



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
CONTRALORÍA REGIONAL DE TARAPACÁ  
UNIDAD JURÍDICA

PCC

CURSA CON ALCANCES RESOLUCIÓN N° 61, DE 2018, SERVICIO DE SALUD IQUIQUE.

IQUIQUE, 22 MAR 2018 N° 843

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
REGIÓN I

22 MAR 2018

N° 843



2120180322843

Esta Contraloría Regional ha dado curso al documento individualizado en el epígrafe, que aprueba el convenio suscrito entre el Servicio de Salud Iquique y la Municipalidad de Iquique, correspondiente al Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud.

No obstante, cumple con hacer presente que en el objetivo del Componente 1 de la cláusula sexta del instrumento en examen ha omitido mencionar a la enfermedad diabetes mellitus tipo 2, contemplada en el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, aprobado por la resolución exenta N° 24, de 2018, del Ministerio de Salud, y respecto de la cual el convenio en cuestión considera la compra de insumos.

Seguidamente, es menester señalar que los medios de verificación de los indicadores 1 y 2, de la tabla de la cláusula séptima, no corresponden a aquel establecido en la mencionada resolución exenta.

Finalmente, cabe manifestar que la imputación del gasto contenida en el punto N° 2 del acto en estudio se entiende efectuada al subtítulo 24, ítem 03, asignación 298 del presupuesto del aludido servicio, tal como se dispuso en la resolución exenta N° 24, de 2018, que aprobó el programa farmacológico al cual se hace referencia, y no al "ítem 24" como erróneamente se indica.

Con los alcances que anteceden se ha tomado razón del acto administrativo de la suma.



DIRECTORA DEL SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
PRESENTE

Saluda atentamente a Ud.

MARIELA FERNÁNDEZ RAMOS  
Contralor Regional Tarapacá  
Contraloría Regional Tarapacá



MINISTERIO DE SALUD  
 SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
 SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL  
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 DEPTO ASESORIA JURIDICA  
 DEPTO DE FINANZAS  
 DEPTO DE ATENCION PRIMARIA Y REDES  
 MML/JCT/CPA/USM/HPA/CPV

*[Handwritten signature]*

CONTRALORIA REGIONAL	
02 MAR 2018	
RECEPCIONADO	
Juridica	
UPAE	
DIR	
UCE	
A. Contable	

RESOLUCIÓN AFECTA N° **061** /

IQUIQUE,

**27 FEB. 2018**

VISTOS,

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Artículo 9 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; Resolución N° 0002/2018 del Servicio de Salud; Resolución Exenta N° 24 de 2018, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 117 de 2018, del Ministerio de Salud; Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República;

**CONSIDERANDO:**

- 1.-Que, por resolución Exenta N° 24, de 08 enero 2018, del Ministerio de Salud aprobó el Programa de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud año 2018;
- 2.-Que, por resolución Exenta N° 117, de 24 enero 2018, del Ministerio de Salud aprobó recursos para el Programa de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud año 2018;
- 3.- Que mediante convenio de fecha 09 de febrero 2018 suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Iquique, el Servicio le **asigna la suma de \$327.290.262 (Trescientos veintisiete millones doscientos noventa mil doscientos sesenta y dos pesos)**, para realizar las acciones de apoyo relativas al Programa de Comuna de Iquique.

**RESUELVO:**

- 1.-APRUEBASE el convenio de ejecución del "Programa de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud año 2018, Comuna de Iquique, de fecha 09 de febrero 2018, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, representado por su Directora (T Y P) Dra. María Vera Zamora y la Ilustre Municipalidad de Iquique, representada por su Alcalde Mauricio Soría Macchiavello
- 2.- El texto del convenio que se aprueba se transcribe a continuación.

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**

**"FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD" ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE**

En Iquique a 09 de febrero de 2018, 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, Cédula Nacional de Identidad N° 10.696.299-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.010.300-1, domiciliada en Serrano # 145 de la ciudad y comuna de Iquique, representada por su Alcalde don **MAURICIO SORIA MACCHIAVELLO** chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 11.815.905-5 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 6º 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° 24 de 08 Enero del 2018, del Ministerio de Salud, el que la "MUNICIPALIDAD" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para los fines del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD" administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: **CESFAM Sur, Cirujano Guzmán, Cirujano Aguirre, CECOSF Cerro Esmeralda y Cirujano Videla.**

**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":

**2.- Los componentes son los siguientes:**

**Componente 1:** Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.

**TABLA N° 1**

Componentes	Productos Esperados
<b>Componente 1:</b>	1. recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares.
Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento	2. reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles

**Componente 2:** Gestión Farmacéutica.

**TABLA N° 2**

Componentes	Productos Esperados
<b>Componente 2:</b> Gestión Farmacéutica	3. Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos
	4. 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 **\$327.290.262 (Trescientos veintisiete millones doscientos noventa mil doscientos sesenta y dos 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.

