

DECRETO N° 20

TEMUCO, 22 ENE 2026

VISTOS:

del Ministerio del Interior.

1987, del Ministerio de Salud.

Atención Primaria de Salud Municipal.

de diciembre de 2025, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2026.

de 2025, que Aprueba Convenio para la ejecución "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.

noviembre de 2025, que Modifica Convenio para la ejecución "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.

diciembre de 2025, que aprueba Prórroga para dar Continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.

9.- Las facultades contenidas en la Ley N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébese, Prórroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2026.

2.- Los componentes de la referida Resolución se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

**JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL**

**"Por orden del Alcalde"
RICARDO TORO HERNÁNDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

JMH/EPO/ESS/MRA/bpf
DISTRIBUCION:
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.





REF.: Aprueba Prórroga para dar Continuidad a Convenio para la ejecución del “**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**” suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

RESOLUCION EXENTA Nº 32343

TEMUCO,

29 DIC 2025

VISTOS; estos antecedentes:

1. Ley de Presupuesto del sector público para el año 2026.
2. Ordinario N° 1486 de fecha 02 de septiembre de 2025, del Ministerio de Salud, que informa la vigencia y modificaciones de los Programas de Reforzamiento Atención Primaria de Salud para el año 2026, complementado por correo electrónico de fecha 12 de diciembre del presente año de Jefa de División de Atención Primaria DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
3. Resolución Exenta N°7614 de fecha 09 de mayo de 2023, que aprueba Convenio “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes”, suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2023.
4. Resolución Exenta N°24614 de fecha 29 de diciembre de 2023, que aprueba prorroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes” suscrito con la Municipalidad de Temuco para el año 2024, modificada por Resolución Exenta N°5270 de fecha 26 de febrero de 2024 y N°18650 de fecha 07 de agosto de 2024 de la Dirección del Servicio Araucanía Sur.
5. Resolución Exenta N°31532 de fecha 27 de diciembre de 2024, que aprueba prorroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes” suscrito con la Municipalidad de Temuco para el año 2025, modificada por las Resoluciones Exentas N°8835 de fecha 13 de marzo de 2025 y N°29602 de fecha 27 de noviembre de 2025.
6. Resolución Exenta N°34 de fecha 14 de enero de 2025 del Ministerio de Salud que aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
7. Ordinario N°2428 de 16 de diciembre de 2025, emitido por la Municipalidad de Temuco, y que certifica los saldos de los convenios asociados a Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, con corte al 30 de noviembre de 2025.
8. Correo electrónico de fecha 09 de diciembre de 2025 del Departamento Jurídico, en el cual valida propuesta de Resolución Prórroga para dar Continuidad a la ejecución de los diferentes convenios asociados a los Programas de Atención Primaria.

CONSIDERANDO:

1. La Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2026.
2. Que el Ministerio de Salud a través de Ord. individualizado en el visto N° 2, ha informado la vigencia y modificaciones de los programas para el año 2026.
3. Que la cláusula vigésima primera del convenio aprobado por la Resolución Exenta N°7614 de fecha 09 de mayo de 2023, individualizada en el Visto N°3, indica que la ejecución del programa tendrá vigencia desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente con disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, existiendo la facultad de prorrogar automáticamente la vigencia hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta o afecta del Servicio de Salud (según el monto asignado a la Municipalidad), fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisitos para cursar la resolución referida, la previa rendición del saldo no ejecutado.

4. Que el Convenio del "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes" del Visto N°3, se prorrogó de acuerdo a Resoluciones de los Vistos N°4 y N°5.
5. Que la Municipalidad a través de Ordinario N°2428 de 16 de diciembre de 2025 ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado de acuerdo a lo dispuesto en las resoluciones individualizadas en los vistos del N° 3 al N° 5.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

1. DFL N° 1/05 que fija texto refundido D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud;
2. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
3. D.F.L. 1/19.414/97 del M. de Salud;
4. Decreto N° 45/2025 del Ministerio de Salud, que establece la subrogancia del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur;
5. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica;
6. Ley N° 19.378. establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal;
7. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos;
8. Resol N° 36 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

R E S O L U C I O N

1. AUTORICESE LA PRORROGA, de la ejecución del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, para el año 2026, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, la cual comenzará a regir desde el 1ro de enero del año 2026 y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre de 2026, cuyos recursos asignados corresponden a la suma que se indica a continuación:

Nombre Programa	Monto \$
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	\$ 282.408.894.-

2. DEJESE ESTABLECIDO, que el valor asignado podrá variar según el inflactor que determine el Ministerio de Salud para el año 2026.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que apruebe y distribuya recursos para el año 2026. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras para el año 2026, deberán ser modificadas de igual forma.

