@redsalud.gov.cl y finanzas.ssi@redsalud.gov.cl.

Asimismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá remitir un informe final, a través de los formularios de rendición de cuentas Anexo N°1, Anexo N°2 y Anexo N°3 dirigido a Director del "SERVICIO", en la siguiente fecha:

- **Informe financiero final:** Fecha límite **Miércoles 22 de enero de 2020**, el que deberá señalar el monto total de los recursos recibidos durante el año, el monto detallado de la inversión anual realizada por la "MUNICIPALIDAD" y el saldo disponible al **31 de diciembre de 2019** y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Asimismo toda la **documentación original de respaldo** deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior el "SERVICIO" implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones el cual será informado oportunamente a la "MUNICIPALIDAD", que reemplazará el actual sistema y será obligatorio desde el momento en que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el servicio determine.

DEBE DECIR:

DÉCIMA: EI "SERVICIO", no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, la MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por las Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

Se transcriben a continuación ambos anexos:

Este formulario contiene campos para: 1. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD OTORGANTE; 2. IDENTIFICACION DEL SERVIDOR O CONTRATISTA Y DEL PROGRAMA DE INVERSION; 3. IDENTIFICACION DEL PROYECTO; 4. ESTADO DE EJECUCION DEL SERVIDOR O CONTRATISTA; 5. ESTADO DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE INVERSION; 6. ESTADO DE EJECUCION DEL PROYECTO; 7. ESTADO DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES; 8. ESTADO DE EJECUCION DE LAS OBRAS; 9. ESTADO DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS; 10. ESTADO DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS. Incluye también un espacio para el informe de la entidad receptora.

Rubro	Mensual												Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2 y Anexo N°3 adjunto, los cuales deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo, deben ser copia de los originales y deben incluir lo que señala a continuación:

- Copia de comprobantes de ingreso.
- Copia de comprobantes de Egreso
- ID de la licitación.
- Boletas de respaldo en caso de tener caja chica
- Copia facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia facturas y/o boletas compras de insumos, equipo o equipamiento destinados al programa.

Ambos anexos, con sus respectivos respaldos, deberán enviarse a través de ordinario conductor dirigido a Directora del "SERVICIO", en las fechas definidas anteriormente.

Al mismo tiempo, se debe enviar copia escaneada de estos anexos al Departamento de Atención Primaria y Departamento de finanzas del "SERVICIO", a los correos nelson.castillo@redsalud.gov.cl , fernando.arias@redsalud.gov.cl y finanzas.ssi@redsalud.gov.cl.

Asimismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá remitir un informe final, a través de los formularios de rendición de cuentas Anexo N°1, Anexo N°2 y Anexo N°3 dirigido a Director del "SERVICIO", en la siguiente fecha:

- **Informe financiero final:** Fecha límite **Viernes 20 de marzo de 2020**, el que deberá señalar el monto total de los recursos recibidos durante el año, el monto detallado de la inversión anual realizada por la "MUNICIPALIDAD" y el saldo disponible al **29 de febrero de 2020** y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Asimismo toda la **documentación original de respaldo** deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior el "SERVICIO" implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones el cual será informado oportunamente a la "MUNICIPALIDAD", que reemplazará el actual sistema y será obligatorio desde el momento en que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el servicio determine.

DONDE DICE:

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del **01 de enero de 2019** y hasta el **31 de diciembre de 2019** para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio.

DEBE DECIR:

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del **01 de enero de 2019** y hasta el **29 de febrero de 2020** para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio.

DONDE DICE:

DÉCIMO CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de **febrero de 2020**.

Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

DEBE DECIR:

DÉCIMO CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de **abril de 2020**.

Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

TERCERA: Déjese constancia que la personería de la D. Jorge Galleguillos Möller, para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto Afecto N°42 del 13 de septiembre de 2019 del Ministerio de Salud. La representación de D. Patricio Elías Ferreira Rivera, para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 4322 del 6 de Diciembre 2016 de la Municipalidad de Alto Hospicio.

CUARTA: El presente addendum se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO", y otro en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.







QUINTA: El convenio individualizado en la cláusula primera de este instrumento se mantendrá plenamente vigente, subsistiendo todas sus cláusulas, salvo en lo modificado por el presente addendum.

3.-IMPÚTESE el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud de Iquique".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.



D. JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE



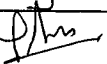


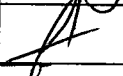
	Iniciales Nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial	CEV	
Departamento Asesoría Jurídica	NMA	
Departamento Gestión Financiera (S)	PSM	
Departamento Atención Primaria	PSA	
Departamento Participación Social	NCB	
Referente Programa Participación	FAU	

3.-IMPÚTESE el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud de Iquique".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.



JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

	Iniciales Nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial	cev	
Departamento Asesoría Jurídica	NMA	
Departamento Gestión Financiera (S)	Pcom	
Departamento Atención Primaria	Psn	
Departamento Participación Social	NCB	
Referente Programa Participación	FAU	

Distribución:

Municipalidad de Alto Hospicio
División de Atención Primaria MINSAL
Oficina de Partes del SSI

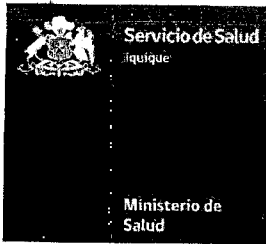
CC:

- jurídica.ssi@redsalud.gov.cl
- finanzas.ssi@redsalud.gov.cl
- jaime.abarzua@redsalud.gov.cl
- pablo.morenor@redsalud.gob.cl
- aps.ssi@redsalud.gov.cl
- convenios.aps@redsalud.gob.cl
- nelson.castillo@redsalud.gob.cl
- fernando.arias@redsalud.gob.cl

Lo que transcribo a Ud. para conocimiento y fines pertinentes




MINISTRO DE FE



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. ASESORÍA JURIDICA
DEPTO. FINANZAS
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA
DEPTO. PARTICIPACIÓN SOCIAL GESTIÓN AL USUARIO Y GOB.

ADDENDUM

“PROGRAMA APOYO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, AÑO 2019”

ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

En Iquique a 03 de diciembre de 2019, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Director D. **JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 9.381.231-K del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el “**SERVICIO**”, por una parte; y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público RUT 69.265.100-6, representada por su Alcalde Don **PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 10.481.059-4, ambos domiciliados en Av. Ramón Pérez Opazo N° 3125 de la Comuna de Alto Hospicio, en adelante la “**MUNICIPALIDAD**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Con fecha 08 de octubre de 2019, las mismas partes comparecientes firmaron el: **CONVENIO DE EJECUCIÓN “APOYO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL, AÑO 2019”**, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE** y la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, aprobado por Resolución Exenta N° 4397 del 25 de octubre de 2019 del Servicio de Salud de Iquique.

SEGUNDA: Por este acto e instrumento las partes comparecientes de común acuerdo vienen en modificar las siguientes cláusulas del convenio ya individualizado quedando del siguiente tenor:

DONDE DICE:

DÉCIMA: El “**SERVICIO**”, no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO** no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por la Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

Se transcriben a continuación ambos anexos:

Comuna de Alto Hospicio



FECHA	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	CANTIDAD	MONEDA	TIPO DE GASTO	CLASIFICACIÓN	CONCEPTO	PROYECTO	ACTIVIDAD	INDICADOR

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2 y Anexo N°3 adjunto, los cuales deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo, deben ser **copia** de los originales y deben incluir lo que señala a continuación:

- Copia de comprobantes de ingreso.
- Copia de comprobantes de Egreso
- ID de la licitación.
- Boletas de respaldo en caso de tener caja chica
- Copia facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia facturas y/o boletas compras de insumos, equipo o equipamiento destinados al programa.

Ambos anexos, con sus respectivos respaldos, deberán enviarse a través de ordinario conductor dirigido a Directora del "SERVICIO", en las fechas definidas anteriormente.

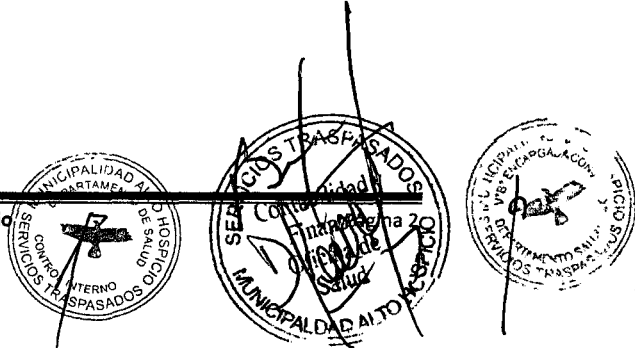
Al mismo tiempo, se debe enviar copia escaneada de estos anexos al Departamento de Atención Primaria y Departamento de finanzas del "SERVICIO", a los correos nelson.castillo@redsalud.gov.cl , fernando.arias@redsalud.gov.cl y finanzas.ssi@redsalud.gov.cl.

Asimismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá remitir un informe final, a través de los formularios de rendición de cuentas Anexo N°1, Anexo N°2 y Anexo N°3 dirigido a Director del "SERVICIO", en la siguiente fecha:

- **Informe financiero final:** Fecha límite **Miércoles 22 de enero de 2020**, el que deberá señalar el monto total de los recursos recibidos durante el año, el monto detallado de la inversión anual realizada por la "MUNICIPALIDAD" y el saldo disponible al **31 de diciembre de 2019** y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Asimismo toda la **documentación original de respaldo** deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior el "SERVICIO" implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones el cual será informado oportunamente a la "MUNICIPALIDAD", que reemplazará el actual sistema y será obligatorio desde el momento en que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el servicio determine.



DEBE DECIR:

DÉCIMA: El "SERVICIO", no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, la MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por las Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

Se transcriben a continuación ambos anexos:

Formulario de rendición de cuentas con campos para datos personales, identificación, y detalles del programa de salud.

Tabla con 10 columnas y 20 filas, destinada a registrar datos de rendición de cuentas.

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2 y Anexo N°3 adjunto, los cuales deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo, deben ser copia de los originales y deben incluir lo que señala a continuación:

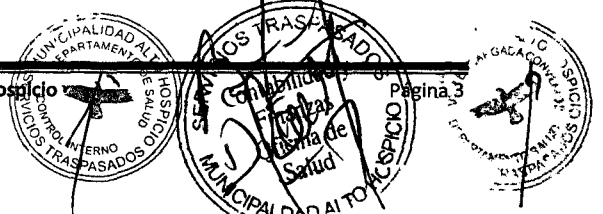
- Copia de comprobantes de ingreso.
- Copia de comprobantes de Egreso
- ID de la licitación.
- Boletas de respaldo en caso de tener caja chica
- Copia facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia facturas y/o boletas compras de insumos, equipo o equipamiento destinados al programa.
-

Ambos anexos, con sus respectivos respaldos, deberán enviarse a través de ordinario conductor dirigido a Directora del "SERVICIO", en las fechas definidas anteriormente.

Al mismo tiempo, se debe enviar copia escaneada de estos anexos al Departamento de Atención Primaria y Departamento de finanzas del "SERVICIO", a los correos nelson.castillo@redsalud.gov.cl , fernando.arias@redsalud.gov.cl y finanzas.ssi@redsalud.gov.cl.

Asimismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá remitir un informe final, a través de los formularios de rendición de cuentas Anexo N°1, Anexo N°2 y Anexo N°3 dirigido a Director del "SERVICIO", en la siguiente fecha:

- **Informe financiero final:** Fecha límite **Viernes 20 de marzo de 2020**, el que deberá señalar el monto total de los recursos recibidos durante el año, el monto detallado de la inversión anual realizada



por la "MUNICIPALIDAD" y el saldo disponible al **29 de febrero de 2020** y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Asimismo toda la **documentación original de respaldo** deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior el "SERVICIO" implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones el cual será informado oportunamente a la "MUNICIPALIDAD", que reemplazará el actual sistema y será obligatorio desde el momento en que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el servicio determine.

DONDE DICE:

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del **01 de enero de 2019** y hasta el **31 de diciembre de 2019** para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio.

DEBE DECIR:

DÉCIMO TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del **01 de enero de 2019** y hasta el **29 de febrero de 2020** para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio.

DONDE DICE:

DÉCIMO CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de **febrero de 2020**.

Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

DEBE DECIR:


DÉCIMO CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de **abril de 2020**.


Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

TERCERA: Déjese constancia que la personería de la D. Jorge Galleguillos Möller, para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto Afecto N°42 del 13 de septiembre de 2019 del Ministerio de Salud. La representación de D. Patricio Elías Ferreira Rivera, para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 4322 del 6 de Diciembre 2016 de la Municipalidad de Alto Hospicio.

CUARTA: El presente addendum se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO", y otro en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

QUINTA: El convenio individualizado en la cláusula primera de este instrumento se mantendrá plenamente vigente, subsistiendo todas sus cláusulas, salvo en lo modificado por el presente addendum.


 D. PATRICIO FERREIRA RIVERA
 ALCALDE
 MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO


 JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER
 DIRECTOR
 SERVICIO SALUD IQUIQUE

	Iniciales Nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial	REN	[Firma]
Departamento Asesoría Jurídica	CAO	[Firma]
Departamento Gestión Financiera	CPN	[Firma]
Departamento Atención Primaria	CAU	[Firma]
Departamento Participación Social	NCB	[Firma]
Referente Programa Participación	FAU	[Firma]