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:

COMPONENTES	OBJETIVO	PRODUCTOS	ACTIVIDADES	MONTO (\$)
Componente N° 1  Población que atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento	Obrar 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 maquinaria 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.  2.- Reclamos de los usuarios atinentes al programa con solución (entrega de medicamentos) y dispositivos médicos	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)  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	249.767.076
Total Monto Componente N° 1				\$ 249.767.076
COMPONENTE	OBJETIVO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	MONTO (\$)
Componente N° 2  Gestión Farmacéutica	Obrar recursos para la contratación de Profesionales Químicos Farmacéuticos y/o auxiliares Paramédicos de Farmacia asociados a la gestión Farmacéutica	Gestión de las reservas de medicamentos y dispositivos médicos  Atención Permanente de farmacia durante el horario de funcionamiento del establecimiento	2 Profesional Químico Farmacéutico 44 horas a honorarios por 12 meses  2 TENS Auxiliar Paramédico de Farmacia 44 horas a honorarios por 12 meses	\$ 43.605.704  \$ 14.117.489
Total Monto Componente N° 2				\$ 57.723.193
OBJETIVO			ACTIVIDADES	MONTO (\$)
Compra de Refrigeradores, que cumplen con las normas técnicas para el resguardo de medicamentos, la asignación de estos recursos son solo por este año			Adquisición de 4 refrigeradores	\$ 20.000.000
Total Programa (\$)				\$ 327.490.263

Se transcriben los anexos 1 y 2:

#### ANEXO N° 1

#### Fármacos del Programa Fondo Nacional de Medicamentos

Nombre patología GES	FARMACO (NOMBRE GENERICO)	FORMA FARMACÉUTICA (FF)	PRESENTACION
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 EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	METFORMINA (CLORHIDRATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
	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
PROPRANOLOL	COMPRIMIDO	40 MG	
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

#### ANEXO N° 2

#### Insumos aportados por el Programa, para curación de pie diabético

INSUMOS PIE DIABETICO NO INFECTADO
DACC lámina
PHMB Rollo
Apósito de Ringier + PHMB
Espuma Hidrofílica con Silicón 10x10
Alginato 10 x 10 cm
Carboximetilcelulosa 10 x 10 cm
Tull de silicón 10x10
Hidrogel 15 g
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30gr
Gel con Polihexanida con Betaina
Ácido Fusídico
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm
Colágeno
Inhibidor de la Metaloproteasa
Espuma limpiadora de piel
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts
Protector Cutáneo Spray
Lubrificante Cutáneo
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml
Curetás 3 mm o 4 mm

INSUMOS PIE DIABETICO INFECTADO
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm
Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x10 cm
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm
Alginato con Plata 10 x10 cm
Tull con Plata
Hidrogel Con Plata 15 g
Espuma limpiadora de piel
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts
Protector Cutáneo Spray
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml
Curetas 3 mm o 4 mm

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

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

- La primera evaluación técnica, se efectuará el quinto día hábil del mes de septiembre 2018, siendo el corte al 31 de agosto del mismo año. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación técnica, se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2018, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO 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 2019, con corte al 31 de diciembre del año 2018, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

Cumplimiento Global del Programa					
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	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 despatchadas 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 atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles	Número de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de farmacia) dentro de 24 horas hábiles	Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa	1.- Registro OIRS u otro	100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles	25%
3. Valorizado de merma de medicamentos estimado para los Servicios de Salud	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 reporte tablero de Mandafondo de Farmacia 2.- Visitas de Supervisión.	0,8% como línea base de merma establecida por el Servicio de Salud	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 establecimientos de atención primaria	1.- Formulario web y reporte tablero de Mandafondo de Farmacia 2.- Visitas de Supervisión.	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.

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, **\$229.103.183** (Doscientos veinte nueve millones cientos tres mil ciento ochenta y tres 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, **\$98.187.079** (noventa y ocho millones ciento ochenta y siete mil setenta y nueve pesos) correspondiente 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.

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

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

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexo N° 1 y Anexo N° 2, con antecedentes solicitados en estos formatos, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación original de respaldo deberá estar disponible para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario.

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

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

Se transcriben a continuación ambos anexos.

ANEXO N° 1 - FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS												
<b>I. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR O ENTIDAD QUE TRABAJA LOS RECURSOS</b>												
a) Nombre del servicio o entidad encargada: _____												
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS</b>												
b) Nombre del servicio o entidad receptora: _____ RUT: _____												
Monto total transferido (en millones de pesos) (o extracción) a la fecha: _____												
Banco o institución financiera donde se depositaron los recursos: _____												
N° Cuenta Bancaria: _____		N° de depósito: _____										
Comprobante de ingreso: _____												
Detalles de la transferencia: _____												
N° de identificación del proyecto o programa: _____												
Asignaciones del acto administrativo que lo respalda: _____												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Item</th> <th>Asignación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Plan Previsional</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cuentas Corrientes</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Indicador	Item	Asignación	Plan Previsional			Cuentas Corrientes		
Indicador	Item	Asignación										
Plan Previsional												
Cuentas Corrientes												
Fecha de inicio del Programa o Proyecto: _____												
Fecha de término: _____												
Período de rendición: _____												
<b>III. DETALLE DE TRANSFERENCIAS EFECTADAS Y GASTOS RECORRIDOS DEL PERÍODO</b>												
a) Se han pagado por rendir en el período anterior: _____			MONEDA PSE									
b) Transferencias recibidas en el período de la rendición: _____												
c) Total Transferencias a pagar: _____			(a + b) - c									
<b>IV. RESUMEN DE CUENTA DEL PERÍODO</b>												
a) GASTOS DE OPERACIÓN: _____												
b) GASTOS DE PERSONAL: _____												
c) GASTOS DE OPERACIÓN: _____												
d) Total recursos recibidos: _____												
e) SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE: _____												
f) SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE: _____												
<b>V. DATOS DE LOS SUBSCRIBENTES RESPONSABLES Y QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO</b>												
Nombre del Firmatario: _____		Nombre del Firmatario: _____										
RUT: _____		RUT: _____										
Lugar: _____		Cargo: _____										
Dependencia: _____		Dependencia: _____										
Firma y nombre del responsable de la Rendición: _____												