3. ESTABLEZCASE, para el año 2026, la implementación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, siendo su propósito y objetivos los siguientes:

PROPOSITO: Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento.

OBJETIVO GENERAL: Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.

2. Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de las personas mayores.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del envejecimiento saludable.
4. Fortalecer las competencias de gestión, técnicas y sanitarias de los Servicios de Salud y de los equipos de atención primaria vinculados a la atención de personas mayores.

COMPONENTES A IMPLEMENTAR

COMPONENTE 1 DEL PROGRAMA: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL

Entrega servicios de estimulación funcional motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, dirigidos a personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participación de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, según las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidas. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores tanto formales como informales.

Modificación de la modalidad de ejecución del programa y ajustes en el componente 1.

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, se deberán adaptar las formas de contacto y realización de los talleres del Programa al formato híbrido que incluye acciones presenciales y remotas, centrándose siempre el cuidado en las personas mayores y el acceso de las mismas al programa.

Se valida en esta modificación, la realización de actividades a distancia, sincrónicas o asincrónicas y la entrega de material para el desarrollo de actividades por parte de las personas mayores, con la correspondiente supervisión y seguimiento por parte de la dupla en forma continua y por parte del Servicio de Salud, según describa la Orientación Técnica del Programa.

Para todo efecto, se mantiene la frecuencia de las actividades, en modalidad presencial y/o remotas y/o de entrega de material con supervisión, efectuadas 2 veces por semana, por un período de 12 semanas de modo de completar las 24 sesiones correspondientes al Componente 1.

Aquellas comunas que realicen estas modificaciones deberán:

Contar con la autorización del Servicio de Salud, quien a su vez realiza una evaluación técnica y de gestión de la situación presentada por la comuna y un mínimo de una actividad anual de supervisión presencial por parte del referente técnico a la comuna, para verificar el desarrollo de los ajustes propuestos.

En esta modalidad el material para talleres remotos y realización de actividades en el domicilio considera:

- Objetivos de cada actividad para reforzar elementos educativos y de autocuidado/automanejo con las personas mayores.

- Las características propias de los talleres que forman este componente, descritos anteriormente.
- Formato centrado en las personas mayores de las comunidades a intervenir, que contemple aspectos como alfabetismo, accesibilidad comunicacional y pertinencia cultural y territorial.
- Incentivo de acciones por parte de la persona mayor destinadas a su estimulación funcional y autocuidado/automanejo como parte de su rutina diaria y teniendo en cuenta el medio donde se desempeña.
- Registro de las fechas en que se planifica se realicen las sesiones para respaldar el trabajo asincrónico por parte de las personas mayores.
- Documento para llevar el registro diario de las sesiones realizadas por cada taller para respaldar en el Registro Estadístico Mensual y la modalidad de realización de estas sesiones, que puede ser presencial en espacio comunitario, presencial en domicilio o remota.
- Las actividades remotas pueden ser efectuadas mediante contacto por dispositivos tecnológicos en forma sincrónica o asincrónica que incluye seguimiento, o mediante la ejecución de actividades del cuadernillo con el respectivo seguimiento.
- El medio de contacto que tendrán las personas mayores con la dupla para efectos de reporte de actividades y seguimiento de las mismas.

La comuna que implemente estos ajustes deberán:

- Contar con el respaldo de la autorización del Servicio de Salud.
- Contar con la planificación de las actividades y fechas de realización.
- Contar con los medios de verificación que permitan respaldar la ejecución de las actividades y el seguimiento realizado a las personas mayores.

