

SERVICIO SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
DEPTO. GESTIÓN FINANCIERA
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
DSSI/SDGA/DAJ/DGF/DAP/RTP

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1418.

IQUIQUE,

04 ABR. 2019

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° 1276/2018, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Resolución Exenta N° 150/2019, 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°1276 de fecha 28 de diciembre de 2018, del Ministerio de Salud aprobó el **"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"** para el año 2019.

2.- Que, por Resolución Exenta N°150 de fecha 12 de febrero de 2019, el Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"** para el año 2019.

3.- Que, mediante convenio de fecha 07 de marzo de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de \$ 37.782.029.- (**Treinta y siete millones setecientos ochenta y dos mil veintinueve pesos**), para realizar las acciones de apoyo relativas al Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, año 2019.

RESUELVO,

1.- **APRUÉBASE** el convenio de ejecución del **"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN SU COMPONENTE POBLACIÓN BAJO CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE APS CON DIAGNÓSTICO DE DM2, HTA, DLP CON ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA CURACIÓN AVANZADA DE**

HERIDAS Y APOYO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 2019", suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte.

2.- El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de nueve páginas, cuyos ejemplares suscritos por la Directora (S) del Servicio de Salud Iquique, D. Cristina Sixta Chambe Carpio y el Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte D. Richard Godoy Aguirre, 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.- Transcríbase el texto completo del referido convenio:

CONVENIO DE EJECUCIÓN

"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN SU COMPONENTE POBLACIÓN BAJO CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE APS CON DIAGNÓSTICO DE DM2, HTA Y DLP CON ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS Y APOYO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO" ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE POZO ALMONTE

En Iquique a 07 de Marzo 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 Iquique, representado por su Directora (S)D. **CRISTINA SIXTA CHAMBE CARPIO**, chilena, Cédula Nacional de Identidad N° 7.443.085-6, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE POZO ALMONTE**, persona jurídica de derecho público, RUT 83.017.500-8, domiciliada en Calle Balmaceda N° 276 de Pozo Almonte, representada por su Alcalde **D.RICHARD GODOY AGUIRRE** chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 13.425.330-4 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° 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 N° 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 N° 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 para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**", 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 resolutivez 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 N° 1276 del 28 de diciembre de 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: **CESFAM Pozo Almonte, Posta de Salud Rural La Tirana, Posta de Salud Rural La Huayca, Posta de Salud Rural Mamiña.**

CUARTA: El Ministerio de Salud, a través del **"SERVICIO"**, conviene en asignar a la **"MUNICIPALIDAD"** recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del **"PROGRAMA"**: **"Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud:**

Componente: Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento.

Subcomponente 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.

TABLA N°1

Componentes	Productos Esperados
Subcomponente 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	<ul style="list-style-type: none">• Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares.• Reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles.

Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos.

TABLA N°2

Componentes	Productos Esperados
Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none">• Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos.• Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.

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 **\$37.782.029 (Treinta y siete millones setecientos ochenta y dos mil veintinueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados 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.

COMPONENTES	OBJETIVO	PRODUCTOS	ACTIVIDADES	MONTO (\$)
Subcomponente 1 Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	Entregar a la población bajo control del programa, acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos, definidos en el arsenal básico de Atención Primaria del Servicio de Salud Iquique y realizar actividades para apoyar la adherencia al tratamientos a través del uso de tecnologías u otras actividades, en los establecimientos de la atención primaria de salud	1.- Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares	Implementación de un Fondo de Medicamentos en atención primaria para la entrega oportuna de medicamentos destinados a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares (anexo tabla 1)	\$ 18.395.087
			Curación avanzada de heridas de pie en personas con Diabetes Mellitus tipo II, para la compra de insumos. (anexo tabla 2)	
		2.- Reclamos de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de medicamentos) dentro de 24 horas hábiles	Implementación de sistema expedito de solución a los reclamos de los usuarios ante la falta de entrega de medicamentos Incorporación de tecnología de apoyo en la adherencia al tratamiento	
Total Monto Subcomponente 1				\$ 18.395.087
Subcomponente 2 Servicios Farmacéuticos	Otorgar recursos para la contratación de Profesionales Químicos Farmacéuticos, Técnicos de Nivel Superior de Farmacia, o Auxiliares Paramédicos de Farmacia asociados a la gestión Farmacéutica y de Atención Farmacéutica	3.- Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos	1 Profesional Químico Farmacéutico 44 horas por 12 meses	\$ 19.386.942
		4.- Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento		
Total Monto Subcomponente 2				\$ 19.386.942
Total Programa (\$)				\$ 37.782.029

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.