\* Cuando corresponda remitir al visto del jefe de centro, se deberá anexar al momento de realizar la respectiva operación.  
\*\*\* Anexo a este formulario de rendición de cuentas se deberá acompañar en el mismo orden las comprobantes de ingreso de los recursos en el período de rendición de cuentas.



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

Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo. Para formalizar esta prórroga, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo la que será notificada a la "MUNICIPALIDAD" para que manifieste por escrito su voluntad de aceptar las nuevas metas y presupuesto como asimismo prorrogar el convenio en dichos términos todo ello en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución; solo en tal caso se entenderá prorrogado automáticamente el 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 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

**DÉCIMA CUARTA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de febrero de 2019.

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.

**DÉCIMO QUINTA:** El registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN, Reportes 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.

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

**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 un logo del Servicio de Salud Iquique.

**DÉCIMO NOVENA:** La personería de la doctora María Vera Zamora, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el decreto N°18 del 31 de agosto de 2017 del Ministerio de Salud. La representación de don Mauricio Soria Macchiavello, para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Iquique, emana del Decreto Alcaldicio N° 823 del 06 diciembre de 2016 de la I. Municipalidad de Iquique.

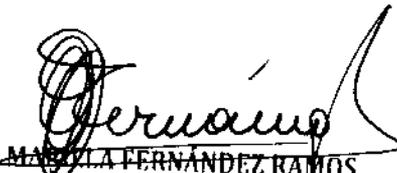
Todos los ejemplares del presente convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

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

TÓMESE RAZÓN, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



MARCO MORGADO LEDEZMA  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

  
MARIELA FERNÁNDEZ RAMOS  
Contralor Regional Tarapacá  
Contraloría Regional Tarapacá

TOMADO RAZÓN CON ALCANCE  
POR ORDEN DEL CONTRALOR  
GENERAL DE LA REPUBLICA

22 MAR 2018

CONTRALOR REGIONAL  
CONTRALORÍA REGIONAL  
DE TARAPACÁ

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

Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo. Para formalizar esta prórroga, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo la que será notificada a la "MUNICIPALIDAD" para que manifieste por escrito su voluntad de aceptar las nuevas metas y presupuesto como asimismo prorrogar el convenio en dichos términos todo ello en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución; solo en tal caso se entenderá prorrogado automáticamente el 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 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

**DÉCIMA CUARTA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de febrero de 2019.

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.

**DÉCIMO QUINTA:** El registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN, Reportes 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 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 un logo del Servicio de Salud Iquique.

**DÉCIMO NOVENA:** La personería de la doctora Maria Vera Zamora, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el decreto N°18 del 31 de agosto de 2017 del Ministerio de Salud. La representación de don Mauricio Soria Macchiavello, para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Iquique, emana del Decreto Alcaldicio N° 823 del 06 diciembre de 2016 de la I. Municipalidad de Iquique.

Todos los 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 vigente.

TÓMESE RAZÓN, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



MARCO MORGADO LEDEZMA  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

Distribución:  
Municipalidad de Iquique.  
Commudesi  
División de Atención Primaria MINSAL  
-sdga.ssi@redsalud.gov.cl  
-juridica.ssi@redsalud.gov.cl  
-pablo.morenor@redsalud.gov.cl  
-carlos.calvo@redsalud.gov.cl  
-natalia.rivera.a@redsalud.gov.cl  
-Oficina de Partes SSI

Lo que transcribo a Ud. para conocimiento y fines pertinentes

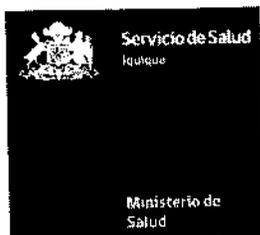


DIANA JOFRE ROJAS  
MINISTRO (S) DE FE

Doy Fe que fue tomada  
Razón por la Contraloría  
con fecha 22.03.18

MINISTRO DE FE  
Servicio Salud Iquique

Iquique, 26.03.18



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
 DEPTO. ASESORÍA JURIDICA  
 DEPTO. FINANZAS  
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES  
 DRA. MVZ / FRM / LRN / CPT / JCT / QV

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**  
**"FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD"**  
**ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE**

En Iquique a 09 de Febrero de 2018, 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, Cédula Nacional de Identidad N° 10.696.299-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **"SERVICIO"**, por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.010.300-1, domiciliada en Serrano # 145 de la ciudad y comuna de Iquique, representada por su Alcalde don **MAURICIO SORIA MACCHIAVELLO** chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 11.815.905-5 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 6º 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° 24 de 08 Enero del 2018, del Ministerio de Salud, el que la **"MUNICIPALIDAD"** se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para los fines del presente convenio, la **"MUNICIPALIDAD"** administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: **CEFAM Sur, Clujano Guzmán, Clujano Aguirre, CECOSF Cerro Esmeralda y Clujano Videla.**