Tanto ingreso como egreso de este componente siempre deberán ser realizados en forma presencial. En comunidades en que las condiciones lo permitan, se recomienda incorporar actividades grupales al ingreso y al egreso, y durante la ejecución del componente 1 para facilitar la asociatividad y continuidad del cuidado comunitario.

En casos excepcionales, en que las personas mayores por su rol (por ejemplo, cuidadoras de personas con dependencia severa u otros) o ubicación geográfica no pueden acudir a la actividad de ingreso presencial en el centro de salud o espacio comunitario, se podrá realizar el ingreso al programa mediante una Visita Domiciliaria, debiendo ser registrado como el correspondiente ingreso al Programa en el REM. En esta modalidad el Programa Más AMA se mantiene el cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso ya descritos.

Se recomienda reforzar la difusión y sensibilización en el territorio a intervenir, antes y durante el desarrollo de este componente, mediante el trabajo comunitario e intersectorial. En este proceso, el equipo de APS deberá identificar las personas mayores, que, por sus características socioculturales, requieran participar de la modalidad híbrida, recordando que los objetivos de los talleres apuntan a sus necesidades o potencialidades para el envejecimiento saludable.

COMPONENTE 2 DEL PROGRAMA: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Entrega un proceso de diagnóstico de redes locales para personas mayores (organizaciones sociales y servicios locales) y un proceso de diagnóstico participativo parcial conducente al levantamiento de necesidades de las personas mayores participantes del programa para su autocuidado y estimulación funcional, el que culmina con el diseño y ejecución del Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. Este Plan es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y

del intersector local. Busca fortalecer las habilidades y competencias en envejecimiento saludable, para que los grupos de personas mayores, mediante el trabajo de los Líderes Comunitarios den continuidad al desarrollo de actividades para su Envejecimiento Saludable, incluye además acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios.

En conjunto con lo anterior, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.

Modificación de la modalidad de ejecución del programa y ajustes en el componente 2.

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros).

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada la homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales. Respecto al trabajo con los Líderes Comunitarios, se reconoce la posibilidad de capacitar a otros integrantes de la red sociosanitaria que se vinculen a personas mayores, para facilitar la entrega de información y comunicación con las personas mayores.

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo habitual y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, fluogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y autorización.

COMPONENTE 3 DEL PROGRAMA: PLAN DE FORMACIÓN DE EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.

Entrega servicios de capacitación y acompañamiento técnico, a nivel de Servicio de Salud, Macrozona y Nacional, a las duplas que ejecutan el programa en los territorios, encargados de entregar las prestaciones propias del programa a nivel de establecimientos de salud y comunas. Entrega también acompañamiento técnico y de gestión a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias sanitarias, organizacionales y de liderazgo vinculadas al Programa y a su integración en los equipos de salud y el intersector. Este componente beneficia, en forma directa a los profesionales que implementan el programa en la Atención Primaria y los Servicios de Salud y en forma indirecta a las personas mayores que

participan del programa, generando y nivelando conocimientos, competencias y promoviendo el desarrollo de mejoras en la atención promocional y preventiva y en los elementos técnicos y de gestión asociados, favoreciendo la calidad de la atención y la equidad en la entrega del cuidado.

PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

PRODUCTO	VERIFICADOR
1. Ingresos al programa cumplen con los criterios establecidos en la presente resolución, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión.	Nómina de ingresos y Fichas Clínicas.
2. El programa funciona en forma continua y con la calidad de atención establecida por esta resolución, no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por falta de recurso humano o porque los profesionales se han destinado al desarrollo de otras actividades ajenas al programa.	Listados de asistencia, Programación de talleres, Fichas Clínicas con registros de ingresos, REM.
3. El componente se desarrolla en ciclos de 24 sesiones mixtas con frecuencia de 2 sesiones semanales . No se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.	Programación de talleres, Pauta de supervisión y acompañamiento técnico del programa, carné de citaciones al programa.
4. Las personas egresadas del programa completan ciclo participando de las 24 sesiones que establece este componente. En caso de que las personas presenten inasistencias durante el ciclo cumplen con al menos 20 sesiones.	Ficha Clínica, Programación de talleres, Nómina de participantes y asistencia.
5. Evaluación de cierre de fin de ciclo para incorporación de mejoras en el componente. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se evalúa percepción de aprendizaje por parte de las personas mayores y elementos de confort de las sesiones.	Encuestas aplicadas, Plan de Mejora del programa resultante de esta evaluación.
6. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos y considerando su ocurrencia en espacios comunitarios y territorios extramurales. Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud.	Documento validado por los representantes de los servicios involucrados, y evaluación del mismo por el centro de salud.
7. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según descripción presentada anteriormente.	Esquema presente en los centros de salud y conocido por todo el equipo de salud, documentación de actividades de formulación y difusión de esquema en el centro de salud.
8. Programa Más AMA forma parte del equipo del centro de salud.	Documentación de participación de la dupla del Más AMA en actividades del

