



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO. DE FINANZAS SSI  
DEPTO. ASESORÍA JURIDICA  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES  
PQR/JCT/CPR/EHO/HPJ

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1437 /.

IQUIQUE, 10 MAYO 2018

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.9 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios 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 Exento N° 38/2018 del Ministerio de Salud, Resolución Exenta RA N° 425/64/2017 del Servicio de Salud Iquique, Resolución Exenta N° 24/2018 del Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles 2018, Resolución Exenta N° 117/2018, del Ministerio de Salud; que distribuye los recursos del citado Programa, Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1.-Que, por Resolución Exenta N° 24 del 08 de enero de 2018, el Ministerio de Salud aprobó el **“Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles 2018”**.

2.- Que, por resolución Exenta N°117 del 24 de enero de 2018, el Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **“Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles 2018”**.

3.- Que, mediante convenio de fecha 13 de abril de 2018, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Ilustre Municipalidad de Colchane, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de **\$ 4.000.000.- (Cuatro millones de pesos)** para realizar las acciones de apoyo relativas al **Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles Apoyo Adquisición refrigeradores Clínicos para farmacia y acondicionamiento de bodegas año 2018**.

**RESUELVO:**

1.-**APRUEBASE** el convenio de ejecución del **Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles Apoyo Adquisición refrigeradores Clínicos para farmacia y acondicionamiento de bodegas año 2018**, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Ilustre Municipalidad de Colchane.

2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de seis páginas, cuyo ejemplares suscritos por la Directora (S) del Servicio de Salud Iquique, D. Patricia Quintard Rojas y el Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Colchane D. Javier García Choque, 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 convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

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

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**

  
D. PATRICIA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

**RESUELVO:**

1.-**APRUÉBASE** el convenio de ejecución del Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles Apoyo Adquisición refrigeradores Clínicos para farmacia y acondicionamiento de bodegas año 2018, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Ilustre Municipalidad de Colchane.

2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de seis páginas, cuyo ejemplares suscritos por la Directora (S) del Servicio de Salud Iquique, D. Patricia Quintard Rojas y el Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Colchane D. Javier García Choque, 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 convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

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

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**



**D. PATRICIA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE**

Distribución:

Municipalidad de Colchane.  
División de Atención Primaria MINSAL

- [sdga.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:sdga.ssi@redsalud.gov.cl)
- [jurídica.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:jurídica.ssi@redsalud.gov.cl)
- [cristian.palacios@redsalud.gov.cl](mailto:cristian.palacios@redsalud.gov.cl)
- [pablo.morenor@redsalud.gov.cl](mailto:pablo.morenor@redsalud.gov.cl)
- [aps.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:aps.ssi@redsalud.gov.cl)
- [natalia.rivera.a@redsalud.gov.cl](mailto:natalia.rivera.a@redsalud.gov.cl)
- [carlos.calvo@redsalud.gov.cl](mailto:carlos.calvo@redsalud.gov.cl)
- [diego.leyton@redsalud.gov.cl](mailto:diego.leyton@redsalud.gov.cl)
- Oficina de Partes SSI

Lo que transcribo a Ud. para conocimiento y fines pertinentes



**SANDRA SEPULVEDA PADILLA  
MINISTRO DE FE**



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA  
DEPTO. FINANZAS  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES  
PQR / PPM / PND / CHO / JCT / QIV / DIL

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**  
**"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA AÑO 2018 – APOYO ADQUISICIÓN REFRIGERADORES CLÍNICOS PARA FARMACIA Y ACONDICIONAMIENTO DE BODEGAS" ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COLCHANE**

En Iquique a 13 de Abril de 2018, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3 con domicilio en calle Aníbal Pinto Nº 815 de Iquique, representado por su Directora (S) **Sra. Patricia Quintard Rojas**, chilena, Cédula Nacional de Identidad Nº 11.612.834-9, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COLCHANE**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.250.400-3, domiciliada en avenida Teniente González S/N de la ciudad y comuna de Colchane, representada por su Alcalde don **JAVIER GARCIA CHOQUE** chileno, Cédula Nacional de Identidad Nº 12.937.511-6, 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 Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 118 del 2007, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