Se transcriben los anexos 1 y 2:

ANEXO N°1: listado de medicamentos financiables por FOFAR

PATOLOGÍA INCORPORADA	FÁRMACO (PRINCIPIO ACTIVO)	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN
DIABETES MELLITUS TIPO 2	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRILA (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	METFORMINA (CLORHIDRATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESSENCIAL	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	AMILORPINO	COMPRIMIDO	5 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	50 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	ENALAPRILA (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO O GRASA	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	40 MG
	HIDROCLORTIAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO LIBERACION RETARDADA	20 MG
PROPRANOLOL	COMPRIMIDO	40 MG	
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

ANEXO N°2: Insumos de Pie Diabético no infectado e infectado

Insumos PIE DIABETICO NO INFECTADO	
Glosa	Frecuencia de uso por canasta 32 curaciones Cantidad
Apósito Primario (Bactericidas)	
DACC Iodina	6,5
PitibB Rollo	1
Apósito de Ringer + PHMB	6,5
Apósito Primario (Bactericidas)	
Espuma Hidrofílica con Silicona 10x10	3
Alginato 10 x 10 cm	3
Carboximetilcelulosa 10 x10 cm	3
Apósito Primario	
Tubo de silicona 10x10	3
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm	3
Hidrogel 15 g	1
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30gr	1
Gel con Polihexanida con Betaina	1
Ácido Fusídico	1,5
Apósito Primario (Bactericidas)	
Colágeno	0,5
Inhibidor de la Metaloproteasa	0,5
Otros Insumos	
Espuma limpiadora de piel	1 botella (10 cc por curación)
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts	32
Protector Cutáneo Spray	1 botella por canasta (Botellas de 28 cc 1,4 cc por curación, en 12 curaciones)
Lubricante Cutáneo	1 botella (2,5cc por curación en 20 curaciones)
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	1
Curetas 3 mm o 4 mm	5

Insumos PIE DIABETICO INFECTADO	
Glosa	Frecuencia de uso por canasta 10 curaciones Cantidad
Apósito Primario (Bactericidas)	
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm	2
Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x10 cm	2
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm	2
Alginato con Plata 10 x10 cm	2
Tubo con Plata	2
Hidrogel Con Plata 15 g	1 tubo por canasta (3 gramos por curación solo en aprox. 4 curaciones de las 10)
Otros Insumos	
Espuma limpiadora de piel	0,5 botella por canasta
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts	10
Protector Cutáneo Spray	0,5 botella por canasta
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	0,5 botella por canasta
Curetas 3 mm o 4 mm	10

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.

- La primera evaluación técnica se efectuará con fecha 31 de agosto del año 2019 por parte del referente técnico encargado/a del Programa perteneciente al "SERVICIO", en esta instancia la comuna deberá estar al día con el envío de las rendiciones mensuales y los comprobantes de ingreso correspondientes; en caso contrario no se procederá a hacer efectiva la transferencia de la segunda cuota de recursos.