	centro de salud (reuniones de sector, reuniones de equipo, otras), documentación de otros integrantes del equipo de salud participando en actividades del Más AMA (Talleres de autocuidado, capacitación de líderes).
--	---

Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

PRODUCTO	VERIFICADOR
1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación intersectorial.	Documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales; El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° y perfil de Organizaciones existentes a nivel local.	
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa; El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.	
4. Mapa de Red Local y/o Esquemas de integración Sociosanitarios Locales: elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para el cuidado sociosanitario de personas mayores, gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.	
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.	
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.	Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento a las organizaciones con	Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

Líderes Comunitarios capacitados por el Programa; Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.	
--	--

Productos esperados del desarrollo del Componente 3.

De los Servicios de Salud:

1. Entrega Plan de Formación de equipos del Más AMA, según descripción previa, presentado con corte marzo a DIVAP, en coordinación con otras estrategias de cuidado integral de personas mayores y con unidad de Capacitación.
2. Entrega Evaluación del Plan de Formación de equipos del Más AMA, según descripción previa, presentado con corte a diciembre a DIVAP.
3. Participación en actividades de acompañamiento técnico y capacitación convocadas desde la División de Atención Primaria.

En los equipos de Atención Primaria:

1. Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.
2. Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos de este) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.
3. Otras determinadas por el Servicio de Salud.

Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

MONITOREO Y EVALUACIÓN.

Desde la División de Atención Primaria se comunicará la distribución de recursos del programa, pudiendo el Servicio de Salud realizar una propuesta de redistribución de recursos basada en criterios de equidad y de adecuado acceso al programa en las comunas, y establecimientos de su jurisdicción, la que debe ser consensuada con la División de Atención Primaria.

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo local del Programa correspondiente a los meses de marzo, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizarán las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero a marzo.

Se efectuará con corte al **31 de marzo**. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 10 de abril, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación correspondientes a:

a) A nivel comunal

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo.
3. Plan de trabajo y plan de compras enviado al Servicio de Salud para evaluación.

b) A nivel de Servicio de Salud

1. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año y el uso eficiente de los recursos públicos para los fines y actividades establecidas por el programa.
2. Reporte de primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos y entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
3. Entrega Plan de Supervisión y Acompañamiento Técnico a los equipos del Más AMA.
4. Entrega del Plan de Formación de Equipos del Más AMA a desarrollar en el año en curso.
5. Estado de avances del Plan de Trabajo con MDSF para implementación Convenio Vínculos Más AMA, comunicado anteriormente a DIVAP.

Según los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero y agosto.

Se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento, señalado en la tabla precedente.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los tres componentes del programa con fecha 10 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

El Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria, podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las actividades, metas y productos del programa, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas a diciembre de cada año. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Finalmente, recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa o por la División de Atención Primaria a otros establecimientos.

Tercera Evaluación: Desarrollo del programa entre los meses de enero y diciembre.

