



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
 DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA  
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
 DR. LLC/LMB/JUR/JAC/JBS/MVZ/BQP/vka

**CONVENIO DE EJECUCIÓN  
 “PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO 2015”  
 ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA.**

En Iquique a 29 de diciembre de 2014, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Director (T y P) Dr. **LUIS LÓPEZ CABRERA**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 9.202.553-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el “**SERVICIO**”, por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA**, persona jurídica de derecho público, RUT 88.017.500-8, representada por su Alcalde Don **SIXTO GARCÍA CÁCERES**, chileno, Cedula Nacional de Identidad N° 8.229.314-0 ambos domiciliados en calle Arturo Prat S/N, Camiña, en adelante la “**MUNICIPALIDAD**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas

**PRIMERA:** Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: “En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49”.

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 59 del 2011, 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:** 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, enamadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el “**Programa GES odontológico**”, en adelante el “**PROGRAMA**”.

El referido “**PROGRAMA**” ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1217 de fecha 02 de diciembre del 2014, 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 lo fines del presente convenio, la “**MUNICIPALIDAD**” administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: **CGR Camiña**, **PSR Moquella**.

**TERCERA:** 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**”, que tiene por objetivo general asegurar el cumplimiento de las garantías GES odontológicas de los niños y niñas de 6 años, de las embarazadas, de la población con urgencias odontológicas ambulatorias GES diagnosticadas y de los adultos de 60 años.

**1. Componente 1: Atención dental en niños.**

- **Estrategia:**
  - GES salud oral 6 años: Busca garantizar la atención odontológica integral en APS a las niñas y niños de 6 años.

**2. Componente 2: Atención dental en embarazadas.**

- *Estrategia:*
  - GES salud oral de la embarazada: busca garantizar la atención odontológica integral a las gestantes, primigestas o múltiparas del país.

**3. Componente 3: Atención dental de urgencia.**

- *Estrategia:*
  - GES urgencia odontológica ambulatoria: busca garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en la red de servicios de salud del país.

**4. Componente 4: Atención odontológica adulto de 60 años.**

- *Estrategia:*
  - GES salud oral integral del adulto de 60 años: consiste en asegurar la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años del país.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el “SERVICIO”, conviene en asignar a la “MUNICIPALIDAD”, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de \$ 2.912.290 (dos millones novecientos doce mil doscientos noventa pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

**QUINTA:** 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 corresponden 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 precedente:

Nº	COMPONENTE	ACTIVIDAD	META
1	Atención dental en niños	Realizar salud oral integral en niños y niñas GES de 6 años	79% cobertura
2	Atención dental en embarazadas	Realizar salud oral integral GES en embarazadas	68% cobertura
3	Atención dental de urgencia (a)	Realizar GES urgencia odontológica ambulatoria	2,5% cobertura
4	Atención odontológica adultos	Realizar GES salud oral integral adultos de 60 años (b)	3 altas integrales
<b>TOTAL PROGRAMA</b>			<b>\$ 2.912.290</b>

(a): En el caso de la meta de 2,5% para la estrategia urgencia dental ambulatoria, se exceptúan las comunas de costo fijo.

(b): En base a canasta de Anexo N° 1: canasta y valores 2015.

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

- La **primera evaluación** se efectuará con fecha 15 de septiembre, siendo el corte al 31 de agosto del año 2015. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la transferencia de la segunda cuota en el mes de octubre si es que su cumplimiento es inferior al 50 % de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30%
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	25%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 25,00% y 29,99%	75%
Menos de 25%	100%

- La **segunda evaluación** y final, se efectuará con fecha 20 de enero de 2016, siendo el corte al 31 de diciembre del año 2015, fecha en que el **"PROGRAMA"** deberá tener ejecutado el 100 % de los prestaciones comprometidas.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

La evaluación del cumplimiento se realizará de acuerdo a los indicadores y pesos relativos:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO EN PROGRAMA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Atención dental en niños	GES salud oral 6 años	Altas odontológicas totales en niñas y niños GES de 6 años	$(\text{N}^\circ \text{ de altas odontológicas totales en niñas y niños de 6 años GES realizadas en el año actual} / \text{Población inscrita y validad año actual de niños de 6 años}) \times 100$	79%	32%	REM / Registro de población año actual
2. Atención dental en embarazadas	GES salud oral de la embarazada	Altas odontológicas totales GES en embarazadas	$(\text{N}^\circ \text{ de altas odontológicas totales en embarazadas realizadas en el año actual} / \text{Total de gestantes ingresadas a progrma prenatal año actual}) \times 100$	68%	32%	REM
3. Atención dental de urgencia	GES urgencia odontológica ambulatoria	Proporción de consulta odontológica de urgencia GES	$(\text{N}^\circ \text{ total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en el año actual} / \text{Población inscrita año actual}) \times 100$	2,5%	4%	REM / Registro de población año actual
4. Atención odontológica adultos	GES salud oral integral adultos de 60 años	Altas odontológicas totales en adultos GES de 60 años	$(\text{N}^\circ \text{ total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en el año actual} / \text{Población inscrita año actual}) \times 101$	100%	32%	REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos

Los datos considerados en las evaluaciones del **"PROGRAMA"** serán recolectados a través del Departamento TIC e Información en Salud, mediante el sistema de "Registros Estadísticos mensuales" (REM), Rayen y visitas inspectivas por parte de referentes técnicos del **"SERVICIO"**, cuando correspondiere. Por lo anterior, la **"MUNICIPALIDAD"**, deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información ingresada al REM y/o SIGGES y/o Rayen según corresponda.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del **"PROGRAMA"**, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

El **"SERVICIO"** evaluará el cumplimiento de las actividades del **"PROGRAMA"** y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Podrá realizar, asimismo, la fiscalización de recursos, mediante, visitas inspectivas, recepción de informes, y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoria aceptados a través del Departamento respectivo.