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2° 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%

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la unidad administrativa podrá apelar la decisión de reliquidar, mediante oficio enviado a la directora/a del SERVICIO, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa un cronograma para el cumplimiento de las metas, dentro del período vigente del convenio. El SERVICIO analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas para el incumplimiento. En caso de comprobar la existencia de razones fundadas, el SERVICIO podrá pedir al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa adjuntando los antecedentes que respalden esa solicitud.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La evaluación del grado cumplimiento del "PROGRAMA", se realiza conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada, según el siguiente detalle:

CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA				
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR [®]	META N°	PESO RELATIVO %
Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento	Subcomponente N°1: Entrega de Medicamentos, Insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	Indicador N°1: Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria	Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno	40%
		Indicador N°2: Porcentaje de Redamo de los usuarios atigentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles	Meta 2. 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del redamo	25%
	Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos	Indicador N°3: Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional	Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna tienen merma menor a 0,7% (línea base nacional)	10%
		Indicador N°4: Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento	Meta 4. 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín	25%
CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA				100%

- La segunda evaluación técnica y final, se efectuará con fecha 22 de enero de 2020, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las acciones comprometidas en el convenio y la "MUNICIPALIDAD" haber enviado el informe técnico final de ejecución. Asimismo la "MUNICIPALIDAD" deberá haber hecho envío de las rendiciones mensuales hasta el mes de diciembre. En caso contrario el "SERVICIO" procederá a solicitar a la "MUNICIPALIDAD" el reintegro de los recursos que no hayan sido ejecutados.

El "SERVICIO", podrá requerir el envío de informes de avances técnicos de carácter mensual y final.

El resultado de los indicadores al mes de diciembre podrá tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, en el caso que el convenio tenga cláusula de continuidad.

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 del presente convenio financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al **"PROGRAMA"** y se entregarán en dos cuotas de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, **\$26.447.420 (Veintiséis millones cuatrocientos cuarenta y siete mil cuatrocientos veinte 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, **\$11.334.609 (Once millones trescientos treinta y cuatro mil seiscientos nueve 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.

Por lo tanto, la entrega de la segunda cuota de recursos que corresponde al programa estará condicionada a dos aspectos principales:

1° Evaluación Técnica del Programa: E valuación realizada por Referente Técnico encargado del **"PROGRAMA"** de Atención Primaria del **"SERVICIO"**, según indica la cláusula séptima del presente convenio, lo cual será informado por el **"SERVICIO"** a través de Ordinario a la **"MUNICIPALIDAD"** en el mes de septiembre.

2° Evaluación Financiera del Programa: Evaluación realizada por el Departamento de Finanzas del **"SERVICIO"**, según indica la cláusula décimo primera del presente convenio, la **"MUNICIPALIDAD"**, deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución Nº 30 del 11 de marzo de 2015, que fija normas de procedimientos de rendición de cuentas.

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 los informes financieros mensuales, respecto de los gastos ejecutados, los que deberán ser remitidos al décimo quinto día hábil del mes siguiente al periodo rendido, dirigidos a la Directora del **"SERVICIO"**, en las fechas que a continuación se señalan:

Mes a rendir	Plazo envío rendición
Enero	Jueves 21 febrero 2019
Febrero	Jueves 21 marzo 2019
Marzo	Lunes 22 abril 2019
Abril	Jueves 23 mayo 2019
Mayo	Viernes 21 junio 2019
Junio	Lunes 22 julio 2019
Julio	Jueves 22 agosto 2019
Agosto	Miércoles 25 septiembre 2019
Septiembre	Lunes 21 octubre 2019
Octubre	Viernes 22 noviembre 2019
Noviembre	Viernes 20 diciembre 2019
Diciembre	Miércoles 22 enero 2020

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2, 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
- Copia decreto de pago a funcionarios contratados que realizan funciones para el programa.
- Copia boletas de honorario de RRHH
- Copia Contrato de personal RRHH
- Copia Facturas y/o boletas compras de insumos o equipamiento.
- Copia Boletas de respaldo en caso de tener caja chica.

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 aps.ssi@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 y Anexo N°2, dirigido a Directora 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.

DÉCIMO 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 periodo máximo de 05 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".

DÉCIMO 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 Subdirección Administrativa del "SERVICIO" en el ámbito de sus competencias.

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.

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. 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 2019, 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 y Dictamen N°11.267/2018 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes acuerdan que el presente convenio se prorroga automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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

Prorrogado el convenio, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

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.

