



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. DE FINANZAS SSI
 DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
 MVZ/FP/IA/C/CHD/JCT/CCV

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0560.

IQUIQUE, 10 MAR. 2017

VISTOS,

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.8 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto N° 22, de 2016, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 1286 de 01 de diciembre 2016, "Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria" del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 511 de 10 de Febrero de 2017, del Ministerio de Salud que aprueba los recursos; Resolución N° 1500 de 2008, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

- 1.-Que, por resolución Exenta N° 1286, de 01 de diciembre de 2016 del Ministerio de Salud aprobó el Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria;
- 2.- Que, por resolución Exenta N° 511, de 10 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **PROGRAMA**.
- 3.- Que mediante convenio de fecha 18 de Enero de 2017 suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de \$ 75.000.000 (Setenta y cinco millones de pesos), para realizar las acciones del Programa de Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria.

RESUELVO:

- 1.-APRUÉBASE el convenio de ejecución del "Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria, Comuna de Alto Hospicio, de fecha 08 de Enero de 2017, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Ilustre Municipalidad de Alto Hospicio.
 - 2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 7 páginas, cuyos ejemplares suscritos por la Directora (T Y P) del Servicio de Salud Iquique, Dra. María Vera Zamora y el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio D. Patricio Elías Ferreira Rivera, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.
- Todas las 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" del presupuesto del Servicio de Salud de Iquique".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.



Maria Vera Zamora
 Dra. MARIA VERA ZAMORA
 DIRECTORA (T Y P)
 SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. DE FINANZAS SSI
 DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
 MVZ/FR/JAC/CHO/ICT/CCV

RESOLUCIÓN EXENTA N° **0560.**

IQUIQUE, **10 MAR. 2017**

VISTOS,

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.8 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto N° 22, de 2016, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 1286 de 01 de diciembre 2016, "Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria" del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 511 de 10 de Febrero de 2017, del Ministerio de Salud que aprueba los recursos; Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

- 1.-Que, por resolución Exenta N° 1286, de 01 de diciembre de 2016 del Ministerio de Salud aprobó el Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria;
- 2.- Que, por resolución Exenta N° 511, de 10 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el PROGRAMA.
- 3.- Que mediante convenio de fecha 18 de Enero de 2017 suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de \$ 75.000.000 (Setenta y cinco millones de pesos), para realizar las acciones del Programa de Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria.

RESUELVO:

- 1.-APRUEBASE el convenio de ejecución del "Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisible en Atención Primaria, Comuna de Alto Hospicio, de fecha 08 de Enero de 2017, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Ilustre Municipalidad de Alto Hospicio.
- 2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 7 páginas, cuyos ejemplares suscritos por la Directora (T Y P) del Servicio de Salud Iquique, Dra. Maria Vera Zamora y el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio D. Patricio Elías Ferreira Rivera, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.
- Todas las ejemplares del presente convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.
- 3.-IMPÚTESE el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud" del presupuesto del Servicio de Salud de Iquique".

ANÓTESE, COMUNIQUESE, ARCHÍVESE.

DRA. MARIA VERA ZAMORA
 DIRECTORA (T Y P)
 SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

Distribución:
 Municipalidad de Alto Hospicio.
 División de Atención Primaria MINSAL
 -sdga.ssi@reduosalud.gov.cl
 -juridica.ssi@reduosalud.gov.cl
 -cesar.cayo@reduosalud.gov.cl
 -aps.ssi@reduosalud.gov.cl
 -natalia.rivera.a@reduosalud.gov.cl
 - Oficina de Partes SSI

lo que transcribo a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes

MINISTRO DE FE



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. DE FINANZAS
 DEPTO. ASESORIA JURÍDICA
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA
 MVZ/FM/COP/AMB/ICT/CO

CONVENIO DE EJECUCIÓN

"FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD" ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

En Iquique a 18 de Enero de 2017, 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 (T Y P) Dra. **MARIA VERA ZAMORA**, chilena, Cedula Nacional de Identidad N° 10.693.299-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **"SERVICIO"**, por una parte, y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.265.100-6, domiciliada en Ramón Pérez Opazo N° 3125 de Alto Hospicio, representada por su Alcalde don **PATRICIO FERREIRA RIVERA** chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 10.481.059-4 de ese mismo domicilio, en adelante el **"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° 1286 del 01 de Diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, 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: **CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. PEDRO PULGAR MELGAREJO – CECOSF EL BORO.**

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

1. Componente 1: Población con Acceso Oportuno a Medicamentos en Atención Primaria de Salud

TABLA N° 1

| Componentes | Productos Esperados |
|---|--|
| <p>Componente 1:</p> <p>Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento</p> | <p>*recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>*reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles</p> |



Handwritten signature



1



2. Componente 2: Gestión Farmacéutica.

TABLA Nº 2

| Componentes | Productos Esperados |
|---------------------------------------|---|
| Componente 2: Gestión Farmacéutica | * 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 "SERVICIO", conviene en asignar al "MUNICIPALIDAD", desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de \$ 75.000.000 (Setenta y cinco millones de pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, financiamiento que será proporcionado por el Ministerio de Salud.