**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"**:

**Dr. ANTONIO GONZÁLEZ**  
**ASESOR MEDICO**  
 RUT. 15.457.263



2.- Los componentes son los siguientes:

**Componente 1:** Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.

TABLA Nº 1

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

**Componente 2:** Gestión Farmacéutica.

TABLA Nº 2

Componentes	Productos Esperados
Componente 2: Gestión Farmacéutica	3. Gestión de las mermas de medicamentos y dispositivos médicos
	4. 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 **\$327.290.262 (Trescientos veintisiete millones doscientos noventa mil doscientos sesenta y dos 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.

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:

COMPONENTES	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 mensajes 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)	249.767.076
		2. Reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos) y dispositivos médicos	Coración avanzada de heridas de pie en personas con Diabetes Mellitus tipo II, para la compra de insumos. (anexo Tabla 2)	MFTA  140
			Implementación de sistema exento 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	
<b>Total Monto Componente Nº 1</b>				<b>\$ 249.767.076</b>
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	2 Profesional Químico Farmacéutico 44 horas e honorarios por 12 meses	\$ 43.405.704
		Atención Permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento	2 TENS Auxiliar Paramédico de Farmacia 44 horas e honorarios por 12 meses	\$ 14.117.482
<b>Total Monto Componente Nº 2</b>				<b>\$ 57.523.186</b>
<b>OBJETIVO</b>			<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MONTO (\$)</b>
Compra de Refrigeradores, que cumplan con las normas técnicas para el resguardo de medicamentos - la asignación de estos recursos son solo por este año			Adquisición de 4 refrigeradores	\$ 20.000.000
<b>Total Programa (\$)</b>				<b>\$ 327.290.262</b>

Dr. ANTONIO GONZÁLEZ  
ASESOR MÉDICO  
RUT 16.057.267-1



Se transcriben los anexos 1 y 2:

**ANEXO Nº 1**

**Fármacos del Programa Fondo Nacional de Medicamentos**

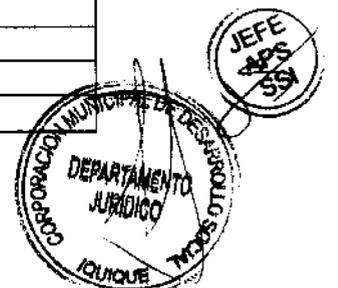
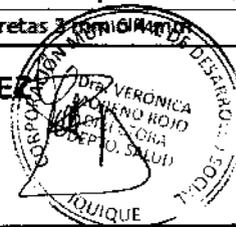
Nombre patología GES	FARMACO (NOMBRE GENERICO)	FORMA FARMACEUTICA (FF)	PRESENTACION
Diabetes mellitus tipo 2	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRILA (MALEATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN (POTASICO)	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	METFORMINA (CLORHIDRATO)	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O 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
	PROPRANLOL	COMPRIMIDO	40 MG
	DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO
ATORVASTATINA		COMPRIMIDO	20 MG
LOVASTATINA		COMPRIMIDO	20 MG

**ANEXO Nº2**

**Insumos aportados por el Programa, para curación de pie diabético**

<b>INSUMOS PIE DIABETICO NO INFECTADO</b>
<b>Apósito Primario (Bacteriostáticos)</b>
DACC lámina
PHMB Rollo
Apósito de Ringer + PHMB
<b>Apósito Primario (Absorbentes)</b>
Espuma Hidrofílica con Silicona 10x10
Alginato 10 x 10 cm
Carboximetilcelulosa 10 x10 cm
<b>Apósito Primario (Hidratantes)</b>
Tuill de silicona 10x10
Hidrogel 15 g
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30gr
Gel con Polihexanida con Betaina
Ácido Fusídico
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm
<b>Apósito Primario (Regenerativos)</b>
Colágeno
Inhibidor de la Metaloproteasa
<b>Otros Insumos</b>
Espuma limpiadora de piel
Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts
Protector Cutáneo Spray
Lubricante Cutáneo
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml
Curetas

Jr. ANTONIO GONZÁLEZ  
ASESOR MÉDICO  
RUT/16.057.267-1



INSUMOS PIE DIABETICO INFECTADO	
<b>Artículos de Laboratorio (Microquímica)</b>	
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm	
Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x10 cm	
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm	
Alginato con Plata 10 x10 cm	
Tull con Plata	
Hidrogel Con Plata 15 g	
<b>Artículos Farmacia</b>	
Espuma limpiadora de piel	
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts	
Protector Cutáneo Spray	
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	
Curetas 3 mm o 4 mm	

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

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

- La primera evaluación técnica, se efectuará el quinto día hábil del mes de septiembre 2018, siendo el corte al 31 de agosto del mismo año. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación técnica, se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2018, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO 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 2019, con corte al 31 de diciembre del año 2018, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

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 desechadas 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 cuentan 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 atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles	Número de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármacos) dentro de 24 horas hábiles	Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa	1.- Registro DIRS u otro	100 % de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles	25%
3. Valorizado de merma de medicamentos estimado para los Servicios de Salud	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 reporte tablero de Mando Fondo de Farmacia 2.- Visitas de Supervisión.	0,8% como línea base de merma establecido por el Servicio de Salud	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.- Formulario web y reporte tablero de Mando Fondo de Farmacia 2.- Visitas de Supervisión.	100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia	25%

Dr. ANTONIO GONZALEZ  
ASESOR MEDICO  
RUT 16.057.267-1



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 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, **\$229.103.183** (Doscientos veinte nueve millones ciento tres mil ciento ochenta y tres 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, **\$98.187.079** (noventa y ocho millones ciento ochenta y siete mil setenta y 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.