En el caso que la "MUNICIPALIDAD" por razones debidamente fundadas, no cumpla con las acciones y ejecuciones presupuestarias establecidas en el convenio, puede solicitar una modificación a través de Ordinario dirigido a Directora del "SERVICIO" para su aprobación, exponiendo los fundamentos pertinentes y respaldos hasta el 31 de octubre del 2019. Referente técnico del programa del "SERVICIO" es el encargado de ponderar esta solicitud, considerando que la destinación de estos recursos es solo para acciones atingentes al programa.

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

DÉCIMO SEXTA: Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

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

DECIMA OCTAVA: Los bienes e infraestructura adquiridos con los fondos del presente convenio deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa no pudiendo destinarse a otros fines, asimismo los equipos y bienes adquiridos deberán contar con el logo del Servicio de Salud Iquique y el departamento de atención Primaria del Servicio de Salud Iquique.

DÉCIMO NOVENA: La personería de **D. Cristina Sixta Chambe Carpio**, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el artículo 79 y siguientes del Estatuto Administrativo, aprobado por la Ley N° 18.834 y resolución exenta N° 3552, de 29 de noviembre de 2017, del Servicio de Salud Iquique. La representación de **D. Richard Godoy Aguirre**, para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte, emana del Decreto Alcaldicio N° 237 del 06 diciembre de 2016 de la I. Municipalidad de Pozo Almonte.

VIGÉSIMA: El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder del "SERVICIO", uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", y otro en la División de Atención Primaria del MINSAL.

Anexo 1: TÍTULO III Rendición de Fondos Entregados a Terceros Públicos

I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS

XX / XX / 20XX

a) Nombre del servicio o entidad otorgante: _____

II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS

b) Nombre del servicio o entidad receptora: _____ RUT: _____

Monto total transferido moneda nacional (o extranjera) a la fecha _____
 Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos _____
 N° Cuenta Bancaria _____
 Comprobante de ingreso _____ Fecha _____ N° comprobante _____

Objetivo de la Transferencia _____

N° de identificación del proyecto o Programa _____

Antecedentes del acto administrativo que lo aprueba: N° _____ Fecha _____ Servicio _____
 Modificaciones N° _____ Fecha _____ Servicio _____

	Subtítulo	Item	Asignación
Item Presupuestario			
O Cuenta contable			

Fecha de inicio del Programa o proyecto	XX	XX	20XX
Fecha de término	XX	XX	20XX
Período de rendición		XX	20XX

III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO

MONTOS EN \$

a) Saldo pendiente por rendir del período anterior	0
b) Transferencias recibidas en el período de la rendición	0
c) <u>Total Transferencias a rendir</u>	0 (a + b) = c
2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO	
d) Gastos de Operación	0
e) Gastos de Personal	0
f) Gastos de Inversión	0
g) <u>Total recursos rendidos</u>	0 (d + e + f) = g
h) <u>SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE</u>	0 (c - g)

IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTIPARON EN EL PROCESO

Nombre del Funcionario _____	Nombre del Funcionario _____
RUT _____	RUT _____
Cargo _____	Cargo _____
Dependencia _____	Dependencia _____

 Firma y nombre del responsable de la Rendición

* Cuando corresponda determinar el valor del tipo de cambio, se estará 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 los antecedentes que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.

Anexo 2: DETALLE RENDICIÓN DE CUENTAS

TIPO DE GASTO*	COMPROBANTE DE EGRESO		DETALLE DOCUMENTO DE RESPALDO		DESCRIPCIÓN DE LA LABOR REALIZADA O DETALLE DEL GASTO	FORMA DE PAGO EFECTIVO / TRANSFERENCIA / CHEQUE	MONTO EN \$ O US\$
	N°	FECHA	N°	TIPO (FACTURA, BOLETA, LIQUIDACIÓN U OTRO)			
TOTAL							

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

4.- **IMPÚTESE** el gasto que irrogue el presente convenio al ítem N° 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique vigente".

ANÓTESE, CÓMUNIQUESE, ARCHÍVESE.



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

4.- IMPÚTESE el gasto que irrogue el presente convenio al ítem N° 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique vigente".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.