**SEPTIMA:** Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al **"PROGRAMA"**, teniendo presente la definición de objetivos, estrategias, metas e indicadores. Los recursos se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y en la medida que el Ministerio de Salud haya transferido los recursos al **"SERVICIO"**.
- La segunda cuota, corresponderá al 30% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre 2015, según resultados obtenidos en la segunda evaluación definida en la cláusula anterior.
- O de acuerdo a transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y, dependiendo de que se haya realizado la correspondiente rendición de gasto por parte de la **"MUNICIPALIDAD"**.

**OCTAVA:** 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.

**NOVENA:** El "SERVICIO", requerirá a la "MUNICIPALIDAD", el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido al Departamento de Finanzas del "SERVICIO". Así mismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá preparar un informe financiero final en la siguiente fecha:

- Informe final: Fecha límite 30 de enero de 2016, 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 2015, y en consecuencia de existir remanente, procederá a 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 Anexos N° 2 y Anexo N° 3, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario; se transcriben ambos anexos.

	<b>ANEXO N° 2</b> <b>INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA</b> <b>PROGRAMA:</b> _____															
<b>SERVICIO DE SALUD:</b> _____ <b>COMUNA O ESTABLEC. :</b> _____ <b>PERIODO INFORMADO:</b> _____																
<b>I.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>																
A) INSTITUCIÓN OTORGANTE : <b>MINISTERIO DE SALUD</b> B) FINALIDAD DE LOS FONDOS : FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS: _____																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">RESOLUCION N°</th> <th style="width: 33%;">FECHA</th> <th style="width: 33%;">MONTO (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		RESOLUCION N°	FECHA	MONTO (\$)												
RESOLUCION N°	FECHA	MONTO (\$)														
<b>II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO</b>																
<b>A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO</b>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO</th> <th style="width: 20%;">FECHA</th> <th style="width: 40%;">MONTO (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b></td> <td style="text-align: center;"><b>\$</b></td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)										<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>		<b>\$</b>
NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)														
<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>		<b>\$</b>														
B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR \$ _____																
C) TOTAL A RENDIR CUENTA ( A + B ) \$ _____																
<b>III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA</b>																
RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO N° 2 \$ _____																
<b>IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE ( II - III )</b>																
SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE \$ _____																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>CARGO:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DEPENDENCIA:</td> <td> </td> </tr> </table>		NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:		CARGO:		DEPENDENCIA:										
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:																
CARGO:																
DEPENDENCIA:																

FIRMA Y TIMBRE:	
-----------------	--



**ANEXO N° 3  
RENDICION DE CUENTA**

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SALUD	:	
COMUNA O ESTABLEC.	:	
RESOLUCIÓN Y CONVENIO N°	:	
FECHA	:	
PERIODO	:	

**PRESTADORES**

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						
<b>SUBTOTAL GASTOS (A)</b>							\$

\*Ingresar en orden cronológico, prestadores con cargo a la glosa.

\*\*Luego ingresar en orden cronológico, prestadores cuyos servicios son pagados con cargo al Subtítulo 22 (bienes y servicios)

**PROVEEDORES**

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						
<b>SUBTOTAL GASTOS (B)</b>							\$

\*La información se ingresa en orden cronológico

<b>TOTAL RENDICION CUENTA (A+B)</b>	\$
-------------------------------------	----

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:	
CARGO:	
DEPENDENCIA:	
FIRMA Y TIMBRE:	

Ambos anexos deberán remitirse al Departamento de Finanzas del "SERVICIO", en las fechas definidas en el párrafo anterior.

**DECIMA:** La "**MUNICIPALIDAD**", deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 759 del 23 de diciembre de 2003, que rige las transferencias de recursos, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente"; y en su numeral 5.4: "los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos al Departamento de Salud, la "**MUNICIPALIDAD**" deberá remitir en un periodo máximo de 15 días, 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 y/o la Subdirección Administrativa 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**".

**UNDECIMA:** 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.

**DUODECIMA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio y hasta el 30 de enero de 2016, fecha límite para la entrega del informe final.

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 2015, 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 TERCERA:** Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, la "**MUNICIPALIDAD**", deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el "**PROGRAMA**" objeto de este instrumento.

**DÉCIMO CUARTA:** Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN y/o SIGGES y/o Planilla de distribución de metas programas odontológicos, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**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 Programa Reforzamiento Municipal del Presupuesto del **"SERVICIO"**.

**DÉCIMO SÉPTIMA:** La personería del Dr. Luis López Cabrera para representar al **"SERVICIO"**, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 142 del 09 de septiembre de 2014. La representación de Don Sixto García Cáceres, para actuar en nombre de la **"MUNICIPALIDAD"**, emana del Acto de proclamación del 04 de diciembre de 2012 de la I. Municipalidad de Camiña.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en el poder de la **"MUNICIPALIDAD"**, uno en poder del **"SERVICIO"** y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud



**D. SIXTO GARCÍA CÁCERES  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA**



**DR. LUIS LÓPEZ CABRERA  
DIRECTOR (TyP)  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**