**SEGUNDA:** El presente convenio se suscribe conforme a lo establecido en el decreto con fuerza ley Nº 1-3063, de 1980, del Ministerio de Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el "**SERVICIO**" y la "**MUNICIPALIDAD**", especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley Nº 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

**TERCERA:** 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, incorporándola 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 Fondo de Farmacia año 2018 - apoyo adquisición refrigeradores clínicos para farmacia y acondicionamiento de bodegas**", en adelante el "**PROGRAMA**", a fin de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria legal del Sector Público de Salud, aumentando la capacidad de respuesta oportuna de la atención primaria, a los problemas de salud por los cuales consultan las personas, para lograr una red de atención primaria más eficaz y cercana a éstas, contribuyendo de tal forma a mejorar los problemas de acceso y resolutiveidad de la atención de salud a la comunidad en el que participarán las partes, en conformidad a lo establecido en el presente convenio.

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 24 de 08 Enero del 2018, del Ministerio de Salud, el que la "**MUNICIPALIDAD**" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para los fines del presente convenio, la "**MUNICIPALIDAD**" administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: **Consultorio General Rural de Colchane, Posta de Salud Enquelga, Posta de Salud Cariquima.**

**CUARTA:** El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la "**MUNICIPALIDAD**" recursos destinados a financiar todos o algunos componentes del "**PROGRAMA**": "**Programa Fondo de Farmacia año 2018 - apoyo adquisición refrigeradores clínicos para farmacia y acondicionamiento de bodegas**":



**Componente 1:** Adquisición de refrigerador clínico para almacenamiento de medicamentos termolábiles en unidad de farmacia del establecimiento.

A continuación se detallan las especificaciones técnicas mínimas:

- Refrigerador clínico para almacenamiento de productos farmacéuticos (desde 250L hasta 350L).
- Dimensiones aproximadas (altura 2000mm, fondo 800mm y ancho 700mm).
- Alimentación eléctrica 220V y 50Hz.
- Interior de acero inoxidable.
- Postura vertical.
- Controlado por microprocesador.
- Condensador.
- Compresor.
- Refrigerante libre de CFC.
- Rango de temperatura mínimo 2°C a 8°C.
- Precisión de indicación de temperatura aproximada 0.1°C.
- Precisión de ajuste de temperatura aproximado 0.1°C.
- Control de temperatura controlada por microprocesador.
- Display indicador de temperatura.
- Uniformidad de temperatura aproximada +/- 0.3°C.
- Alarma de mal funcionamiento.
- Con alarma audible y visible.
- Cantidad de bandejas 5 o más.
- Adaptador a toma de alimentación en caso que requiera.
- Instalación y puesta en marcha.
- Manuales de operación en español en soporte papel y digital.
- Capacitación a usuarios.
- Certificado de repuestos y servicio técnico garantizado por 10 años.
- Garantía equipo por 2 años o más
- Certificado UE/CE o FDA o similar.
- Certificado fabrica producto nuevo.

**Componente 2:** Acondicionamiento de bodegas de fármacos e insumos médicos.

**QUINTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del "SERVICIO", conviene en asignar a la "MUNICIPALIDAD", desde la fecha de total tramitación de la resolución exenta que apruebe el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma anual y única de **\$4.000.000 (cuatro millones de pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento del ítems señalado en la cláusula anterior.