SEXTA: 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 obligado a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "PROGRAMA", para las personas válidamente inscritas en la comuna.

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas, en cada uno de los establecimientos señalados en la cláusula cuarta del presente convenio:

| NOMBRE COMPONENTE | OBJETIVO | PRODUCTOS | ACTIVIDADES | MONTO (\$) |
|--|--|---|---|----------------------|
| Componente Nº 1 | | | | |
| Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento | Otorgar Cobertura para personas con enfermedades no transmisibles, y en particular con problemas de salud cardiovasculares, la compra y entrega oportuna de medicamentos definidos en el arsenal básico de Atención Primaria de cada Servicio de Salud y la incorporación de tecnología que apoye la adherencia al tratamiento farmacológico a través de mensajería de texto y llamada telefónica. | 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) | |
| | | | Curación avanzada de heridas de pie en personas con Diabetes Mellitus tipo II, para la compra de Insumos. (anexo tabla 2) | 42 |
| | | 2.- Reclamos de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de medicamentos) y dispositivos médicos | 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 Componente Nº 1 | | | | \$ 54.000.000 |
| NOMBRE COMPONENTE | OBJETIVO | PRODUCTO | ACTIVIDADES | MONTO (\$) |
| Componente Nº 2 | | | | |
| Gestión Farmacéutica | Otorgar recursos para la contratación de Profesionales Químicos Farmacéuticos y/o auxiliares Paramédicos de Farmacia asociados a la gestión Farmacéutica | Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos Atención Permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento | 1 Profesional Químico Farmacéutico a honorarios para el horario de atención de la farmacia del consultorio 1 TENS Auxiliar Paramédico de Farmacia para el horario de atención de la farmacia del consultorio | \$ 21.000.000 |
| Total Monto Componente Nº 2 | | | | \$ 21.000.000 |
| Total Programa (\$) | | | | \$ 75.000.000 |

Se transcriben los anexos 1 y 2:

ANEXO Nº 1

Fármacos del Programa Fondo Nacional de Medicamentos

| Nombre patología GES | FARMACO (NOMBRE GENERICO) | FORMA FARMACEUTICA (FF) | PRESENTACION |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------|
| Diabetes mellitus tipo 2 | ACIDO ACETILSALICILICO | COMPRIMIDO | 100 MG |
| | ATORVASTATINA | COMPRIMIDO | 20 MG |
| | CAPTAPRIL | COMPRIMIDO | 25 MG |
| | ENALAPRILA (MALEATO) | COMPRIMIDO O COMPRIMIDO | 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 |
| | TOLBUTAMIDA | COMPRIMIDO | 500 MG |



| | | | |
|--|------------------------|----------------------------------|--------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | ACIDO ACETILSALICILICO | COMPRIMIDO | 100 MG |
| | AMLODIPINO | 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 GRAGEA | 25 MG |
| | FUROSEMIDA | COMPRIMIDO | 40 MG |
| | HIDROCLOROTIAZIDA | COMPRIMIDO | 50 MG |
| | LOSARTAN (POTASICO) | COMPRIMIDO | 50 MG |
| | LOVASTATINA | COMPRIMIDO | 20 MG |
| | NIFEDIPINO | COMPRIMIDO LIBERACION RETARDADA | 20 MG |
| | NITRENDIPINO | COMPRIMIDO | 20 MG |
| | PROPRANOLOL | COMPRIMIDO | 40 MG |
| DISLIPIDEMIA | ATORVASTATINA | COMPRIMIDO | 10 MG |
| | ATORVASTATINA | COMPRIMIDO | 20 MG |
| | LOVASTATINA | COMPRIMIDO | 20 MG |

ANEXO Nº2

INSUMOS APORTADOS POR EL PROGRAMA, PARA CURACION DE PIE DIABETICO

| | |
|--|--|
| INSUMOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA PARA CURACION AVANZADA DE PIE DIEBETICO | HIDROGEL AMORFO TUBO |
| | HIDROGEL LAMINAS |
| | TULL EN LAMINAS |
| | CARBOXIMETILCELULOSA CON PLATA APOSITO |
| | CARBON ACTIVADO CON PLATA APOSITO |
| | APOSITO HIPEROSMOTICO EN LAMINAS |
| | APOSITO ALGINATO EN LAMINAS |
| | ALGINATO EN LAMINAS |
| | APOSITO ESPUMA HIDROFILICA |
| | VENDA GASA SEMIELASTICADA |
| | ESPUMA HIDROFILICA NO ADHESIVA |
| | HIDROCOLOIDE |