D^{OS} PATRICIA QUINTARD ROJAS
DIRECTORA (S)
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Distribución:

Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte.
División de Atención Primaria MINSAL.
Oficina de Partes Servicio de Salud Iquique.

Lo que transcribo a Ud. para
conocimiento y fines pertinentes

- sdga.ssi@redsalud.gov.cl
- jurídica.ssi@redsalud.gov.cl
- aps.ssi@redsalud.gov.cl
- cristian.palacios@redsalud.gov.cl
- pablo.morenor@redsalud.gob.cl
- natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl
- diego.leyton@redsalud.gob.cl
- carlos.caivo@redsalud.gov.cl
- fernando.molina@redsalud.gov.cl





SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
DEPTO. FINANZAS
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
DSSI/SDGA/DAJ/DGE/DAP/BTP

[Handwritten signatures and initials]

CONVENIO DE EJECUCIÓN

"PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN SU COMPONENTE POBLACIÓN BAJO CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE APS CON DIAGNÓSTICO DE DM2, HTA Y DLP CON ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS Y APOYO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO"
ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE POZO ALMONTE

En Iquique a 07 de Marzo 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 Iquique, representado por su Directora (S) **D. CRISTINA SIXTA CHAMBE CARPIO**, chilena, Cédula Nacional de Identidad N° 7.443.085-6, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE POZO ALMONTE**, persona jurídica de derecho público, RUT 83.017.500-8, domiciliada en Calle Balmaceda N° 276 de Pozo Almonte, representada por su Alcalde **D. RICHARD GODOY AGUIRRE** chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 13.425.330-4 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° 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 N° 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 N° 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 para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**", 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 resolutivez 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 N° 1276 del 28 de diciembre de 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: **CESFAM Pozo Almonte, Posta de Salud Rural La Tirana, Posta de Salud Rural La Huayca, Posta de Salud Rural Mamiña.**

CUARTA: El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la "**MUNICIPALIDAD**" recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del "**PROGRAMA**": "**Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**:"



Componente: Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento.

Subcomponente 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.

TABLA N°1

Componentes	Productos Esperados
Subcomponente 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	<ul style="list-style-type: none"> Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares. Reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles.

Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos.

TABLA N°2

Componentes	Productos Esperados
Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos. Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.

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 **\$37.782.029 (Treinta y siete millones setecientos ochenta y dos mil veintinueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados 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.

COMPONENTES	OBJETIVO	PRODUCTOS	ACTIVIDADES	MONTO(S)
Subcomponente 1 Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	Entregar a la población bajo control del programa, acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos, definidos en el arsenal básico de Atención Primaria del Servicio de Salud Iquique y realizar actividades para apoyar la adherencia al tratamientos a través del uso de tecnologías u otras actividades, en los establecimientos de la atención primaria de salud	1.- Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares	Implementación de un Fondo de Medicamentos en atención primaria para la entrega oportuna de medicamentos destinados a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares (anexo tabla 1)	\$ 18.395.087
			Curación avanzada de heridas de pie en personas con Diabetes Mellitus tipo II, para la compra de insumos. (anexo tabla 2)	
		2.- Reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos) dentro de 24 horas hábiles	Implementación de sistema expedito de solución a los reclamos de los usuarios ante la falta de entrega de medicamentos Incorporación de tecnología de apoyo en la adherencia al tratamiento	
Total Monto Subcomponente 1				\$ 18.395.087
Subcomponente 2 Servicios Farmacéuticos	Otorgar recursos para la contratación de Profesionales Químicos Farmacéuticos, Técnicos de Nivel Superior de Farmacia, o Auxiliares Paramédicos de Farmacia asociados a la gestión Farmacéutica y de Atención Farmacéutica	3.- Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos	1 Profesional Químico Farmacéutico 44 horas por 12 meses	\$ 19.385.942
		4.- Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento		
Total Monto Subcomponente 2				\$ 19.385.942
Total Programa (\$)				\$ 37.782.029

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.