**SÉXTA:** La "MUNICIPALIDAD" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "PROGRAMA".

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos y productos específicos de cada componente, especificados en la cláusula cuarta del presente convenio:

NOMBRE COMPONENTE	OBJETIVO	PRODUCTO	ACTIVIDADES		MONTO
<b>Componente N°1:</b> Adquisición Refrigerador Clínico	Mejorar las condiciones en el almacenamiento de medicamentos termolábiles en las unidades de farmacia de los Consultorios	Refrigerador Clínico para Unidad de Farmacia	1 Unidad de Farmacia	1 Refrigerador Clínico	\$ 2.800.000
<b>Componente N°2:</b> Acondicionamiento de bodegas de fármacos e Insumos médicos	Mejorar las condiciones en el almacenamiento de fármacos e insumos médicos de las bodegas de los Consultorios	Bodegas de fármacos e insumos médicos acondicionadas	1 Bodega Fármacos	Acondicionamiento	\$ 1.200.000

**SÉPTIMA:** El proceso de monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del "PROGRAMA", con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por el "SERVICIO", se realizará una vez en el año según el siguiente detalle:

- La primera evaluación técnica, se efectuará el quinto día hábil del mes de septiembre 2018, siendo el corte al 30 de agosto del mismo año. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación técnica, se harán efectiva la



reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2018, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	100%

- La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha 10 de mes de enero 2019, con corte al 31 de diciembre de año 2018, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el "PROGRAMA", por tanto, todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda, según el siguiente detalle:

PROGRAMA FONDO DE FARMACIA AÑO 2018 APOYO ADQUISICIÓN REFRIGERADORES CLÍNICOS PARA FARMACIA Y ACONDICIONAMIENTO DE BODEGAS				
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Cumplimiento adquisición de refrigerador clínico para unidad de farmacia	Nº de refrigeradores clínicos adquiridos	1. Respaldo documento de compra (factura) 2. Visitas de supervisión	Nº refrigeradores clínicos comprometidos	1. Respaldo documento de compra (factura) 2. Visitas de supervisión
2. Cumplimiento acondicionamiento de bodega de fármacos e insumos médicos	Nº de trabajos de acondicionamiento de bodega realizados	1. Check list de mejoras realizadas a bodega por proveedor 2. Visitas de supervisión	Nº de trabajos de acondicionamiento de bodega comprometidos	1. Check list de mejoras realizadas a bodega por proveedor 2. Visitas de supervisión

Los datos considerados en ambas evaluaciones del "PROGRAMA" serán recopilados por el Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Iquique, mediante solicitud de informes y visitas inspectivas por parte de referentes técnicos del "SERVICIO". Por lo anterior, la "MUNICIPALIDAD" deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información entregada.

El "SERVICIO" evaluará técnicamente el cumplimiento de las actividades del "PROGRAMA" y realizará recomendaciones para su correcta ejecución a través de referente técnico de atención primaria encargado del programa.

Adicionalmente el Departamento de Auditoría, efectuará la fiscalización aleatoria del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas inspectivas, solicitud de informes de avances mensuales y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría de conformidad con la normativa vigente.

**OCTAVA:** Los recursos mencionados en la cláusula quinta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA" y se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, **\$2.800.000** (Dos millones ochocientos mil pesos) correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio una vez tramitada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud.
- La segunda cuota, **\$1.200.000** (Un millón doscientos mil pesos) corresponderá al 30% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre. Según resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior.

La entrega de la segunda cuota del programa del programa estará condicionada a dos aspectos principales:

1º Evaluación Técnica del Programa: Evaluación realizada por el Referente Técnico de Atención Primaria SSI, encargado del programa, según la cláusula séptima del presente convenio, la cual será informada a través de Ordinario a la comuna en los plazos estipulados en esta misma cláusula.

2º Evaluación Financiera del Programa: Evaluación realizada por el Departamento de Finanzas del "SERVICIO", para lo cual, la comuna debe haber rendido mensualmente, según lo dispuesto en la resolución Nº 30/ 2015 de Contraloría General de la República sobre rendición de fondos.

**NOVENA:** El "SERVICIO" 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 los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.



**DÉCIMA:** El "SERVICIO", requerirá de la "MUNICIPALIDAD" el envío de un informe financiero mensual, respecto de los gastos ejecutados, el que deberá ser remitido el décimo quinto día hábil del mes siguiente, al Departamento de Finanzas del "SERVICIO". Asimismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá emitir un informe financiero final en la siguiente fecha:

- Informe final: Fecha límite 22 de Enero de 2019, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada por establecimiento y el saldo disponible al 31 de diciembre de 2018 y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

El informe financiero mensual, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexo N° 1 y Anexo N° 2, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario, se transcriben ambos anexos.