SEPTIMA: 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 dos veces en el año según el siguiente detalle:

- La primera evaluación, se efectuará el quinto día hábil del mes de septiembre 2017, siendo el corte al 31 de agosto del mismo año: consistirá en el envío de un informe con el resultado de la aplicación del Instrumento de Evaluación y Certificación y el avance en el cumplimiento de las actividades del Plan de Mejoras de ambos establecimientos. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2017, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

| PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30% |
|--------------------------------------|--|
| 60,00 % | 0 % |
| Entre 59,99 % y 50,00 % | 25 % |
| Entre 49,99 % y 40,00 % | 50 % |
| Entre 39,99 % y 30,00 % | 75 % |
| Menos del 30,00 % | 100 % |

- La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha 10 del mes de enero 2018, con corte al 31 de diciembre del año 2017, 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:



Handwritten signature



3



| Cumplimiento Global del Programa | | | | | |
|--|--|---|--|---|-----------------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | MEDIO DE VERIFICACION | META | PESO RELATIVO % |
| 1. Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con condición crónica en los establecimientos de Atención Primaria | Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares en los establecimientos de atención primaria | Total de recetas despachadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares en los establecimientos de atención primaria | 1.- Formulario web y sistema electrónico para aquellos que cuenten con módulo de farmacia 2.- Visitas de Supervisión. | 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno | 40% |
| 2. Porcentaje de reclamos de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles | Número de reclamos de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de fármacos) dentro de 24 horas hábiles | Total de reclamos de los usuarios atinentes al programa | 1.- Registro OIRS u otro | 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles | 25% |
| 3. Establecer línea base valorizada de mermas de medicamentos y dispositivos médicos en los establecimientos de atención primaria | Valorizado de medicamentos merma en los establecimientos de atención primaria | Total de recursos invertidos en medicamentos en los establecimientos de atención primaria | 1.- Formulario web y Sistema electrónico para aquellos que 2.- Visitas de Supervisión. | Construcción de la línea base de mermas valorizadas para el total de los establecimientos adheridos al programa | 10% |
| 4. Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacia, durante el horario de funcionamiento del establecimiento | Número de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacia, durante el horario de funcionamiento del establecimiento | Total de establecimiento de atención primaria | 1.- Pauta de supervisión de los Servicios de Salud | 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia | 25% |

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.

Referido a los registros de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN, SIGGES, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

El "SERVICIO" evaluará el cumplimiento de las actividades del "PROGRAMA" y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Deberá efectuar, a través del Departamento de Auditoría, la fiscalización 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, **\$52.500.000** (Cincuenta y dos millones quinientos 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, **\$22.500.000** (Veintidós millones quinientos 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.

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.

DECIMA: El "SERVICIO", requerirá a 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 30 de enero de 2018, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 31 de diciembre de 2017, y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO"



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**, deberá remitir en un periodo máximo de 15 días hábiles, al "**SERVICIO**", copia del comprobante de Ingreso municipal mediante el cual la "**MUNICIPALIDAD**", recibió la transferencia de fondos, materia de este convenio.

Además, deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud.

El Departamento de Auditoría del "**SERVICIO**", validará 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 del "**SERVICIO**".

Por su parte, la "**MUNICIPALIDAD**" se compromete a proporcionar al "**SERVICIO**" todas las facilidades, 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 de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2017 para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio, siendo el 30 de enero del 2018 la fecha límite para envío del informe final por parte de la "**MUNICIPALIDAD**."

Sin perjuicio de lo anterior y considerando la necesidad de asegurar de 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 2017, 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 detalla en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la "**MUNICIPALIDAD**", en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

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**" dentro del mes de febrero de 2018.

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

DÉCIMO SEXTA: 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**".

DÉCIMO SEPTIMA: La personería de la Dra. María Vera Zamora, Directora (T Y P) del Servicio de Salud Iquique, para representar al Servicio, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 22 del 05 de Septiembre de 2016, del Ministerio de Salud. La representación de Don Patricio Ferreira Rivera para actuar en nombre de la I. Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 4322 de fecha 06 de Diciembre de 2016 de la Ilustre Municipalidad de Alto Hospicio.

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.

DON PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO



DR. MARIA VERA ZAMORA
DIRECTORA (T Y P)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