Se transcriben los anexos 1 y 2:

ANEXO N°1: listado de medicamentos financiables por FOFAR

PATOLOGÍA INCORPORADA	FÁRMACO (PRINCIPIO ACTIVO)	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN
DIABETES MELLITUS TIPO 2	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRILA (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL	METFORMINA (CLORHIDRATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ANILODIPINO	COMPRIMIDO	5 MG
	ATENLOL	COMPRIMIDO	50 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	ENALAPRILA (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO O GRAGEA	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	40 MG
	HIDROCLOROTAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO LIBERACION RETARDADA	20 MG
	PROPRANOLOL	COMPRIMIDO	40 MG
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

ANEXO N°2: Insumos de Pie Diabético no infectado e infectado

Insumos PIE DIABETICO NO INFECTADO	
Glosa	Frecuencia de uso por canasta 32 curaciones Cantidad
Apósito Primario (Bactericidas)	
DACC lámina	6,5
PHMB Rollo	1
Apósito de Ringier + PHMB	6,5
Apósito Primario (Absorbente)	
Espuma Hidrofílica con Silicona 10x10	3
Alginato 10 x 10 cm	3
Carboximetilcelulosa 10 x10 cm	3
Apósito Primario (Hidrofóbico)	
Tull de sílica 10x10	3
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm	3
Hidrogel 15 g	1
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 80gr	1
Gel con Polihexanida con Betaina	1
Ácido Fusídico	1,5
Apósito Primario (Regenerativo)	
Colágeno	0,5
Inhibidor de la Metaloproteasa	0,5
Otros Insumos	
Espuma Impladora de piel	1 botella (10 cc por curación)
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts	32
Protector Cutáneo Spray	1 botella por canasta (Botellas de 28 cc 1.4 cc por curación, en 12 curaciones)
Lubricante Cutáneo	1 botella (2,5cc por curación en 20 curaciones)
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	1
Curetas 5 mm o 4 mm	5

Insumos PIE DIABETICO INFECTADO	
Glosa	Frecuencia de uso por canasta 10 curaciones Cantidad
Apósito Primario (Bactericidas)	
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm	2
Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x10 cm	2
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm	2
Alginato con Plata 10 x10 cm	2
Tull con Plata	2
Hidrogel Con Plata 15 g	1 tubo por canasta (3 gramos por curación solo en aprox. 4 curaciones de las 10)
Otros Insumos	
Espuma Impladora de piel	0,5 botella por canasta
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts	10
Protector Cutáneo Spray	0,5 botella por canasta
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	0,5 botella por canasta
Curetas 5 mm o 4 mm	10



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.

- La primera evaluación técnica se efectuará con fecha 31 de agosto del año 2019 por parte del referente técnico encargado/a del Programa perteneciente al "SERVICIO", en esta instancia la comuna deberá estar al día con el envío de las rendiciones mensuales y los comprobantes de ingreso correspondientes; en caso contrario no se procederá a hacer efectiva la transferencia de la segunda cuota de recursos.

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota, 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%

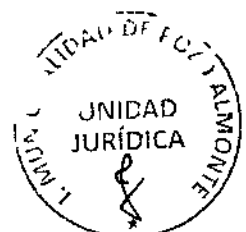
Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la unidad administrativa podrá apelar la decisión de reliquidar, mediante oficio enviado a la directora/a del SERVICIO, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa un cronograma para el cumplimiento de las metas, dentro del periodo vigente del convenio. El SERVICIO analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas para el incumplimiento. En caso de comprobar la existencia de razones fundadas, el SERVICIO podrá pedir al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa adjuntando los antecedentes que respalden esa solicitud.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La evaluación del grado cumplimiento del "PROGRAMA", se realiza conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada, según el siguiente detalle:

CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA				
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	META N°	PESO RELATIVO %
Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento	Subcomponente N°1: Entrega de Medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	Indicador N°1: Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria	Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno	40%
		Indicador N°2: Porcentaje de Reclamo de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles	Meta 2. 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del reclamo	25%
	Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos	Indicador N°3: Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional	Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna tienen merma menor a 0,7% línea base nacional	10%
		Indicador N°4: Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento	Meta 4. 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín	25%
CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA				100%

- La segunda evaluación técnica y final, se efectuará con fecha 22 de enero de 2020, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las acciones comprometidas en el convenio y la "MUNICIPALIDAD" haber enviado el informe técnico final de ejecución. Asimismo la "MUNICIPALIDAD" deberá haber hecho envío de las rendiciones mensuales hasta el mes de diciembre. En caso contrario el "SERVICIO" procederá a solicitar a la "MUNICIPALIDAD" el reintegro de los recursos que no hayan sido ejecutados.