Ambos anexos, con sus respectivos respaldos, deberán remitirse al Departamento de Finanzas del "SERVICIO", en las fechas definidas en el párrafo anterior, a través de ordinario conductor dirigido a Directora SSI.

Al mismo tiempo, se debe enviar copia escaneada de estos anexos y sus respaldos a Encargada de Convenios SSI, correo [natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl](mailto:natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl). Para su correspondiente revisión técnica.

Se transcriben a continuación ambos anexos.

I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSIRÓ LOS RECURSOS	
el Nombre del servicio o entidad oraganza:	
II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS	
b) Nombre del servicio o entidad receptora: RUT: Monto en \$ a Lfs*	
Monto total transferido moneda nacional (o a otras) a la fecha Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos	
N° Cuenta Bancaria Fecha N° comprobante	
Concepto de Ingreso	
Objetivo de la transferencia	
N° de identificación del proyecto o Programa	
Asesores del acto administrativo que lo aprueba: N° Fecha Servicio	
Aprobaciones: N° Fecha Servicio	
III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO	
a) Saldo pendiente por rendir del periodo anterior	
b) Transferencias recibidas en el periodo de la rendición	
c) Total transferencias a rendir	
2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO	
a) Cuente de Operación	
b) Gastos de Personal	
c) Gastos de Inversión	
d) Total Recursos rendidos	
e) SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE	
IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO	
Nombre del Fundador	Nombre del Funcionario
RUT	RUT
Cargo	Cargo
Dependencia	Dependencia
Firma y nombre del responsable de la Rendición	

\* Cuando corresponde de terminar el valor del tipo de cambio, se usará a aquel vigente al momento de realizarse la respectiva operación.  
 \*\*\* Anexo a este formato de rendición de cuentas se deberá acompañar en el mismo orden las antecedentes que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.

**ANEXO 2: DETALLE RENDICIÓN DE CUENTAS**

CONTRIBUYENTE	CANTIDAD DE RESPALDO	DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS REALIZADOS Y DETALLE DEL PERÍODO	FORMA DE PAGO (EFFECTIVO / CHEQUE)	MONTOS

\* Debe precisarse si se trata de gastos de operación, personal o inversión.



Se debe incluir como antecedentes en la rendición según el caso :

- Copia de comprobantes de ingreso.
- Copia de Comprobantes de Egreso.
- Facturas y/o boletas compras de insumos o equipamiento.
- Facturas y/o boletas de trabajos de acondicionamiento de bodegas.

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.

**DÉCIMA PRIMERA:** La **"MUNICIPALIDAD"**, deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, que fija normas de procedimientos de rendición de cuentas de manera que el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente; los **"Servicios de Salud"** no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos al Departamento de Salud, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá remitir el informe mensual, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos siguientes al que se informa, incluso en aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

Cuando el organismo receptor, esto es, la **MUNICIPALIDAD** tenga la calidad de ejecutor, deberá proporcionar información sobre el avance de las actividades realizadas.

Asimismo, la **MUNICIPALIDAD**, para el solo efecto de la entrega del Comprobante de Ingreso, deberá remitir en un período máximo de 07 días hábiles, al **"SERVICIO"**, el comprobante de ingreso municipal que acredita que la **"MUNICIPALIDAD"**, recibió la transferencia de fondos, materia de este convenio.

El **"PROGRAMA"** estará sujeto a que el Departamento de Auditoría del **"SERVICIO"**, valide en terreno las rendiciones financieras para lo cual, la **"MUNICIPALIDAD"** se compromete a tener documentación original que respalde su gasto en función del **"PROGRAMA"**.