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas, el logro de la meta a diciembre de cada uno de los indicadores y el desarrollo total de los productos y actividades asociados a los 3 componentes del programa. Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de los tres componentes del programa, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa y reportar los resultados del Plan de Acompañamiento a los Equipos del Más AMA, incluyendo el Plan Formación de Equipos del Más AMA. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las

prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entiéndase las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria. Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos determinados en la Distribución de Recursos del presente programa, se entiende que el no cumplimiento en la fecha de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas establecidas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas las razones expuestas por la comuna y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera, cumplimiento de actividades y logro de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, y la continuidad de la atención de las personas mayores, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa mediante los siguientes indicadores y metas:

INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud u ONG.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificador	Peso relativo
Nº1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan completando ciclo del programa) x 100	80%	80%	REM	12.5

	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go) / Nº de total personas que egresan completando ciclo del Programa) x 100	80%	80%	REM	12.5 ¹
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(Nº de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ²	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 12	Promedio de 12	REM	10
Nº 2:	Trabajo en Red Local	(Nº de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100 ³	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(Nº Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 ⁴	20%	40%	REM	20

¹ Frente a modificaciones en la ejecución del componente 1, se mantienen las actividades de ingreso y egreso realizadas en forma presencial, por lo que se debe aplicar TUG al completar el ciclo de intervención en todos los usuarios.

Solo frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor (suspensión total de actividades presenciales en casos de emergencia, desastres o alerta sanitaria), este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 377 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 754 personas por establecimiento. En comunas con modalidad rural la población comprometida se consensuará entre la División de Atención Primaria y el Servicio de Salud.

³ El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectoriales registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del Catastro de Servicios Locales, y el diseño de Planes Intersectoriales y el Diagnóstico Participativo y Planificación de Capacitación de Líderes Comunitarios. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

⁴ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados: corresponde a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. Organizaciones Sociales ingresadas al Programa: Corresponde a las Organizaciones Formales que hayan accedido a participar del componente 1 y en que el Programa se ejecute según lo indicado (se complete el ciclo de 24 sesiones) junto con otras organizaciones informales que al ingreso al programa tengan una antigüedad de 3 meses o más, o a grupos de personas mayores reunidas por el programa de estimulación

INDICADORES PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA (NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN).

Los siguientes indicadores se recomiendan para la evaluación y seguimiento del programa respecto de los resultados alcanzados por el programa en términos de cobertura e impacto, como parte del monitoreo realizado por los Servicios de Salud para favorecer la adherencia del Programa y las intervenciones asociadas a mejora de la condición funcional. No representan indicadores asociados a reliquidación del Programa.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Medio de Verificación
Nº1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(Nº de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según TUG/n° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

4. DEJESE ESTABLECIDO, que el Municipio utilizará los recursos entregados para financiar las actividades y metas descritas en la siguiente tabla:

PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES			
ESTABLECIMIENTO	ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	TOTAL \$ CONVENIO
DSM TEMUCO	RECURSO HUMANO (8 duplas)	Destinado a implementar el Programa con una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional, u otro profesional de salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado y verificando que cumpla con los requisitos mencionados en este Programa.	\$282.408.894.-
TOTAL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES			\$282.408.894.-

funcional, que continúen con actividades de autocuidado al término de éste y que participen en la capacitación de líderes comunitarios. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de la capacitación de Líderes registrada como realizada. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual de Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios, se considerará cumplida mediante el logro del Proceso de Diagnóstico Participativo, y la entrega del Plan de Acción para Capacitación de Líderes Comunitarios. Al mes de agosto se dará por cumplida entregando el Diagnóstico Situacional y la Planificación del Diagnóstico Participativo.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas, e implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

5. TRANSFERASE, por el Departamento de Finanzas, sólo una vez que se cuente con la disponibilidad presupuestaria, lo que deberá ser verificado previamente por el referido Departamento.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud de la siguiente forma; la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 02 asociada al subtítulo 24 03 298 01 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la Ley de presupuesto vigente, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 57º de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4º del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

6. ESTABLEZCASE, que las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

La rendición de cuentas, deberá ser realizada en soporte electrónico, a través del o los sistemas establecidos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en particular el sistema de rendición de Contraloría General de la Republica "SISREC", disponible en la página web www.rendicioncuentas.cl.

Así también será obligatorio efectuar dicha rendición de cuentas, en los términos y condiciones establecidas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, entre otros, en la circular N°48 del 14 de junio de 2011, circular N° 0004 del 20 de enero de 2024, guía "Rendición de cuentas, sistema de rendición electrónica de cuentas, SISREC 2024" informado a través de Ord. 407 del 09 de febrero de 2024, dar cumplimiento al "Formato Certificado Pago Retención de Impuestos" informado mediante correo electrónico del 02 de julio de 2024, o en la que el Servicio implemente durante el presente año.