**NOVENA:** El "SERVICIO" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello en el caso que la "MUNICIPALIDAD" se exceda de los fondos destinados por el "SERVICIO" para los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

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

- Informe final: Fecha límite 21 de enero de 2019, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada por establecimiento y el saldo disponible al 31 de diciembre de 2018 y en consecuencia de existir remanente, procederá su reintegro al "SERVICIO".

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexo N° 1 y Anexo N° 2, con antecedentes solicitados en estos formatos, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación original de respaldo deberá estar disponible para cuando el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario.

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

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

Se transcriben a continuación ambos anexos.

I. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR O ENTIDAD QUE TRANSMIÓ LOS RECURSOS	
a) Nombre del servicio o entidad otorgadora:	
b) Nombre del servicio o entidad receptora:	
c) RUT:	
d) Moneda Nacional Transmisión mensual nacional (o extranjera) y la fecha de inicio de la transmisión de recursos desde la ejecución de los recursos:	
e) Fuente Bancaria:	
f) Comprobante de ingreso:	
g) Objeto de la Transmisión:	
h) N° de identificación del proyecto o Programa:	
i) Antecedentes del acto administrativo que lo otorga:	
j) Modificaciones:	
k) N° de Transmisión:	
l) Fecha de inicio del Programa o proyecto:	
m) Fecha de término:	
n) Período de rendición:	
o) N° de Transmisión:	
p) N° de Transmisión:	
q) N° de Transmisión:	
r) N° de Transmisión:	
s) N° de Transmisión:	
t) N° de Transmisión:	
u) N° de Transmisión:	
v) N° de Transmisión:	
w) N° de Transmisión:	
x) N° de Transmisión:	
y) N° de Transmisión:	
z) N° de Transmisión:	
aa) N° de Transmisión:	
ab) N° de Transmisión:	
ac) N° de Transmisión:	
ad) N° de Transmisión:	
ae) N° de Transmisión:	
af) N° de Transmisión:	
ag) N° de Transmisión:	
ah) N° de Transmisión:	
ai) N° de Transmisión:	
aj) N° de Transmisión:	
ak) N° de Transmisión:	
al) N° de Transmisión:	
am) N° de Transmisión:	
an) N° de Transmisión:	
ao) N° de Transmisión:	
ap) N° de Transmisión:	
aq) N° de Transmisión:	
ar) N° de Transmisión:	
as) N° de Transmisión:	
at) N° de Transmisión:	
au) N° de Transmisión:	
av) N° de Transmisión:	
aw) N° de Transmisión:	
ax) N° de Transmisión:	
ay) N° de Transmisión:	
az) N° de Transmisión:	
ba) N° de Transmisión:	
bb) N° de Transmisión:	
bc) N° de Transmisión:	
bd) N° de Transmisión:	
be) N° de Transmisión:	
bf) N° de Transmisión:	
bg) N° de Transmisión:	
bh) N° de Transmisión:	
bi) N° de Transmisión:	
bj) N° de Transmisión:	
bk) N° de Transmisión:	
bl) N° de Transmisión:	
bm) N° de Transmisión:	
bn) N° de Transmisión:	
bo) N° de Transmisión:	
bp) N° de Transmisión:	
bq) N° de Transmisión:	
br) N° de Transmisión:	
bs) N° de Transmisión:	
bt) N° de Transmisión:	
bu) N° de Transmisión:	
bv) N° de Transmisión:	
bv) N° de Transmisión:	
bw) N° de Transmisión:	
bx) N° de Transmisión:	
by) N° de Transmisión:	
bz) N° de Transmisión:	
ca) N° de Transmisión:	
cb) N° de Transmisión:	
cc) N° de Transmisión:	
cd) N° de Transmisión:	
ce) N° de Transmisión:	
cf) N° de Transmisión:	
cg) N° de Transmisión:	
ch) N° de Transmisión:	
ci) N° de Transmisión:	
cj) N° de Transmisión:	
ck) N° de Transmisión:	
cl) N° de Transmisión:	
cm) N° de Transmisión:	
cn) N° de Transmisión:	
co) N° de Transmisión:	
cp) N° de Transmisión:	
cq) N° de Transmisión:	
cr) N° de Transmisión:	
cs) N° de Transmisión:	
ct) N° de Transmisión:	
cu) N° de Transmisión:	
cv) N° de Transmisión:	
cw) N° de Transmisión:	
cx) N° de Transmisión:	
cy) N° de Transmisión:	
cz) N° de Transmisión:	
da) N° de Transmisión:	
db) N° de Transmisión:	
dc) N° de Transmisión:	
dd) N° de Transmisión:	
de) N° de Transmisión:	
df) N° de Transmisión:	
dg) N° de Transmisión:	
dh) N° de Transmisión:	
di) N° de Transmisión:	
dj) N° de Transmisión:	
dk) N° de Transmisión:	