**DÉCIMA SEGUNDA:** Será responsabilidad de la **"MUNICIPALIDAD"**, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al **"SERVICIO"**, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría y/o Subdirección Administrativa del **"SERVICIO"**.

Por su parte, la **"MUNICIPALIDAD"** se compromete a facilitar al **"SERVICIO"** todos los informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos en su formato original. El incumplimiento de la entrega de cualquier documento a que se refiere esta cláusula, requerido por el **"SERVICIO"**, se pondrá en conocimiento de las autoridades de control, tanto interno como externo de la Administración del Estado, para que adopten las medidas consignadas en la normativa vigente.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2018 para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio, siendo el 22 de enero del 2019 la fecha límite para envío del informe final por parte de la **"MUNICIPALIDAD."**

Considerando la necesidad de asegurar la continuidad de la atención y prestaciones de salud, las partes dejan constancia que por tratarse de un **"PROGRAMA"** ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero de 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

**DÉCIMA 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 2019.

**DÉCIMO QUINTA:** El registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN y planillas normadas según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO SEXTA:** El gasto que irroque el presente convenio se imputará al ítem N° 24-03 298-002 **"Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique"**.

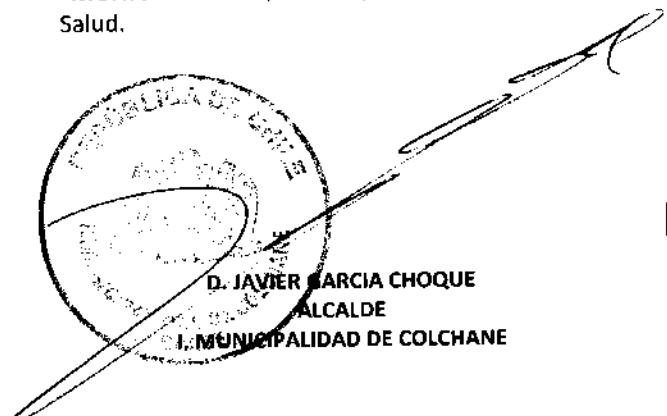
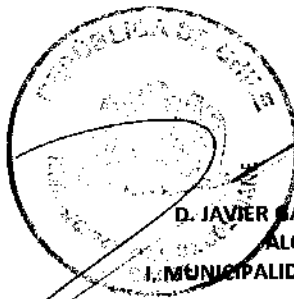


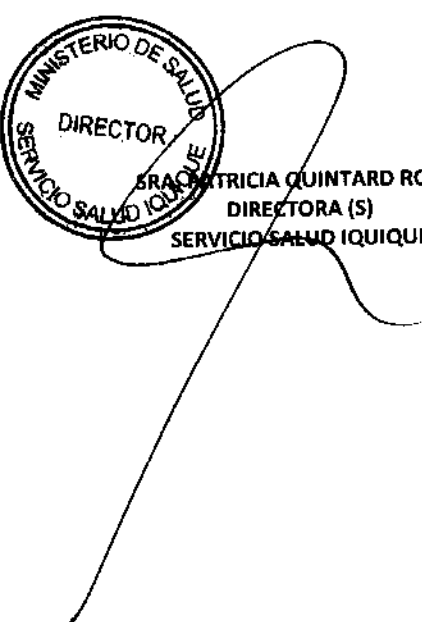



**DÉCIMO SEPTIMA:** La personería de la Sra. Patricia Quintard Rojas, Directora (S) del Servicio de Salud Iquique, para representar al Servicio, consta en el Decreto N° 38 del 09 de marzo de 2018, del Ministerio de Salud y en resolución exenta RA N° 425/64/2017 del Servicio de Salud Iquique. La representación de Don Javier García Choque para actuar en nombre de la I. Municipalidad de Colchane, emana del Decreto Alcaldicio N° 270 de fecha 06 de diciembre de 2016 de la Ilustre Municipalidad de Colchane.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO" y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

  
  
D. JAVIER GARCIA CHOQUE  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE COLCHANE

  
  
SRA. PATRICIA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