El "SERVICIO", podrá requerir el envío de informes de avances técnicos de carácter mensual y final.

El resultado de los indicadores al mes de diciembre podrá tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, en el caso que el convenio tenga cláusula de continuidad.

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 del presente convenio financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA" y se entregarán en dos cuotas de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, \$26.447.420 (Veintiséis millones cuatrocientos cuarenta y siete mil cuatrocientos veinte 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, \$11.334.609 (Once millones trescientos treinta y cuatro mil seiscientos nueve 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.

Por lo tanto, la entrega de la segunda cuota de recursos que corresponde al programa estará condicionada a dos aspectos principales:

1° Evaluación Técnica del Programa: Evaluación realizada por Referente Técnico encargado del "PROGRAMA" de Atención Primaria del "SERVICIO", según indica la cláusula séptima del presente convenio, lo cual será informado por el "SERVICIO" a través de Ordinarlo a la "MUNICIPALIDAD" en el mes de septiembre.

2° Evaluación Financiera del Programa: Evaluación realizada por el Departamento de Finanzas del "SERVICIO", según indica la cláusula décimo primera del presente convenio, 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.

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 los informes financieros mensuales, respecto de los gastos ejecutados, los que deberán ser remitidos al décimo quinto día hábil del mes siguiente al periodo rendido, dirigidos a la Directora del "SERVICIO", en las fechas que a continuación se señalan:

Mes a rendir	Plazo envío rendición
Enero	Jueves 21 febrero 2019
Febrero	Jueves 21 marzo 2019
Marzo	Lunes 22 abril 2019
Abril	Jueves 23 mayo 2019
Mayo	Viernes 21 junio 2019
Junio	Lunes 22 julio 2019
Julio	Jueves 22 agosto 2019
Agosto	Miércoles 25 septiembre 2019
Septiembre	Lunes 21 octubre 2019
Octubre	Viernes 22 noviembre 2019
Noviembre	Viernes 20 diciembre 2019
Diciembre	Miércoles 22 enero 2020

Dichos informes mensuales, deberán ser presentados a través de los formularios de Rendición de Cuentas Anexo N° 1 y Anexo N° 2, 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
- Copia decreto de pago a funcionarios contratados que realizan funciones para el programa.
- Copia boletas de honorario de RRHH



- Copia Contrato de personal RRHH
- Copia Facturas y/o boletas compras de insumos o equipamiento.
- Copia Boletas de respaldo en caso de tener caja chica.

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 aps.ssi@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 y Anexo N°2, dirigido a Directora 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.

DÉCIMO 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 periodo máximo de 05 días hábiles, al "SERVICIO", el comprobante de ingreso municipal que acredita que la "MUNICIPALIDAD", recibió la transferencia de fondos, materia de este convenio.

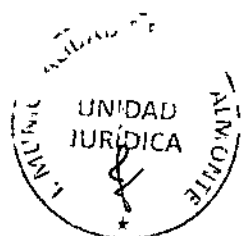
El "PROGRAMA" estará sujeto a que el Departamento de Auditoría del "SERVICIO", valide en terreno las rendiciones financieras, para lo cual, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a tener documentación original que respalde su gasto en función del "PROGRAMA".

DÉCIMO 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 Subdirección Administrativa del "SERVICIO" en el ámbito de sus competencias.

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.

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.

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 2019, 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 y Dictamen N°11.267/2018 de la Contraloría General de la República.



Sin perjuicio de lo anterior, las partes acuerdan que el presente convenio se prorroga automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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

Prorrogado el convenio, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

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.