dl) N° de Transmisión:	
dm) N° de Transmisión:	
dn) N° de Transmisión:	
do) N° de Transmisión:	
dp) N° de Transmisión:	
dq) N° de Transmisión:	
dr) N° de Transmisión:	
ds) N° de Transmisión:	
dt) N° de Transmisión:	
du) N° de Transmisión:	
dv) N° de Transmisión:	
dw) N° de Transmisión:	
dx) N° de Transmisión:	
dy) N° de Transmisión:	
dz) N° de Transmisión:	
ea) N° de Transmisión:	
eb) N° de Transmisión:	
ec) N° de Transmisión:	
ed) N° de Transmisión:	
ee) N° de Transmisión:	
ef) N° de Transmisión:	
eg) N° de Transmisión:	
eh) N° de Transmisión:	
ei) N° de Transmisión:	
ej) N° de Transmisión:	
ek) N° de Transmisión:	
el) N° de Transmisión:	
em) N° de Transmisión:	
en) N° de Transmisión:	
eo) N° de Transmisión:	
ep) N° de Transmisión:	
eq) N° de Transmisión:	
er) N° de Transmisión:	
es) N° de Transmisión:	
et) N° de Transmisión:	
eu) N° de Transmisión:	
ev) N° de Transmisión:	
ew) N° de Transmisión:	
ex) N° de Transmisión:	
ey) N° de Transmisión:	
ez) N° de Transmisión:	
fa) N° de Transmisión:	
fb) N° de Transmisión:	
fc) N° de Transmisión:	
fd) N° de Transmisión:	
fe) N° de Transmisión:	
ff) N° de Transmisión:	
fg) N° de Transmisión:	
fh) N° de Transmisión:	
fi) N° de Transmisión:	
fj) N° de Transmisión:	
fk) N° de Transmisión:	
fl) N° de Transmisión:	
fm) N° de Transmisión:	
fn) N° de Transmisión:	
fo) N° de Transmisión:	
fp) N° de Transmisión:	
fq) N° de Transmisión:	
fr) N° de Transmisión:	
fs) N° de Transmisión:	
ft) N° de Transmisión:	
fu) N° de Transmisión:	
fv) N° de Transmisión:	
fw) N° de Transmisión:	
fx) N° de Transmisión:	
fy) N° de Transmisión:	
fz) N° de Transmisión:	
ga) N° de Transmisión:	
gb) N° de Transmisión:	
gc) N° de Transmisión:	
gd) N° de Transmisión:	
ge) N° de Transmisión:	
gf) N° de Transmisión:	
gg) N° de Transmisión:	
gh) N° de Transmisión:	
gi) N° de Transmisión:	
gj) N° de Transmisión:	
gk) N° de Transmisión:	
gl) N° de Transmisión:	
gm) N° de Transmisión:	
gn) N° de Transmisión:	
go) N° de Transmisión:	
gp) N° de Transmisión:	
gq) N° de Transmisión:	
gr) N° de Transmisión:	
gs) N° de Transmisión:	
gt) N° de Transmisión:	
gu) N° de Transmisión:	
gv) N° de Transmisión:	
gw) N° de Transmisión:	
gx) N° de Transmisión:	
gy) N° de Transmisión:	
gz) N° de Transmisión:	
ha) N° de Transmisión:	
hb) N° de Transmisión:	
hc) N° de Transmisión:	
hd) N° de Transmisión:	
he) N° de Transmisión:	
hf) N° de Transmisión:	
hg) N° de Transmisión:	
hh) N° de Transmisión:	
hi) N° de Transmisión:	
hj) N° de Transmisión:	
hk) N° de Transmisión:	
hl) N° de Transmisión:	
hm) N° de Transmisión:	
hn) N° de Transmisión:	
ho) N° de Transmisión:	
hp) N° de Transmisión:	
hq) N° de Transmisión:	
hr) N° de Transmisión:	
hs) N° de Transmisión:	
ht) N° de Transmisión:	
hu) N° de Transmisión:	
hv) N° de Transmisión:	
hw) N° de Transmisión:	
hx) N° de Transmisión:	
hy) N° de Transmisión:	
hz) N° de Transmisión:	
ia) N° de Transmisión:	
ib) N° de Transmisión:	
ic) N° de Transmisión:	
id) N° de Transmisión:	
ie) N° de Transmisión:	
if) N° de Transmisión:	
ig) N° de Transmisión:	
ih) N° de Transmisión:	
ii) N° de Transmisión:	
ij) N° de Transmisión:	
ik) N° de Transmisión:	
il) N° de Transmisión:	
im) N° de Transmisión:	
in) N° de Transmisión:	
io) N° de Transmisión:	
ip) N° de Transmisión:	
iq) N° de Transmisión:	
ir) N° de Transmisión:	
is) N° de Transmisión:	
it) N° de Transmisión:	
iu) N° de Transmisión:	
iv) N° de Transmisión:	
iw) N° de Transmisión:	
ix) N° de Transmisión:	
iy) N° de Transmisión:	
iz) N° de Transmisión:	
ja) N° de Transmisión:	
jb) N° de Transmisión:	
jc) N° de Transmisión:	
jd) N° de Transmisión:	
je) N° de Transmisión:	
jf) N° de Transmisión:	
jg) N° de Transmisión:	
jh) N° de Transmisión:	
ji) N° de Transmisión:	
jj) N° de Transmisión:	
jk) N° de Transmisión:	
jl) N° de Transmisión:	
jm) N° de Transmisión:	
jn) N° de Transmisión:	
jo) N° de Transmisión:	
jp) N° de Transmisión:	
jq) N° de Transmisión:	
jr) N° de Transmisión:	
js) N° de Transmisión:	
jt) N° de Transmisión:	
ju) N° de Transmisión:	
jv) N° de Transmisión:	
jw) N° de Transmisión:	
jx) N° de Transmisión:	
jy) N° de Transmisión:	
jz) N° de Transmisión:	