Se debe también dar cumplimiento a Ord. N° 239 de fecha 30 de enero de 2024 que establece la forma de rendición del RRHH Contratado.

El Servicio de Salud, podrá una vez cumplida la fecha máxima de rendición del convenio, y en el caso que exista atraso en la rendición del gasto por parte de la municipalidad, establecer una fecha máxima de 6 meses para regularizar las rendiciones pendientes, con el fin de efectuar el cierre del programa en SISREC, informado a la municipalidad mediante oficio.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Salud, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

7. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO, que la entrega de los recursos solo procederá previa constatación de la inscripción de las entidades receptoras en el Registro de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos de acuerdo a lo establecido en el artículo 6º de la Ley 19862.

8. DETERMINESE, que los fondos transferidos a la municipalidad solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, establecidos en el presente instrumento, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, Comuna y Establecimientos). El Servicio de salud determinará la pertinencia de la contratación del RRHH, la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente,

El Servicio de Salud 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 la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento, sin perjuicio de la obligación que le compete a la Municipalidad de efectuar el reintegro correspondiente. El plazo definido para realizar el reintegro de los recursos no utilizados, será conforme a lo dispuesto en la Ley de Presupuesto del Sector Público, vigente para el año 2026.

La Municipalidad deberá efectuar la restitución de los recursos transferidos en caso de que éstos sean destinados a una finalidad distinta de aquella para la cual fueron asignados, o bien, no hayan sido utilizados o rendidos o hayan sido observados en el proceso de revisión de la rendición de cuentas.

9. ESTABLEZCASE, que el Servicio podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución de este programa, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio. Una vez finalizado el periodo del convenio, los implementos y bienes adquiridos, se mantendrán en dependencias de los Establecimientos de Salud indicados correspondientes a la Municipalidad de Temuco.

El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento de Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS desde la página www.ssasur.cl.

De acuerdo a lo anterior la Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud.

10. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO, que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo, bajo la condición de la dictación de

las resoluciones Técnicas y Financieras del referido Programa por el Ministerio de Salud, tanto de los Programas Sanitarios, como la asignación de recursos.

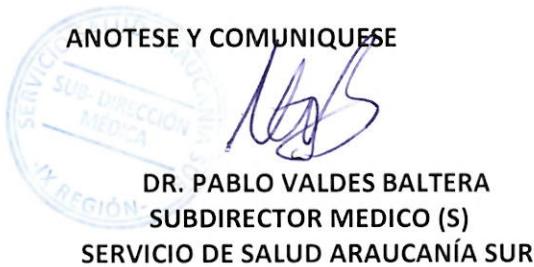
11. DISPONGASE QUE CONSIDERANDO que es un programa de continuidad cuya ejecución no puede ser interrumpida, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos conforme se dispone en convenio suscrito entre la partes y en especial respecto de la primera cuota una vez tramitada la presente resolución aprobatoria que autoriza la continuidad de la ejecución del **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** y en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud y en forma previa a la dictación de la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que apruebe y distribuya recursos para el año 2026 y una vez que se cuente con la disponibilidad presupuestaria, lo que deberá ser verificado por el Departamento de Finanzas del Servicio de Salud Araucanía Sur, procediéndose con posterioridad una vez dictada, a la modificación conforme se indica en resuelvos anteriores.

12. TENGASE PRESENTE, que la Municipalidad dio cumplimiento a presentar el saldo final de los recursos disponibles no ejecutado de cada Convenio en ordinario individualizado en el Visto N°7.

13. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO que en todo lo no modificado por la presente resolución, se mantiene vigente lo estipulado en la resolución del Visto N°3 y sus respectivas modificaciones.

14. IMPUTESE el gasto que irrogue el presente convenio al ítem 24-03-298 del Presupuesto del Servicio de Salud, según la naturaleza del mismo.

15. NOTIFIQUESE, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.



DISTRIBUCION

Municipalidad de Temuco.
División de Atención Primaria MINSAL (digital)
Dpto. Finanzas. (digital)
Dpto. APS (digital)
Dpto. Jurídico. (digital)
Of. Partes