En el caso que la "MUNICIPALIDAD" por razones debidamente fundadas, no cumpla con las acciones y ejecuciones presupuestarias establecidas en el convenio, puede solicitar una modificación a través de Ordinario dirigido a Directora del "SERVICIO" para su aprobación, exponiendo los fundamentos pertinentes y respaldos hasta el 31 de octubre del 2019. Referente técnico del programa del "SERVICIO" es el encargado de ponderar esta solicitud, considerando que la destinación de estos recursos es solo para acciones atingentes al programa.

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


DÉCIMO SEXTA: Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometándose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

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

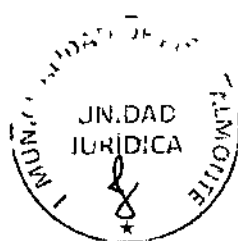
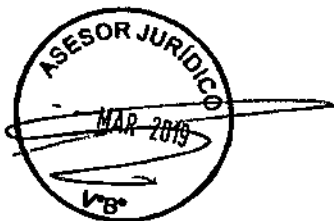
DECIMA OCTAVA: Los bienes e infraestructura adquiridos con los fondos del presente convenio deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa no pudiendo destinarse a otros fines, asimismo los equipos y bienes adquiridos deberán contar con el logo del Servicio de Salud Iquique y el departamento de atención Primaria del Servicio de Salud Iquique.

DÉCIMO NOVENA La personería de **D. Cristina Sixta Chambe Carpio**, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el artículo 79 y siguientes del Estatuto Administrativo, aprobado por la Ley N° 18.834 y resolución exenta N° 3552, de 29 de noviembre de 2017, del Servicio de Salud Iquique. La representación de **D. Richard Godoy Aguirre**, para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Pozo Almonte, emana del Decreto Alcaldicio N° 237 del 06 diciembre de 2016 de la I. Municipalidad de Pozo Almonte.

VIGÉSIMA: El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder del "SERVICIO", uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", y otro en la División de Atención Primaria del MINSAL.


D. RICHARD GODOY AGUIRRE
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE POZO ALMONTE


D. CRISTINA SIXTA CHAMBE CARPIO
DIRECTORA (S)
SERVICIO SALUD IQUIQUE



Anexo 1: TITULO III Rendición de Fondos Entregados a Terceros Públicos

I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS

XX / XX / 20XX

a) Nombre del servicio o entidad otorgante: _____

II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS

b) Nombre del servicio o entidad receptora: _____ RUT: _____

Monto total transferido moneda nacional (o extranjera) a la fecha Monto en \$ o US\$*
 Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos _____
 N° Cuenta Bancaria _____
 Comprobante de ingreso _____ Fecha _____ N° comprobante _____

Objetivo de la Transferencia _____

N° de identificación del proyecto o Programa _____

Antecedentes del acto administrativo que lo aprueba: N° _____ Fecha _____ Servicio _____
 Modificaciones N° _____ Fecha _____ Servicio _____

	Subtitulo	Item	Asignación
Item Presupuestario			
O Cuenta contable			

Fecha de inicio del Programa o proyecto

XX	XX	20XX
----	----	------

 Fecha de término

XX	XX	20XX
----	----	------

 Período de rendición

XX	20XX
----	------

III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO

MONTOS EN \$

a) Saldo pendiente por rendir del período anterior 0
 b) Transferencias recibidas en el período de la rendición 0
 c) **Total Transferencias a rendir** 0 (a + b) = c

2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO

d) Gastos de Operación 0
 e) Gastos de Personal 0
 f) Gastos de Inversión 0
 g) **Total recursos rendidos** 0 (d + e + f) = g

h) **SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE** 0 (c - g)

IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO

Nombre del Funcionario _____	Nombre del Funcionario _____
RUT _____	RUT _____
Cargo _____	Cargo _____
Dependencia _____	Dependencia _____

 Firma y nombre del responsable de la Rendición

* Cuando corresponda determinar el valor del tipo de cambio, se estará 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 los antecedentes que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.