ka) N° de Transmisión:	
kb) N° de Transmisión:	
kc) N° de Transmisión:	
kd) N° de Transmisión:	
ke) N° de Transmisión:	
kf) N° de Transmisión:	
kg) N° de Transmisión:	
kh) N° de Transmisión:	
ki) N° de Transmisión:	
kj) N° de Transmisión:	
kk) N° de Transmisión:	
kl) N° de Transmisión:	
km) N° de Transmisión:	
kn) N° de Transmisión:	
ko) N° de Transmisión:	
kp) N° de Transmisión:	
kq) N° de Transmisión:	
kr) N° de Transmisión:	
ks) N° de Transmisión:	
kt) N° de Transmisión:	
ku) N° de Transmisión:	
kv) N° de Transmisión:	
kw) N° de Transmisión:	
kx) N° de Transmisión:	
ky) N° de Transmisión:	
kz) N° de Transmisión:	
la) N° de Transmisión:	
lb) N° de Transmisión:	
lc) N° de Transmisión:	
ld) N° de Transmisión:	
le) N° de Transmisión:	
lf) N° de Transmisión:	
lg) N° de Transmisión:	
lh) N° de Transmisión:	
li) N° de Transmisión:	
lj) N° de Transmisión:	
lk) N° de Transmisión:	
ll) N° de Transmisión:	
lm) N° de Transmisión:	
ln) N° de Transmisión:	
lo) N° de Transmisión:	
lp) N° de Transmisión:	
lq) N° de Transmisión:	
lr) N° de Transmisión:	
ls) N° de Transmisión:	
lt) N° de Transmisión:	
lu) N° de Transmisión:	
lv) N° de Transmisión:	
lw) N° de Transmisión:	
lx) N° de Transmisión:	
ly) N° de Transmisión:	
lz) N° de Transmisión:	
ma) N° de Transmisión:	
mb) N° de Transmisión:	
mc) N° de Transmisión:	
md) N° de Transmisión:	
me) N° de Transmisión:	
mf) N° de Transmisión:	
mg) N° de Transmisión:	
mh) N° de Transmisión:	
mi) N° de Transmisión:	
mj) N° de Transmisión:	
mk) N° de Transmisión:	
ml) N° de Transmisión:	
mm) N° de Transmisión:	
mn) N° de Transmisión:	
mo) N° de Transmisión:	
mp) N° de Transmisión:	
mq) N° de Transmisión:	
mr) N° de Transmisión:	
ms) N° de Transmisión:	
mt) N° de Transmisión:	
mu) N° de Transmisión:	
mv) N° de Transmisión:	
mw) N° de Transmisión:	
mx) N° de Transmisión:	
my) N° de Transmisión:	
mz) N° de Transmisión:	
na) N° de Transmisión:	
nb) N° de Transmisión:	
nc) N° de Transmisión:	
nd) N° de Transmisión:	
ne) N° de Transmisión:	
nf) N° de Transmisión:	
ng) N° de Transmisión:	
nh) N° de Transmisión:	
ni) N° de Transmisión:	
nj) N° de Transmisión:	
nk) N° de Transmisión:	
nl) N° de Transmisión:	
nm) N° de Transmisión:	
nn) N° de Transmisión:	
no) N° de Transmisión:	
np) N° de Transmisión:	
nq) N° de Transmisión:	
nr) N° de Transmisión:	
ns) N° de Transmisión:	
nt) N° de Transmisión:	
nu) N° de Transmisión:	
nv) N° de Transmisión:	
nw) N° de Transmisión:	
nx) N° de Transmisión:	
ny) N° de Transmisión:	
nz) N° de Transmisión:	
oa) N° de Transmisión:	
ob) N° de Transmisión:	
oc) N° de Transmisión:	
od) N° de Transmisión:	
oe) N° de Transmisión:	
of) N° de Transmisión:	
og) N° de Transmisión:	
oh) N° de Transmisión:	
oi) N° de Transmisión:	
oj) N° de Transmisión:	
ok) N° de Transmisión:	
ol) N° de Transmisión:	
om) N° de Transmisión:	
on) N° de Transmisión:	
oo) N° de Transmisión:	
op) N° de Transmisión:	
oq) N° de Transmisión:	
or) N° de Transmisión:	
os) N° de Transmisión:	
ot) N° de Transmisión:	
ou) N° de Transmisión:	
ov) N° de Transmisión:	
ow) N° de Transmisión:	
ox) N° de Transmisión:	
oy) N° de Transmisión:	
oz) N° de Transmisión:	
pa) N° de Transmisión:	
pb) N° de Transmisión:	
pc) N° de Transmisión:	
pd) N° de Transmisión:	
pe) N° de Transmisión:	
pf) N° de Transmisión:	
pg) N° de Transmisión:	
ph) N° de Transmisión:	
pi) N° de Transmisión:	
pj) N° de Transmisión:	
pk) N° de Transmisión:	
pl) N° de Transmisión:	
pm) N° de Transmisión:	
pn) N° de Transmisión:	
po) N° de Transmisión:	
pp) N° de Transmisión:	
pq) N° de Transmisión:	
pr) N° de Transmisión:	
ps) N° de Transmisión:	
pt) N° de Transmisión:	
pu) N° de Transmisión:	
pv) N° de Transmisión:	
pw) N° de Transmisión:	
px) N° de Transmisión:	
py) N° de Transmisión:	
pz) N° de Transmisión:	
qa) N° de Transmisión:	
qb) N° de Transmisión:	
qc) N° de Transmisión:	
qd) N° de Transmisión:	
qe) N° de Transmisión:	
qf) N° de Transmisión:	
qg) N° de Transmisión:	
qh) N° de Transmisión:	
qi) N° de Transmisión:	
qj) N° de Transmisión:	
qk) N° de Transmisión:	
ql) N° de Transmisión:	
qm) N° de Transmisión:	
qn) N° de Transmisión:	
qo) N° de Transmisión:	



**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2018 para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio, siendo el 21 de enero del 2019 la fecha límite para envío del informe final por parte de la "MUNICIPALIDAD."

Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo. Para formalizar esta prórroga, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo la que será notificada a la "MUNICIPALIDAD" para que manifieste por escrito su voluntad de aceptar las nuevas metas y presupuesto como asimismo prorrogar el convenio en dichos términos todo ello en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución; solo en tal caso se entenderá prorrogado automáticamente el 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 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

**DÉCIMA CUARTA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes de febrero de 2019.

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.

**DÉCIMO QUINTA:** El registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN, Reportes 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.

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

**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 un logo del Servicio de Salud Iquique.

**DÉCIMO NOVENA:** La personería de la doctora María Vera Zamora, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el decreto N°18 del 31 de agosto de 2017 del Ministerio de Salud. La representación de don Mauricio Soria Macchiavello, para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Iquique, emana del Decreto Alcaldicio N° 823 del 06 diciembre de 2016 de la I. Municipalidad de Iquique.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes

**DÉCIMO NOVENA:** El presente Convenio se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en el poder del "SERVICIO", uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", otro en la CORMUDES, y otro en la División de Atención Primaria del MINSAL.

  
MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE  
Mauricio Soria Macchiavello  
ALCALDE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE IQUIQUE

  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
Dra. María Vera Zamora  
DIRECTORA (T Y P)  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

  
CORPORACION MUNICIPAL DE IQUIQUE  
DEPARTAMENTO JURIDICO  
IQUIQUE

  
JEFE APSS

URGENTE



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION MÉDICA  
DEPTO. DE ATENCION PRIMARIA

ORD N° 0521 /

**MAT.:** Envía RAF N°61/2018  
"Programa Fondo de Farmacia comuna  
de Iquique ", para toma de razón.

IQUIQUE, 02 MAR. 2018

**DE :** DIRECTORA (T Y P)  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

**A :** CONTRALORIA REGIONAL TARAPACA  
IQUIQUE

Por intermedio del presente envío a Ud. Resolución Afecta N° 061 de fecha 27 de febrero de 2018, correspondiente a Convenio "Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Comuna de Iquique 2018", entre Servicio de Salud Iquique e I. Municipalidad de Iquique, por un monto de \$ 327.290.262 (Trescientos veintisiete millones doscientos noventa mil doscientos sesenta y dos pesos).

Se adjunta como antecedente, lo siguiente:

- Resolución Exenta N° 24 del 08 de enero de 2018 de MINSAL, que aprueba "Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Comuna de Iquique 2018".
- Resolución Exenta N° 117 del 24 de enero de 2018 de MINSAL, que distribuye recursos "Programa Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Comuna de Iquique 2018".

Lo anterior, para toma de razón por parte de vuestro organismo regulador.

Esperando que el presente tenga una buena acogida,



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

**DRA. MVZ/ICP/HPJ/nra**  
N°INT.230

**DISTRIBUCIÓN :**

- Contraloría Regional
- ✓ Of. De partes SSI

C.c.

- ✉ [aps.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:aps.ssi@redsalud.gov.cl)
- ✉ [natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl](mailto:natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl)
- ✉ [carlos.calvo@redsalud.gob.cl](mailto:carlos.calvo@redsalud.gob.cl)
- ✉ [Jaime.abarzua@redsalud.gov.cl](mailto:Jaime.abarzua@redsalud.gov.cl)